

Multiple Sklerose

Wirksame Therapie mit niedriger Applikationsfrequenz

Für Patienten mit schubförmiger Multipler Sklerose (RRMS), die gut mit Injektionen zurechtkommen und eine niedrige Applikationsfrequenz bevorzugen, steht im Rahmen einer individualisierten, patientenzentrierten Behandlung mit Peginterferon beta-1a (Plegridy®) ein effektives Therapeutikum zur Verfügung, das bei Applikationsintervallen alle 14 Tage ein hohes Maß an therapiefreier Zeit und Flexibilität im Alltag ermöglicht. Aktuelle Studienergebnisse, präsentiert auf der AAN-Tagung 2016 in Vancouver/Kanada, belegen eine nachhaltige Wirksamkeit in Bezug auf die Vermeidung irreversibler Gewebeschäden im Gehirn sowie ein günstiges Sicherheits- und Verträglichkeitsprofil des 14-tägig zu verabreichenden Peginterferon beta-1a über fünf Jahre [You X et al., P3.091; Fiore D

et al., P4.010; Cui Y et al., P5.403; AAN 2016]. Eine Post-hoc-Analyse der zweijährigen Phase-III-Studie ADVANCE weist darauf hin, dass die Behandlung mit Peginterferon beta-1a den Übergang von kernspintomografisch nachgewiesenen neuen/sich neu vergrößernden T2-Läsionen und neuen Gd⁺-Läsionen in chronische „Black Holes“ entgegenwirkt. Black Holes wiederum sind Marker für eine irreversible Demyelinisierung und axonale Schäden und damit auch ein Indikator für die Krankheitsprogression. Die Post-hoc-Analyse verglich die Konversionsrate von neuen/sich neu vergrößernden T2-Läsionen und Gd⁺-Läsionen (in den Wochen 24 und 48 im ersten Studienjahr) in Black Holes von Patienten, die über zwei Jahre kontinuierlich mit Peginterferon beta-1a alle 14 Tage behan-

delt wurden, mit den Patienten, die erst zu Beginn des zweiten Jahres von Placebo auf das Verum (alle zwei bzw. vier Wochen) umgestellt wurden. In Woche 96 war die Zahl der neuen/sich neu vergrößernden T2-Läsionen aus den Wochen 24 und 48, die sich zu Black Holes entwickelt hatten, bei den kontinuierlich mit Peginterferon beta-1a behandelten Patienten im Vergleich zu den verzögert behandelten Studienteilnehmern signifikant reduziert (1,03 vs. 0,76; $p = 0,0037$, 0,44 vs. 0,99; $p < 0,0001$). Signifikante Unterschiede zugunsten der frühen und kontinuierlichen Gabe von Peginterferon beta-1a alle 14 Tage zeigten sich auch in Bezug auf die Anzahl der konvertierten Gd⁺-Läsionen aus den Wochen 24 und 48 (0,32 vs. 0,15; $p < 0,0001$, 0,09 vs. 0,19; $p < 0,0003$). Aus diesen Ergebnissen lässt sich schlussfolgern, dass die Therapie mit Peginterferon beta-1a einen irreversiblen Gewebeschaden vermeiden kann – und zwar am effektivsten bei einem möglichst frühzeitigen Therapiebeginn. *red*

Nach Informationen von Biogen

ADHS

Erwachsene Patienten sind dankbare Patienten

Diagnostik, Therapie und Management einer adulten ADHS bedürfen einer geschulten und aufmerksamen Auseinandersetzung mit dieser Thematik. Die Fortbildungsreihe „ADHS im Dialog“ mit Workshops zu aktuellen und praxisrelevanten Inhalten bietet hier Unterstützung.

„Erkennen und Differenzieren“ – so auch der Titel ihres Vortrags – sind laut Dr. Melanie Grindel, niedergelassene Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Mainz, angesichts von maskierenden Faktoren und möglichen Komorbiditäten die wichtigsten Voraussetzungen bei der Diagnose einer adulten ADHS. Denn die „typischen“ ADHS-Symptome wie Impulsivität, Aufmerksamkeitsstörung und Hyperaktivität springen bei Erwachsenen keineswegs sofort ins Auge. Aufgrund eines Symptommwandels treten sie sogar häufig in den Hintergrund und äußern sich etwa in

Form innerer Unruhe, Ausgrenzungen im sozialen Bereich oder indem Betroffene beruflich oft weit hinter ihren Möglichkeiten zurückbleiben. Im Hinterkopf haben sollte man wichtige Überschneidungen beziehungsweise differenzialdiagnostische Aspekte in Hinblick auf Impulskontrollstörungen anderer Genese, Burn out, Depressionen, bipolare Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen oder ein demenzielles Syndrom.

Diplom-Psychologe Dr. Karsten Herrmann, niedergelassener Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Winsen, widersprach vehement der oft noch anzutreffenden Meinung, erwachsene ADHS-Patienten seien besonders schwierige, zeit- und kostenintensive Patienten. Der zeitliche Aufwand zur Diagnostik – der sich durch Zuhilfenahme der IDA-R (Integrierte Diagnose von ADHS im Erwachsenenalter), dem validierten Diagnostiktool, das auf den neuen Kriterien des

aktuellen DSM-Standards basiert, stark eingrenzen lässt – zahlt sich durch sehr dankbare Patienten aus, so Herrmann, die – einmal richtig eingestellt – eine überdurchschnittlich hohe Compliance aufweisen. Mittel der ersten Wahl in der multimodal angelegten ADHS-Therapie ist Methylphenidat.

Eine weitere Säule besteht aus psychotherapeutischen Interventionen beziehungsweise Coaching, erläuterte Dr. Sabine Krämer, niedergelassene Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Frankfurt. Individuell auf die Bedürfnisse des Patienten abgestimmt kommen mehrere störungsspezifische psychotherapeutische Ansätze, überwiegend aus der kognitiven sowie dialektisch-behavioristischen Verhaltenstherapie als Kurzzeitintervention infrage. Häufig kann man aber bereits mit einfachen Tipps zu den Problembereichen Selbstorganisation, Prokrastination oder Emotions- und Impulskontrolle gut umsetzbare Hilfestellungen geben, so Krämer. *red*

Initiative „Gemeinsam ADHS begegnen“, Workshop „ADHS im Dialog“, 11.6.2016, München; Veranstalter: MEDICE Arzneimittel