

THERAPIETABELLEN

Nr. 53 / November 2012 / 2. Auflage

Neurologie / Psychiatrie



Matthias W. Riepe

Demenzen

Kognitive Störungen

- Demenzielle Erkrankungen • Schweregradbeurteilung
- Alzheimer-Erkrankung • Diagnostik
- Klinische Einteilung des Schweregrades
- Medikamentöse Therapie • Neue Therapieprinzipien • Sonstige Therapien
- Komorbidität Depression, Schlafstörungen
- Demenz und Verhaltensstörungen • Psychosen
- Begleiterkrankungen Schmerz, Hypersexualität oder Inkontinenz
- Vaskuläre Demenz und andere Demenz-Erkrankungen

Westermayer Verlag

Unter Berücksichtigung aktuellster
internationaler Leitlinien

THERAPIETABELLEN

Neurologie / Psychiatrie

Nr. 53, November 2012, 2. Auflage

Demenzen / Kognitive Störungen

Verlag:

Westermayer Verlags-GmbH
82349 Pentenried
Telefon (089) 2 72 20 28
Telefax (089) 2 73 00 58
mail@westermayer-verlag.de
www.westermayer-verlag.de

Herausgeber und Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. med. Dipl.-Phys.
Matthias W. Riepe
Leiter Sektion Gerontopsychiatrie,
Psychiatrie II, Universität Ulm
Chefarzt Abteilung Gerontopsychiatrie
BKH Günzburg
Ludwig-Heilmeyer-Straße 2
89312 Günzburg
Telefon (08221) 96 23 55
E-Mail: matthias.riepe@uni-ulm.de

Projektleitung:

Reinhilde Bossema-Collien
E-Mail: bossema@westermayer-verlag.de

Produktion:

Birgit von Rhein, Babette Evers,
Christian Hehensteiner

Gesamtherstellung:

G. Peschke Druckerei GmbH
Schatzbogen 35, 81829 München

Quelle Titelbild: fotolia.de

© 2012 Westermayer Verlags-GmbH

Stand Juni 2012. Die in dieser Publikation veröffentlichten Tabellen und Texte sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck und andere Arten der Vervielfältigung sind untersagt. Ausnahmen nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlages.

Vorwort 5

Demenzielle Erkrankungen 7

Ätiologie häufiger demenzieller Erkrankungen	7
Demenzielle Syndrome mit genetischer Komponente	7
Klinische Skalen zum Screening und zur Charakterisierung kognitiver Defizite demenzieller Syndrome	8
Kurztests zum Screening auf das Vorliegen eines demenziellen Syndroms	9
Skalen zur Verhaltensbeurteilung.....	9
Klinischer Gesamteindruck und Schweregradbeurteilung	9
Schweregrad demenzieller Symptome.....	10
Bildgebende Verfahren in der Diagnostik	10
Labordiagnostische Verfahren.....	11

Alzheimer-Erkrankung 11

Liquordiagnose neurochemischer Degenerationsmarker für die Alzheimer-Erkrankung.....	11
Caveats der Diagnose	12
Veränderung der Pharmakodynamik im Alter	12
Diagnosekriterien für Alzheimer-Demenz.....	13
Klinische Einteilung des Schweregrades der Alzheimer-Demenz.....	14
Therapieziele bei Alzheimer-Demenz	14
Caveats – Verlauf	15
Qualitative Einschätzung der Fahrtauglichkeit	15
Medikamente mit anticholinergem Wirkung	16
Risikofaktoren einer Alzheimer-Erkrankung	16

Therapie der Alzheimer-Demenz..... 17

Do's and Don'ts	17
Medikamentöse Therapie bei Alzheimer-Demenz	17
Pharmakodynamische und pharmakokinetische Eigenschaften der Antidementiva	19
Interaktionen von Antidementiva mit anderen Pharmaka	20
Substanzen, die das QT-Intervall verlängern und Torsades de Pointes auslösen können	23
Sonstige Therapien bei Alzheimer-Demenz	25
Demenz-Erkrankungen und Diät	27
Praktischer Umgang mit dem Erkrankten im Alltag	29
Nichtmedikamentöse Interventionen	30
Medikamente ohne nachgewiesene Wirksamkeit bei der Alzheimer-Erkrankung	30
In Entwicklung befindliche neue Therapieprinzipien.....	31

Komorbidität Depression / Schlafstörungen 32

Auswahl des Antidepressivums	32
Biochemische Eigenschaften ausgewählter Antidepressiva	32
Topik ausgewählter depressiver Symptome	33
Antidepressiva und Begleiterkrankungen	33
Antidepressive Therapie	34
Antidepressiva und Schlaf	35
Nichtmedikamentöse Intervention bei Schlafstörungen	35
Schlafregulierende Substanzen	35

Verhaltensstörungen / Neuroleptika 36

Häufige Verhaltensstörungen und medikamentöse Intervention	36
Häufig angewandte Neuroleptika bei älteren Patienten	36
Biochemische Rezeptorprofile von Neuroleptika	37
Neuroleptika und Begleiterkrankungen	37
Aggressivität und Unruhe	39

Komorbidität Schmerz 40

Nonverbale Zeichen einer Schmerzsymptomatik	40
WHO-Schmerzleiter	40
Schmerzmedikation	40
Vor- und Nachteile von Opioid-Schmerzmitteln	41
Übersicht der Opioid-Schmerzmittel	41
Äquivalenzdosierungen für den Übergang oraler zu transdermaler Applikation	41

Inkontinenz / Hypersexualität 42

Medikation für das Syndrom „Überaktive Blase“	42
Demenz und Hypersexualität	42

Vaskuläre Demenz (VaD) 44

Klassifikation vaskulärer Demenz	44
Pharmakotherapie der vaskulären Demenz	44
Prävention vaskulärer Demenz	45
Diagnostische Kriterien für vaskuläre Demenz	45

Andere Demenz-Erkrankungen 46

Klinisch-diagnostische Konsensuskriterien der	
Lewy-Body-Demenz (LBD)	46
Parkinson-Disease-Demenz (PDD)	47
Fronto-Temporalen Demenz (FTD)	48
Kriterien für das Vorliegen einer Creutzfeldt-Jacob-Erkrankung	49
Normaldruckhydrozephalus	49

Die nachfolgenden Tabellen richten sich an alle ärztlich Tätigen, die Patienten mit Demenzerkrankungen behandeln.

Interdisziplinarität

Eine Diagnose der Alzheimer-Erkrankung ist zwar nach den neuen Kriterien in jedem Alter möglich, die Prävalenz von Demenzerkrankungen nimmt allerdings mit zunehmendem Lebensalter drastisch zu und erreicht erst im Alter über 60 einstellige Prozentwerte. In diesem und höheren Lebensaltern wächst auch der Anteil von Patienten bei denen neben einer Demenzerkrankung weitere Komorbiditäten vorliegen. Die Behandlung von Patienten mit Demenzerkrankungen erfordert daher ein hohes Maß an Interdisziplinarität um zu vermeiden, dass Medikamente eines Indikationsgebietes mit den Medikamenten zur Behandlung der Symptome der Demenz unerwünschte Wechselwirkungen entfalten.

Grundlegende Prinzipien der Demenzbehandlung

In anderen Ländern, u. a. in England, bleibt die Verordnung von spezifischen Antidementiva speziellen Arztgruppen, z. B. Gerontopsychiatern, vorbehalten – dies ist in Deutschland nicht der Fall. Das fordert daher gerade auch für allgemeinbehandelnde Ärzte eine spezifische antidementive Therapie zu initiieren oder fortzusetzen. Die Behandlung von neuropsychiatrischen Komplikationen im Verlauf der demenziellen Erkrankung ist dann aufgrund der Komplexität der psychopharmakologischen Möglichkeit die eigentliche Domäne des gerontopsychiatrisch oder neurologisch-psychiatrisch erfahrenen Arztes.

Psychopharmaka im Alter

Psychopharmakotherapie im Alter orientiert sich an den gleichen Grundprinzipien wie die allgemeine geriatrische Pharmakotherapie. Aufgrund der im Alter geänderten Nierenfunktion, der veränderten Kapazität von Leberenzymen und des im Vergleich zu jüngeren Erwachsenen anderen Verteilungsvolumens sollte in niedriger Dosierung begonnen werden. Für viele der symptomatischen Therapien, insbesondere neuropsychiatrischer

Komplikationen, ist die niedrigst mögliche Dosis anzustreben. Für die spezifische antidementive Therapie gilt jedoch auch im Alter ein dosisabhängiger Effekt und es ist eine individuelle Maximaldosierung anzustreben.

Pharmakoökonomie

In Zeiten anwachsender therapeutischer Möglichkeiten und begrenzter ökonomischer Ressourcen ist es erforderlich Methoden zu entwickeln, die eine Abschätzung von ökonomischem Aufwand und therapeutischem Nutzen – auch im Vergleich über verschiedene Indikationen – erlauben. Allerdings sind die Methoden dazu bisher noch nicht ausgereift. Dies liegt vor allem auch daran, dass pharmakoökonomische Endpunkte – z. B. Einweisung in ein Pflegeheim oder ähnliches – weiche Endpunkte sind, die nicht nur auf krankheitsspezifischen Einflussgrößen beruhen, sondern auch auf gesellschaftlichen oder politischen Rahmenbedingungen, wie etwa Verfügbarkeit und Preis von Pflegeheimen. Die konsequente Anwendung von Kosteneffektivität bedeutet, dass bevorzugt Therapien angewandt werden, deren ökonomischer Einspareffekt belegbar ist. Konsequenterweise angewandt bedeutet dies allerdings eine Abkehr von den bisherigen Grundlagen ärztlicher Ethik. Bis diese Fragen im gesellschaftlichen Konsens geklärt sind, ist es Aufgabe eines jeden Arztes, die bestmögliche pharmakologische und nichtpharmakologische Therapie – auch für an Demenz erkrankte Patienten – anzuwenden.

Medikamente

In den Tabellen wird der Substanzname angegeben, da es für viele Medikamente mehrere Hersteller gibt und die Medikamente unter verschiedenen Handelsnamen vertrieben werden. Falls es für Medikamente in Deutschland keine explizite Zulassung gibt, diese Medikamente jedoch in anderen Ländern eine Zulassung besitzen, wird darauf hingewiesen. Der Verordner muss sich jedoch immer bewusst sein, dass der Einsatz dieser Medikamente in Deutschland im Einzelfall zwar möglich ist, aber „off-label“ erfolgt und hierfür besondere Anforderungen an Aufklärung, Dokumentation und Monitoring von Nebenwirkungen bestehen.

Dosierungen

Die Angaben beziehen sich auf die Standarddosierungen, wie sie von den Herstellern der Medikamente angegeben werden und meist auch so in den Zulassungen geprüft wurden. Die Standarddosierungen beziehen sich auf einen normalgewichtigen Erwachsenen (ca. 75 kg) mit intakter Leber- und Nierenfunktion. Da demenzielle Erkrankungen häufig bei älteren Patienten auftreten, ist die Intaktheit von Leber- und Nierenfunktion vorher zu überprüfen und im Zweifelsfall, und wenn möglich, dem geriatrischen Leitspruch für die Behandlung älterer Menschen zu folgen: „Start low, go slow“.

Kontraindikationen

Es wird auf die wichtigsten Kontraindikationen hingewiesen. Hierbei handelt es sich nur ausnahmsweise um absolute Kontraindikationen, meist kann mit Anpassung der Dosis und unter entsprechendem Monitoring auch bei vorliegenden relativen Kontraindikationen das Medikament eingesetzt werden. Für die meisten der in den nachfolgenden Tabellen aufgeführten Medikamente sind nur unzureichend Informationen über die Wirkungen in der Schwangerschaft und auf den Embryo erhältlich.

Unerwünschte Wirkungen / Nebenwirkungen

Unerwünschte Wirkungen und Nebenwirkungen können bei jedem der genannten Medikamente auftreten. Der Verordner sollte bedenken, dass ein Teil dieser unerwünschten Wirkungen transient ist und die Belastung des Patienten durch eine vorsichtiger Aufdosierung gemildert werden kann. In Bezug auf die spezifische antidementive Behandlung ist zu bedenken, dass Nebenwirkungen nach Verordnung einer Substanz nicht notwendigerweise auch Nebenwirkungen / unerwünschte Wirkungen bei der Verordnung einer anderen Substanz der gleichen Substanzklasse bedeuten.

Kosten

Bevor eine allgemein akzeptierte Kosten-Nutzen-Analyse vorliegt, hat die Anführung der Kosten einer Therapie lediglich als Information Bedeutung.

Das Abhängigmachen der Verordnung von Tages-therapiekosten stellt, insbesondere wenn keine alternativen spezifischen Therapien zur Verfügung stehen, ansonsten eine bisher nicht durch gesellschaftlichen Konsens gerechtfertigte Rationierung dar.

Allgemeine Hinweise

Die Indikationen und Dosisangaben wurden sorgfältig geprüft, eine Haftung für fälschliche Angaben kann jedoch trotzdem nicht übernommen werden.

Neue Entwicklungen in Diagnose und Therapie

Im vergangenen Jahr hat sich der Blick auf die diagnostischen Kriterien für die Alzheimer-Erkrankung wesentlich verändert. Auch bei leichten kognitiven Defiziten kann mittels Biomarkern in Liquor oder struktureller bzw. funktioneller Bildgebung die Diagnose bereits frühzeitig gestellt werden. Diese neuen Diagnosekriterien sind auch deshalb von besonderer Bedeutung, weil neuartige Therapien der Alzheimer-Erkrankung nicht nur eine Therapie der Symptome zum Ziel haben, sondern auch eine Modifikation des Krankheitsverlaufes unter Berücksichtigung der Pathophysiologie der Alzheimer-Erkrankung erreichen wollen.

Matthias W. Riepe

Ulm / Günzburg im Juni 2012