



An allen Fronten aktiv werden Kampf dem Hirnabbau!

Hohes Lebensalter und genetische Faktoren gelten als typische Risiken für demenzielle Erkrankungen. Um das Rentnerdasein topfit zu genießen, können körperliche Aktivität, Vitamine und Folsäure dem Gedächtnisverlust vorbeugen. Ist das Kind bereits in den Brunnen gefallen – besteht also eine manifeste Demenz – gelten Acetylcholinesterase-Hemmer und Memantin als Mittel der Wahl.

Die Behandlung von Demenzkranken sollte medikamentöse, psychoedukative und milieutherapeutische Verfahren einschließen und sich am jeweiligen Demenzstadium orientieren, schreibt Prof. Dr. Franz Müller-Spahn aus Basel (Abb.). Im Mittelpunkt der pharmakologischen Therapie stehen zurzeit **Acetylcholinesterase-Hemmer** (z. B. Donepezil, Rivastigmin, Galantamin) und der NMDA-Rezeptor-Antagonist **Memantin**, wobei Letzterer für die Behandlung einer mäßiggradigen bis schweren Alzheimer-Krankheit zugelassen ist und als „Glutamatmodulator“ fungiert. Die klinische Wirksamkeit von Memantin

wurde in placebokontrollierten Studien nachgewiesen, und erste Ergebnisse einer Kombinationsbehandlung mit Donepezil lassen einen noch besseren Effekt vermuten.

Schlucken hilft, Pflastern auch

Auch die Acetylcholinesterase-Hemmer (ACH) greifen ins glutamaterge sowie ins cholinerge Nervensystem ein. Analysen zufolge sind sie in der Lage, den Abbau der kognitiven Leistungsfähigkeit bei leichter bis mäßig schwerer Alzheimer-Krankheit um wenigstens sechs Monate zu verzögern. Bei Lewy-Körperchen-



Nehmen oder nicht nehmen? Bei Demenz eigentlich keine Frage!

Demenz, Parkinson (das Demenzrisiko ist für Parkinson-Patienten erhöht) und vaskulärer Demenz werden ACH ebenfalls eingesetzt. Dazu stehen verschiedene Darreichungsformen zur Verfügung (Tab. unten). Rivastigmin kann als Kapsel verordnet werden oder als transdermales Pflaster relativ konstante Spiegel über 24 Stunden erreichen. Es erwies sich in allen Darreichungsformen dem Placebo überlegen, wobei die Applikationsform hinsichtlich der Wirksamkeit keine Rolle spielt. Nur die gastrointestinale Verträglichkeit war in Pflasterform besser – die Übelkeit beim 10-cm²-Pflaster lag bei 7,2%, in Kapselform hingegen bei 23,1%. Doch egal, wie

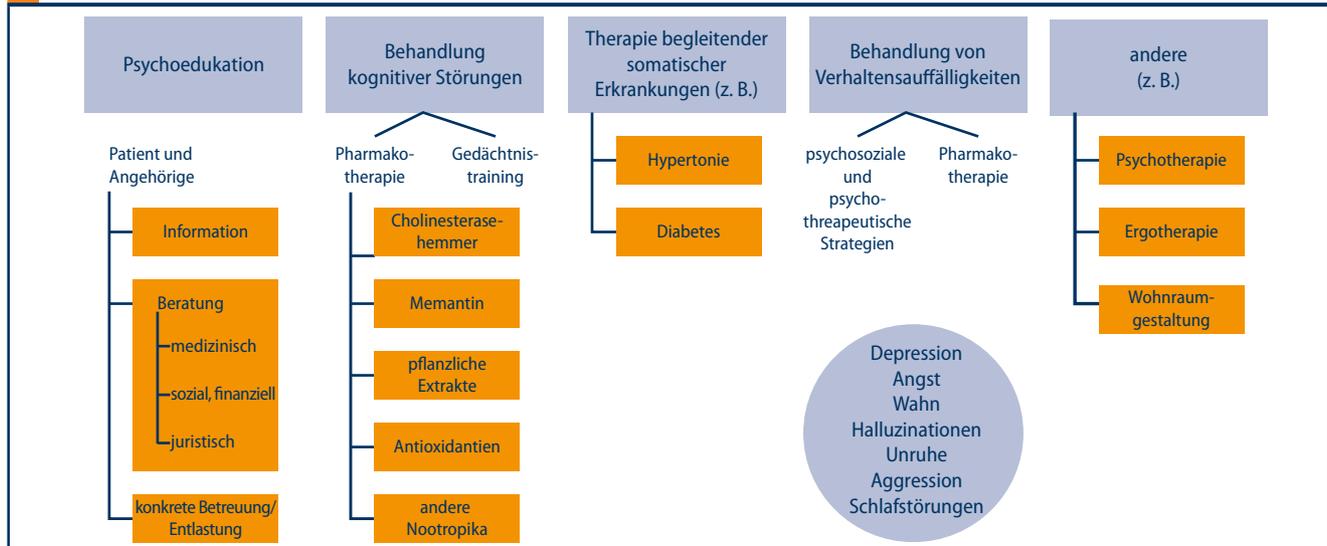
letzten Endes verabreicht, können gerade in der Aufdosierungsphase – außer Übelkeit – Erbrechen und Durchfall als Nebenwirkungen auftreten. Die Wirksamkeit der Behandlung mit Antidementiva ist regelmäßig zu prüfen. Verschlechtern sich Symptome und Allgemeinzustand des Patienten, sollte die medikamentöse Therapie beendet

Therapie mit Cholinesterase-Hemmern						
Substanz	Dosierung (mg/d)	Verordnungshäufigkeit/d	Cholinesterase-Hemmung	Butyrylcholinesterase-Hemmung	Bindung am nikotinischen AC-Rezeptor	Nebenwirkungen
Donepezil	5–10	1x	+			ähnlich bei allen Substanzen: Übelkeit, Erbrechen, Anorexie, Diarrhö, Bradykardie
Galantamin (Prolonged Release)	8–24	1x	+		+	
Rivastigmin	3–12	2x	+	+		
Neue Applikationsformen						
Substanz	Applikationsformen		Initiale Dosierung (mg/d)		Verordnungshäufigkeit/d	
Galantamin	Kapseln Prolonged Release		8		1x	
Rivastigmin	Pflaster 5 cm ²		4,6 (5 cm ²)*		1x	
	Pflaster 10 cm ²		9,5		1x	
	orale Lösung		2 x 1,5		verteilt auf 2 Einzeldosen	

*Wirkstoffabgabe über die Haut, Dosiserhöhung nach mindestens vierwöchiger Behandlung



Therapeutische Strategien bei Alzheimer-Krankheit



und der Einsatz alternativer Methoden herangezogen werden. Hilfreich sind in erster Linie kognitiv aktivierende Maßnahmen (Gedächtnistraining, Realitätsorientierungstraining), unterstützende Psychotherapie, Angehörigenbetreuung, Wohnraumgestaltung, basale Stimulation u. a. Sie führen oft zu einer Stabilisierung der Symptome und zur Entlastung der Angehörigen, sind jedoch nur dann von Erfolg gekrönt, wenn die individuellen Lebensumstände der Kranken und deren persönliche Ressourcen mit „eingeplant“ werden.

Vitamine, Folsäure und Ginkgo

Zur Prophylaxe von Demenzerkrankungen scheint insbesondere Folsäure geeignet. In einer Studie mit 965 Personen wurde gezeigt, dass unter einer Folsäuregabe von 446 µg/Tag in einem Beobachtungszeitraum von sechs Jahren das Risiko für die Alzheimer-Krankheit signifikant verringert war. Die insgesamt heterogene Datenlage zu dieser Therapiestrategie macht jedoch weitere Interventionsstudien erforderlich; das gilt auch für die Prophylaxe mit Vitaminen. Immerhin konnten für Vitamin C und E mehrheitlich schwach positive Effekte beobachtet werden – mit Ausnahme der Alzheimer-Demenz und dem sogenannten „mild cognitive impair-

ment“ (MCI). In einer erst kürzlich publizierten Studie wurde die Wirksamkeit von Ginkgo biloba versus Placebo hinsichtlich der Reduktion von demenziellen Erkrankungen untersucht, wobei Ginkgo keine ausreichende Reaktion auf die Hirnleistung hervorrufen konnte. Weitere Veröffentlichungen sind abzuwarten.

Was können Statine und NSAID?

Da viele ältere Patienten eine beachtliche Liste an pharmakologischen Präparaten vorweisen können, stellt sich die Frage, welche Auswirkungen diese „Nicht-antidemantiva“ auf das Gehirn haben. So kann die Langzeitverordnung von NSAID beispielsweise (aufgrund einer antiinflammatorischen Wirkung) das Risiko für die Entwicklung einer Alzheimer-Krankheit reduzieren. Statine scheinen das relative Risiko für Alzheimer ebenfalls zu senken; lipophile Substanzen wie Simvastatin, Atorvastatin und Lovastatin haben eine Minimierung von bis zu 70% zur Folge, weil sie die Blut-Hirn-Schranke ausreichend passieren. Zurückhaltung ist jedoch bei Hormonersatztherapien angezeigt: Die Behandlung mit Testosteron kann derzeit nicht zur Besserung kognitiver Störungen empfohlen werden, und der Gebrauch von Östrogenen erhöht sogar das Demenzrisiko!

Der Kampf gegen Aggressivität & Co

Aggressionen, Weglauftendenz, Enthemmung, Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus, exzessiver Bewegungsdrang, Inkontinenz und Schwierigkeiten bei der Körperpflege sind häufige Verhaltensauffälligkeiten bei Demenz. Sie werden als Ausdruck degenerativer Veränderungen in unterschiedlichen Neurotransmittersystemen gesehen und führen nicht selten zur Einweisung in eine psychiatrische Klinik. Dort kann bei psychomotorischer Unruhe und/oder Erregungszuständen mit paranoid-halluzinatorischen Symptomen ein Therapieversuch mit Risperidon oder Olanzapin (atypische Neuroleptika) gestartet werden. Allerdings sollten keine vaskulären Risikofaktoren bestehen, da nach einzelnen klinischen Studien im Vergleich zu Placebo kardiovaskuläre Ereignisse gehäuft auftreten. (cd)

Müller-Spahn F et al,
Neurologie & Psychiatrie 2009, 7:10

> Mehr Infos online!

www.akdae.de (Therapieempfehlungen zur Demenz der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft)
www.dgn.org (Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie)
www.psych.org/MainMenu/PsychiatricPractice/PracticeGuidelines_1.aspx (American Psychiatric Association)