

La compressa giusta al momento giusto

Autor(en): **Baronti, Fabio**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Parkinson : das Magazin von Parkinson Schweiz = le magazine de Parkinson Suisse = la rivista di Parkinson Svizzera**

Band (Jahr): - **(2003)**

Heft 72

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-815741>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

La compressa giusta al momento giusto

La scelta dei farmaci è essenziale per la qualità della vita di ciascun parkinsoniano. Il neurologo e farmacologo Fabio Baronti descrive lo stato attuale della terapia farmacologica.

Negli anni novanta l'industria farmaceutica ha introdotto in Svizzera un gran numero di farmaci antiparkinsoniani. Negli ultimi anni invece solo un nuovo agonista della dopamina (*Cripar*) è giunto sul mercato, mentre altri farmaci (*Artane*, *Madopar HBS*) sono stati ritirati, purtroppo solo in base a considerazioni commerciali. Un farmaco tedesco (budipina: *Parkinsan*), che aveva suscitato molte speranze, ha causato gravi effetti collaterali e non arriverà mai da noi. Com'è la situazione a tre anni dall'inizio del terzo millennio?

Il «boom» dei dopamino-agonisti

La prescrizione di questi farmaci è in continuo aumento. Essi sono soprattutto consigliati all'inizio del trattamento, specialmente in individui giovani e in buone condizioni generali. Come mai?

• Rallentano la progressione della malattia?

Alcune moderne tecniche diagnostiche (PET e SPECT) permettono di visualizzare le cellule produttrici di dopamina nel cervello umano. Ripetuti a distanza di anni, questi esami permettono di misurare la perdita di cellule nel corso del Parkinson. In due studi molto recenti, parkinsoniani trattati con dopamino-agonisti (ropinirolo: *Requip*, e pramipexolo: *Sifrol*) hanno perso, in 2-4 anni, il 7-10% di cellule in meno di quelli che assumevano levodopa. Queste osservazioni offrono la speranza di poter ritardare, con un tratta-

mento opportuno, la progressione del Parkinson. Si tratta tuttavia di dati preliminari, la cui validità deve ancora essere verificata; per questo oggi si consiglia di non iniziare la terapia «al più presto possibile», ma solo quando i disturbi compromettono in maniera rilevante la qualità della vita.

• Prevengono i movimenti involontari?

Due ulteriori studi, eseguiti su più di 500 parkinsoniani, hanno dimostrato che il trattamento con *Requip* e *Sifrol* sembra in grado di ritardare la comparsa dei movimenti involontari che spesso complicano il trattamento del Parkinson. Nel maggiore di questi studi, ad esempio, solo il 28% dei pazienti trattati con il dopamino-agonista hanno sviluppato movimenti involontari dopo 2 anni (contro il 51% di quelli che assumevano levodopa). Si tratta in questo caso di dati assai credibili, che confermano osservazioni meno rigorose accumulate nel corso degli ultimi quindici anni in individui trattati con altri dopamino-agonisti.

• Lunga durata di azione, più effetti collaterali.

Quasi tutti i dopamino-agonisti posseggono una durata di azione assai lunga. Questa proprietà è particolarmente marcata nella cabergolina (*Cabaser*), che rimane

nell'organismo per diversi giorni. Questi composti perciò necessitano di assunzioni meno frequenti rispetto alla levodopa (in alcuni casi basta addirittura una compressa al giorno); inoltre, possono migliorare la rigidità e la mobilità notturne.

I dopamino-agonisti producono più effetti collaterali

In generale i dopamino-agonisti producono - a parità di potenza - più effetti collaterali della levodopa, soprattutto su apparato digerente, sistema cardiovascolare e psiche (dove causano più frequentemente alterazioni della percezione della realtà, le allucinazioni, o modificazioni del comportamento). Non sono quindi farmaci adatti a tutti e vanno usati con cautela, soprattutto nelle persone anziane o in condizioni di salute non ottimali. Inoltre, il trattamento deve essere iniziato molto lentamente e la dose ottimale viene di regola raggiunta solo dopo alcune settimane.

• Ergot o non-ergot?

Gli agonisti della dopamina vengono suddivisi in due gruppi a seconda che derivino o no dall'ergot (il fungo di una pianta, la segale cornuta). Questa distinzione è importante, dal momento che i derivati dell'ergot (bromocriptina: *Parlodel*; cabergolina: *Cabaser*; diidroergocriptina: *Cripar*; lisuride: *Dopergin*; pergolide: *Permax*) possono presentare un effetto collaterale rarissimo ma molto grave, consistente nella fibrosi (indurimento) di orga-

ni interni come il polmone o le membrane che avvolgono il cuore. I farmaci più moderni (*Requip* e *Sifrol*) non presentano questo rischio; tuttavia, causano sonnolenza più frequentemente degli altri farmaci e devono essere usati con cautela in individui che conducano un'autovettura o operino macchinari pericolosi.

• Apomorfina ancora attuale

L'apomorfina (un non-ergot) viene oggi per lo più iniettata sottocute tramite un piccolo ago. Beneficiano di questo trattamento soprattutto coloro che presentano «blocchi» improvvisi, severi e a comparsa imprevedibile: mediante l'utilizzo di siringhe semi-automatiche l'effetto compare di regola già 6 - 10 minuti dopo l'iniezione. Alternativamente, piccole pompe portatili possono somministrare continuamente un dosaggio ottimale di apomorfina: anche questa modalità di trattamento è riservata a individui con severe fluttuazioni che non vengono controllate in modo soddisfacente dalla terapia orale.

L'infusione continua di apomorfina potrebbe trovare un valido concorrente in un composto in fase avanzata di sperimentazione: la rotigotina. Si tratta di un dopamino-agonista che può essere somministrato per mezzo di un cerotto a rilascio continuo (una tecnica già ampiamente sperimentata p.es. nel caso di alcuni farmaci per il cuore). Questo composto potrebbe raggiungere il mercato nei prossimi anni.

Levodopa: ancora il «golden standard»

La levodopa (*Madopar* o *Sinemet*) è ancor oggi il farmaco antiparkinsoniano più potente ed efficace. Alcuni colpiti hanno l'impressione (errata) che la levodopa possa essere pericolosa, e molti si chiedono con ansia se la loro dose non sia eccessiva. È importante sottolineare che il fabbisogno di levodopa può variare considerevolmente da un individuo all'altro e che il dosaggio ottimale va sempre definito su base individuale. Come sempre vale la regola: assumere la dose più bassa che produca un controllo soddisfacente dei sintomi.

• Preparati «retard» e solubili

In Svizzera sono disponibili due composti ad assorbimento ritardato: il *Madopar DR* ed il *Sinemet CR*, consigliabili soprattutto in quei colpiti costretti ad assumere la levodopa ogni tre o addirittura ogni due ore. Sono inoltre in grado di alleviare i «blocchi» notturni se assunti la sera prima di

coricarsi. Sono invece controindicati in individui con marcate discinesie e/o disturbi cognitivi o allucinazioni: in questo caso è sempre raccomandato di passare ai

L-Dopa: ancora il farmaco più potente

preparati «standard». In passato veniva consigliato di iniziare la terapia con levodopa preferibilmente con preparati «retard», nella speranza di poter dilazionare nel tempo la comparsa di discinesie: gli studi finora eseguiti non hanno però confermato questa ipotesi.

Il *Madopar DR* (una combinazione di levodopa «standard» e «retard» in rapporto di 1:3) risulta vantaggioso nei casi in cui l'effetto delle compresse «retard» si faccia aspettare troppo.

Il *Madopar LIQ* viene disciolto in acqua per essere assorbito più rapidamente. Viene usato soprattutto come prima dose mattutina o come farmaco «di riserva» in caso di «blocchi» notturni, di crampi dolorosi e persistenti che compaiono nelle prime ore del mattino o di «blocchi» diurni a comparsa imprevedibile.

• Quando iniziare?

Quando serve un farmaco più potente. L'uso della levodopa all'inizio del trattamento viene in generale sconsigliato. Esistono però eccezioni importanti, e la levodopa rimane il farmaco di prima scelta in individui anziani e in cattive condizioni di salute, in presenza di disturbi della memoria, del sistema cardiovascolare o dell'apparato digerente, in caso di intolleranza ai dopamino-agonisti o quando si voglia ottenere un effetto terapeutico in tempi relativamente brevi.

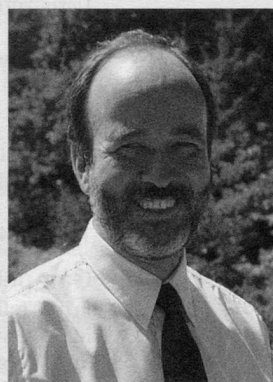
Altri farmaci

Gli inibitori delle COMT (entacapone: *Comtan* e tolcapone: *Tasmar*) funzionano solo in combinazione con la levodopa, di cui rinforzano e prolungano l'effetto. Le loro indicazioni ed effetti collaterali sono simili a quelle della levodopa «retard». Il *Tasmar*, più potente ed efficace, ha causato alcuni gravissimi casi di infiammazione del fegato, che non si sono più verificati dopo l'introduzione dell'obbligo di eseguire controlli del sangue periodici. Tuttavia, il suo uso è oggi riservato ai casi in cui il Parkinson non si possa controllare con altri farmaci. Nei prossimi mesi verrà introdotta sul mercato svizzero la combi-

nazione di entacapone e levodopa in un'unica compressa. Questo preparato probabilmente non apporterà grandi novità nel trattamento della malattia.

L'unico **anticolinergico** rimasto sul mercato è il biperidene (*Akineton*). La sua somministrazione (anche come terapia iniziale) risulta vantaggiosa nei casi dove il tremore sia il sintomo dominante del Parkinson, e può aiutare a controllare la «vescica nervosa» di alcuni parkinsoniani. È invece controindicato nei casi di glaucoma (una malattia degli occhi), negli individui anziani e soprattutto in quelli che accusano disturbi di memoria: l'assunzione di anticolinergici può infatti provocare confusione mentale, che fortunatamente scompare con la cessazione del trattamento.

L'**amantadina** (*PK-Merz, Symmetrel*) è un farmaco relativamente «datato», che è stato rivalutato negli ultimi anni per la



Lo specialista di Parkinson Fabio Baronti è primario della Clinica Bethesda di Tschugg e membro del consiglio peritale dell'ASMP.

sua capacità di migliorare i movimenti involontari in alcuni soggetti parkinsoniani. Ne è stata discussa anche la capacità di ritardare la progressione della malattia; non esistono però studi clinici a supporto di questa ipotesi.

Anche per la **selegilina** (*Jumexal*, preparati generici) l'ipotesi di un effetto di rallentamento della progressione del Parkinson non è stata confermata. Questo farmaco svolge oggi un ruolo marginale nel trattamento della malattia.

Svariati altri medicamenti servono a controllare particolari manifestazioni della malattia e/o gli effetti collaterali dei farmaci. L'eventuale presenza di incontinenza, vertigini o allucinazioni può essere trattata con farmaci appropriati, che troveranno spazio in uno dei prossimi numeri della rivista.

