

Bernhard Rüetschi

## Welche Neuroleptika bei Verhaltensstörungen bei Demenz?

**Leserbrief zu: Wettstein A. Therapie von Verhaltensstörungen bei Demenz. Schweiz Med Forum 2004;4:607-10.**

A. Wettstein behauptet, dass die heutigen gebräuchlichen «Antidementiva» auch bei vaskulärer und bei Levy-Körper-Demenzen sowie deren Mischformen wirksam sein sollen und die kognitiven Leistungen verbessern würden.

Die Daten hierzu sind meiner Meinung nach sehr dünn, so dass ein Einsatz dieser Medikamente quasi bei allen Demenzen absolut unverantwortlich wäre. Sogar die Wirksamkeit dieser Substanzen bei der echten Alzheimer-Krankheit wird ja, wie wir in der Praxis sehen, masslos überschätzt.

Noch schlimmer finde ich die Behauptung von A. Wettstein, dass «klassische Neuroleptika nicht mehr als Medikamente der ersten Wahl verwendet werden sollen» wegen der häufigen Nebenwirkungen. Bei Verhaltensstörungen Dementer komme einzig Risperdal® in Frage. Dabei wurden doch ausgerechnet bei Risperdal gehäufte zerebrovaskuläre Insulte bei Dementen

beschrieben! Meiner Meinung nach spricht überhaupt nichts dagegen, primär eines der alten, billigen Neuroleptika einzusetzen und bei allfälligen Nebenwirkungen auf eines der neueren, viel teureren Medikamente auszuweichen. Dabei gibt es bekannterweise nicht nur Risperdal®... Zur Behandlung der Tag-Nacht-Umkehr wird gerade *ein* Präparat mit Markenname empfohlen. Ich muss fast annehmen, dass der Autor keine anderen Substanzen kennt, weil er nur *ein* Produkt erwähnt.

Schliesslich werden die grossen Erfolge der «Milieuthherapie» hervorgehoben (Spazier-, Tanz-, Musiktherapie etc.). Dass es dazu Studien braucht, ist eigentlich überflüssig, weiss doch jedermann, dass solche Therapien bei Dementen nützlich sein können. Das Problem dabei liegt ja nicht im «nicht wissen», sondern meist bei den fehlenden Ressourcen in Familie- oder Pflegebereich. Die im Schweizerischen Praxiserfahrungsbericht dazu publizierten Resultate müssen überdies noch relativiert werden, da offenbar in allen untersuchten Fällen Risperdal® dazu gegeben wurde!

Korrespondenz:  
Dr. med. Bernhard Rüetschi  
Hauptstrasse 45  
CH-4153 Reinach

Albert Wettstein

### Replik

Natürlich weiss auch ich sehr genau um die beschränkte Wirkung von Antidementiva: Lazaruseffekte treten kaum auf und auch bescheidene Verbesserungen sind nicht immer zu beobachten. Aber in fast allen kontrollierten Studien – sogar in der pharmakonabhängigen britischen AD-2000-Studie, die kürzlich im Lancet publiziert wurde – ist eine Verzögerung des weiteren Verlustes der Hirnleistung um 3 bis 9 Monate, je nach Studien in ähnlichem Umfang im Bereiche der Selbständigkeit im Alltag oder der Verhaltensstörungen, beobachtet worden und dies ohne schwerwiegende Nebenwirkungen. Wenn auch zu recht diskutiert wird, ob der Einsatz von Antidementiva bei allen Demenzpatienten zu rechtfertigen ist, ist es im ambulanten Setting meiner Meinung nach immer sinnvoll, einen Versuch mit einem Cholinesterasehemmer zu machen bei beginnenden Verhaltensstörungen. Denn oft genügt eine minimale Verbesserung der Hirnleistung, so dass die betroffene Person den Alltag gerade wieder bewältigen kann – ohne Verhaltensstörung. Selbstverständlich soll das teure Medikament wieder abgesetzt werden, wenn der erwünschte Effekt nicht auftritt.

Klassische Neuroleptika hingegen sind heute keine empfehlenswerte Option mehr zur Behand-

lung von Demenzpatienten. Denn alle haben extrapyramidale Nebenwirkungen, sofort und dosisabhängig, im Sinne von iatrogenem Parkinsonismus mit stark erhöhter Sturz- und Aspirationsgefahr, sowie im Sinne von verzögert auftretenden und nach dem Absetzen persistierender tardiver Dyskinesien. Beides tritt bei den atypischen Neuroleptika in niedriger Dosis nicht auf, weshalb diese vorzuziehen sind. Die Hirnschlaggefahr ist ein unspezifischer Effekt der Sedierung von gebrechlichen Betagten, vermutlich als Folge von ungenügender Flüssigkeitsaufnahme und Hypotonie – und ist grösser unter Haldol® oder Benzodiazepinen, als unter Risperdal® [1]. Risperdal® ist als einziges atypisches Neuroleptikum zur Behandlung von Verhaltensstörungen zugelassen, sowohl in der Schweiz als auch im EU-Raum und in den USA. Es gibt kaum kontrollierte Untersuchungen mit klassischen Neuroleptika bei Demenzkranken, die randomisierten Vergleichsstudien von Haloperidol mit Risperdon, haben klar die Überlegenheit des letzteren gezeigt [1-3].

Betreffend der Behandlung von Tag-Nacht-Umkehr beziehungsweise nächtlicher Unruhe mit sedierenden, nicht trizyklischen Antidepressiva stütze ich mich auf die Empfehlung der amerikanischen psychogeriatrischen Gesellschaft, obwohl gute plazebokontrollierte Studien dazu feh-

len. In Frage kommen neben Trittico<sup>®</sup>, dem einzigen in der Schweiz erhältlichen Trazodon, noch Mianserin<sup>®</sup> (Tolvon). In Anbetracht des viel günstigeren Preises von 15 bis 30 Rappen pro Tag von Trittico<sup>®</sup> im Vergleich zu 60 bis 120 Rappen pro Tag bei Tolvon<sup>®</sup> und keinem mir bekannten Grund für die teurere Option, ist es meiner Meinung nach sinnvoll, das entsprechende Präparat direkt zu empfehlen.

Betreffend der in erster Linie empfohlenen Milieuthherapie ist zu bemerken, dass diese auch in der Alltagspraxis oft anwendbar ist und viele Betreuende sehr dankbar dafür sind, wenn ihnen gelehrt wird, wie sie den Alltag von Demenzkranken besser gestalten können. Ohne Artikel wie der kritisierte jedoch kennen die meisten Primärversorger die Vor- und Nachteile der ver-

schiedenen Formen von Milieuthherapie nicht und können sie nicht weiter empfehlen. Gerade Artikel in Zeitschriften wie SMF, die alle Primärversorger in der Schweiz erreichen, dürfen sich nicht auf pharmakotherapeutische Therapien beschränken, sondern müssen auch andere, zum Beispiel sozialtherapeutische Strategien, darstellen, auch wenn sie etwas ausserhalb des «mainstream» des medizinisch-industriellen Komplexes liegen – oder gerade deshalb!

**Korrespondenz:**

PD Dr. med. Albert Wettstein  
Chefarzt Stadtärztlicher Dienst  
und Co-Leiter Zentrum für Gerontologie  
Universität  
Postfach  
CH-8035 Zürich

**Literatur**

- 1 Kozma C, et al. Absence of increased relative stroke risk in elderly dementia patients treated with risperidone vs other antipsychotics. In Press, 2003.
- 2 De Deyn P, et al. A randomised trial of risperidone, placebo and haloperidol for behavioural symptoms of dementia. *Neurology* 1999;53:946-55.

- 3 Katz I, et al. Comparison of risperidone and placebo for psychosis and behavioural disturbances associated with dementia: a randomized, double-blind trial. *J Clin Psychiatry* 1999;60:107-15.
- 4 Jeste D, et al. Lower incidence of tardive dyskinesia with risperidone compared with haloperidol in older patients. *JAGS* 1999;47:716-9.