

Mythen und Fakten rund um Depot-Antipsychotika

Trotz ihrer Vorteile gegenüber oralen Neuroleptika werden Depot-Neuroleptika so kontrovers diskutiert wie kaum eine andere Arzneimittelgruppe. Im Rahmen seines Vortrags zum Thema „Depot-Behandlung der Schizophrenie“ präsentierte Univ.-Prof. Dr. Peter Falkai, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Ludwig-Maximilians-Universität, München, Mythen und Fakten rund um die Depot-Behandlung.

Von Katharina Miedzinska, MSc

■ Langzeittherapie senkt die Rezidivrate

„Die Behauptung, dass eine Langzeittherapie bei kontinuierlicher Gabe im Vergleich zu einer intermittierenden Therapie bei Schizophreniepatienten zu einem ungünstigeren Verlauf und einer ungünstigeren Prognose führt, wurde im Rahmen zahlreicher Studien widerlegt“, erklärt Falkai und präsentiert die Ergebnisse einer multizentrischen, randomisierten, kontrollierten Open-Label-Studie.¹ Klinisch stabile Patienten nach einer akuten Episode (n=404) wurden entweder einer „No-dose-reduction group“, einer Vier-Wochen-Gruppe (Dosisreduzierung um 50 Prozent vier Wochen nach Initiierung bis Studienende) oder einer 26-Wochen-Gruppe (Dosisreduzierung um 50 Prozent 26 Wochen nach Initiierung bis Studienende) zugeteilt.¹

Die mittlere Dauer bis zum Rezidiv betrug bei Patienten aus der Vier-Wochen-Gruppe 571 Tage, bei Patienten aus der 26-Wochen-Gruppe 615 Tage und bei Patienten, bei denen bis Studienende keine Dosisreduktion erfolgte, 683 Tage. Falkai: „Daten wie diese sind eindeutig und zeigen, wie wichtig es für den Behandlungserfolg ist, dass die Dosierung nicht in den ersten Monaten der Therapie oder insgesamt zu früh reduziert wird.“

■ Verbesserte kognitive Kontrolle

Vita et al.² analysierten in einer Metaanalyse die Daten von 1.155 Schizophreniepatienten und 911 gesunden Patienten aus insgesamt 18 Studien. Es zeigt sich, dass es bei Schizophreniepatienten unter einer Neuroleptikabehandlung strukturelle Veränderungen im Gehirn gibt. „Die Frage, ob Antipsychotika das Gehirn verändern, erfordert eine differenzierte Antwort. Das Gehirn ist Zielorgan einer Schizophreniebehandlung, und psychotrope Substanzen verändern das Organ. Das bedeutet jedoch nicht, dass die langfristige Neuroleptikagabe mit einer schlechten Prognose einhergeht“, betont Falkai und stützt sich auf eine aktuelle multimodale Analyse zu den Effekten von Antipsychotika auf Hirnstruktur und -funktion bei Schizophreniepatienten.³ Die Ergebnisse der Studie zeigen zwar einerseits eine Ausdünnung präfrontaler kortikaler Areale, andererseits aber auch eine

gleichzeitige Verbesserung der Aktivität im präfrontalen Kortex sowie eine verbesserte kognitive Kontrolle.

■ Förderung der Rehabilitation

Antipsychotika können die Rückfallraten reduzieren und fördern die Rehabilitation von Schizophreniepatienten. Dies wurde in Studien und Metaanalysen wie u.a. zuletzt von Kishimoto et al.⁴ und Huhn et al.⁵ immer wieder bestätigt. Auch Daten früherer Erhebungen, wie die 2009 veröffentlichte Metaanalyse von 38 Studien mit 7.323 Patienten, zeigen, dass neuere Antipsychotika hinsichtlich vieler Outcome-Parameter wie Reduktion der Symptomatik, Behandlungsabbrüche, und Erkrankungsrezidive effektiver sind als Placebo.⁶

■ Höhere Lebensqualität

Das Behandlungsspektrum von Depot-Antipsychotika bietet Ärzten und Patienten die Wahl zwischen älteren und neueren Substanzen wie Aripiprazol und Paliperidonpalmitat. Trotz bekannter Vorteile der Depot-Antipsychotika bleiben Ängste, wie jene der Stigmatisierung oder des Autonomieverlusts nach wie vor bestehen, weswegen viele Fachärzte ihren Patienten die Option der Depot-Medikation nicht anbieten. „Aus diesem Grund ist es wesentlich, neuen Studien, welche die Lebensqualität systematisch einbeziehen, mehr Beachtung zu schenken, da es bezüglich der Lebensqualität Unterschiede gibt, die den Outcome einer Therapie beeinflussen können“, erklärt Falkai und verweist auf die randomisierte Vergleichsstudie QUALIFY, bei welcher Patienten nach 28-wöchiger Behandlung mit Aripiprazol-Depot 400mg statistisch signifikante Verbesserungen vs. Paliperidonpalmitat bei Messungen der Lebensqualität zeigten (4,67 (95% CI:0,32–9,02), p=0,036).⁷

„Bei der Behandlung von Schizophrenie ist es wichtig, stets daran zu denken, dass es sich um ein schwerwiegendes Krankheitsbild handelt. Bei Diskussionen über Wirkungsweisen, Vor- und Nachteile sowie Nebenwirkungsprofile der einzelnen Substanzen sollte schnelles, effektives, und patientenorientiertes Handeln nicht aus dem Fokus geraten“, so Falkai abschließend. ●

Fortbildungsreihe – Psychiatrie in Wissenschaft und Praxis (PWP), Wien, 27.2.16

Referenzen:

- 1 Wang et al., *Am J Psychiatry* 2010; 167(6):676–85
- 2 Vita et al., *Biol Psychiatry* 2015; 78(6):403–412
- 3 Lesh et al., *JAMA Psychiatry* 2015; 72(3):226–234
- 4 Kishimoto et al., *J Clin Psychiatry* 2013; 74(10):957–65
- 5 Huhn et al., *JAMA Psychiatry* 2014; 71(6):706–15
- 6 Leucht et al., *Molecular Psychiatry*, 14:429–447
- 7 Naber et al., *Schizophrenia Research* 2015; 168(1–2):498–504