

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΗΝ ΝΟΣΟ ΠΑΡΚΙΝΣΟΝ

HNS GUIDELINES

GUIDELINES ON THE PHARMACOLOGICAL TREATMENT OF PARKINSON DISEASE

Abstract

Abstract not available (article in greek).

Η νόσος του Πάρκινσον είναι μία συχνή εκφυλιστική νόσος του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος η οποία εκδηλώνεται με κινητικά και μη κινητικά συμπτώματα. Μέχρι σήμερα δεν υπάρχει επιβεβαιωμένη νευροπροστατευτική αγωγή, δηλ. θεραπεία η οποία να επιβραδύνει, να αναστέλλει ή ακόμα να αναστρέφει την εξέλιξη της νόσου. Όλες οι διαθέσιμες θεραπείες αφορούν μόνο στον έλεγχο των συμπτωμάτων.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

1. Επιδιώκεται η διατήρηση της λειτουργικής επάρκειας και αυτοεξυπηρέτησης του ασθενούς και η βελτίωση της ποιότητας ζωής του για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα με τον κατάλληλο συνδυασμό φαρμάκων.
2. Η θεραπεία της νόσου εξατομικεύεται λαμβάνοντας υπόψη την συμπτωματολογία, την βαρύτητα της νόσου, την ηλικία, την γνωστική λειτουργία, τις επαγγελματικές υποχρεώσεις και τα συνοδά νοσήματα.
3. Η συμμόρφωση του ασθενούς στην θεραπεία αλληλά και η άριστη επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό είναι βασικά στοιχεία της επιτυχημένης θεραπευτικής αντιμετώπισης.
4. Η νόσος χωρίζεται κάπως σχηματικά σε ένα πρώιμο και σε ένα προχωρημένο στάδιο. Το προχωρημένο στάδιο είναι εκείνο όπου εμφανίζονται κινητικές επιπλοκές, αλλήλα και άλληλα, μη κινητικά συμπτώματα, που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών.
5. Η φαρμακευτική θεραπεία θα πρέπει να αρχίζει από μικρές δόσεις οι οποίες θα αυξάνονται σταδιακά. Πρέπει να χρησιμοποιείται η ελάχιστη φαρμακευτική αγωγή που επιφέρει ένα ικανοποιητικό αποτέλεσμα.
6. Συνδυασμοί φαρμάκων επιτρέπονται (και είναι συνήθως ο κανόνας).

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΡΩΙΜΗΣ ΝΟΣΟΥ ΠΑΡΚΙΝΣΟΝ

Στα αρχικά στάδια της νόσου η θεραπεία αποβλέπει 1) στην βελτίωση της κινητικής συμπτωματολογίας και 2) στην καθυστέρηση εμφάνισης κινητικών παρενεργειών.

Η σωματική άσκηση και η φυσιοθεραπεία βοηθούν σε όλα τα στάδια της νόσου.

*Συμπτωματική φαρμακευτική θεραπεία πρώιμης (μη επιπεπλεγμένης) νόσου του Πάρκινσον**1. Έναρξη θεραπείας*

Τα ακόλουθα φάρμακα είναι πρώτης επιλογής:

1. Η λεβοντόπα άμεσης αποδέσμευσης μαζί με περιφερικό αναστολέα της αποκαρβο-ξυλάσης (βενζεραζίδη ή καρβιντόπα) παραμένει ο ακρογωνιαίος λίθος της συμπτωματικής θεραπείας της νόσου. Η λεβοντόπα επιφέρει βελτίωση όλων των κύριων κινητικών συμπτωμάτων της νόσου και προσφέρει καλύτερη ποιότητα ζωής στους ασθενείς. Τα αποτελέσματα είναι τόσο θεαματικά ώστε η καλή απάντηση στην λεβοντόπα να θεωρείται διαγνωστικό κριτήριο της νόσου. Η θεραπεία όμως με λεβοντόπα συνοδεύεται από την εμφάνιση κινητικών παρενεργειών (διακυμάνσεων της συμπτωματολογίας - ακινητικά επεισόδια και δυσκινήσιες) με συχνότητα 10% των ασθενών ανά έτος θεραπείας. Συστήνεται η χορήγηση λεβοντόπα σαν μονοθεραπεία σε ηλικιωμένους ασθενείς οι οποίοι εμφανίζουν πιο συχνά νευροψυχιατρικές παρενέργειες.

2. Ντοπαμινεργικοί Αγωνιστές. Προτιμώνται οι νεότεροι αγωνιστές, όπως η πραμιπεξόλη και ροπινιρόλη άμεσης ή βραδείας αποδέσμευσης, η ροτιγοτίνη (διαδερμικό έμπλαστρο) και η πιριβεδίλη που δεν ανήκουν στην ομάδα των εργοταμινικών αγωνιστών (βρωμοκρυπτίνη,

ηλσουρίδη, περγολίδη, καμπεργολίνη), οι οποίοι μπορεί να οδηγήσουν στην ανάπτυξη οπισθοπεριτοναϊκής ή άλλης ίνωσης ή βαλβιδοπάθειας. Οι ντοπαμινεργικοί αγωνιστές (πραμιπεξόλη και ροπινιρόλη άμεσης ή βραδείας απελευθέρωσης, πιριβεδίλη και διαδερμικό έμπλαστρο ροτιγοτίνης) χορηγούμενοι σαν μονοθεραπεία στα πρώιμα στάδια της νόσου είναι αποτελεσματικοί στην αντιμετώπιση των κινητικών συμπτωμάτων και στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών (όχι όμως τόσο αποτελεσματικοί όσο η λεβοντόπα) και το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να κρατήσει σε ένα σημαντικό αριθμό ασθενών αρκετά χρόνια. Η πραμιπεξόλη, η ροπινιρόλη και η ροτιγοτίνη σε μονοθεραπεία εμφανίζουν μικρότερο κίνδυνο από την λεβοντόπα για την ανάπτυξη κινητικών επιπλοκών. Δηλαδή όσο λαμβάνει κανείς αγωνιστή σε μονοθεραπεία έχει μικρό κίνδυνο να εμφανίσει κινητικές επιπλοκές. Έτσι η μονοθεραπεία με αγωνιστή –και εφ’ όσον το αντιπαρκινσονικό της αποτέλεσμα κρίνεται επαρκές– καθυστερώντας τον χρόνο έναρξης της θεραπείας με λεβοντόπα, καθυστερεί έμμεσα τον χρόνο εμφάνισης των κινητικών επιπλοκών. Το όφελος όμως από την καθυστέρηση της εμφάνισης των κινητικών επιπλοκών μειώνεται από την μικρότερη βελτίωση των συμπτωμάτων και από την πιθανότητα εμφάνισης ψευδαισθήσεων, διαταραχής ελέγχου των παρορμήσεων, ημερήσιας υπνηλίας, οιδήματος κάτω άκρων και αιφνιδίων επεισοδίων ύπνου. Επειδή οι νέοι ασθενείς είναι περισσότερο επιρρεπείς στην ανάπτυξη κινητικών επιπλοκών και δεν εμφανίζουν νοτική έκπτωση προτείνεται η έναρξη θεραπείας με έναν ντοπαμινεργικό αγωνιστή στην ομάδα αυτή των ασθενών. Οι ντοπαμινεργικοί αγωνιστές πρέπει να δίνονται με μεγάλη προσοχή και γενικά συνιστάται θεραπεία σε χαμηλότερες δόσεις σε άτομα με νοτική έκπτωση ή ιστορικό παρορμητικής συμπεριφοράς.

3. Αναστολείς Μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ) Β (Σελεγιλίνη και Ρασαγιλίνη). Οι αναστολείς του ενζύμου ΜΑΟ-Β (σελεγιλίνη και ρασαγιλίνη) βελτιώνουν τα συμπτώματα της νόσου αλλά η δράση τους είναι ασθενέστερη της λεβοντόπα και πιθανόν και των ντοπαμινεργικών αγωνιστών. Χορηγούνται μία φορά την ημέρα, δεν χρειάζονται τιτλοποίηση και είναι γενικώς καλά ανεκτοί, ιδιαίτερα η ρασαγιλίνη. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η πρώιμη χορήγηση ρασαγιλίνης μπορεί να επιφέρει μακροπρόθεσμα οφέλη στα κινητικά συμπτώματα της νόσου, αλλά δεν έχει διευκρινισθεί εάν αυτό οφείλεται σε νευροτροποποιητική/νευροπροστατευτική δράση ή σε βελτίωση της συμπτωματολογίας.

Φάρμακα δεύτερης επιλογής είναι:

Αμανταδίνη. Η αμανταδίνη χορηγούμενη σαν μονοθεραπεία επιφέρει μία μέτρια βελτίωση, η οποία φαίνεται σε λίγες ημέρες και αφορά σε όλα τα συμπτώματα της νόσου. Η διάρκεια του θεραπευτικού οφέλους είναι άγνωστη.

Αντιχολινεργικά (βιπεριδίνη, ορφενανδρίνη, τριεξιφενυδίλη). Τα αντιχολινεργικά φάρμακα (τριεξιφενυδίλη, ορφενανδρίνη, βιπεριδίνη) επιφέρουν μικρή ή μέτρια βελτίωση όλων των συμπτωμάτων της νόσου (όχι απα-

ραίτητα περισσότερο του τρόμου), χορηγούμενα είτε σαν μονοθεραπεία είτε σε συνδυασμό με άλλα φάρμακα. Η χρήση τους είναι περιορισμένη, ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους ασθενείς, λόγω των παρενεργειών από την κεντρική και περιφερική αντιχολινεργική τους δράση.

β-αδρενεργικοί αναστολείς, ιδιαίτερα η προπρανολόλη, μπορεί να χρησιμοποιηθούν για την αντιμετώπιση μόνο του τρόμου, ιδιαίτερα όταν προεξάρχει ο τρόμος θέσης. Μέγιστη συνιστώμενη δόση είναι τα 160 mg.

Λεβοντόπα βραδείας αποδέσμευσης μαζί με περιφερικό αναστολέα ντόπα αποκαρβοξυλάσης. Τα σκευάσματα λεβοντόπα ελεγχόμενης απελευθέρωσης μπορούν να χρησιμοποιηθούν είτε μόνα τους είτε σε συνδυασμό με λεβοντόπα άμεσης αποδέσμευσης, αλλά έχουν μειωμένη και απρόβλεπτη βιοδιαθεσιμότητα με αποτέλεσμα ελάττωση της ισοδυναμίας της δόσης κατά 30%. Τέλος η πρώιμη χρήση των σκευασμάτων λεβοντόπα βραδείας αποδέσμευσης δεν είναι αποτελεσματική στην αποτροπή εμφάνισης των κινητικών παρενεργειών.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ

Μπορεί να χρησιμοποιηθούν συνδυασμοί φαρμάκων. Η χρήση λεβοντόπα γίνεται σε κάποια στιγμή απαραίτητη για ικανοποιητική κινητική λειτουργία.

II. Αναπροσαρμογή της θεραπείας σε ασθενείς που δεν έχουν εμφανίσει κινητικές επιπλοκές

Η νόσος Πάρκινσον είναι μία εξελισσόμενη πάθηση οπότε παρά την συμπτωματική αγωγή που επιφέρει βελτίωση της συμπτωματολογίας τους οι ασθενείς παρουσιάζουν επιδείνωση της κινητικής τους συμπτωματολογίας με την πάροδο του χρόνου και είναι απαραίτητη η αναπροσαρμογή της θεραπείας τους.

1. Εάν ο ασθενής είναι σε θεραπεία με ντοπαμινεργικό αγωνιστή υπάρχουν τέσσερις επιλογές: α) αύξηση της δόσης του ντοπαμινεργικού αγωνιστή, β) αλληλαγή ντοπαμινεργικού αγωνιστή, γ) προσθήκη αναστολέα ΜΑΟ-Β και τέλος δ) προσθήκη λεβοντόπα.

2. Εάν ο ασθενής είναι σε λεβοντόπα υπάρχουν επίσης τέσσερις επιλογές: α) αύξηση της δόσης της λεβοντόπα, β) προσθήκη ντοπαμινεργικού αγωνιστή, γ) προσθήκη αναστολέα ΜΑΟ-Β και δ) προσθήκη αναστολέα της κατεχολ-ο-μεθυλτρανσφεράσης.

3. Εάν ο ασθενής είναι σε θεραπεία με αναστολέα ΜΑΟ-Β ή αμανταδίνη ή αντιχολινεργικό θα χρειασθεί να προστεθεί είτε ντοπαμινεργικός αγωνιστής είτε λεβοντόπα.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗΣ ΝΟΣΟΥ ΠΑΡΚΙΝΣΟΝ

Στην προχωρημένη νόσο του Πάρκινσον όλοι οι ασθενείς βρίσκονται ήδη σε θεραπεία με λεβοντόπα και η πλειονότητα τους έχει εμφανίσει τις διακυμάνσεις της συμπτωματολογίας και πιθανά και δυσκινησίες. Την βαρύτητα της κατάστασης των ασθενών συμπληρώνει η παρουσία των κινητικών συμπτωμάτων που δεν απαντούν

στην λεβοντόπα καθώς και των μη κινητικών συμπτωμάτων. Η θεραπεία στην προχωρημένη νόσο αποβλέπει στην βελτίωση της κινητικής συμπτωματολογίας, στην αντιμετώπιση των κινητικών επιπλοκών της θεραπείας και στην θεραπεία των μη κινητικών συμπτωμάτων. Για τον λόγο αυτό απαιτούνται σύνθετα θεραπευτικά σχήματα.

Επιπλέον θεραπεία συνίσταται σε:

Φάρμακα πρώτης επιλογής:

Εντακαπόνη (αναστολέας μεθυλτρανσφεράσης κατεχολαμινών). Ενδείκνυται στην αντιμετώπιση κινητικών διακυμάνσεων. Χορηγούμενη σε ασθενείς υπό θεραπεία με λεβοντόπα και διακυμάνσεις της συμπτωματολογίας αυξάνει τον χρόνο «on», μώνει τον χρόνο «off», και βελτιώνει την κινητικότητα και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Επιπλέον, στις περισσότερες μελέτες, πραγματοποιήθηκε μία μείωση της δόσης λεβοντόπα. Χρηγείται ταυτόχρονα μαζί με το δισκίο λεβοντόπα (άμεση ή βραδείας αποδέσμευσης). Για ευκολία χορήγησης και για αυξημένη συμμόρφωση, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ο συνδυασμός λεβοντόπα/καρβιντόπα/εντακαπόνης. Μέγιστη συνιστώμενη δόση είναι τα 2000 mg εντακαπόνης ημερησίως.

Αναστολείς Μονοαμινοξειδάσης (MAO) B (ρασαγιλίνη, σελεγιλίνη). Ενδείκνυται στην αντιμετώπιση κινητικών διακυμάνσεων. Οι αναστολείς του ενζύμου MAO-B (σελεγιλίνη, ρασαγιλίνη) μειώνουν την διάρκεια του χρόνου «off» σε ασθενείς που βιώνουν εξασθένιση της δόσης. Η αποτελεσματικότητα της ρασαγιλίνης σε αυτό τον τομέα είναι καλύτερα τεκμηριωμένη. Οι δοσολογίες είναι οι ίδιες με αυτές της πρώτης νόσου.

Ντοπαμινεργικοί αγωνιστές. Όπως και στην πρώιμη νόσο, ενδείκνυται οι μη εργοταμινικοί ντοπαμινεργικοί αγωνιστές πραμιπεξόλη, ροτιγοτίνη, ροπινιρόλη και πιριβεδίλη. Μπορεί να βοηθήσουν στον έλεγχο των κινητικών διακυμάνσεων μειώνοντας τον χρόνο «off». Καλύτερα τεκμηριωμένη για αυτό τον σκοπό είναι η χρήση της ροπινιρόλης και της ροτιγοτίνης.

Αμανταδίνη. Η αμανταδίνη, βάσει της ιδιότητας της να αναστέλλει τους NMDA υποδοχείς, έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στην μείωση των δυσκινησιών στο μέγιστο της δόσης χορηγούμενη από το στόμα. Οι δοσολογίες είναι οι ίδιες με την πρώιμη νόσο.

Φάρμακα δεύτερης επιλογής:

Τολκαπόνη. Χρησιμοποιείται σε περίπτωση αποτυχίας της εντακαπόνης. Παρ' ό,τι είναι γενικά πιο αποτελεσματική από την εντακαπόνη, μπορεί να οδηγήσει σε ηπατοτοξικότητα, και χρήζει συχνού ελέγχου της ηπατικής λειτουργίας.

Εργοταμινικοί ντοπαμινεργικοί αγωνιστές. Προσοχή για εμφάνιση ιδιαίτερων ανεπιθυμητών ενεργειών όπως οπισθοπεριτοναϊκή ίνωση ή βαλβιδοπάθεια.

Ενέσεις απομορφίνης. Χρησιμοποιούνται σε περίπτωση που οι κινητικές διακυμάνσεις δεν ελέγχονται με τα φάρμακα από του στόματος. Η υποδόρια χορήγηση απομορφίνης έχει ταχεία έναρξη δράσης (μέσα σε 10

min) και βραχεία διάρκεια (45-90 min), για αυτό χρησιμοποιείται σαν φάρμακο «διάσωσης» προκειμένου για να ξεπεράσουν οι ασθενείς τα ακινητικά επεισόδια. Μέγιστη συνιστώμενη δόση είναι τα 100 mg ημερησίως, εάν και στην πράξη σπανίως χρειάζεται δόση άνω των 50 mg.

Αντλία απομορφίνης. Χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις που οι κινητικές διαταραχές δεν ελέγχονται με τα φάρμακα πρώτης επιλογής ή τις ενέσεις απομορφίνης. Με την αντλία απομορφίνης πραγματοποιείται συνεχής υποδόρια έγχυση απομορφίνης είτε όλο το 24ωρο είτε, συνθεότερα, τις ώρες του νυχτερινού ύπνου. Η θεραπεία πρέπει να αρχίζει σε εξειδικευμένα κέντρα. Μέγιστη συνιστώμενη δόση είναι τα 100 mg ημερησίως.

Δωδεκαδακτυλική έγχυση γέλης λεβοντόπα με καρβιντόπα. Σε ασθενείς με έντονες διακυμάνσεις της συμπτωματολογίας και δυσκινησίες μπορεί να χρησιμοποιηθεί η συνεχής δωδεκαδακτυλική έγχυση γέλης λεβοντόπα με καρβιντόπα με ειδική αντλία. Γίνεται μία μόνιμη γαστροστομία μέσω της οποίας περνά ο δωδεκαδακτυλικός σωλήνας ο οποίος συνδέεται με τη φορητή αντλία που περιέχει τη λεβοντόπα. Απαιτεί μόνιμη νησιδοστομία και πρέπει να εφαρμόζεται σε εξειδικευμένα κέντρα. Με την αντλία πραγματοποιείται συνεχής έγχυση λεβοντόπα με καρβιντόπα είτε όλο το 24ωρο είτε, συνθεότερα, τις ώρες του νυχτερινού ύπνου. Μέγιστη συνιστώμενη δόση είναι τα 2000 mg ημερησίως.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ

Θέση στην αντιμετώπιση της όψιμης νόσου έχει και η χειρουργική προσέγγιση

(θερμοπηξία ή εν τω βάθει εγκεφαλική διέγερση στον υποθαλάμιο πυρήνα ή την ωχρά σφαίρα), αλλά αυτό δεν αναλύεται περαιτέρω εδώ, γιατί δεν αποτελεί φαρμακευτική αντιμετώπιση.

Ειδικότερα στις διάφορες κινητικές επιπλοκές:

Επιδείνωση στο τέλος της δόσης

Για την αντιμετώπιση της επιδείνωσης στο τέλος της δόσης (wearing off) έχουμε τις παρακάτω επιλογές:

1. Τροποποίηση των δόσεων της λεβοντόπα (αύξηση συχνότητας ή ποσότητας δόσεων)
2. ροσθήκη αναστολέων του ενζύμου κατεχολη-μεθυλτρανσφεράση (COMT)
3. Προσθήκη αναστολέων του ενζύμου MAO-B
4. Προσθήκη ή αύξηση του ντοπαμινεργικού αγωνιστή
5. Προσθήκη σκευασμάτων λεβοντόπα ελεγχόμενης απελευθέρωσης
6. Τα σκευάσματα ελεγχόμενης απελευθέρωσης λεβοντόπα/βραδείας αποδέσμευσης πιθανόν μπορούν να βελτιώσουν την επιδείνωση στο τέλος της δόσης, αν και η αποτελεσματικότητα τους στα wearing off δεν είναι τεκμηριωμένη και μπορεί να επηρεαστεί από την ασταθή απορρόφηση του φαρμάκου. Η προσθήκη σκευασμάτων λεβοντόπα ελεγχόμενης απελευθέρωσης μπορεί να είναι χρήσιμη για την ακινησία τις νυχτερινές ώρες.

Σε ασθενείς με κινητικές διακυμάνσεις:

Σε βαριές διακυμάνσεις της συμπτωματολογίας προτείνεται:

1. Απομορφίνη (συνεχής υποδόρια έγχυση με αντλία απομορφίνης)
2. Λεβοντόπα (δωδεκαδακτυλική έγχυση γέλης λεβοντόπα με καρβιντόπα).

Σε ασθενείς με δυσκινήσεις:

Για την αντιμετώπιση των δυσκινήσεων έχουμε τις παρακάτω επιλογές:

1. Μείωση της δόσολογίας της λεβοντόπα αυξάνοντας των αριθμό των δόσεων
2. Μείωση της δόσολογίας των αναστολέων ΜΑΟ-B ή COMT
3. Προσθήκη αμανταδίνης
4. Συνεχής υποδόρια έγχυση απομορφίνης (αντλία απομορφίνης)
5. Δωδεκαδακτυλική έγχυση γέλης λεβοντόπα με καρβιντόπα.

ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΕΠΙΔΕΧΟΝΤΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ**ΨΥΧΩΣΗ/ΠΑΡΑΛΛΗΡΗΜΑ**

Βασική αντιμετώπιση αποτελεί η μείωση ή κατάργηση της αντι-Παρκινσονικής φαρμακευτικής αγωγής εκτός της λεβοντόπα. Στην περίπτωση που και αυτή η προσέγγιση δεν είναι αποτελεσματική, μπορεί να είναι αναγκαία η χορήγηση άτυπων αντιψυχωσικών. Φάρμακο πρώτης εκλογής αποτελεί η κλοζαπίνη, αλλά μπορεί να οδηγήσει σε ουδετεροπενία, και είναι αναγκαία η τακτική παρακολούθηση των λευκών αιμοσφαιρίων. Σε αυτή την περίπτωση πρέπει να σταθμιστεί το όφελος σε σχέση με την επικινδυνότητα της αγωγής. Εναλλακτικά μπορεί να χρησιμοποιηθεί η κουετιαπίνη, αλλά η αποτελεσματικότητά της δεν είναι τεκμηριωμένη. Μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν άλλα άτυπα αντιψυχωσικά, αλλά η αποτελεσματικότητα και η ασφάλειά τους δεν είναι τεκμηριωμένη. Τέλος υπάρχουν αναφορές ότι οι αναστολείς της ακετυλοχολινεστεράσης (ριβαστιγμίνη και donepezil) μπορούν να βελτιώσουν τις ορισμένες ψυχωσικές εκδηλώσεις (π.χ. ψευδαισθήσεις) ιδιαίτερα σε ασθενείς με άνοια.

ΑΝΟΙΑ

Χορηγούνται αναστολείς της ακετυλοχολινεστεράσης (ριβαστιγμίνη, donepezil, γαλανταμίνη) ή η μεμαντίνη. Πιο τεκμηριωμένη είναι η αποτελεσματικότητά της ριβαστιγμίνης και της donepezil.

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Πρέπει να αναζητάται και να αντιμετωπίζεται με κατάλληλη αντικαταθλιπτική αγωγή. Μπορεί να χρησιμοποιηθούν τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης, ή σεροτονίνης/νοραδρεναλίνης, ή νοραδρεναλίνης/ντοπαμίνης. Επίσης η ενίσχυση της ντοπαμινομιμητικής αγωγής και ιδιαίτερα η χρήση ντοπαμινεργικών αγωνιστών μπορεί να αποβεί αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης.

*Σύνταξη - Επιμέλεια - Διορθώσεις για τον Κλάδο Κινητικών Διαταραχών της Ελληνικής Νευρολογικής Εταιρείας:
Σ. Μπισσατζοπούλου, Σ. Κονισιώτης, Ζ. Κατσαρού,
Π. Στάθης, Λ. Στεφανής*

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ferreira JJ et al. Summary of the recommendations of the EFNS/MDS-ES review on therapeutic management of Parkinson's disease. Eur J Neurol. 2013 Jan;20(1):5-15.
2. Oertel W et al. Early (uncomplicated) Parkinson's disease. Gilhus NE, Barnes MP, Brainin M (editors). European Handbook of Neurological Management, Volume 1, 2nd edition, Blackwell Publishing Ltd. 2011:217-236.
3. Oertel W et al. Late (complicated) Parkinson's disease. Gilhus NE, Barnes MP, Brainin M (editors). European Handbook of Neurological Management, Volume 1, 2nd edition, Blackwell Publishing Ltd. 2011:237-267.
4. Giladi N et al. Efficacy of long-term treatment with rotigotine transdermal system on dyskinesia in patients with early-stage Parkinson's disease. Parkinsonism Relat Disord 2014;20:1345-1351.
5. Fox S et al. The Movement Disorder Society evidence-based medicine review update: treatments for the motor symptoms of Parkinson's disease. Mov Disord 2011;26 (S3):S2-S41.
6. Seppi K et al. The Movement Disorder Society evidence-based medicine review update: treatments for the non-motor symptoms of Parkinson's disease. Mov Disord 2011;26 (S3):S42-S80.
7. Grimes D et al. Canadian Guidelines on Parkinson's Disease. Can J Neurol Sci. 2012 Jul;39(4 Suppl 4):S1-30.
8. Miyasaki JM et al. Practice parameter: initiation of treatment for Parkinson's disease: an evidence-based review: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology. 2002 Jan 8;58(1):11-7.
9. Pahwa R et al. Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice Parameter: treatment of Parkinson disease with motor fluctuations and dyskinesia (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology. 2006 Apr 11;66(7):983-95.