

Kasuistiken fraktionierte L-Dopa-Therapie in stabiler Trinklösung

Von Dr. med. Ingmar Wellach (Arzt für Neurologie und Psychiatrie), Hamburg

Die Verwendung von Arzneimitteln gelöst in vorverkleisterter Stärke (SyrSpend, Fagron) in Form einer individuellen Rezeptur ermöglicht dem behandelnden Arzt in Zusammenarbeit mit der Apotheke (z.B. als Rezeptur oder auch Defektur) die Verordnung einer sehr gut skalierbaren und individuell anpassbaren Therapie für die PatientInnen (Basistherapie). Damit wird eine wichtige Voraussetzung geschaffen, um auf sehr häufig auftretenden Wirkschwankungen zu reagieren. Zusätzlich haben die PatientInnen die Möglichkeit über ärztlich abgestimmte Extradosierungen auch auf schwankende Belastungen im Alltag angemessen zu reagieren (Boluseinnahmen). Für die Indikation M. Parkinson bedeutet dies die individuelle Anpassbarkeit z.B. der L-Dopa-Dosis an das Bewegungsprofil und die Symptomatik der Betroffenen. Kasuistik 2 B.P., weiblich, 70 Jahre

B.P., weiblich, 70 Jahre

Vorgeschichte: Patientin mit linksbetonter Parkinson-Erkrankung vom Äquivalenztyp. Früher Beginn im Alter von 40 Jahren mit einem verminderten Pendeln des linken Armes. Zunächst war der Verlauf der Erkrankung unkompliziert mit einem langsamen, aber gut kontrollierbaren Progress der Symptome über Jahre. Durch eine zusätzlich aufgetretene Psychose aus dem schizo-affektiven Formenkreis wurde der Verlauf und die Therapie in den folgenden Jahren erheblich kompliziert. Durch Schwankungen der Therapie (schwankende Stimulation der Dopaminrezeptoren im Gehirn) kam es zum einen zu einer sehr wechselhaften Beweglichkeit, aber vor allem auch zu starken Schwankungen der Stimmungslage. Dies ist eine Problematik die im Rahmen so genannter motorischer, aber auch nicht motorischer, affektiver Wirkschwankungen mit stark wechselnder psychischer Befindlichkeit mit Ängsten und Depressionen durchaus bekannt ist. In der Folge waren mehrere, zum Teil sehr lange Krankenhausaufenthalte in der Psychiatrie mit einem sehr komplizierten Therapieregime erforderlich.

Klinisches Bild: Es handelte sich um ein linksbetontes hypokinetisch-rigides Bild mit Haltungstörung, posturaler Störung und gelegentlich auftretendem Ruhetremor linksseitig. Es waren deutliche Wirkfluktuationen vorhanden. Die Fluktuationen wirkten sich auch auf die nicht-motorischen Symptome, insbesondere -wie Eingangs genannt- auf die Stimmung aus. D.h. bei zu hoher Stimulation zeigte die Pat. starke Überbewegungen (Dyskinesien) und eine eher euphorische bis hypomanische Stimmung mit Gereiztheit etc. und auf eine zu geringe Dosierung zeigte die Pat. eine ausgeprägte Akinese (Off-Zustand) mit Schmerzen und schweren depressiven Symptomen. Auf Hilfsmittel (Gehstock oder Rollator war die Pat. noch nicht dauerhaft angewiesen). Damit befand sich die Pat. zu Beginn der Behandlung im Stadium 3-3,5 nach Hoehn und Yahr.

Therapeutisches Problem: Aus dieser Problematik heraus ergab sich die Notwendigkeit einer möglichst konstanten und schwankungsfreien Einstellung der Parkinsonerkrankung, um sowohl die psychiatrischen als auch motorischen Symptome zu stabilisieren. Es bestand grundsätzlich die Indikation für eine Eskalationstherapie (z.B. Levodopa-Intestinalgel-(LCIG-) Pumpe). Zu diesem Zeitpunkt war die Pat. bereits 14 Jahre an M. Parkinson erkrankt (sog Parkinson-Spätsyndrom). Leider empfanden alle hinzugezogenen spezialisierten Kollegen das Risiko einer invasiven Eskalationstherapie als zu groß. Man befürchtete, dass die Patientin sich im Rahmen der Psychose nicht mit dem Infusionssystem zurecht kommen und sich selbst verletzen könnte. Allerdings ließ sich die psychiatrische Seite der Erkrankung ohne diesen Schritt auch nicht ausreichend kontrollieren bzw. stabilisieren.

Strategie und Verlauf: Durch den Einsatz der Levodopa-Suspension konnte dann ohne großes Risiko sehr leicht und einfach eine stabile, gut steuerbare und schwankungsarme orale Einstellung mit einer Stundengabe von 6-7 ml (entspr. 30-35 mg L-Dopa) realisiert werden. Auch hier gaben wir in Kombination Opicapon hinzu. Durch diese sehr verträgliche und wenig pulsatile dopaminerge Therapie entwickelte sich die psychiatrische Situation in der Folge derartig erfreulich, dass die angestrebte Eskalationstherapie mit LCIG über eine transkutane duodenale Sonde nach einem Intervall von einigen Monaten ermöglicht werden konnte. Seitdem ist die Patientin stabil auf dieses Verfahren eingestellt und konnte weiter in ihrem häuslichen Umfeld versorgt werden.