

Camazepam

Synonym:

7-Chlor-1,3-dihydro-3-hydroxy-1-methyl-5-phenyl-2H-1,4-benzodiazepin-2-on-dimethylcarbamat

Verwendung:

Psychische Dysregulationen und psychisch bedingte Überforderungssymptome, wie Unruhe, Erregung, gesteigerte Reizbarkeit, Stimmungs labilität und Angstzustände, psychosomatische Störungen.

Dosierung: Erwachsene: 20–60 mg pro Tag, verschreibungsfähiges Betäubungsmittel.

Wirkungscharakter:

Lipophil, hohe und stabile Eiweißbindung.

Indikationen:

Angst- und Spannungszustände, Erregung und Unruhe, Stimmungs labilität, Schlafstörungen, funktionelle Organbeschwerden, psychosomatische Störungen, Epilepsie.

Metabolismus:

Schnelle Resorption aus dem Interstinum.

Wird in der Leber hydroxyliert und demethyliert. Einige Metabolite sind pharmakologisch noch aktiv und haben ähnliche Wirkungen wie die Ausgangssubstanz, werden aber in der Regel weitaus langsamer eliminiert. Keine aktiven Metaboliten.

Keine oder nur minimal ausgeprägte antagonistische Wirkung gegenüber Apomorphin und Histamin (im Gegensatz zu den Neuroleptika).

Einfluss auf die zentral cholinerge Reizübertragung (anticholinergische Wirkung) wahrscheinlich.

Nebenwirkungen:

Muskelrelaxation, Schwindel, Appetitzunahme, Abnahme der Libido, Menstruationsstörungen, geringe Atem- und Kreislaufdepression.

Selten anticholinergische Symptome wie Harnretention, Obstipation und Mundtrockenheit. Bei chronischem Missbrauch Abhängigkeit vom Schlafmitteltyp (oft in Kombination mit chronischem Alkoholismus). Abhängigkeitsentstehung dosisunabhängig.

Wechselwirkungen:

Bei Kombination mit zentraldämpfenden Pharmaka und Alkohol gegenseitige Wirkungsverstärkung.

Toxische Dosis zwischen 30 mg und 150 mg/die.

Abhängigkeit vom Benzodiazepintyp.

Symptome:

- Bewusstseinsstörungen (Benommenheit, Somnolenz, Schlaf, Bewusstlosigkeit, Koma)
- psychische Störungen (Erregung, Verwirrung, Amnesie, Schlaflosigkeit, Dysphorie und Euphorie, Halluzinationen)
- neuromuskuläre Störungen (Muskelhypotonie, Ataxie, Hyporeflexie, Sprachstörungen: Dysarthrie, verwaschene Sprache, Dysphasie)
- kardiovaskuläre Störungen (Hypotonie, Tachykardie, Bradykardie bei schweren ZNS-Depressionen)
- selten Atemdepressionen
- Mydriasis
- Nausea, Erbrechen
- 10 Tage nach Absetzen bei chronischem Missbrauch Einsetzen eines Entzugsdelirs mit Agitation, Schweißausbrüchen, optischen und akustischen Halluzinationen.

Nachweis:

qual. Dünnschichtchromatografie oder EMIT Benzodiazepine

quant. Gaschromatografie, photometrisch n. Frings und Cohen

Therapie:

- primäre Giftelimination: Kohle-Pulvis-Gabe, Magenspülung, Kohle, Glaubersalz
 - bei anticholinerger Symptomatik: Physostigminsalizylat als Antidot, gut wirksam beim Entzugsdelir
- Magenspülung, Kohle, Natriumsulfat.

Keine forcierte Diurese! Minimale Giftelimination durch eine Hämo-perfusion.

Beatmen!

Bei Benzodiazepinabhängigkeit sofortiger Expositionsstop. Jeden zweiten Tag Gegengift Flumazenil (0,1 mg Anexate i.m.), danach Fortsetzung in kleinsten Dosen, wenn die Entzugserscheinungen wieder auftreten (Angst, Halluzinationen).

Die quälende Schlaflosigkeit als Entzugssymptom kann bis zu 6 Monaten dauern; verhaltenstherapeutische Empfehlungen (Wasseranwendungen, aufstehen, ablenken, keinerlei Chemie), Amalgamentgiftung mit DMPS.

Besonderheiten:

Infolge einer langen Halbwertszeit kann die Wirkung einer am Abend zuvor eingenommenen Tablette am nächsten Tag eventuell noch nicht abgeklungen sein.

Für Verkehrsteilnehmer ist es wichtig, am Tage keine sedierenden Medikamente einzunehmen, die zu einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit führen.

Es ist ferner wichtig, mit der Nachwirkung eines am Abend oder gar erst spät in der Nacht eingenommenen Schlafmittels zu rechnen.