

Stand der aktuellen Therapie der Multiplen Sklerose

4. MS-Fachtagung

NeuroCafe Stuttgart 11.07.2008



PD Dr. Mathias Mäurer, Universitätsklinikum Erlangen

Die Multiple Sklerose (MS) ist die häufigste chronisch-entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems (ZNS) in unseren Breiten. In Deutschland rechnet man derzeit mit ca. 120000 MS Patienten. Ziel einer Immuntherapie bei MS ist die Reduktion der Schubfrequenz und die Verhinderung einer Akkumulation neurologischer Defizite im Krankheitsverlauf. Drei Interferon-beta Präparate in unterschiedlichen Dosierungen und Applikationsformen (Betaferon®, Schering: 8 Millionen I.E. sc. jeden zweiten Tag; Avonex™, Biogen: 30 µg im. 1x/Woche; Rebif®, Serono: 22 µg oder 44 µg sc. 3x/Woche) sind in Deutschland zur Behandlung der schubförmigen MS zugelassen. Ihre Wirkung besteht in einer signifikanten Reduktion der Schubfrequenz und einer Reduktion der „Läsionslast“ in der Kernspintomografie. Glatirameracetat (GLAT, Copaxone®) ist seit Herbst 2001 in Deutschland zugelassen und als gleichwertige Alternative zu den Interferon-beta Präparaten für die immunmodulatorische Basistherapie der schubförmigen MS anzusehen.

Neue therapeutische Strategien der MS müssen neben der Kontrolle der Inflammation auch auf eine Reduktion des axonalen Schaden abzielen, da dieser Aspekt der Erkrankung für die bleibenden Behinderung verantwortlich ist. Darüber hinaus müssen Konzepte verfolgt werden, die das regenerative Potential des ZNS unterstützen und fördern. Es konnte gezeigt werden, dass axonaler Schaden bereits früh im Krankheitsgeschehen vorhanden ist und mit Entzündung assoziiert ist. Damit stellt das Konzept einer frühen und konsequenten immunmodulatorischen Therapie das z. Zt. vielversprechendste Konzept zur Verhinderung des axonalen Schaden durch die Erkrankung dar und sollte daher auch wenn immer möglich angewendet werden.

Zur Eskalationstherapie der MS steht neben Mitoxantron seit Juli 2006 auch Natalizumab (Tysabri®) zur Eskalationstherapie bei MS zur Verfügung. Natalizumab ist zur Behandlung von Patienten mit anhaltend hoher Krankheitsaktivität unter Therapie mit einem Interferon-beta-Präparat, aber auch von unbehandelten

Patienten mit rasch fortschreitender, schwerer schubförmiger MS mit mindestens 2 schweren Schüben/Jahr zugelassen. Natalizumab zeigte innerhalb der Zulassungsstudie eine 68%-ige Reduktion klinischer Schübe und eine hochsignifikante Verzögerung der klinischen Krankheitsprogression sowie signifikante Effekte auf die paraklinische Aktivität in der MRT mit u. a. einer über 90%-igen Reduktion Kontrastmittel anreicherender Läsionen im Vergleich zu der Placebogruppe. Aufgrund des potentiellen Risikos opportunistischer Infektionen sollte Natalizumab derzeit nur nach ausführlicher Nutzen-Risiko-Analyse als Monotherapie bei Patienten mit aktiver schubförmiger MS eingesetzt werden.

Eine immunmodulatorische Therapie sollte immer Bestandteil eines multimodalen Behandlungskonzeptes sein. Der Patient muss über seine Erkrankung und die verschiedenen Behandlungsoptionen aufgeklärt sein, die Schritte der medikamentösen Therapie sollten transparent sein, realistische Zielvereinbarungen müssen getroffen werden. Jeder MS Patient mit funktionellen Einschränkungen sollte ausreichend physiotherapeutisch betreut sein und eine suffiziente symptomatische Medikation zur Behandlung von Spastik, Blasenstörungen, Schmerzen etc. zur Erhaltung der Funktion und Verbesserung der Lebensqualität erhalten. Intermittierend auftretende Komplikationen (z.B. Harnwegsinfekte) und Schübe sollten konsequent behandelt werden. Sind diese Bedingungen erfüllt, ist davon auszugehen, dass das Konzept der eskalierenden Immuntherapie zu einer deutlichen Verbesserung der Situation von MS-Patienten beiträgt.