

Optimierte Levodopatherapie für Parkinsonpatienten

Dosis reduziert, Plasmaspiegel stabilisiert

Bei Parkinsonpatienten, die älter als 70 Jahre oder multimorbide sind, wird Levodopa, zunächst als Monotherapie, von Anfang an eingesetzt. Jüngere Patienten ohne relevante Begleiterkrankungen erhalten in der Regel zuerst einen Dopaminagonisten, benötigen aber früher oder später auch Levodopa. Problematisch bei einer herkömmlichen Levodopatherapie (Levodopa/Carbidopa, LC) sind die langfristig zu erwartenden Wirkungsfluktuationen und Dyskinesien. Sie können durch eine mit dem COMT-Hemmer Entacapon optimierte Levodopatherapie (LCE) vermieden werden.

Der Vorteil von LCE gegenüber LC beruht auf der höheren Bioverfügbarkeit von Levodopa. Durch die anhaltend hohe Wirksamkeit wird das mit LC allein zu beobacht-

ende „Wearing off“ am Ende eines Dosierungsintervalls verhindert. Klinisch zeigt sich dies in einer verbesserten Beweglichkeit mit einer Verringerung der Off-Zustände um ein bis zwei Stunden täglich. Auch nicht motorische Symptome wie Schlafstörungen und Schmerzen können deutlich reduziert werden.

Zusätzliche Dosisstärken

LCE kann als Stalevo® in einer Tablette gegeben werden. Das Präparat ist jetzt in insgesamt sechs Dosisstärken (50, 75, 100, 125, 150 und 200 mg L) verfügbar. Durch die beiden neuen Dosisstärken 75 und 125 mg L kann die individuelle und dem Tagesverlauf angepasste Einstellung der Patienten weiter vereinfacht und verbessert

werden, wie die Pharmakokinetikstudie NEWSTA zeigt.

In der Cross-over-Studie bei gesunden Probanden wurde unter anderem das LCE-Schema 100-75-75-75 mit LCE 100-100-100-100 verglichen. Das Ergebnis: Mit der im Tagesverlauf niedrigeren Dosierung blieben die Levodopa-Spitzenkonzentrationen über den gesamten Tag auf ähnlichem Niveau. Dadurch kam es zu geringeren Schwankungen zwischen Konzentrationsspitzen und -tälern als unter der einheitlichen 100-mg-Dosierung und somit zu einem verbesserten Levodopa-Plasmaspiegel im Tagesverlauf.

- BS
Quellen: Ingman K et al. Welt-Parkinson-Kongress 2010; Presseinformation Orion Pharma

Wenn Triptane nicht (ausreichend) wirken

Ergotamin als Alternative bei Migräne

Bei der Behandlung akuter Migräneattacken sind Triptane Mittel der Wahl. Doch jeder dritte Patient spricht nicht darauf an. Darüber hinaus gibt es Patienten, bei denen ein Triptan zwar die Schmerzen lindert, die aber gehäuft unter wiederkehrenden Kopfschmerzen leiden. Das ist immerhin bei 20–40% der Fall. Bei einigen Patienten ist auch die Wirkdauer des Triptans zu kurz, da die Migräneattacken bei ihnen besonders lange andauern.

Für diese Patientengruppen kommt Ergotamin als Alternative infrage. Dass ein Ergotaminpräparat Migräne-Kopfschmerzen bei Triptanversagern lindern kann, zeigt eine Anwendungsbeobachtung mit fast 300 Patienten, bei denen Triptane bei einer früheren Migräneattacke nicht wirksam waren.

58% der Patienten erfuhr innerhalb von zwei Stunden

nach der Einnahme von Ergotamin (Ergo-Kranit Migräne® 2 mg) eine deutliche Schmerzreduktion von mäßigen oder starken Kopfschmerzen auf keine oder nur leichte Schmerzen. Etwa jeder vierte Patient war zwei Stunden nach der Einnahme sogar schmerzfrei. Nur bei 7,3% der Patienten traten nach der Ergotamin-Einnahme innerhalb von 24 Stunden erneut Kopfschmerzen auf.

Die Patienten beurteilten die Wirksamkeit des Medikaments überwiegend positiv. Das globale Wirksamkeitsergebnis fiel bereits eine Stunde nach der Einnahme um 20% öfter positiv als negativ aus. Nach 48 Stunden gaben 88% der Befragten ein positives Urteil ab.

Das Ergotaminpräparat wurde gut vertragen. Nur zwei Frauen klagten über Nebenwirkungen, die in Zu-



Bei Triptanversagern kann ein Ergotaminpräparat den Attackenschmerz parieren.

Möglicher Kopfschmerz-Auslöser

Warnen Sie vor Übergebrauch!

Um Nebenwirkungen durch Dauergebrauch und Entzugskopfschmerzen zu vermeiden, ist die Einnahme von Ergotamin auf maximal zehn Tage im Monat zu beschränken. Außerdem sollte das Medikament höchstens an drei aufeinanderfolgenden Tagen angewendet werden.

sammenhang mit der Medikation stehen könnten. Dabei handelte es sich um Verkrampfungen, Zittern, Sehstörungen und starke Zunahme der Übelkeit, die sich von selbst besserten. Damit widerspricht die Anwendungsbeobachtung Ergebnissen anderer Studien, in denen Mutterkornalkaloide häufig Übelkeit oder Erbrechen auslösten. Vielmehr nahmen diese Symptome unter der Therapie sogar ab.

- Dr. Judith Neumaier
Quellen: Kinzinger U, Schierstedt D. Nervenheilkunde 2010;29:52–56; Pressemitteilung von Krewel Meuselbach