

Zervikale Dystonie

Die geeignete Botulinumtoxin-Therapie finden

Die American Academy of Neurology (AAN) hat in ihren aktuellen Therapieempfehlungen zur therapeutischen Anwendung von Botulinumtoxin in neurologischen Indikationen erstmals eine Unterscheidung der verschiedenen verfügbaren Toxine vorgenommen [Simpson DM et al. *Neurology* 2016; 86 (19): 1818–26]. Wie Professor David M. Simpson, Mount-Sinai-Hospital New York/USA, erläuterte, unterscheiden sich die zugelassenen Toxinpräparationen pharmakologisch voneinander. Bei zervikaler Dystonie ist die Sicherheit und Wirksamkeit am besten für Abobotulinumtoxin-A und Rimabotulinumtoxin-B belegt.

Damit in der Praxis die Therapie tatsächlich wirksam und sicher ist, sollte die Botulinumtoxin-Injektion nach Empfehlung von Professor Wolfgang Jost, ärztlicher Leiter der Parkinson-Klinik Ortenau, immer unter Ultraschallkontrolle erfolgen. Er wies darauf hin, dass nach Lokalisation der dystonen Bewegung unterschiedliche Muskeln betroffen sind, die entsprechend unterschiedliche Injektionsorte bedeuten.

Um die bei Dystonie geeigneten Muskeln gezielt zu therapieren, ohne unnötige Risiken einzugehen, empfahl Dr. Marion Simonetta-Moreau, Universitätsklinik in Toulouse, bei zervikaler Dystonie

für die Botulinumtoxintherapie eine Niedrig-Volumen-Strategie, etwa mit 50 U/0,1 ml Abobotulinumtoxin A (Dysport®). Ein begrenztes Volumen verringert die Ausbreitung des Toxins in nahegelegene Muskeln, den Eintritt von ungebundenem Toxin in die Blutbahn und die Zahl und Schwere von Nebenwirkungen. Auch sie wies auf die notwendige Kontrolle mittels Ultraschall oder Nadelelektromyogramm hin, um die exakte Platzierung der Nadelspitze in oberflächliche wie auch in tiefer gelegene kleine zervikale Muskeln sicherzustellen. Im Übrigen sei diese Strategie auch kosteneffektiv, ergänzte sie.

Friederike Klein

Symposium „Cervical dystonia management with BoNT-A: Towards an optimized approach“. 20. International Congress of Parkinson's Disease and Movement Disorders, Berlin, 21.6.2016; Veranstalter: Ipsen Pharma

Multiple Sklerose

Positive Erfahrungen mit Immunmodulator

Wirksamkeit und Sicherheit der Therapie mit Teriflunomid (Aubagio®) bei erwachsenen Patienten mit Multipler Sklerose (MS) werden durch neue Langzeitdaten vom diesjährigen AAN-Kongress untermauert, die Professor Ralf Linker, Universität Erlangen, im Rahmen einer Pressekonferenz in Hamburg referierte. Demnach wurde in der Open-Label-Verlängerung einer Phase-II-Studie mit 147 MS-Patienten nach der 36 Wochen dauernden verblindeten Phase allen Teilnehmern eine Therapie mit Teriflunomid 7 mg/Tag oder 14 mg/Tag angeboten [Kremenutzky M et al. AAN 2016 Vancouver/Kanada. P3-027]. 57 der Patienten (39%) nahmen bis zum Ende der 13 Jahre dauernden Verlängerungsstudie teil. Mit der 14-mg-Dosierung kam es bei ihnen im Schnitt zu keiner nennenswerten Behinderungsprogression, mehr als die Hälfte (52%) blieb schubfrei. „Es wurden keine neuen Sicherheitssignale beobachtet, dies gilt auch und insbesondere im Hinblick auf Malignität oder opportunistische Infektionen“, betonte Linker. Therapieabbrüche aufgrund von Unverträglichkeiten wurden bei lediglich einem Fünftel der Patienten beobachtet.

Auch für Dr. Stefan Ries vom Neuro Centrum Odenwald in Erbach, hat sich Teriflunomid in der Praxis als wirksam und gut verträglich herausgestellt. Gastrointestinale Beschwerden treten nach seinen Worten nur gelegentlich auf und die reversibel verminderte Haardichte sei klinisch nicht bedeutsam. Eine relevante Leberenzymerrhöhung habe er unter seinen Patienten bislang nicht beobachtet.

Die Einsatzmöglichkeiten für Teriflunomid verdeutlichte er mit dem Fall des 31-jährigen Herrn S., der im März 2008 mit Schleiersehen auf dem rechten Auge vorstellig wurde. Die Familienanamnese war für MS positiv. Aufgrund der Befunde (Visusminderung rechts, VEP mit 135 ms rechts pathologisch, drei MS-verdächtige T2-Läsionen im cMRT, leicht erhöhte Zellzahl im Liquor, oligoklonale Banden positiv) wurde die Diagnose eines klinisch isolierten Syndroms gestellt. Im Anschluss wurde der Patient im Rahmen einer Studie mit Teriflunomid behandelt. Als seine Partnerin schwanger wurde und sich die MS klinisch und MR-tomografisch stabil zeigte, erfolgte im Oktober 2010 auf eigenen Wunsch eine Behand-

lungspause. Im Dezember 2012 zwang ein Schub mit Retrobulbärneuritis zu einem Klinikaufenthalt und die Befunde einer Untersuchung im darauffolgenden Januar (leichte Gangunsicherheit, cMRT: zwölf MS-verdächtige T2-Läsionen, acht black holes, eine aktive Läsion, HWS-MRT: ein aktiver Herd BWK 1) führten zur definitiven MS-Diagnose.

Die medikamentöse Therapie bestand zunächst aus Interferon beta-1a s.c. (44 µg), erwies sich für Herrn S. aber als nicht praktikabel: „Ich war berufsbedingt fast 200 Tage im Jahr unterwegs und hatte an den Flughäfen häufig Probleme, Kühlmöglichkeiten zu finden. Auch die Einreise mit übriggebliebenen Spritzen aus dem Ausland war gelegentlich problematisch“, so der Patient. Darüber hinaus waren für ihn die grippeähnlichen Symptome nach der Injektion insbesondere auf Reisen belastend. Bei stabiler Erkrankung erfolgte im Februar 2014 daher ein Wechsel auf orales Teriflunomid. Aktuell (Mai 2016) ist der Patient laut Ries klinisch und MR-tomografisch weiter stabil, Nebenwirkungen seien bislang nicht aufgetreten.

Dr. Gunter Freese

Pressekonferenz „Teriflunomid im Alltag – wirksame Therapie mit überzeugenden Langzeitdaten“, Hamburg, 17.5.2016; Veranstalter: Genzyme