

Schubrate lag bei 0,13, fast zwei Drittel (61,8 %) der Patienten blieben schubfrei und die Mehrheit (85,4 %) ohne Behinderungsprogression (über 24 Wochen bestätigt). „Das zeigt, dass wir die Erkrankung bei frühem Therapiebeginn in den Griff bekommen“, konstatierte Gold.

Eine offene, randomisierte Studie ermittelte den Einfluss von DMF auf hormonelle Kontrazeptiva mit den Wirkstoffen Norgestimat und Ethinylestradiol bei

gesunden Frauen (Zhu B et al. AAN 2016; P2.097). Es zeigte sich kein Einfluss auf die Pharmakokinetik und Pharmakodynamik der Wirkstoffe (►Abb. 1). Laut Gold ist DMF daher bei Frauen mit Kinderwunsch eine geeignete Therapieoption. Über 400 Frauen wurden mittlerweile unter einer DMF-Therapie schwanger, Hinweise auf teratogene Effekte gibt es nicht. Sobald eine Schwangerschaft bestätigt ist, sollte die DMF-Therapie beendet

werden. Möchte die Frau nach der Geburt stillen, sei eine Überbrückung mit niedrig dosierten Immunglobulinen möglich. Gold rät jedoch dazu, spätestens ab dem vierten Monat abzustillen und wieder mit der DMF-Therapie zu beginnen.

Marion Hofmann-Alßmus, freie Medizinjournalistin

Pressekonferenz „Drei Jahre Tecfidera® – Erweiterte Perspektiven für MS-Patienten“, 14.2.2017, München; Veranstalter: Biogen GmbH, Ismaning

Therapie fokaler Epilepsien

Lacosamid jetzt auch in der Monotherapie einsetzbar

Nachdem sich Lacosamid bereits über mehr als acht Jahre als Add-on in der antiepileptischen Kombinationstherapie bewährt hat, ist das Antikonvulsivum jetzt auch für die Monotherapie jugendlicher und Erwachsener mit fokalen Epilepsien mit oder ohne sekundäre Generalisierung zugelassen. Damit steht eine weitere effektive und gut verträgliche Therapieoption bei diesen Patienten zur Verfügung.

Grundlage der Zulassung ist eine Nichtunterlegenheitsstudie von Lacosamid (Vimpat®, 200–600 mg/Tag) im Vergleich zu Carbamazepin (400–1.000 mg/Tag) als Monotherapeutikum bei Patienten mit neu diagnostizierter fokaler Epilepsie, berichtete Professor Holger Lerche, Universitätsklinikum Tübingen. 59,5 % der Patienten blieben unter Lacosamid und 59,3 % unter Carbamazepin über

zwölf Monate anfallsfrei. Überlegen zeigte sich Lacosamid in der Subgruppenanalyse bei Patienten ≥ 65 Jahre – hier traten unter Lacosamid bei 72,6 % der Patienten über sechs Monate keine Anfälle auf im Vergleich zu 59,6 % in der Vergleichsgruppe. Grund könnte die deutlich geringere Abbruchrate in der Lacosamid-Gruppe sein (21 % vs. 35 %) sein, was die gute Verträglichkeit des Wirkstoffs widerspiegelt, sagte der Epileptologe. Lacosamid wurde im Allgemeinen gut vertragen, die häufigsten (bereits bekannten) Nebenwirkungen waren Kopfschmerzen (14 %) und Schwindelgefühle (12 %). Neue Sicherheitsbedenken wurden nicht identifiziert. Bei vergleichbarer Wirkung komme es bei der Auswahl der Antiepileptika vor allem auf das Nebenwirkungsprofil, das Interaktionspotenzial und die Pharmakokinetik an, sagte Pro-

fessor Bettina Schmitz, Vivantes Humboldt-Klinikum Berlin. Lacosamid ist mit der zweimal täglichen Einnahme patientenfreundlich in der Anwendung, das Titrationsschema ist einfach und erlaubt eine relativ schnelle Aufdosierung. Es steht auch in parenteraler Form zur Verfügung, was beispielsweise bei akuter Gastroenteritis von Vorteil ist.

Als weiteren wichtigen Vorteil nannte die Expertin das geringe Interaktionsrisiko (einschließlich oraler Kontrazeptiva) und die gute Kombinierbarkeit mit weiteren Antiepileptika. So müsse die Therapie nicht komplett umgestellt werden, wenn die Monotherapie nicht ausreicht. Von den Patienten besonders gefürchtete Nebenwirkungen wie psychiatrische Symptome, kognitive Einbußen und starke Gewichtszunahme sind nicht zu erwarten.

Maria Weiß, freie Medizinjournalistin

Presse-Round-Table „Lacosamid Monotherapie – ein neuer Ansatzpunkt für Patienten mit fokaler Epilepsie“, Berlin, 20.1.2017
Veranstalter UCB Pharma GmbH

Multiple Sklerose

Zweiter Anlauf für orale Lymphozytengerichtete Therapie

Betroffene wünschen sich eine einfach durchzuführende Therapie der Multiplen Sklerose (MS) mit hoher Wirksamkeit, wenig Nebenwirkungen und einer guten Lebensqualität. Diesem Ziel könnte eine neue Therapieoption nahe kommen, deren Zulassung nach einem zweiten Antrag noch in diesem Jahr erwartet wird.

Cladribin ist nach Meinung von Professor Peter Rieckmann, Neurologische Klinik der Sozialstiftung Bamberg, annähernd eine solch ideale Substanz. Es kann oral eingenommen werden und wird gewichtsadaptiert dosiert. In der Phase-III-Studie CLARITY erhielten 1.326 Patienten in drei Studienarmen Placebo oder

Cladribin in einer Dosis von 3,5 mg/kg beziehungsweise 5,25 mg/kg Körpergewicht (KG) in zwei Einnahmephasen mit je zehn Einnahmetagen in elfmonatigem Abstand [Giovannoni G et al. N Engl J Med 2010; 362 (5): 416–26]. 96 Wochen nach Therapiebeginn lag die auf ein Jahr bezogene Schubrate in der Niedrigdosisgruppe bei 0,14, in der Hochdosisgruppe bei 0,15 und damit signifikant niedriger als in der Placebogruppe bei 0,33 ($p < 0,0001$ für beide Dosierungen). Diese niedrige Schubrate hielt laut Rieckmann auch ohne weitere Therapie über vier Jahre an. Das Risiko einer über drei Monate