

Multiple Sklerose

Weniger subkutane Injektionen bei gleicher Wirksamkeit

— Wie bei allen chronischen Erkrankungen ist die langfristige Therapietreue auch bei Patienten mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose (RRMS) von entscheidender Bedeutung. Neben Wirksamkeit und Verträglichkeit spielt die Anwendungsform eine entscheidende Rolle für die primäre Wahl einer Therapie, aber auch für deren langfristige Durchführung.

Schubrate sinkt signifikant

Die 40-mg-Formulierung von Glatirameracetat (GA 40) mit nur dreimal wöchentlicher Anwendung ist in dieser Hinsicht ein Fortschritt für die Patienten. Wie in der randomisierten, doppelblinden, placebokontrollierten GALLA-Studie (Glatiramer Acetate Low-Frequency Administration) mit mehr als 1.400 Patienten gezeigt werden konnte, ist GA 40 vergleichbar effektiv wie die bisherige Formulierung (GA 20). Die jährliche Schubrate wurde durch GA 40 um signifikante 34,4% gegenüber Placebo reduziert [Khan O et al. *Ann Neurol.* 2013;73:705–13]. Auch die kumulative Zahl neuer, sich vergrößernder T2-Läsionen nach sechs und zwölf Monaten bzw. die kumulative Zahl der Gadolinium-anreichernden Läsionen im T1-gewichteten MRT nach sechs und zwölf Monaten waren signifikant niedriger.

Weniger injektionsbedingte Nebenwirkungen

Hinsichtlich der Nebenwirkungen schnitt GA 40 gegenüber GA 20 deutlich besser ab. Die dreimal wöchentliche 40-mg-Formulierung ersparte den RRMS-Patienten gegenüber der täglichen 20-mg-Formulierung nicht nur 60% der subkutanen Injektionen. Die Rate der injektionsbedingten Nebenwirkungen war nur halb so hoch [Wolinsky JS et al. *Mult Scler Rel Disord.* 2015;4:3706]. „Patienten, die das Therapieprinzip fortführen wollen, aber Hautprobleme haben, sind sehr dankbar für das neue Schema“, resümierte Prof. Tjalf Ziemssen, Neurologische Universitätsklinik der TU Dresden.

Dr. Wiebke Kathmann

▪ Symposium „MS-Therapie im Wandel: Die Qual der Wahl?“, 88. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie; Düsseldorf, September 2015 (Veranstalter: Teva)



Tägliche subkutane Injektionen – das muss nun nicht mehr sein.

Sekundärprävention beim ACS

Wie lange soll therapiert werden?

— Die Dauer der dualen Plättchenhemmung (DAPT) wird je nach zugrunde liegender Erkrankung und Intervention immer differenzierter. Die Entscheidung soll, so Prof. Helge Möllmann, Bad Nauheim, aufgrund von Risikoscores individuell getroffen werden.

Gemäß der neuen Leitlinie wird weiterhin für alle Patienten mit moderatem bis hohem Risiko für ischämische Ereignisse im Rahmen eines akuten Koronarsyndroms (ACS) – und zwar unabhängig von der initialen Therapiestrategie – bei Fehlen von Kontraindikationen eine 12-monatige DAPT mit ASS (Loading Dose 150–300 mg/d, dann 75–100 mg/d) plus Ticagrelor (Brilique®) (180 mg Loading Dose, dann 2×90 mg/d) empfohlen. Dies gilt auch für mit Clopidogrel Vorbehandelte. Patienten, bei denen eine perkutane Koronarintervention durchgeführt wird, sollten Prasugrel erhalten,

Clopidogrel nur jene, die weder Ticagrelor noch Prasugrel erhalten können.

Ausnahmen

In zwei Situationen wird von diesem Schema abgewichen: Nach Implantation eines Drug Eluting Stents soll bei Patienten mit hohem Blutungsrisiko die Gabe eines P2Y12-Inhibitoren auf 3–6 Monate begrenzt werden (Evidenzgrad IIb). Dagegen wird bei Patienten mit ACS ohne ST-Wellen-Hebung empfohlen, nach sorgfältiger Abwägung von ischämischem versus Blutungsrisiko eine über ein Jahr hinausgehende DAPT durchzuführen (Evidenzgrad IIb). Für diese Strategie spricht auch eine aktuelle Metaanalyse [Elmariah S et al. *Lancet.* 2015;9970:792–8].

Wolfgang Geissel

▪ Symposium „Dual Plättchenhemmung in der Praxis: interaktive Diskussion mit Fallbeispielen“, Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie; Berlin, Oktober 2015 (Veranstalter: AstraZeneca)

Kurz notiert

Neuer NRTI mit optimierter Langzeitverträglichkeit → Tenofoviralfenamid (TAF) ist ein neuer nukleotidaler Reverse-Transkriptase-Inhibitor (NRTI) für die Therapie HIV-Infizierter. Er ist in dem zur Zulassung eingereichten Single-Tablet-Regime (STR) aus dem Integraseinhibitor Elvitegravir, dem Booster Cobicistat und dem NRTI Emtricitabin (E/C/F/TAF, voraussichtlicher Handelsname Genvoya®) enthalten. TAF ist ebenso wie TDF (Viread®) ein Prodrug von Tenofovir, das trotz einer 10-mal geringeren Dosis (10 mg statt 100 mg) eine vergleichbare antivirale Effektivität und weniger Einfluss auf Surrogat-Laborparameter für Knochen- und Nierenverträglichkeit hat [Sax P et al. *CROI 2015*; Abstract 143LB]. Für Prof. José Arribas, Madrid, ist TAF eine wichtige Entwicklung, da HIV-Patienten unter der modernen HIV-Therapie immer älter werden und somit alters- und behandlungsbedingte Komorbiditäten entwickeln. Arribas sieht in E/C/F/TAF das Potenzial, die Gesundheit vieler HIV-Patienten langfristig aufrecht zu erhalten.

Andrea Warpakowski

▪ Symposium „HIV: Going beyond undetectable“, 15th European AIDS Conference; Barcelona, Oktober 2015 (Veranstalter: Gilead)