

MS-Therapie rechtzeitig eskalieren

— Etwa die Hälfte der Patienten mit Multipler Sklerose (MS) erreicht sechs bis neun Jahre nach dem ersten Schub einen EDSS-Wert von 3 und nach 16 bis 17 Jahren einen EDSS-Wert von 6. Eine frühzeitige Anpassung der Therapie an die Krankheitsaktivität kann die Behinderungsprogression bremsen. Die Progression der MS verläuft nicht linear, betonte Professor Bernd Kieseier, Neurologische Klinik, Düsseldorf. Die Erkrankung sei entsprechend eines Zweiphasenmodells [Leray E et al. Brain 2010; 133: 1900–13] in der „Frühphase“ bis zu einem EDSS von 3 stark entzündlich getrieben und die Progression für verschiedene Patienten sehr heterogen. In der „Spätphase“ dominiere die Neurodegeneration und die Verläufe schritten auf der Skala der Behinderungsprogression synchron voran. Daher sollte mit den verfügbaren anti-entzündlichen Wirkstoffen in der Frühphase so schnell wie möglich interveniert werden, um die sekundäre irreversible axonale Schädigung zu verhindern, die mit einer anhaltenden Behinderungsprogression korreliert. Die in der Praxis gut zu erfassende Schubaktivität bedeute aber nicht nur akute Verschlechterung. So sei jeder Schub bei einem Großteil der Patienten mit einer Verschlechterung des EDSS um 0,5–1 verbunden. Etwa 25 % der MS-Patienten erleiden trotz Basistherapie weiterhin Schübe sowie Krankheitszeichen im MRT und erfüllen damit die Kriterien für eine Eskalation. Allerdings hat die aktuelle Analyse des Tysabri-Beobachtungs-

programms (TOP) gezeigt, dass die MS-Therapie in Deutschland mit Natalizumab (Tysabri®) im Mittel erst nach 2,3 Schüben eskaliert wird. Eine Zwischenanalyse von TOP [Kappos L et al. AAN 2012, Poster P467] belegt weiter, dass der frühe Einsatz des monoklonalen Antikörpers den Krankheitsverlauf unabhängig von der Vortherapie positiv beeinflusst. So betrug die mittlere jährliche Schubrate vor Therapiebeginn mit Natalizumab 1,99 und sank nach einem Jahr auf 0,28 Schübe pro Jahr. Patienten, die nach nur einer Vorbehandlung auf Natalizumab umgestellt wurden, hatten mit 0,2–0,24 Schüben pro Jahr eine niedrigere Schubrate, als Patienten, die vor der Eskalationstherapie noch innerhalb der Basistherapie von Glatirameracetat (GA) auf Interferon (IFN) und umgekehrt wechselten (0,26 Schübe/Jahr) oder mit Immunsuppressiva (IS) vorbehandelt wurden (0,34 Schübe/Jahr) (**Abbildung 1**). Der MS-Experte folgerte daraus, dass der Wechsel zwischen verschiedenen Basistherapien in der Praxis anscheinend häufig nicht so effektiv ist wie erhofft und daher besser frühzeitig eskaliert werden sollte. Kieseier resümierte, dass der Nutzen von Natalizumab und die damit verbundene Reduktion der Krankheitsaktivität am größten sei, wenn es frühzeitig eingesetzt werde, also nach Versagen der ersten Basistherapie. *Dr. Thomas Riedel*

Satellitensymposium „Ziele der MS-Therapie – Illusion oder Realität?“, 85. DGN-Kongress, Hamburg, 27.9.2012; Veranstalter Biogen Idec

Alkoholabhängigkeit

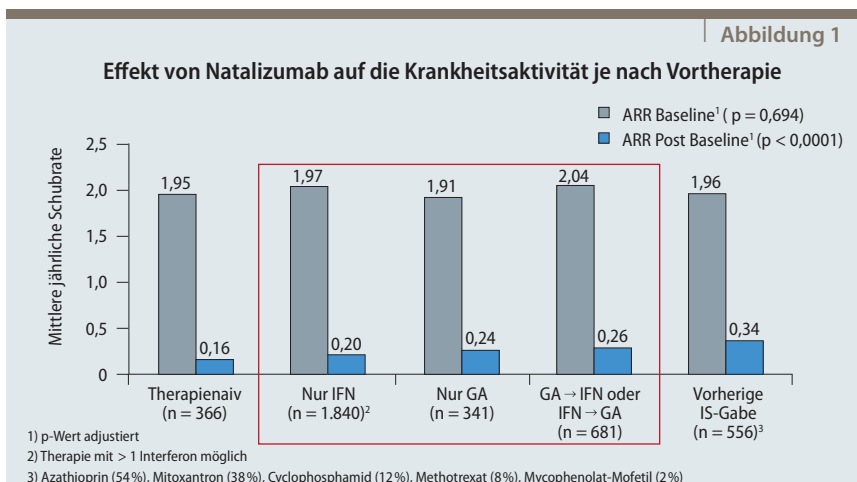
Aktuelle, auf dem RSA (Research Society on Alcoholism) Scientific Meeting in San Francisco Ende Juni 2012 vorgestellte Langzeitdaten zeigen, dass mit dem Opioidrezeptor-Modulator Nalmefene behandelte Patienten ihren Alkoholkonsum (Heavy Drinking Days und Gesamtalkohol) um durchschnittlich 78 % reduzierten. Der μ - und δ -Opioid-Rezeptor-Antagonist und partielle κ -Opioid-Rezeptor-Agonist Nalmefene befindet sich seit Dezember 2011 im zentralen Zulassungsverfahren der Europäischen Arzneimittelagentur. Die Zulassung wäre eine Option für Patienten, die nicht vollständig auf den Konsum von Alkohol verzichten wollen und deshalb bislang vor einer Therapie zurückschrecken; zur Zeit sind in Deutschland nur 9 % der Betroffenen in Behandlung. Das Risiko für Folgeerkrankungen sowie die Zahl der Todesfälle ließen sich schon mit einer Alkoholreduktion deutlich verringern. Nalmefene reduziert das Craving im cortico-mesolimbischen System und hilft dem Patienten so, weniger zu trinken. In Studien zeichnete er sich durch eine langanhaltende Wirkdauer sowie eine sehr lange Halbwertszeit aus.

Nach Informationen von Lundbeck

Restless-Legs-Syndrom

Eine aktuelle Studie bei Patienten mit Restless-Legs-Syndrom und Eisenmangel demonstrierte, dass eine einmalige intravenöse (i.v.) Gabe von 500 mg Eisencarboxymaltose (ferinject®) die RLS-Beschwerden schon innerhalb einer Woche deutlich verbessern kann. Prädiktoren für ein gutes Ansprechen waren ein jüngeres Lebensalter, niedrigere Serumferritin-Werte und wenig Komorbiditäten. In der Studie von Hornyak et al. erhielten 20 RLS-Patienten mit einem niedrigem Serumferritin (< 30 ng/ml oder < 90 ng/ml bei TSAT < 16 %) eine Einzeldosis von 500 mg des Medikaments. In drei Wochen sank der IRLS-Score (International RLS Severity Scale) klinisch relevant im Gesamtkollektiv von im Mittel 30,1 auf 23,1 ($p = 0,001$) und in der Responder-Gruppe von 28,3 auf 18,3 ($p = 0,002$). Die Patienten zeigten einen unmittelbaren und fortdauernden Abfall der Symptomatik mit dem Maximum am Tag acht. Bei einigen Patienten war die Verbesserung so ausgeprägt, dass sie die Dosis der Dopaminergika reduzieren konnten. Die Therapie wurde gut vertagen.

Nach Informationen von Vifor Pharma



Mittlere jährliche Schubrate vor und nach Natalizumab-Therapie bei unterschiedlichen Vorbehandlungen [nach Kappos L et al. AAN 2012, Poster P04.134].