

# **SOCIETATEA DE NEUROLOGIE DIN ROMANIA**

**Catre**

**Dl. Acad. Prof.Dr. Constantin Popa  
Presedintele Comisiei de Neurologie, Neurologie Pediatrica  
si Neurochirurgie a Ministerului Sanatatii Publice**

In numele conducerii executive a Societatii de Neurologie din Romania va rugam ca la definitivarea listei medicamentelor compensate pentru tratamentul ambulatoriu si a protocoalelor terapeutice aferente acestuia de catre Ministerul Sanatatii Publice, sa sustineti urmatoarele puncte de vedere si propuneri :

In urma analizei noii liste de medicamente compensate si a protocoalelor aferente publicate de Ministerului Sanatatii, am constatat mai multe neconcordanțe in raport cu realizarea actului medical corect si cu solicitarile anterioare ale Comisiei de Neurologie a M.S. si Societatii de Neurologie din Romania, pe care vi le aducem la cunostinta mai jos cu solicitarea de a le rezolva intr-un mod cat mai optim, in concordanta cu cele discutate in cadrul sedintei din data de 4 noiembrie 2008 :

1. Desi in lista de medicamente compensate 100% exista in mod firesc prevazuta si **BOALA PARKINSON** cu medicamentele aferente, din documentul care contine ghidurile terapeutice, in mod surprizator **lipseste PROTOCOLUL TERAPEUTIC pentru medicamentele necesare tratamentului BOLII PARKINSON**, pe care vi-l inaintam **intr-o forma actualizata fata de cel pe care vi l-am trimis anterior** desi el a fost trimis inca din luna mai de catre Comisia de Neurologie a MS ( v. anexa ).

- In particular facem mentiunea ca medicamentul **SELEGILINE** ( ca si medicamentul **RASAGILINE** ) are indicatie majora in **terapia monodrog de initiere** a tratamentului la pacientii cu **forme incipiente de boala Parkinson** recent diagnosticati, dar si in forme mai avansate de boala ca tratament de asociere la medicatia cu levodopa, deoarece aceasta clasa de medicamente are proprietati demonstrate de modificare favorabila a evolutiei bolii cu cat se

administreaza mai precoce, alaturi de efectele benefice simptomatice ( v. protocolul alaturat ).

1. Desi **DEMENTELE** sunt boli **neurologice** fie primare neurodegenerative, fie ca si complicatie a altor boli neurologice ( primare sau secundare unor boli sistemice ), in care manifestarile psihiatrice reprezinta una dintre componentele simptomatice, **solicitam ca in protocoalele corespunzatoare medicamentelor DONEPEZILUM, RIVASTIGMINUM, GALANTAMINUM si MEMANTINUM ( N020G, N021G, N022G si N001F) sa se mentioneze in mod explicit ca dreptul de prescriptie apartine in egala masura medicilor specialisti in NEUROLOGIE, PSIHIATRIE SI GERIATRIE-GERONTOLOGIE.**

2. Pentru medicamentul **CLOPIDOGREL** in conformitate cu ghidurile internationale ( conform ghidului Societatii Europene de Boli Cerebro-vasculare 2008, Ghidului AHA/AAN 2008, agreeate si de Societatea Romana de Stroke (AVC) si Societatea de Neurologie din Romania ) sa se mentioneze in mod explicit dreptul **medicilor specialisti neurologi** de a prescrie acest medicament atat pentru indicatiile in regim de compensare 50% pentru afectiunile cerebro-vasculare stabilite deja prin protocoalele publicate cat si de gratuitate ( dupa interventiile de angioplastie cu stent in teritoriul arterelor carotide, subclavii si vertebrale ):

- Pacienti care fac o recidiva de AVC ischemic sau AIT, fiind deja sub tratament cu aspirina;
- Pacienti cu AVC ischemic/AIT in antecedente care au avut si un sindrom coronarian acut in ultimul an
- Pacienti cu AVC ischemic/AIT care concomitent au cel putin si boala coronariana documentata clinic si/sau boala arteriala periferica documentata clinic – situatie in care tratamentul cu Clopidogrel este indicat de prima intentie indiferent daca pacientul era sau nu cu tratament cu aspirina;
- Pacienti cu stenoza carotidiana semnificativa cu embolii multiple (obiectivate clinic si/sau prin examen Doppler) preinterventional sau daca o procedura interventionala nu este posibil de efectuat;
- Pacientii cu alergii/intoleranta la aspirina ( singura indicatie mentionata explicit pentru acest medicament in lista );

- Pacientii care au suferit o interventii de angioplastie cu stent in teritoriul arterelor carotide, subclavii si vertebrale.

3. Pentru combinatia **DIPYRIDAMOLUM + ACIDUM ACETYLSALICYLICUM** ( pozitia 178 in lista ) apare o indicatie contradictorie medical (cod restrictie 1720) in care acest medicament ( **care contine aspirina** ) este indicat la pacientii “ la care terapia cu doze reduse de aspirina prezinta un risc major ( inacceptabil ) de sangerare gastro-intestinala”! ceea ce daca s-ar respecta ar creste si mai mult riscul “ inacceptabil “ de sangerare gastro-intestinala ! **Din aceste considerente va rugam sa eliminati din lista aceasta indicatie.**

4. In lista C1 - G12 care cuprinde medicamentele necesare in boala Parkinson in mod corect este prevazut in pozitia 471 medicamentul **CLOZAPINUM** care are indicatie de clasa I A pentru tulburarile psihotice din boala Parkinson , dar in protocolul aferent acestui medicament nu sunt mentionati si **medicii neurologi ( singurii competenti in a diagnostica si trata boala Parkinson )** ca avand dreptul sa prescrie acest medicament (evident numai pentru indicatia in tulburarile psihotice din boala Parkinson , si nu in alte boli psihiatrice ). Va rugam sa faceti aceasta mentiune in protocolul mentionat.

5. Avand in vedere recomandarile expertilor internationali in durerea neuropatica, recent publicate in reviste de specialitate de a introduce in ghidurile de diagnostic si tratament pentru durerea neuropatica ( inclusiv Ghidul National din SUA, modificat in 28.07.2008, si recomandarile Ghidului NICE din Marea Britanie ), va rugam sa aprobatii ca in protocolul terapeutic pentru durerea neuropatica aferent actualei liste de medicamente compensate, sa se introduca si medicamentul **DULOXETINE** intre medicamentele de **prima linie** pentru tratamentul **durerii din neuropatia diabetica** ( pentru care exista in prezent nivel de recomandare si evidente de tip IA ), alaturi de celelalte medicamente alternative deja existente in protocolul mai sus mentionat.

6. In cazul medicamentului **RILUZOLE ( RILUTEK )** indicat in tratamentul sclerozei laterale amiotrofice propunem o modificare care se refera la modul de prescriptie, si anume:

- Diagnosticul de **SCLEROZA LATERALA AMIOTROFICA** trebuie pus / confirmat doar intr-o clinica universitara de neurologie, la fel ca si initierea tratamentului cu **RILUZOLE**, pentru ca apoi tratamentul cronic cu acest medicament sa fie prescris lunar in regim de compensare 100%, in baza unei scrisori medicale eliberate dintr-o clinica universitara de neurologie, de catre **medicul neurolog din serviciile ambulatorii teritoriale**, evitandu-se in acest fel deplasarea lunara a acestor bolnavi la distante mari si internari nejustificate decat de formalitatile necesare prescriptiilor de medicamente gratuite, fiind vorba de o boala cronica. **De asemenea se impune ca medicul din teritoriu sa sesizeze momentul aparitiei unor complicatii ale acestei boli, care in aceasta situatie il obliga sa trimita pacientul la internare intr-o clinica de neurologie.**

6. In sublista C2 – IV P4 privind Programul National de Boli Neurologice – Subprogramul de tratament al Sclerozei Multiple, desi in protocolul aferent ( L002G ) s-au respectat indicatiile corecte ale medicamentelor utilizate, acestea nu se regasesc in totalitate si in mentiunile din lista, si anume :

- indicatia in sindromul clinic izolat pentru Avonex si Betaferon;
- indicatia pentru Betaferon la pacientii cu S.M. forma secundar progresiva cu un scor EDSS mai mic sau egal cu 6,5 ( la initierea tratamentului );
- indicatia pentru Rebif la pacientii cu S.M. forme progresive care fac recaderi;

7. Desi in protocoalele terapeutice (pag.232/413 ) in mod corect apare indicatia **IMUNOGLOBULINELOR UMANE NORMALE PENTRU ADMINISTRARE INTRAVASCULARA** in unele afectiuni neurologice in ambulatoriu (neuropatii imunologice cronice, miopatii inflamatorii cronice si miastenia gravis rapid progresiva ) aceste indicatii nu se regasesc si in lista de medicamente

aprobate pentru gratuitate, motiv pentru care va solicitam **corectarea acestei omisiuni.**

8. Desi **protocolul de tratament al epilepsiei** promovat in prezentul document legislativ respecta corect indicatiile terapeutice in raport cu ghidurile terapeutice actuale, pentru medicamentul **LEVETIRACETAM** restrictiile prevazute in lista de medicamente vin in contradictie cu indicatiile acestuia, care practic acopera toate formele de epilepsie atat in terapie monodrog sau in asociere cu alt medicamente, avand indicatii de linia I sau II (v. protocolul publicat in documentul legislativ actual publicat de MS, la care facem referire).

De asemenea se face o atentionare excesiva in comparatie cu celelalte medicamente antiepileptice ( care toate pot avea reactii secundare importante de care medicul curant trebuie sa tina seama in fiecare caz, in mod individualizat ) asupra efectelor hepatotoxice si teratogene ale **VALPROATULUI**, care in realitate **nu modifica profilul de siguranta al acestui medicament in practica daca se respecta ghidurile terapeutice** ( toate ghidurile terapeutice internationale si din tara noastra mentionand **prudenta necesara in cazul pacientilor cu suferinte hepatice grave sau la femeile gravide, care insa statistic reprezinta doar o minoritate dintre pacientii cu epilepsie care au nevoie de acest medicament de linia I pentru majoritatea formelor clinice de boala** ).

9. Medicamentul **PRAMIRACETAM** are aceleasi indicatii ca **PIRACETAM-ul**, ca terapie cu efecte clinice simptomatice moderate asupra tulburarilor cognitive din bolile neurodegenerative si asociate bolilor cerebro-vasculare ( fara sa aiba o specificitate stricta etiopatogenica ), dar fara sa inlocuiasca medicatia majora indicata in aceste afectiuni ( tratamentul de profilaxie secundara a altor evenimente vasculare, inhibitorii de coliesteraza si memantina in demente ).

**05. 11. 2008**

**Prof. Dr. Ovidiu Bajenaru**  
**Presedintele Societatii de Neurologie din Romania**

## ANEXA 1.

### **PROTOCOL DE TRATAMENT CU LEVODOPA, AGONISTI DOPAMINERGICI ( ROPINIROL, PRAMIPEXOL, ROTIGOTINE, BROMOCRIPTINA, PIRIBEDIL) INHIBITORI DE MONOAMINOOXIDAZA ( SELEGILINE, RASAGILINE), INHIBITORI DE COMT ( ENTACAPONE ), ANTICOLINERGICE ( TRIXEXIFENIDIL, BIPERIDEN), AMANTADINA, NEUROLEPTICE ATIPICE ( CLOZAPINE, QUETIAPINE) IN BOALA PARKINSON**

Acest protocol se bazeaza pe Ghidul de diagnostic si tratament in boala Parkinson al Societatii de Neurologie din Romania, publicat in anul 2005 si aprobat de Colegiul Medicilor din Romania si pe Ghidul de diagnostic si tratament al Federatiei Societatilor de Neurologie din Europa publicat in anul 2006.

**DIAGNOSTICUL de boala Parkinson** se bazeaza pe evidentierea clinica a tabloului motor de **PARKINSONISM** asociat sau nu si cu alte semne non-motorii, urmat de realizarea unui diagnostic diferential cu alta afectiuni care pot avea un tablou clinic asemanator ( v. Ghidul de diagnostic si tratament al SNR ).

Alaturi de examenul clinic, **investigatia obligatorie de efectuat de prima linie** este examenul **IRM cerebral**, singurul dintre investigatiile de rutina care poate exclude cele mai multe dintre afectiunile insotite clinic de parkinsonism.

De asemenea examenul **IRM este obligatoriu**, impreuna cu examenul **CT cerebral** la bolnavii care au indicatie de tratament neurochirurgical, pentru stabilirea reperelor topografice necesare programului de **stereotaxie**.

**In situatii particulare, in care prin metodologia de mai sus nu se poate stabili cu certitudine diagnosticul de boala Parkinson, se impune examen radioizotopic cu trasori speciali ( DAT-scan ) - deocamdata inaccesibil in SUUB.**

**TRATAMENTUL BOLII PARKINSON** ( boala degenerativa, evolutiva sub tratamentul actual cunoscut si accesibil ) este prin definitie un **tip de terapie bazat pe asocieri multiple de medicamente** in stadiile mai avansate de evolutie, care necesita de la o etapa la alta reevaluare si individualizare. In conformitate cu ghidurile de tratament internationale, adoptate si de Societatea de Neurologie din Romania in ghidul national de terapie a bolii Parkinson, principiile pe care se realizeaza schemele terapeutice individuale sunt:

## **1. Boala Parkinson recent diagnosticata si cu debut clinic recent:**

### **A. pacient sub 65 ani:**

**a. terapie monodrog cu un AGONIST DOPAMINERGIC** ( **PRAMIPEXOL**, **ROPINIROLE**-standard sau cu eliberare prelungita, sau **ROTIGOTINA**, posibil dar mai putin recomandabil **BROMOCRIPTINA** datorita reactiilor adverse ) cu titrare progresiva pana la doza terapeutica optima clinic ; **PIRIBEDIL-ul**, poate fi folosit ca alternativa doar daca pacientul are intoleranta la unul dintre agonistii dopaminergici de mai sus sau daca pacientul are contraindicatii pentru oricare dintre acestia datorita reactiilor adverse sau coexistentei tulburarilor cognitive semnificative.

**b. terapie cu LEVODOPA ( asociata cu inhibitor de decarboxilaza )** - daca situatia socio-profesionala impune o ameliorare motorie rapida care nu permite perioada lunga de titrare a agonistilor dopaminergici;

**c. tratamentul cu RASAGILINE** sau **SELEGILINE** – in terapie monodrog este indicata ca tratament de initiere, daca una dintre cele de mai sus nu este posibila sau daca exista argumente clinice justificate individual;

**d. posibil** dar mai putin recomandabil datorita eficacitatii scazute si de scurta durata: anticolinergic central (**TRIHEXIFENIDIL** sau **BIPERIDEN** ).

### **B. pacient peste 65 ani: se incepe, de regula direct cu levodopa**

**NB. Nici una dintre recomandarile de mai sus nu este absolut obligatorie in relatie cu varsta, oricare dintre optiuni fiind corecta daca exista argumente individuale medicale, economice si/ sau sociale si nu exista contraindicatii.**

## **2. Boala Parkinson recent diagnosticata, dar intr-un stadiu avansat de evolutie:**

Se incepe tratamentul **direct cu RASAGILINE sau LEVODOPA** ( asociata cu inhibitor de decarboxilaza ) si se urmeaza treptele descrise mai jos in varianta 3b .

## **3. Boala Parkinson intr-un stadiu mai avansat, sub tratamentul de mai sus, la care raspunsul terapeutic initial bun devine necorespunzator:**

**a. tratament cu agonist dopaminergic deja existent:** se creste doza de agonist progresiv pana la obtinerea unui raspuns terapeutic optim sau pana la aparitia de reactii secundare semnificative, dar fara a depasi doza maxima admisibila ( 4,5 mg pt. **PRAMIPEXOL** , 24 mg pentru **ROPINIROLE** si respectiv 16 mg pentru **ROTIGOTINE** );

- daca nu se obtine un raspuns terapeutic optim se asociaza **LEVODOPA** ( + **inhibitor de decarboxilaza** ) la cele mai mici doze optime;

- daca dupa aceasta asociere raspunsul terapeutic devine suboptimal se asociaza la schema deja existenta inhibitor de COMT ( **ENTACAPONE** ) cate 1 cp de 200 mg la fiecare priza de levodopa, ulterior urmand a se ajusta doza de levodopa daca apar diskinezii medicamentoase;

- daca se obtine un raspuns stabil sub asocierea de mai sus, comprimatele de levodopa si de entacapone se pot inlocui cu cate 1 cp de **STALEVO** (levodopa +

carbidopa + entacapone) in doze echivalente de levodopa; pe perioada ajustarii dozelor se vor folosi in sa separat comprimate de levodopa si de entacapone

- varianta posibila: asociere de **RASAGILINE**.

**( N.B. ENTACAPONE sau alt I-COMT NU SE ADMINISTREAZA FARA LEVODOPA, deoarece prin ei insisi inhibitorii de COMT nu au actiune antiparkinsoniana, rolul lor fiind acela de a modifica favorabil farmacocinetica levodopei, care este medicamentul activ ! )**

- daca in oricare dintre etapele de mai sus apar fluctuatii motorii si non-motorii si/ sau diskinezii medicamentoase, se tenteaza reducerea dozei de levodopa sau divizarea ei in mai multe doze ( fiecare doza fiind de preferat insotita de 200 mg entacapone ) si cresterea dozei sau schimbarea agonistului dopaminergic; este de preferat ca in aceasta situatie sa se asocieze si **AMANTADINA** ( antiparkinsonian moderat dar cu efecte importante de preventie a diskineziilor );

***b. tratament cu levodopa deja existent:***

- se asociaza **ENTACAPONE** dupa principiile de la punctul (a);

- daca raspunsul terapeutic devine insuficient, se face asocierea unui agonist dopaminergic, dupa principiile prezentate mai sus, putand a se ajunge in final in acelasi stadiu de asocieri medicamentoase ca la punctul ( a );

c. tratament initiat cu **rasagiline, selegiline** sau **anticolinergic**, devenit nesatisfacator clinic:

- se asociaza fie un **agonist dopaminergic**, fie **levodopa** si se urmeaza treptele descrise mai sus la (a) sau (b);

**4. Boala Parkinson in stadiu avansat in care apar fluctuatii motorii si/ sau non-motorii asociate sau nu cu diskinezii:**

*Se pastreaza asocierea medicamentoasa bazata pe LEVODOPA ( +inhibitor de decarboxilaza ) + ENTACAPONE + AGONIST DOPAMINERGIC +/- RASAGILINE / SELEGILINE si se tenteaza ajustarea dozelor si ajustarea orarului de administrare a medicamentelor.*

*Daca raspunsul terapeutic nu este satisfacator, este INDICATIE MAJORA de instituire a tratamentului cu LEVODOPA/CARBIDOPA GEL INTESTINAL ( DUODOPA )cu administrare continua in cursul zilei pe dispozitiv cu sonda enterala instalata laparoscopic. Aceasta manevra va fi efectuata doar in clinici universitare de neurologie care au competenta necesara dobandita in urma unei instruirii dedicate.*

*Daca raspunsul terapeutic nu este satisfacator se face evaluarea posibilitatii unui tratament neurochirurgical intr-o clinica universitara de neurologie.*

**5. Boala Parkinson asociata cu depresie:**

- se asociaza fie un antidepresiv tricyclie ( atentie la contraindicii! ) cu supraveghere cardiologica dat fiind riscul de cardiotoxicitate al acestei clase de antidepresive, fie un SSRI ( aceasta din urma asociere este total contraindicata



*daca pacientul este sub tratament cu un inhibitor de MAO-B, respectiv rasagiline sau selegiline );*

- asocierea altor antidepresive se poate face individual in cazuri bine justificate, nefiind inregistrate pentru depressia din boala Parkinson, dar nici contraindicate.

#### **6. Boala Parkinson asociata cu dementa:**

- se folosesc inhibitori de colinesteraza, de electie fiind RIVASTIGMINA ( v. ghidul si protocolul pentru demente );

#### **7. Boala Parkinson care dezvolta tulburari de intensitate psihotica:**

- se foloseste de electie CLOZAPINE ( 25 - 100 mg/ zi ) cu monitorizarea stricta a hemoleucogramei ( in caz de tendinta la leucopenie: STOP ! ); alternativa posibila: QUETIAPINE ( 25 - 150 mg/ zi ).
- alte antipsihotice sunt contraindicate, fie datorita efectelor lor parkinsonizante ( chiar pentru unele neuroleptice atipice ), fie pentru ca nu exista studii de eficacitate, toleranta si profil de siguranta la pacientii cu parkinsonism.

#### **8. Boala Parkinson insotita de alte complicatii (v. Ghidul SNR).**

### **A. Tratamentul fluctuatiilor din boala Parkinson**

#### **a) pentru fenomenul de deteriorare de sfarsit de doza („wearing-off“):**

- cresterea frecventei dozelor de levodopa
- utilizarea de preparate de levodopa cu eliberare controlata
- utilizarea agonistilor dopaminergici
- asocierea inhibitorilor de MAO-B
- asocierea inhibitorilor de COMT
- utilizarea apomorfinei
- tratament chirurgical

#### **b) pentru raspunsul de tip „delayed-on/no-on“:**

- administrarea medicatiei inainte de masa
- reducerea cantitatii de proteine din alimentatie
- utilizarea de antiacide
- folosirea formelor lichide, dispersibile de levodopa
- utilizarea apomorfinei

#### **c) pentru fenomenele de „off”(motorii si non-motorii):**

- cresterea dozelor si frecventei administrarii de levodopa

- administrarea înainte de mese
- folosirea formelor lichide, dispersibile de levodopa
- utilizarea apomorfinei

**d) pentru fenomenele de „on-off”:**

- folosirea agonistilor dopaminergici
- folosirea medicatiei dopaminergice parenterale (apomorfina) sau a formelor de infuzie continua cu levodopa  
(*inexistente deocamdata in Romania*)

**e) pentru fenomenul de „freezing” (care nu intotdeauna este determinat de terapia cu levodopa):**

- cresterea dozelor de levodopa
- folosirea agonistilor dopaminergici
- folosirea inhibitorilor de MAO-B
- reeducarea functionala a mersului

**B. Tratamentul diskineziilor din boala Parkinson**

**a) pentru diskinezia de varf de doza:**

- reducerea fiecarei doze de levodopa
- utilizarea agonistilor dopaminergici
- utilizarea amantadinei
- utilizarea clozapinei
- utilizarea antagonistilor de glutamat (in studii clinice)
- utilizarea toxinei botulinice
- tratament chirurgical

**b) pentru diskineziile difazice:**

- cresterea fiecarei doze de levodopa
- utilizarea agonistilor dopaminergici
- utilizarea toxinei botulinice
- tratament chirurgical

**C. Tratamentul efectelor secundare proprii induse de l-dopa**

**a) periferice:**

***greata, varsaturi, anorexie:***

- domperidone
- hidroxizin, cyclizine
- ondansetron

***hipotensiune ortostatica:***

- midodrine
- suplimentarea clorurii de sodiu in alimentatie
- utilizarea ciorapilor elastici medicali

**b) centrale:**

***coree, stereotipii:***

- reducerea dozelor de levodopa
- reducerea sau excluderea eventualelor anticolinergice

- introducerea amantadinei
- asocierea yohimbinei
- asocierea de antagonisti de glutamat
- tratament chirurgical

***distonie*** (nu intotdeauna determinata de levodopa, uneori face parte din tabloul bolii insesi):

- reducerea dozelor de levodopa (daca distonia apare ca manifestare a dikiineziei difazice, se creste doza)
- preparate de levodopa cu eliberare controlata
- utilizarea de anticolinergice
- utilizarea de antidepresive triciclice
- utilizarea baclofenului, tizanidinei sau mexiletinei
- utilizarea de agonisti dopaminergici
- litiu (sub controlul riguros al litemiei)
- utilizarea toxinei botulinice
- tratament chirurgical

***mioclonusul*** (nu intotdeauna este determinat de levodopa)

- reducerea dozelor de levodopa
- utilizarea clonazepamului
- utilizarea valproatului

***akathisia*** (nu intotdeauna este determinat de levodopa)

- utilizarea anxioliticelor
- utilizarea propranololului

***halucinatiile*** (determinate de levodopa sau alte medicamente sau stari comorbide)

- reducerea dozelor de levodopa
- utilizarea clozapinei sau quetiapinei ( v. mai sus precautiile ! )
- utilizarea ondansetronei

## **D. TULBURARILE DE SOMN DIN BOALA PARKINSON**

- **disomnia parkinsoniana** poate fi partial prevenita prin utilizarea medicatiei antiparkinsoniene

( in particular ***l-dopa cu eliberare controlata, l-dopa + I-COMT si/ sau agonisti cu T/2 lung*** → ***ropinirole, pramipexol, rotigotine*** )

- **somnolenta diurna**

( ***determinata de modificari patogenice legate de insusi procesul neurodegenerativ, dar si de unele medicamente antiparkinsoniene, sedative si antidepresive*** )

\* se pot recomanda substante stimulante precum:

◆ **suplimentarea de cofeina**

◆ medicamente vigilizante :

• **metilphenidat** (Ritalin 5-10 mg/zi)

- tulburarea comportamentala a somnului REM ( RBD )  
ameliorata prin administrarea inainte de culcare de **clonazepam**  
( 0,5-1 mg )

## **TRATAMENTUL CHIRURGICAL prin STIMULARE CEREBRALA PROFUNDA ( DBS ):**

**Tratamentul chirurgical trebuie rezervat:**

- pacienților mai tineri
  - cu complicații motorii severe ( + *perioade prelungite de "off"* ) care nu mai pot fi controlati satisfacator prin metode farmacologice
  - l-dopa responsivi
  - care nu prezintă afectare cognitivă și psihologică
- 
- **trebuie efectuat numai în clinici specializate** in care exista *echipe medicale complexe* ( neurolog, neurochirurg, neurofiziolog, neuroimagist, neuropsiholog, s.a. ) cu *experienta atestata* in acest tip de terapie si în care rata de succes este mare și complicațiile sunt reduse.

**05. 11. 2008**

**Prof. Dr. OVIDIU BAJENARU**  
**Presedintele Societatii de Neurologie din Romania**