

## ITB-Therapie bei Spastik nach Schlaganfall

Einen wichtigen Baustein auf dem Weg zu einer differenzierteren Behandlung der spastischen Bewegungsstörung nach Schlaganfall liefert die randomisiert-kontrollierte, offene und multi-zentrische SISTERS-Studie [Creamer M, Cloud G, Kossmehl P et al. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. DOI: 10.1136/jnnp-2017-317021]. Sie vergleicht die konventionelle medizinische Therapie mit der intrathekalen Baclofen-Therapie (ITB-Therapie). Es zeigte sich eine Überlegenheit der ITB-Therapie bezüglich der Minderung des spastischen Tonus in Bein und Arm nach Schlaganfall gegenüber oralen Antispastika. Somit liefert SISTERS neue Argumente für eine Behandlung einer Hemispastik oder multisegmentalen Spastizität mit der ITB-Therapie. *red*

Nach Informationen von Medtronic

## Fingolimod für pädiatrische MS zugelassen

Die Europäische Kommission hat die Zulassung für Fingolimod (Gilenya®) zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Alter von zehn bis 17 Jahren mit hochaktiver schubförmig-remittierend verlaufender Multipler Sklerose (RRMS) erteilt. Die Zulassung beruht auf Daten der Phase-III-Studie PARADIGMS, der ersten klinischen Studie zu MS, die speziell für Kinder und Jugendliche im Alter vom zehnten bis einschließlich 18. Lebensjahr entwickelt wurde. In der Studie reduzierte Fingolimod die Schubrate im Vergleich zu Interferon beta-1a i. m. signifikant um 82 %. 85,7 % der Fingolimod-Gruppe waren nach 24 Monaten schubfrei. Fingolimod ist die erste oral einzunehmende krankheitsmodifizierende Therapie für diese Patienten, die in einer randomisierten kontrollierten klinischen Studie untersucht wurde. Im Vergleich zu Erwachsenen erleiden junge Patienten zwei bis dreimal so viele Schübe, was oft zu einer schlechteren Prognose und früheren bleibenden Behinderung führt als bei Erwachsenen mit MS. *red*

Nach Informationen von Novartis

## Multiple Sklerose

# 8-Jahres-Daten aus CARE-MS I und -II

Alemtuzumab (Lemtrada®) ist ein gegen CD52 gerichteter monoklonaler Antikörper. Laut Professor Luisa Klotz, Universitätsklinikum Münster, kommt es unter der Behandlung mit Alemtuzumab zu einer Depletion zirkulierender T- und B-Zellen, von denen man annimmt, dass sie am Entzündungsprozess bei Multipler Sklerose (MS) maßgeblich beteiligt sind.

Professor Tjalf Ziemssen, Universitätsklinikum Dresden, referierte 8-Jahres-Nachbeobachtungsdaten zu den zulassungsrelevanten Studien CARE-MS I und -II. In den Kernstudien waren zwei im Abstand von zwölf Monaten aufeinanderfolgende Alemtuzumab-Behandlungsphasen randomisiert kontrolliert mit IFN $\beta$ -1a verglichen worden. Alemtuzumab erwies sich dabei als signifikant überlegen, sowohl klinisch (jährliche Schubrate) als auch hinsichtlich MRT-Bildgebung (Anteil Patienten mit neuen/sich vergrößernden T2- oder Gd-aufnehmenden Läsionen sowie hinsichtlich des Hirnvolumenverlusts) [Cohen JA et al. *Lancet* 2012; 380:1819–28; Coles AJ et al. *Lancet* 2012; 380:1829–39]. Die Patienten der offenen Verlängerungsstudien konnten nach Bedarf weitere Behandlungsphasen mit Alemtuzumab oder einem anderen krankheitsmodifizierenden Medikament (DMD) erhalten. Die mit Alemtuzumab behandelten Patienten hatten Ziemssen

zufolge während des achtjährigen Studienzeitraums eine geringe jährliche Schubrate sowie überwiegend konstante oder verbesserte EDSS-Werte. Die Mehrheit war im achten Jahr schubfrei. Die meisten Patienten erhielten im gesamten Nachbeobachtungszeitraum nach den zwei initialen Behandlungsphasen keine weitere Behandlung mit Alemtuzumab oder einem anderen DMD [Comi G et al. *Mult Scler* 2018; 24:(S2)530–737, P1235; Singer BA et al. *Mult Scler* 2018;24:(S2)328–529, P913]. Auch bei der Mehrheit der Patienten, die nach den beiden initialen Behandlungsphasen erneut eine Behandlungsphase mit Alemtuzumab erhielten, konnte Schubfreiheit erreicht werden [Traboulsee A et al. *Mult Scler* 2018;24:(S2)328–529, P948; Schippling S et al. *Mult Scler* 2018;24:(S2)121–327, P628]. „Patienten, die nach zwei Behandlungsphasen noch Krankheitsaktivität zeigen, können von weiteren Behandlungsphasen profitieren“, so Ziemssen. Ihm zufolge weist Alemtuzumab ein konsistentes Sicherheitsprofil auf, sowohl in klinischen Studien als auch unter Real-World-Bedingungen.

*Dr. Thomas Heim, freier Medizijnjournalist*

Industriesymposium „Qual der Wahl oder Luxusproblem? Patientenbedürfnisse in einer komplexen Therapielandschaft“, Neurowoche 2018 in Berlin, 1.11.2018; Veranstalter: Sanofi-Genzyme

## Schizophrenie

# Therapievorteile mit partiellen Dopamin-D<sub>2</sub>-Rezeptoragonisten

Die Therapie der Schizophrenie sollte zusätzlich zur Symptomkontrolle den Funktionsstatus und die Lebensqualität verbessern – Ziele, die sich durch neuere Antipsychotika mit D<sub>2</sub>-partialagonistischer Wirkkomponente erreichen lassen.

Für viele Patienten und Angehörige sind alltagsrelevante Aspekte wie Erhalt der Selbstständigkeit, Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit und Verbesserung der Lebensqualität neben der Vermeidung von Rückfällen und erneuten Kran-

kenhauseinweisungen die wichtigsten Therapieziele [Bridges JF et al. *Patient Prefer Adherence* 2018;12:63–70], berichtete Professor Rajiv Tandon, University of Florida in Gainesville/USA. Trotz eines breiten Armamentariums an Antipsychotika könne diese Erwartung an eine Wiederherstellung des funktionellen Status oftmals nicht erfüllt werden, was Tandon primär auf therapiessoziierte Beeinträchtigungen und Nebenwirkungen wie extrapyramidale Symptome, Akathisie,