

Demenz und Schlafstörung

In einem Symposium während der 26. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) beleuchtete Professor Hans Förstl, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TU München Klinikum rechts der Isar, die Zusammenhänge zwischen gestörtem Schlaf und der Entwicklung von kognitiven Defiziten bis hin zur Demenz. Umgekehrt treten Schlafstörungen auch häufig bei bestimmten Demenzformen auf. Mithilfe von Melatonin in retardierter Form (Circadin®) können Patienten mit primären Insomnien wirksam behandelt werden. Das Chronotherapeutikum kann eine intakte Schlafarchitektur wiederherstellen. Es ist gut verträglich und führt zu keinen relevanten unerwünschten Nebenwirkungen. Im Gegensatz zu Benzodiazepinen und Z-Substanzen treten keine Abhängigkeits- oder Toleranzentwicklung auf; auch eine Rebound-Insomnie oder Entzugserscheinungen beim Absetzen sind nicht zu erwarten. red

Nach Informationen von Medice

Major Depression

Der Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) Milnacipran (MILNaneuraX®) zur Behandlung erwachsener Patienten mit Major Depression verfügt über ein günstiges Wirkprofil. Milnacipran hemmt die Wiederaufnahme der beiden Neurotransmitter Serotonin und Noradrenalin von Anfang an nahezu gleich stark und entfaltet somit seine duale Wirksamkeit von Therapiebeginn an, erläuterte Professor Hans-Peter Volz, Werneck. In Deutschland ist eine Tageshöchstdosis von 100 mg (aufgeteilt in zwei Einzeldosen) zugelassen. „Der Wirkstoff sollte nach dem Prinzip ‚start low go slow‘ initial niedrig dosiert, beginnend mit 25 mg/d gegeben und langsam auftitriert werden. Die Einnahme sollte zu den Mahlzeiten und die zweite Gabe idealerweise vor 15 Uhr erfolgen, um Einschlafprobleme infolge der noradrenergen Wirkkomponente zu vermeiden“, empfiehlt Volz. red

Nach Informationen von neuraxpharm

Optimierung der MS-Therapie

Bei mangelnder Wirksamkeit frühzeitig wechseln

Zeigt sich unter der initialen MS-Therapie noch Krankheitsaktivität, votieren Experten dafür, frühzeitig auf eine andere Behandlung zu wechseln.

Dass sowohl ein möglichst frühzeitiger Therapiebeginn als auch eine frühzeitige Optimierung der Therapie bei unzureichender Wirksamkeit der initialen Medikation mit einer besseren Prognose im Krankheitsverlauf verknüpft ist, rief Professor Patricia Coyle, Director Multiple Sclerosis Comprehensive Care Center Stony Brook University New York/USA, auf einem Sanofi-Genzyme-Symposium beimECTRIMS-Kongress 2018 anhand von Studiendaten in Erinnerung [Giovannoni G et al. *Mult Scler Relat Disord* 2016; 5:5-S48; Ziemssen T et al. *J Neurol* 2016; 263:1053–65]. Als zweites „Window of opportunity“ bezeichnete sie die frühzeitige Umstellung auf eine andere Therapie, falls noch Krankheitsaktivität nachweisbar ist. Denn bei der MS gebe es keine benigne Form.

Ist ein Wechsel der Medikation indiziert, kann Teriflunomid (Aubagio®) eine Option darstellen. Selbst nach zwei oder mehr Vortherapien war die Schubrate unter dieser oralen Therapie noch um 47% und die Wahrscheinlichkeit für eine Krankheitsverschlechterung um 79% reduziert (relative Risikoreduktion), erläuterte Professor Tjalf Ziemssen, Zentrum für Klinische Neurowissenschaften am

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus in Dresden, mit Verweis auf eine aktuelle Studie von Freedman et al. [*Freedman MS et al. Mult Scler* 2018;24: 535–9].

Ziemssen referierte zudem „Real-world“-Daten der Studie TAURUS-MS I mit Teriflunomid [Rosenkranz T et al. *Mult Scler J* 2018;24(S2):328–529, P918]. Von 1.128 Patienten hatten 75,2% mindestens eine Vortherapie gehabt. Der Großteil (59%) hatte wegen Nebenwirkungen der vorherigen Medikation gewechselt, etwa ein Viertel wegen mangelnder Wirksamkeit und 16,2%, weil sie eine orale Therapie wollten. 24 Monate nach der Umstellung war die mittlere Schubrate verglichen mit dem Zeitraum vor Baseline signifikant gesunken (0,4 vs. 0,9 zur Baseline, $p < 0,0001$). Der EDSS-Wert war stabil geblieben (4,1 vs. 4,2, $p = 0,0192$) und die Zufriedenheit der Patienten mit der Therapie war angestiegen (TSQM global satisfaction: 78,3 vs. 65,0, $p < 0,0001$). Teriflunomid wurde laut Ziemssen generell gut vertragen und das Nebenwirkungsprofil war mit dem aus den klinischen Zulassungsstudien vergleichbar.

Dr. Gunter Freese, Springer Medizin

Symposium „Switching MS Treatments: Patient Trajectory, Prior Response and Real-World Evidence to Inform Decision-Making. 34.ECTRIMS-Kongress, Berlin, 12. 10. 2018; Veranstalter: Sanofi Genzyme

Morbus Parkinson

Positive Effekte bei Umstellung auf Opicapon

Aktuelle Post-hoc-Analysen der BIPARK-I-Studie, die mit der BIPARK-II-Studie zur Zulassung von Opicapon für die Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenem Morbus Parkinson und motorischen Fluktuationen geführt hatte, belegen unter anderem positive Effekte, wenn in diesem Stadium eine Umstellung von Entacapon auf Opicapon (Ongentys®) oder

eine Neueinstellung auf Opicapon erfolgt. So bewirkte die Neueinstellung beziehungsweise die Umstellung von Placebo auf Opicapon am Ende der Doppelblindphase innerhalb der einjährigen offenen Nachbeobachtung eine relevante Reduktion der Behinderungen sowohl in motorischen als auch in nicht motorischen Bereichen [Ehret R, et al. 91. DGN-Kongress