

Problematische Medikamente bei PPS

Dr. Mathias Tröger, Neurologische Klinik, Kantonsspital Aarau

In Ergänzung und aufbauend auf meinem Artikel über die Therapie des PPS (Polio-Nachrichten 3/2002, S. 10) möchte ich in den folgenden Ausführungen auf ein besonders schwieriges Thema in der ärztlichen Behandlung von Patienten mit Post-Polio-Syndrom (PPS) und Poliospätfolgen eingehen.¹ Gibt es Medikamente, die bei PPS nicht angewendet werden sollten?

Anmerkung

Der ursprünglich für diesen Beitrag vorgesehene Titel lautete „Verbotene Medikamente bei PPS“. Ich habe davon Abstand genommen, diesen Titel zu verwenden, weil er zu plakativen Verkürzungen einlädt, die eben gerade nicht angemessen sind. Ich hoffe, die Ausführungen werden dazu beitragen, Arzneimitteltherapie bei PPS differenzierter zu betrachten. Es gibt keine „verbotenen“, es gibt lediglich mehr oder weniger problematische Medikamente, deren Einsatz aber gleichwohl gerechtfertigt oder auch unbedingt notwendig sein kann. Wichtig ist hierbei ein Problembewusstsein des verordnenden Arztes (durchaus unterstützt durch den Patienten) und eine gute Information des Patienten über mögliche Nebenerscheinungen. Gleichzeitig muss aber nochmals betont werden, dass es sich in der Regel um Nebenwirkungen handelt, die nach Absetzen des Medikamentes wieder verschwinden. Die Entscheidung für oder gegen ein bestimmtes Medikament kann dann ohnehin nur in der individuellen Situation fallen.

Verschiedene Medikamente, als häufig genanntes Beispiel seien die Beta-Blocker erwähnt, werden von manchen Ärzten und Patienten als „verboten“ bei PPS angesehen. Ich möchte die Überlegungen, die hinter solchen Einschätzungen stehen, erläutern und gleichzeitig auch versuchen, Situationen und Vorgehensweisen zu schildern, in denen eine Anwendung solcher Medikamente gerechtfertigt und hilfreich sein kann. Mit den folgenden Ausführungen möchte ich in keinem Fall einer unkritischen Anwendung mancher Medikamentengruppen Vorschub leisten, aber doch versuchen, Ängste abzubauen. Zunächst einige Vorbemerkungen:

¹ Für eine bessere Lesbarkeit sollen nachfolgend beide Patientengruppen unter PPS zusammengefasst werden; die Überlegungen gelten ausdrücklich auch für Patienten mit stabilen Residuen einer durchgemachten Polio, da hier ebenfalls eine erhöhte Empfindlichkeit gegenüber bestimmten Medikamenten vorliegen kann.

Definition Kontraindikation

Unter Kontraindikation versteht man nach dem Roche-Lexikon „Umstände, die einer an sich angezeigte Maßnahme (in diesem Fall dem Einsatz eines Medikamentes) entgegenstehen“. Es werden unterschieden:

- Absolute Kontraindikation: Ein Einsatz sollte in keinem Fall erfolgen.
- Relative Kontraindikation: Das Für und Wider einer Behandlung sollte besonders sorgfältig abgewogen werden, da entweder eine besonders hohe Gefahr des Auftretens unerwünschter Wirkungen besteht oder sich diese besonders unangenehm auswirken können.

Die Situation wird etwas kompliziert durch die Tatsache, dass meines Wissens in der Fachinformation keines einzigen Medikamentes Poliospätfolgen

Definition

Kontraindikation

Grund, ein Mittel nicht anzuwenden

Absolute KI

Anwendung in keinem Fall gerechtfertigt

Relative KI

Ermessensspielraum, Abwägen zwischen möglichem Nutzen und Risiko

als Kontraindikation aufgeführt sind. Schon aus Praktikabilitätsgründen können auch Medikamente nicht noch einmal eigens auf ihre Verträglichkeit bei seltenen Krankheiten geprüft werden, so dass keine systematischen Untersuchungen über Verträglichkeit oder Unverträglichkeit einzelner Medikamente bei PPS vorliegen. Bei der Einschätzung von relativen Kontraindikationen muss man sich also auf die Bewertung theoretischer Überlegungen und die Erkenntnisse bei verwandten Erkrankungen stützen. Daneben liefern aber auch aufgetretene unerwünschte Wirkungen, die bei einzelnen Patienten aufgetreten sind, wertvolle Hinweise. (Hier ergibt sich dann wieder das Problem, dass bei weitem nicht alle unerwünschten Wirkungen auch gemeldet und die Erkenntnisse damit einem größeren Kreis verfügbar gemacht werden.)

Dagegen ist aber auch das Nebenwirkungsspektrum der einzelnen Medikamente im Wesentlichen bekannt, und es kann somit eine Überprüfung stattfinden, ob solche unerwünschten Nebenwirkungen bei einem bestimmten Patienten akzeptabel sind.

Dies führt für PPS-Patienten zu der Situation, dass vor dem Einsatz eines Medikamentes geprüft werden muss, ob die möglicherweise auftretenden Nebenwirkungen hinnehmbar sind in Relation zum erwarteten Nutzen. Diese Einschätzung ist ganz entscheidend abhängig von den bei dem einzelnen Patienten vorhandenen Symptomen. Aufgrund der Vielzahl in Frage kommender Medikamente ist es sinnvoll, nach Symptomen geordnet vorzugehen.

Im folgenden soll eine Besprechung problematischer Medikamente nach Leitsymptomen des PPS versucht werden.

Müdigkeit

Müdigkeit ist ein häufiges und in vielen Fällen das größte Einzelproblem bei PPS-Patienten. Somit sollten in der Arzneimitteltherapie Medikamente, die selbst eine Müdigkeit oder Benommenheit auslösen können, soweit wie möglich vermieden werden. D. h. sie sind relativ kontraindiziert. Bereits bei kurzem Blättern in Arzneimittelinformationen (Beipackzettel oder „Rote Liste“) wird allerdings klar, dass dies in vielen Fällen fast unmöglich ist. Nahezu sämtliche Medikamente, die ihren Ansatzpunkt im Zentralen Nervensystem haben, aber auch unzählige andere, können als unerwünschte (oder auch erwünschte) Nebenwirkung Müdigkeit auslösen oder verstärken. Hierzu zählen beruhigende Medikamente, Antidepressiva, andere Psychopharmaka, aber auch viele Allergiemittel, Blutdruckmedikamente, Schmerzmittel usw. Somit sind alle diese Medikamente bei PPS-Patienten im weiteren Sinne als relativ kontraindiziert einzustufen. Gerade dies macht aber nun besonders deutlich, dass hier eine differenzierte Betrachtungsweise angebracht ist. Zum einen bedeutet die Möglichkeit einer Nebenwirkung nicht, dass diese bei einem Patienten dann auch tatsächlich eintreten wird. Zum anderen ist es gerade bei dieser Nebenwirkung häufig so, dass sie zu Beginn der Therapie möglicherweise unangenehm vorhanden ist, bereits nach kurzem Einsatz des Medikamentes durch Anpassung und Gewöhnung des Körpers auch ohne Veränderung der Therapie wieder verschwindet. Zudem gelingt es den meisten Patienten sehr leicht, einen Zusammenhang zwischen der Medikamenteneinnahme und neu aufgetretener Müdigkeit herzustellen, so

dass dann über das weitere Vorgehen in Absprache mit dem behandelnden Arzt entschieden werden kann.

Muskelschwäche

Neben der Müdigkeit gehört sicher die Muskelschwäche zu den Symptomen des PPS mit herausragender Bedeutung. Auch wenn die Müdigkeit oft noch stärker im Vordergrund der Beschwerden steht und das Hauptproblem von PPS-Patienten darstellt, löst allein die Möglichkeit, ein Medikament könne zu Muskelschwäche führen, doch verständlicherweise besonders stark ausgeprägte Ängste aus. Verschiedene Mechanismen können zu einer vermehrten Muskelschwäche führen und sollen in der Diskussion getrennt behandelt werden.

Neurotoxische Medikamente nach Tröger und Dengler 1999

(geordnet nach vorwiegend ausgelöster Symptomatik)

Sensorische Neuropathien

Chloramphenicol, Thiamphenicol, Ethionamid, Ergotamin, Propylthiouracil, Procarbazin, Pyridoxin

Sensomotorische Neuropathien

Isoniazid, Nitrofurantoin, Ethambutol, Cloquinol, Gentamycin, Streptomycin, Metronidazol, Vincristin, Perhexilin, Amiodaron, Disopyramid, Hydralazin, Thalidomid, Methaqualon, Glutethimid, Gold, Indometacin, Chloroquin, Colchicin, Phenytoin, Metamizol, Chlorpropamid, Docetaxel, Paclitaxel

Motorische Neuropathien

Dapson, Sulfonamide, Amphotericin B, Imipramin, Lithium

Schädigung der Nervenfasern (Neurotoxische Medikamente)

Das Nervensystem des Menschen ist mit einem sehr großen Sicherheitsspielraum angelegt, der z. B. bewirkt, dass erst aus einer Schädigung von mindestens 50 % der Fasern eines Nervs eine fühlbare Funktionsbeeinträchtigung (z. B. Schwäche) resultiert. Bei Patienten mit PPS besteht eine mehr oder minder schwer ausgeprägte Vorschädigung des Nervensystems, die dazu führt dass eben dieser Sicherheitsspielraum reduziert ist. Es ist nun einleuchtend, dass in dieser Situation bereits geringe zusätzliche Schädigungen eine Funktionsbeeinträchtigung von erheblichem Ausmaß bewirken können. Glücklicherweise ist nur bei wenigen modernen Medikamenten eine nervenschädigende (neurotoxische) Wirkung zu befürchten, da die Möglichkeit solcher Nebenwir-

kungen von den Zulassungsbehörden nur bei der Therapie sehr schwerer Erkrankungen und fehlenden Alternativen akzeptiert wird. In der Mehrzahl handelt es sich hierbei um Zytostatika (Mittel zur Krebstherapie). Der Einsatz dieser Medikamente ist in der Regel ohnehin Spezialisten vorbehalten, die geschult sind, auf das Auftreten von Zeichen einer beginnenden Nervenschädigung zu achten. Wird eine Chemotherapie mit neurotoxischen Medikamenten notwendig, muss bei PPS-Patienten besonders sorgfältig auf das Auftreten einer Neuropathie (Nervenschädigung) geachtet werden, um beim Auftreten von Symptomen frühzeitig reagieren zu können. Neben diesen Chemotherapeutika gibt es eine Reihe anderer Medikamente, die in seltenen Fällen Nervenstörungen auslösen können (s. Tabelle). Bei den meisten durch Medikamente ausgelösten Nervenschädigungen (Polyneuropathien) handelt es sich um eine im Anfangsstadium überwiegende Schädigung der sensiblen (die Gefühlswahrnehmung vermittelnden) Fasern, so dass vor dem Auftreten von zunehmender Schwäche eine mehr oder minder deutliche Störung der Sensibilität auftritt. Nach Absetzen eines nervenschädigenden Medikamentes kommt es in der Regel zu einer weitgehenden Erholung der Nervenfunktion, falls die Schädigung nicht schon zu fortgeschritten ist.

Störung der neuromuskulären Übertragung

Beim PPS verursacht nicht nur die verminderte Anzahl funktionsfähiger motorischer Nervenzellen eine Schwächung der Muskulatur. Zusätzlich ist auch die Informationsübermittlung zwischen Nerv und Muskel (neuromuskuläre Transmission) gestört.² Dies führt dazu, dass vor allem bei wiederholter Anspannung eine vorzeitige Erschöpfung eintreten kann. Bei besonders ausgeprägter Störung kann auch eine komplette Lähmung resultieren. Eine Vielzahl unterschiedlicher Medikamente aus den verschiedensten Stoffklassen und Anwendungsgebieten kann eine Störung der neuromuskulären Transmission bewirken. Zu den in diesem Zusammenhang wohl meist diskutierten Medikamenten zählen die Beta-Blocker. Allerdings wird diese Diskussion recht undifferenziert geführt. Es wird nicht beachtet, dass es erhebliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Beta-Blockern gibt. Die wohl am häufigsten verordneten Medikamente aus dieser Substanzklasse zählen zu den sogenannten kardioselektiven Betablockern. D. h. sie wirken ganz überwiegend an den Rezeptoren des Herzens und haben deutlich geringer ausgeprägte Effekte auf die Muskulatur.³ Zu den in Deutschland zugelassenen kardioselektiven

Betablockern zählen Acebutolol, Atenolol, Bisoprolol, Celiprolol, Metoprolol und Talinolol. Aber auch die in der Tabelle aufgeführten nicht-selektiven Betablocker führen in der Regel zu keiner ausgeprägten Schwäche der Muskulatur. Hierbei ist hervorzuheben, dass in der Roten Liste auch die Anwendung bei Muskelkranken oder der Myasthenia gravis (s. Fußnote) nicht als Kontraindikation aufgeführt wird. Zusammenfassend kann somit zum Thema Betablockerbehandlung beim PPS festgehalten werden:

- Soweit vom Anwendungsgebiet möglich, sollten kardioselektive Betablocker bevorzugt werden.
- Aus theoretischen und experimentellen Überlegungen ist ein vorsichtiger Umgang mit dieser Medikamentenklasse angezeigt.
- In der Regel überwiegt der zu erwartende (und durch fundierte wissenschaftliche Studien belegte) Nutzen die theoretischen Risiken.

Beeinflussung der Neuromuskulären Transmission (Auswahl)

Antibiotika

Aminoglykoside (Streptomycin, Neomycin), Tetracycline, Gyrasehemmer, Sulfonamide

Antikonvulsiva

Phenhydantoin, Ethosuccinimid

Betablocker

Oxprenolol, Propranolol, Timolol, Pindolol

Benzodiazepine

Bromazepam, Diazepam, Lorazepam, Oxazepam, Triazolam usw.

Sonstige

Verapamil (hohe Dosis), Chinin, Chinidin (Tonic water!), Kortikosteroide (hohe Dosis), Lithium (Langzeit), Magnesium (Langzeit), Muskelrelaxantien (Dosisanpassung), Phenothiazine, Antidepressiva (Amitriptylin Typ), Trihexyphenidyl

² Bei der Myasthenia gravis ist dieser Mechanismus besonders ausgeprägt vorhanden. Daher kann er auch als Myasthenie-Komponente des PPS bezeichnet werden. Medikamente, die auf diesem Weg zu einer Schwächung der Muskulatur führen können, sind daher daran zu erkennen, dass sie laut Fachinformation bei einer Myasthenie nicht eingesetzt werden sollten.

³ Im Reagenzglas oder Laborexperiment sind Effekte auf die Muskulatur durchaus nachweisbar. Daher ist auch in der Fachinformation Muskelschwäche als mögliche Nebenwirkung aufgeführt.

Von den in der Tabelle genannten Medikamentengruppen verdienen noch die Benzodiazepine besondere Beachtung. Hierbei handelt es sich um in der Regel als Schlaf- und Beruhigungsmittel eingesetzte Medikamente, die aber teilweise auch eine angstlösende oder muskelentspannende Wirkung aufweisen. Im Gegensatz zu früher eingesetzten Schlafmitteln (wie Brom oder Barbituraten) handelt es sich um sehr sichere Medikamente mit im Allgemeinen ausgezeichneter Verträglichkeit. Allerdings haben sämtliche Benzodiazepine neben den therapeutisch genutzten Wirkungen auch eine je nach Medikament mehr oder minder stark ausgeprägte muskelentspannende und damit muskelschwächende Wirkung. In den meisten Fällen ist es leicht, diese Nebenwirkung zu erkennen und dann zu entscheiden, ob sie tolerabel ist. Allerdings kann bei einer erstmaligen Anwendung eines Benzodiazepines bei bereits vorbestehenden starken Lähmungen eine unter Umständen erhebliche Schwäche auftreten. Ich kann mich aus meiner bisherigen ärztlichen Tätigkeit an keinen PPS-Patienten mit einer durch Benzodiazepine ausgelösten Muskelschwäche erinnern, die zu nennenswerten Problemen geführt hätte. Auch aus der wissenschaftlichen Literatur ist mir kein solcher Fall bekannt. Jedoch habe ich bei Patienten mit schweren Lähmung anderer Ursache mehrfach von schwersten Zwischenfällen nach Gabe von Benzodiazepinen erfahren.

Ein anderer negativer Aspekt an Benzodiazepinen gilt generell für sämtliche Patienten, nicht nur PPS-Patienten. Benzodiazepine sind wie oben angeführt hervorragend geeignet für eine einmalige oder kurzzeitige Einnahme. Bei längerem Gebrauch führen jedoch sämtliche Medikamente dieser Gruppe zu Gewöhnung (mit der Gefahr einer Dosissteigerung) und vor allem Abhängigkeit. Besonders diese Probleme führen dazu, dass ich im ambulanten Bereich in der Regel auf die Verordnung von Benzodiazepinen vollständig verzichte. Dies gilt um so mehr, als für die im allgemeinmedizinischen und auch neurologischen Bereich wichtigste Anwendung als Schlafmittel inzwischen Alternativsubstanzen, die sog. Atypischen Benzodiazepine Zopiclon und Zolpidem zur Verfügung stehen, bei denen nur in Ausnahmefällen Abhängigkeit auftreten kann und auch die muskelschwächende Wirkung nur gering ist.

Direkte Muskelschädigung

Erst kürzlich ist ein Medikament in die Schlagzeilen geraten, weil es eine Schädigung der Muskulatur auslöste (Stichwort Lipobay®-Skandal). Es gibt nur wenige wissenschaftliche Befunde, die

auf eine direkte Beeinträchtigung der Muskulatur beim PPS hindeuten. (Betroffen sind in erster Linie die motorischen Nervenzellen, die die Muskulatur mit Informationen versorgen.) Von einer erhöhten Empfindlichkeit der Muskulatur gegenüber schädigenden Einflüssen muss daher nicht ausgegangen werden. Allerdings gilt ebenso wie bei einer Nervenschädigung, dass schon durch eine an sich geringe Schwächung der Muskulatur unter Umständen erhebliche Funktionseinschränkungen zu befürchten sind.

Muskelschädigende Medikamente

Lipidsenker

Fibrate: Bezafibrat, Etofibrat, Etofyllinclofibrat, Fenofibrat, Gemfibrozil

Statine

Atorvastatin, Fluvastatin, Lovastatin, Pravastatin, Simvastatin

Immunsuppression/Chemotherapeutika

Interferon- α , Corticosteroide, Ciclosporin, Chloroquin, Colchicin, Vinca-Alkaloide (Vincristin, Vinblastin), Gold, Isotretinoin, Penicillamin, AZT, Zidovudine

Sonstige

Amiodaron, Barium, Ethanol, Ipecac, Lithium, Procainamid, Propofol, L-Tryptophan, Vecuroniumbromid

Die wichtigsten, weil meistverordneten Medikamente mit einem Risiko einer Muskelschädigung sind cholesterinsenkende Medikamente. Nicht erst seit der Aufmerksamkeit, die Lipobay® (nicht mehr im Handel) erregte, war jedem Arzt bekannt, dass diese Medikamente zu Muskelproblemen führen können. Da es sich um relativ neu entwickelte Medikamente handelt, sind auch genauere Informationen zur Häufigkeit verfügbar. Ca. 1 bis 6 von 10.000 behandelten Patienten entwickeln muskuläre Probleme im Verlauf der Behandlung. Diese bestehen zunächst aus Muskelschmerzen, teilweise mit krampfartigem Charakter, verbunden mit einer Muskelsteifigkeit. Die Schmerzen treten bereits in Ruhe auf und nehmen unter Belastung zu. Bei fortgesetzter Einnahme trotz dieser Warnsymptome kann eine zunehmende Muskelschwäche und auch Zerstörung der Muskelfasern mit Austritt von Muskelbestandteilen in Blut und Urin (Myoglobinurie) auftreten. Spätestens zu diesem Zeitpunkt ist die Muskelschädigung auch durch Blutuntersuchungen (Bestimmung der CK) nachweisbar. Typischerweise treten die Probleme ca.

2 bis 3 Monate nach Beginn der Therapie (oder auch nach einer Dosiserhöhung) auf, das Intervall variiert aber beträchtlich zwischen 2 Tagen und bis zu 2 Jahren. Das Risiko solcher Nebenwirkungen ist wahrscheinlich bei Frauen erhöht, ebenso bei bestimmten Begleiterkrankungen (Leber-, Nierenerkrankungen, Diabetes mellitus) und mit höherem Lebensalter. Eine Kombination beider Medikamentenklassen (Fibrate und Statine) birgt ein besonders großes Risiko und sollte Ausnahmeindikationen und dem Einsatz durch Spezialisten vorbehalten bleiben. Innerhalb von Tagen bis Monaten nach Absetzen der Medikamente kommt es zu einer meist vollständigen Rückbildung der Symptome. Bei den aufgeführten möglichen Symptomen wird die große Ähnlichkeit mit einem Teil der PPS-Beschwerden sofort deutlich. Somit besteht die besondere Gefahr, dass Nebenwirkungen von Lipidsenkern als Verschlechterung der PPS-Symptomatik verkannt werden. Dies sollte aber auf keinen Fall zu der Folgerung führen, bei PPS-Patienten sollte generell auf Lipidsenker verzichtet werden. Zum einen gibt es keinerlei Hinweise, dass ein besonders hohes Nebenwirkungsrisiko bei PPS-Patienten besteht. Zum anderen muss betont werden, dass diese Medikamente ja bei umgekehrter Sichtweise von mehr als 99% der Patienten ohne muskuläre Nebenwirkungen problemlos eingenommen werden.

Atemstörungen

Störungen der Atemfunktion gehören zu den bedrohlichsten möglichen Folgen einer Medikamentenbehandlung. Zwei Mechanismen können dabei wirksam werden. Zum einen kann eine Muskelschwächung eine Störung der sogenannten Atempumpe hervorrufen. Eine besondere Gefährdung besteht bei Patienten mit einer ausgeprägten vorbestehenden Einschränkung der Atemmuskulatur.

Zum anderen beeinflussen manche Medikamente (Opiate und starke Beruhigungsmittel) die zentrale Atemregulation und führen so zu einer Unterbeatmung. Diese Regulation ist bei PPS-Patienten in der Regel ungestört, so dass hier keine besondere Gefährdung zu befürchten ist.

Ein besonderes Problem stellen in diesem Zusammenhang Narkosen dar. Viele, aber bei weitem nicht alle Probleme in diesem Zusammenhang ergeben sich durch Auswirkungen der Narkosemittel auf die Atemfunktion. Eine eingehende Diskussion dieser Probleme geht jedoch über das Thema dieses Artikels (und das Spezialgebiet des Autors) weit hinaus.

Umgang mit problematischen Medikamenten

Die obigen Ausführungen sollen in keinem Fall so verstanden werden, dass alle genannten Medikamente in der Therapie von PPS-Patienten vermieden werden sollten. Ich denke, gerade die Vielzahl der aufgeführten Medikamente (und es ist keine vollständige Auflistung) hat auch deutlich gemacht, dass dies in vielen Fällen nur unter Verzicht auf einen u. U. großen Nutzen möglich ist. Dazu kommt noch, dass die meisten der genannten Nebenwirkungen reversibel sind, d. h. kurze Zeit nach Absetzen des Medikamentes wieder folgenlos verschwinden, und bei weitem nicht bei allen Patienten auftreten. Das bedeutet, dass der Einsatz solcher Medikamente ein sorgfältiges Abwägen der Vor- und Nachteile voraussetzt. In den meisten Fällen gehört hierzu auch notwendigerweise die vorherige Information des Patienten, dass mögliche Nebenwirkungen die Symptomatik des PPS verstärken könnten. Dies ist aus verschiedenen Gründen hilfreich. Der Patient kann selbst in die Abwägung des Für und Wider eines Medikamentes einbezogen werden, und beim Auftreten von Nebenwirkungen kommt es nicht zu einer (an sich vermeidbaren) Belastung des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Der wesentliche Nutzen einer guten Information ist aber, dass beim eventuellen Auftreten unerwünschter Wirkungen leichter ein Zusammenhang hergestellt werden und darauf reagiert werden kann.

In der Praxis kann diese Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patienten z. B. so aussehen, dass sich die Notwendigkeit zum Einsatz eines bestimmten Medikamentes ergibt und in Abstimmung zwischen Arzt und Patient ein versuchsweiser Einsatz vereinbart wird. Treten keine unerwünschten Begleiterscheinungen auf, kann die Therapie fortgesetzt werden. Falls aber doch ungünstige Wirkungen auftreten sollten, muss entschieden werden, ob der mögliche Nutzen die konkrete Beeinträchtigung überwiegt oder eine Therapiealternative gesucht werden muss. Etwas schwieriger ist die Beurteilung bei Medikamenten, die (fast) regelhaft zu Beginn der Therapie unangenehme Begleiterscheinungen wie z. B. Müdigkeit erzeugen, die aber fast immer nach kurzer Zeit der Gewöhnung vollständig wieder verschwinden. Dazu zählen z. B. einige in der Therapie von Nervenschmerzen häufig verwendete Medikamente (Antiepileptika und manche Antidepressiva). Hier kann es hilfreich sein, vor Beginn der neuen Therapie für einige Zeit Protokoll über die aktuell bestehenden Beschwerden zu führen, dies einige Wochen fortzuführen und dann das



aktuelle Befinden mit der Situation vorher zu vergleichen. Dieses Vorgehen ist natürlich auch in der Einschätzung langsam einsetzender Therapieeffekte hilfreich, da es aller Erfahrung nach sehr schwierig ist, sich an Beschwerden vor einigen Wochen detailliert zu erinnern.

Die Entscheidung für einen versuchsweisen Einsatz fällt um so leichter, als – wie bereits mehrfach betont – die meisten Medikamente lediglich reversible Nebenwirkungen aufweisen und solche Nebenwirkungen in der Regel zu Beginn der Therapie am deutlichsten ausgeprägt und somit leicht zu identifizieren sind. Gelegentlich taucht bei schon länger laufender Therapie die Frage auf, ob z. B. die Muskelschwäche durch ein bestimmtes Medikament verstärkt wird. In den meisten Fällen ist diese Frage relativ einfach durch ein zeitweises Absetzen des fraglichen Medikamentes zu klären. Tritt dann nicht binnen weniger Tage oder

maximal weniger Wochen (Die zu erwartende Zeitdauer hängt von der Verweildauer im Körper, der sog. Halbwertszeit des Medikamentes ab.) eine deutliche Verbesserung des Zustandes ein, ist der Anteil des Medikamentes als unbedeutend einzuschätzen.

Das Kleingedruckte

„Fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker.“ Dieser Artikel kann nicht die individuelle Beratung durch eine Fachperson ersetzen und sollte nicht zum Anlass genommen werden, ohne Rücksprache mit dem behandelnden Arzt Medikamente abzusetzen oder Dosierungen zu ändern.

Ich habe große Sorgfalt darauf verwendet, möglichst viele Problembereiche zu besprechen. Aber selbstverständlich bedeutet die Tatsache, dass ein Medikament nicht erwähnt ist, keineswegs automatisch dessen Unbedenklichkeit.

Erfahrungsbericht über eine Versorgung mit einem SPL-Gelenk

Reinhard Lutz



Mein Name ist Reinhard Lutz, und ich bin seit 46 Jahren durch die Folgen einer Kinderläh-

mung betroffen. Mein linkes Bein ist größtenteils gelähmt, und ich bin daher seit 41 Jahren mit einer während des Gehens voll gesperrten Orthese versorgt.

Im März 2002 traf ich das erste Mal mit Herrn Jacobs von der Firma Basko Healthcare zusammen. Herr Jacobs stellte mir anhand einer Präsentation die Neuentwicklung eines Gelenkes für Orthesen vor, bei der ein freies Durchschwingen des betroffenen Beines unter dem Körper hindurch möglich gemacht wird.

Da ich mit meinem Vater schon einmal selber versucht hatte, ein Gelenk zu entwerfen, das mir ein freies Durchschwingen des linken (betroffenen) Beines möglich machen könnte, war ich natürlich

begeistert, als ich die Bewegungsabläufe und den Sperrmechanismus dieses neuen Gelenkes anhand eines kleinen Filmes auf dem PC kennen lernte.

Als Herr Jacobs mich im Rahmen der Vorstellung fragte, ob ich denn keine Angst vor Stürzen hätte, musste ich an sich innerlich lachen, weil ich kaum einen Tag kenne, an dem ich nicht irgendwie auf die Nase falle (bzw. gefallen bin bis dahin) mit meiner Orthese, in der eine Schweizer-Sperre verbaut war.

Herr Jacobs ließ dann für mich, im Rahmen der Erprobungsphase vor der Markteinführung, eine Orthese herstellen, in der das SPL (die Neuentwicklung der Firma Basko) mit den zusätzlichen Komponenten verbaut wurde.

Für mich war zuerst die konstruktionsbedingte leichte Flexionsstellung des Kniegelenkes störend. Als ich aber die ersten Schritte mit dem SPL wagte und feststellen konnte, dass das Gelenk zuverlässig