Update zu Antidementiva

Demenztherapie: Länger leben mit Cholinesterasehemmern

Demenzpatienten haben möglicherweise nicht nur kognitive Vorteile von Cholinesterasehemmern (ChE-Hemmern), in großen Registern finden sich auch Hinweise auf eine verlängerte Lebensdauer und ein reduziertes Schlaganfallrisiko.

Trotz der häufig eher bescheiden anmutenden Effekte von Antidementiva machen Registeranalysen Mut, die vorhandenen Medikamente auch einzusetzen. Auf dem Geriatriekongress 2017 verwies Prof. Georg Adler auf eine Beobachtungsstudie: Patienten die lange und hochdosiert mit ChE-Hemmern behandelt wurden, lebten bis zu zwei Jahre länger als Patienten ohne solche Medikamente oder solche mit niedrigeren Dosierungen. In einer koreanischen Analyse war die Schlaganfallrate unter den Medikamenten nach acht Jahren um 20% geringer als bei Demenzkranken ohne Antidementiva. Möglicherweise seien hier antientzündliche Effekte von Bedeutung, erläuterte Adler. Diese könnten das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse senken.

Erhöhtes Risiko für Bradykardie und AV-Block

Allerdings gebe es auch Erkenntnisse aus einer großen Pharmakovigilanz-Datenbank der WHO, wonach in der Praxis unter den Medikamenten deutlich häufiger als erwartet kardiale und auch gastrointestinale Nebenwirkungen auftreten. Zu den kardialen Auffälligkeiten zählten vor allem AV-Blocks, Linksschenkelblocks und Bradykardien. Bei Patienten mit solchen Problemen sollten Ärzte also vorsichtig sein. „In den Zulassungsstudien wurden Demenzkranke mit entsprechenden

Komorbiditäten eher ausgeschlossen“, so Adlers Vermutung. Daher seien solche Effekte dort weniger aufgefallen.

Generell sollten Ärzte jedoch bei ChE-Hemmern die höchste verträgliche zugelassene Dosis anstreben, „und zwar von Beginn an, nicht erst, wenn sich der Patient deutlich verschlechtert hat“. Damit sei häufig eine kognitive Verbesserung zu beobachten, die maximal ein bis zwei Jahre anhalte. Wenn diese bedingt durch die Neurodegeneration wieder aufgezehrt sei, sollten Ärzte die Medikamente aber nicht absetzen – die kognitive Leistung werde dann deutlich schlechter als unter einer Fortführung der Therapie.

Werde ein ChE-Hemmer nicht gut vertragen oder zeige er keine Wirksamkeit, sollten Ärzte nicht gleich aufgeben, sondern auf einen anderen der drei verfügbaren Wirkstoffe wechseln.

Eher kritisch sieht der Psychiater die Kombitherapie von ChE-Hemmern mit Memantinen. Auch die aktuelle S3-Leitlinie zu Demenzen erwähnt die Kombitherapie nur als Option bei Patienten mit schwerer Alzheimerdemenz, die bislang Donepezil erhalten haben. Studien bei leichter und mittelschwerer Demenz hätten keine Überlegenheit gegenüber einer Monotherapie ergeben.

Behandeln Sie antidementiv!

Wichtiger sei es, Demenzkranke überhaupt antidementiv zu behandeln, mahnte der Experte. Außer Alzheimerkranken könnten auch Patienten mit vaskulärer Demenz, gemischter Demenz und Parkinsondemenz von solchen Mitteln profitieren, wenngleich man sich hier häufig im Off-label-Bereich bewege.

In der Praxis würden bislang jedoch nur ein Viertel der Demenzkranken und rund 40% der Alzheimerkranken antidementiv behandelt, erläuterte Adler anhand von GKV-Daten aus dem Jahr 2015. Neurologen und Psychiater setzten die Mittel etwas häufiger ein als Hausärzte (49 vs. 25%), allerdings verordneten beide Arztgruppen jedem zweiten Demenzkranken auch Neuroleptika. „Angesichts der Gefahren dieser Substanzen stimmt das besorgt.“ Er könne gut verstehen, dass solche Mittel häufig nötig seien, um schwere Verhaltensauffälligkeiten zu lindern, sagte Adler. „Nach einiger Zeit sind jedoch Absetzversuche angebracht.“

Thomas Müller

Nur jeder vierte Demenzpatient erhält Antidementiva.

29. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG), 28–30.09.2017, Frankfurt am Main. Symposium S222: Aktuelle Themen der Gerontopsychiatrie