

MS-Frühtherapie und frühe Induktionsbehandlung

MS-Progression bremsen

Dank Frühtherapie mit Interferon beta kann der Krankheitsverlauf bei MS verbessert werden. Wenn die Krankheit besonders aggressiv verläuft, kommt eine immunsuppressive Induktionstherapie mit Mitoxantron in Betracht, wobei anschliessend immunmodulatorisch mit Interferon beta weiterbehandelt wird.

Um das Ziel einer Verbesserung des Krankheitsverlaufs zu erreichen, sollte mit der MS-Behandlung so früh als möglich begonnen werden, sagte Professor Dr. Per Soelberg Sørensen, Danish Multiple Sclerosis Research Center, University Hospital Rigshospitalet, Kopenhagen. Mehrere Studien haben gezeigt, dass eine Frühtherapie mit Interferon-beta-Präparaten bei Patienten mit einer ersten Episode neurologischer Symptome (isoliertes klinisches Syndrom) die Dauer bis zum Auftreten einer klinisch gesicherten MS erheblich verlängern kann. Beispielsweise reduzierte die Frühtherapie mit Interferon beta-1b das Risiko, dass sich innerhalb von drei Jahren eine klinisch gesicherte MS entwickelte, im Vergleich zur verzögerten Therapie um 41 Prozent. Überdies konnte das Risiko einer Progression der Behinderung um 40 Prozent reduziert werden (1).

Dass die Interferon-beta-Therapie auch langfristig den natürlichen Verlauf der schubförmig remittierenden MS verbessert, zeigte eine nicht randomisierte Beobachtungsstudie, die an zwei italienischen MS-Zentren durchgeführt wurde (2). Die Studie untersuchte den Verlauf während bis zu sieben Jahren (medianer Follow-up 5,7 Jahre), wobei 1103 MS-Patienten, die mit verschiedenen Interferon-beta-Präparaten behandelt wurden, mit 401 unbehandelten Patienten verglichen wurden. Bei allen drei untersuchten klinischen Endpunkten ergab die Interferon-Therapie signifikante Verbesserungen. Die sekundäre Progression konnte hinausgeschoben werden, denn nur bei 8 Prozent der Behandelten, aber bei 20,2 Prozent der Unbehandelten begann sich der Zustand stetig zu verschlechtern. Auch das irreversible Erreichen eines EDSS-Score* von 4 (eingeschränkte Gehfähigkeit bei einer Strecke von über 500 m ohne Gehhilfe oder Ausruhen) und eines EDSS-Score von 6 (eingeschränkte Gehfähigkeit mit einseitiger Gehhilfe bis 100 m ohne Ausruhen) konnte durch die Interferon-beta-Therapie hinausgezögert werden.

Bei Patienten mit frühen Zeichen einer besonders starken MS-Aktivität (häufige frühe Schübe ohne vollständige Rückbildung, multiple Gadolinium anreichernde T₁-Läsionen im MRI) kann eine potente Induktionstherapie erfolgen. Mit dem starken Immunsuppressor Mitoxantron kann

der Immunprozess frühzeitig gestoppt und danach ein Immunmodulator als Erhaltungstherapie über mehrere Jahre eingesetzt werden. Dr. Gilles Edan, Service de Neurologie, Hôpital Pontchaillou, Rennes Cedex, berichtete über seine langjährigen Erfahrungen mit einer aggressiven, potenten Mitoxantron-Induktionstherapie bei sehr aktiver MS.

Letztes Jahr publizierte seine Gruppe die Behandlungsergebnisse von 100 konsekutiven Patienten mit sehr aggressiver schubförmig remittierender MS, die während sechs Monaten mit Mitoxantron (20 mg jeden Monat intravenös, kombiniert mit Methylprednisolon 1 g) und danach mit einer Erhaltungstherapie (z.B. Interferon beta) behandelt worden waren (3). Während der ersten 12 Monate wurde die jährliche Schubrate um 91 Prozent reduziert. Bei einem Drittel dieser Patienten mit anfänglich sehr aktiver MS war auch nach fünf Jahren noch kein neuer Schub aufgetreten, betonte Edan. Die Zeit bis zum ersten MS-Rückfall betrug median 2,8 Jahre. Im ersten Jahr verbesserte sich der EDSS-Score um 1,2 Punkte, wobei die Verbesserung bei 64 Prozent der Patienten einen Punkt und mehr betrug. Nach fünf Jahren war bei 60 Prozent der Patienten immer noch eine Verbesserung des Behinderungsgrads feststellbar. Die Studienresultate wiesen darauf hin, dass jüngere Patienten und solche mit EDSS-Score unter 4 besser auf die Mitoxantronbehandlung ansprachen. Bei drei Patienten, die mit dem potenziell kardiotoxischen Mitoxantron behandelt wurden, kam es zur asymptomatischen Abnahme der linksventrikulären Auswurfraction (unter 50%), und bei einer Patientin wurde eine akute myeloische Leukämie diagnostiziert.

Alfred Lienhard

Referenzen:

1. Kappos L. et al., Lancet 2007; 370: 389–397.
2. Trojano M. et al., Ann Neurol 2007; 61: 300–306.
3. Le Page E. et al., J Neurol Neurosurg Psychiatry 2008; 79: 52–56.

Main Topic 12: «Early active multiple sclerosis: treat before it is too late», EFNS Florenz, 15. September 2009

*EDSS: Expanded Disability Status Scale