

HOE EEN BEHANDELING VAN DE ZIEKTE VAN PARKINSON STARTEN?

De aanwinsten bij de behandeling van de ziekte van Parkinson werden besproken in een artikel in de *Folia* van januari 2000. Hoe een anti-Parkinsonbehandeling dient gestart te worden, is nog onder discussie. Sommigen verkiezen van bij het begin levodopa te gebruiken omwille van de snelle verbetering van de symptomen; anderen gebruiken eerst een dopamine-agonist in monotherapie om zo het gebruik van levodopa uit te stellen en de complicaties op lange termijn, in het bijzonder fluctuaties van het therapeutisch antwoord en de tardieve dyskinesie te verminderen. Enkel gecontroleerde studies op grote schaal kunnen een antwoord op deze vraag geven.

In een gerandomiseerd, gecontroleerd, dubbelblind onderzoek over een periode van 5 jaar werden de doeltreffendheid en veiligheid van ropinirol, een dopamine-agonist, en van levodopa vergeleken bij 268 patiënten in het beginstadium van de ziekte van Parkinson. Wanneer het therapeutisch antwoord onvoldoende was, kregen de patiënten op ropinirol ook levodopa, of werd bij dezen die reeds levodopa namen, de dosis verhoogd. De resultaten tonen dat na 5 jaar de verbetering van de symptomen van de ziekte van Parkinson lichtjes minder was bij de patiënten behandeld met ropinirol, maar dat het risico van dyskinesie daarentegen minder hoog was ten opzichte van de patiënten die enkel behandeld werden met levodopa.

Deze studie was echter onderwerp van meerdere kritieken. De auteurs van een editoriaal in de *British Medical Journal* merken op dat een belangrijk aantal patiënten uit de studie wegvielen omwille van andere ongewenste effecten dan dyskinesie, zoals nausea en hallucinaties met ropinirol [n.v.d.r.: plotselinge slaapaanvallen zijn gerapporteerd met ropinirol (zie *Folia* februari 2000)]; ze wijzen er ook op dat levodopa en dopamine-agonisten niet de enige therapeutische mogelijkheden zijn in het beginstadium van de ziekte van Parkinson, en dat andere middelen zoals amantadine, anticholinergica en selegiline ook een verbetering van de symptomen kunnen geven en het gebruik van levodopa kunnen uitstellen. Ze vestigen ook de aandacht op het feit dat de ernst van de ziekte van Parkinson en de gelijktijdige aanwezigheid van een psychiatrische aandoening (b.v. depressie, angst) ook de incidentie van dyskinesie kunnen beïnvloeden. Op basis van de resultaten van deze studie besluiten de auteurs van dit editoriaal dat levodopa de optimale behandeling van de ziekte van Parkinson blijft, en dat ropinirol een vergelijkbare functionele verbetering lijkt te geven, met een geringer risico van ontwikkelen van dyskinesie.

Naar O. Rascol et al.: A five-year study of the incidence of dyskinesia in patients with early Parkinson's disease who were treated with ropinirole or levodopa. *New Engl. J. Med.* **342**, 1484-1491 (2000)
L. Marsh en T. Dawson: Treatment of early Parkinson's disease. *Brit. Med. J.* **321**, 1-2 (2000)

Specialiteitsnaam

Ropinirol: Requip

Nota van de redactie

- Deze studie was onderwerp van meerdere kritieken omdat de doses levodopa die gebruikt werden in de groep die enkel met levodopa was behandeld, merkkelijk hoger waren dan deze gebruikt in de groep die initieel behandeld werd met ropinirol; dit zou ten dele het verschil in de incidentie van dyskinesie tussen de twee groepen kunnen verklaren.
- In een andere recente studie werd pramipexol, een andere dopamine-agonist, vergeleken met levodopa bij 151 patiënten in een beginstadium van de ziekte van Parkinson [*JAMA* **284**, 1931-1938 (2000)]. De resultaten tonen eveneens minder verbetering van de symptomen van de ziekte van Parkinson, maar ook een geringer risico van dyskinesie met pramipexol ten opzichte van levodopa. Pramipexol verhoogde het risico van slaperigheid en hallucinaties. De auteur van een editoriaal daaromtrent stelt dan ook dat de initiële behandeling van de ziekte van Parkinson individueel moet worden bepaald [*Lancet* **456**, 1416 (2000)].
- Langetermijnstudies naar de preventie van complicaties van een anti-Parkinsonbehandeling, maar ook naar de totale socio-economische impact van de behandeling zijn noodzakelijk.

FLASH

- Recent verschenen de resultaten van een gerandomiseerde, dubbelblinde, placebo-gecontroleerde studie waarin **glucosaminesulfaat** (1,5 g per dag oraal) gedurende 3 jaar werd toegediend aan 212 patiënten met **artrose** ter hoogte van de knie [*Lancet* **357**, 251-256 (2001)]. De resultaten tonen een aanhoudend matig gunstig effect op de symptomen gedurende de ganse duur van de studie. Ook suggereren de bevindingen van radiografisch onderzoek een vertraging van de progressie van de aandoening. In het bijbehorend editoriaal [*Lancet* **357**, 247-248 (2001)] wordt de aandacht getrokken op een aantal methodologische knelpunten.

Glucosamine is een natuurlijk voorkomende stof die belangrijk is voor het metabolisme van glycoproteïnen, o.a. in kraakbeen. In het verleden was reeds in kortetermijnstudies (4 tot 6 weken) bij patiënten met artrose een gunstig effect van glucosamine op de pijn gezien, met weinig ongewenste effecten. In een systematisch overzicht en meta-analyse van deze kortetermijnstudies, vorig jaar gepubliceerd in *JAMA* [**283**, 1469-1475 (2000)], worden deze resultaten bevestigd, maar de auteurs menen dat het werkelijke effect van glucosamine waarschijnlijk geringer is, en dit door de methodologische tekortkomingen en de waarschijnlijke “publication bias”. Glucosamine is in België niet beschikbaar als geneesmiddel. Preparaten op basis van glucosamine circuleren evenwel maar hun kwaliteit kan niet worden gegarandeerd, en de samenstelling kan variëren van het ene product tot het andere. Het gebruik van glucosamine bij artrose blijft momenteel experimenteel.