

MS-Therapie mit Natalizumab

Bislang kein Hinweis auf negativen Schwangerschaftsausgang

Mangels kontrollierter Studiendaten sollte Natalizumab (Tysabri™) bei Schwangeren laut Fachinformation nur angewendet werden, wenn dies eindeutig erforderlich ist. Ein Absetzen ist zu erwägen – je nach individuellem Nutzen und Risiko. Registerdaten deuten jedoch darauf hin, dass es auch bei fortgesetzter Behandlung keine größeren Probleme gibt.

So hatten 376 Frauen aus dem Tysabri™-Pregnancy-Exposure-Register [Friend S et al. BMC Neurol. 2016;16(1):150], von denen drei Viertel die Behandlung im ersten Trimester beendeten, und ein Viertel sie durchgehend erhielten, nur in 9 % Fehlgeburten. „Das liegt im Rahmen der Spontanabortrate in der Allgemeinbevölkerung“, betonte Prof. Dr. Til Menge, Neurologie und Neuropsychiatrie, LVR-Klinikum Düsseldorf. Im Deutschen MS- und

Kinderwunsch-Register (DMSKW) ergab sich bei 101 mit Natalizumab behandelten Schwangeren keine erhöhte Fehlbildungsrate gegenüber unbehandelten MS-Patientinnen und Gesunden [Ebrahimi N et al. Mult Scler. 2015;21(2):198-205]. Das Präparat ist seit 2006 auf dem Markt, seit zwei Jahren auch für die subkutane Applikation.

Es reiche, den Anti- α 4-Integrin-Antikörper erst bei positivem Schwangerschaftstest abzusetzen, so Menge. „Wenn man aber das Gefühl hat, dass damit die Krankheitsaktivität wieder in die Höhe schnellte, und die Patientin vorher auch behinderungsrelevante Schübe gehabt hat, kann in der sehr differenzierten Einzelfallentscheidung im Team entschieden werden, das Präparat weiter zu geben.“

Meist verringert sich in der Schwangerschaft die Krankheitsaktivität, um da-

nach wieder deutlich anzusteigen und schließlich das Ausgangsniveau zu erreichen. Eine pausierte Therapie ist postpartal rasch wieder aufzunehmen.

Stillen ist nicht erlaubt, auch wenn nur geringe Dosen in die Muttermilch gelangen, und in sehr kleinen Ein-Jahres-Studien keine negativen Auswirkungen auf die Kinder beobachtet wurden [Ciplea AI et al. Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm. 2020;7(4):e723; Proschmann U et al. Front Immunol. 2021;12:715195]. Interimsdaten aus einer laufenden DMSKW-Studie [Friedmann N et al. EAN-Kongress 2022, EPR-257] deuten auf eine hinsichtlich Größe und Gewicht normale Entwicklung im ersten Lebensjahr. Allerdings haben in utero exponierte Neugeborene teils Anämien und Thrombopenien, die Blutwerte sind zu überwachen.

Dr. Bianca Bach

Virtuelle Fachpressekonferenz „Multiple Sklerose: Neue Daten zu Flexibilität und Patient*innenorientierung im neurologischen Behandlungsalltag mit Tysabri™ subkutan. Düsseldorf, 24.2.23. Veranstalter: Biogen

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

Bei Ängsten und Depressionen auch auf eine ADHS achten

Bei Angststörungen und Depressionen liegt nicht selten auch eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) vor – die Symptome überlappen sich häufig. Sprechen die Betroffenen auf die bisherigen Therapien nicht gut an, bringt mitunter die ADHS-Therapie den Durchbruch. Etwa ein Viertel bis die Hälfte der ADHS-Kranken leidet an Angststörungen, bis zu 30 % an sozialen Phobien, und auch Depressionen sind gehäuft bei ADHS zu beobachten. Umgekehrt tritt ADHS bei vielen affektiven Erkrankungen als Komorbidität auf: So sind einer Metaanalyse zufolge [Sandstrom A et al. Acta Psychiatr Scand. 2021;143(5):380-91] über 70 % der Kinder mit bipolaren Störungen an ADHS erkrankt, ebenso mehr als 30 % der Kinder mit Depressionen, erläuterte Prof. Dr. Kai Kahl von der psychiatrischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover. Mit dem Alter nehme die Bedeutung

von ADHS als Begleiterkrankung zwar wieder ab, unter Erwachsenen mit unipolaren Depressionen sei aber noch etwa jede siebte Person, von denen mit bioplastischen Störungen jede fünfte betroffen. Allerdings sei es nicht einfach, eine ADHS von Ängsten und affektiven Störungen klar abzugrenzen: Stimmungswechsel, Unaufmerksamkeit, Desorganisation, Impulsivität und Hyperaktivität finden sich sowohl bei ADHS als auch bei bipolarer Erkrankung, so Kahl auf einem Takeda-Symposium beim DGPPN-Kongress in Berlin.

Für eine begleitende ADHS spreche auch eine schlechte Response auf die Therapie sowie besonders frühe und häufige affektive Phasen. Hier lohne es sich, gezielt nach einer ADHS zu schauen, erläuterte Kahl. Zur Therapie bei mittelgradiger und schwerer Depression empfiehlt der Psychiater, zunächst die Depression anzugehen, bei leichten depressiven Epi-

soden oder euthymen Phasen könne auch die ADHS-Therapie im Vordergrund stehen – je nachdem, was die Betroffenen am meisten beeinträchtigt. Liege eine bipolare Störung vor, sollten die Patienten zunächst auf Stimmungsstabilisierer eingestellt werden und erst dann auf ADHS-Medikamente, um einen Switch in die Manie zu vermeiden.

Bei Ängsten in Kombination mit ADHS empfiehlt Dr. Barbara Alm vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim zunächst zu klären, ob die Angst als Folge von ADHS-bedingten Beeinträchtigungen oder als eigenständige Störung auf trete. Letztlich solle aber die schwerere Störung zuerst angegangen werden. Mittlere bis leichte Angststörungen könnten sich bereits durch die ADHS-Therapie bessern. Die Experten verwiesen zur ADHS-Therapie auch auf langwirksame Stimulanzien wie Lisdexamfetamin (Elvanse® und Elvanse Adult®).

Thomas Müller

Interaktives Symposium 08: „Keine Angst vor der Angst und Depression bei ADHS“; DGPPN-Kongress, Berlin 23.–26.11.2022. Veranstalter: Takeda