Multiple Sklerose

Die US-amerikanische FDA hat Teriflunomid (Aubagio®) als einmal täglich oral einzunehmendes Arzneimittel für Patienten mit schubförmiger MS zugelassen. Die Zulassung basiert auf der TEMSO-Studie, in der Teriflunomid 14 mg im Vergleich zu Placebo die jährliche Schubrate signifikant gesenkt und die Zeit bis zum Eintritt einer Behinderungsprogression signifikant verlängert hatte. red

Nach Informationen von Genzyme

Depression mit Angststörung

Eine multizentrische nicht-interventionelle Studie hat die Wirksamkeit von Escitalopram (Cipralex®) bei Patienten mit Depressionen und komorbider Angststörung im Praxisalltag bestätigt. 2.911 Patienten mit Depression (F32/F33, svMADRS-Wert > 12) und komorbider Angststörung (F40/F41, HAMA-Wert ≥ 10) wurden über 16 Wochen beobachtet. Primäre Endpunkte waren die Remission der Symptome im svMADRS (Gesamtscore ≤ 12) und im HAMA (Gesamtscore ≤ 10). Sekundäre Endpunkte waren die Veränderung des Schweregrades und die Responderrate (Responder definiert als eine Abnahme des Ausgangswertes auf svMADRS und HAMA um mindestens 50 %). Zu Beginn der Studie wurden 70,4 % der Patienten mit 10 mg/d Escitalopram behandelt, 21,5 % mit 20 mg/d, die restlichen Patienten mit einer anderen Dosierung. Im Durchschnitt sank die Schwere der Depression nach 16 Wochen von 33,0 auf 8,9 Punkte. Die Remissionsrate lag bei 72,9 %, die Responderrate bei 83,1 %. Die mittlere Angstsymptomatik nahm von 28,8 auf 8,8 Punkte ab. Die Responderrate lag bei 80,2 % und 63,9 % erlangten eine Remission. Häufigste Nebenwirkungen waren Übelkeit (1,6 %), Unruhe (1,1 %) und Müdigkeit (0,7 %). red

Nach Informationen von Lundbeck

MS-induzierte Spastik

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat dem Oromukosalspray Sativex® einen „geringen Zusatznutzen“ für den Einsatz als Zusatztherapie bei MS-induzierter Spastik bescheinigt. Damit schloss sich der G-BA nicht der Entscheidung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IGWiG) an, das dem Präparat aus formalen Gründen keinen Zusatznutzen attestiert hatte. red

Nach Informationen von Almirall

Subjektive Gedächtnisstörungen können auf Demenz hinweisen

— Subjektive Gedächtnisstörungen ohne kognitive Einbußen können früh auf eine Demenzentwicklung hinweisen. Der Arzt sollte bei Patienten über 65 Jahren aktiv danach fragen und gegebenenfalls Präventionsmaßnahmen einleiten, empfiehlt ein Expertenpositionspapier.

Mit einfachen Fragen Demenzrisiko abschätzen

„Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Gedächtnis schlechter geworden ist? Wenn ja, machen Sie sich darüber Sorgen?“ Mit diesen beiden simplen Fragen können Patienten mit erhöhtem Risiko für eine Demenzerkrankung aufgespürt werden, berichtete Allgemeinarzt H. Walbert aus Würzburg.

Die Erkenntnis folgt aus der vom Bundesforschungsministerium geförderten „German Study on Aging, Cognition and Dementia (AgeCoDe)“. In der Studie werden 3.327 von Hausärzten betreute Patienten über 75 Jahre in Abständen von 18 Monaten umfassend neuropsychologisch untersucht. Ziel der Studie ist die Entwicklung eines Risikoscores für eine Demenzentwicklung, mit dem sich die Versorgung der Patienten in der Praxis verbessern lässt.

Subjektive Gedächtnisstörungen als Risikomarker

Erste Ergebnisse einer „Trainingskohorte“ mit 1.526 Patienten und durchschnittlich 4,5 Jahren Follow up lassen folgende unabhängige Risikofaktoren erkennen: Alter über 80 Jahre, subjektive Gedächtnisstörungen, über die sich der Patient sorgt, verzögerter verbaler Abruf (0–4 gemerkte aus 10 Begriffen), reduzierte verbale Flüssigkeit und Mini-Mental-Status unter 27, berichtet Professor Frank Jessen, Bonn. Bei Patienten mit subjektiven Gedächtnisstörungen und Sorgen stieg das Demenzrisiko innerhalb von drei Jahren um den Faktor sechs von 0,4 % auf 2,4 %. Dies lege nahe, dass subjektive Gedächtnisstörungen („subjective memory impairment“, SMI) ein Risikomarker für eine Demenzentwicklung sein können. Denn überzufällig häufig lassen sich bei Patienten mit SMI Demenz-Biomarker wie zerebrale Volumenabnahme, verminderter Gehirnstoffwechsel oder Alzheimer-typische Liquorbefunde nachweisen, erläuterte Jessen. SMI-Be-

schwerden sollten daher ernst genommen werden.

SMI ist noch keine Krankheit

Nota bene: SMI ist noch keine Krankheit. Es handelt sich um Ältere mit subjektiven Gedächtnisstörungen, aber normaler kognitiven Testleistung ohne Alltagseinschränkungen. Die Hypothese der Forscher lautet, dass SMI Ausdruck einer erhöhten kompensatorischen Anstrengung des Gehirns bei beginnender Pathologie sein könnte. „Die Leute spüren, dass sie sich mehr anstrengen müssen für die gleiche Gedächtnisleistung“, so Jessen. Doch was nützt die Erkenntnis eines erhöhten Demenzrisikos? Wenn ein Alzheimer klinisch auffällig wird, ist das Gehirn weitgehend zerstört, die Therapiemöglichkeiten sind begrenzt. Das SMI-Stadium ist jedoch lange kompensierbar, die Demenz entwickelt sich langsam. Deshalb ist es ein zentrales Ziel der Forschung, Risikoindikatoren früh im Krankheitsverlauf zu identifizieren und präventiv tätig zu werden, sagte Jessen.

Bestehende Präventionsmöglichkeiten nutzen

SMI-Patienten sollten vom Hausarzt zumindest engmaschig überwacht werden. Präventive Maßnahmen sind ratsam. Sehr wahrscheinlich wirksam ist die Erhöhung der kardiovaskulären Fitness sowie eine mediterrane-nahe gesunde Ernährung nebst Nikotinkarenz, erklärt PD Dr. Martin Haupt, Neuro-Centrum Düsseldorf. Empfehlenswert seien auch kognitives Training und Erwartungsmanagement. Ginkgo biloba mag ebenfalls helfen: Erste Hinweise folgen aus einer placebokontrollierten Studie mit über 2.800 SMI-Patienten. In dieser konnte der Extrakt EGb 761 (Tebonin®) das Demenzrisiko signifikant reduzieren, aber nur bei solchen Patienten, die langfristig über mindestens vier Jahre lang behandelt wurden.

Dr. med. Dirk Einecke

Pressekonferenz „Subjektive Gedächtnisstörungen als erstes Anzeichen der Alzheimer-Krankheit: Neues Positionspapier fordert aktives ärztliches Handeln bei Gedächtnisklagen“, Frankfurt, 19.6.2012
Veranstalter: Dr. Willmar Schwabe