

ZB MED

IMMUNMODULATORISCHE BEHANDLUNG DER MULTIPLEN SKLEROSE

# Therapiebeginn schon nach dem ersten Schub?

- ▶ Behandlung nach dem ersten Schub
- ▶ Höhere Dosis = stärkere Wirkung
- ▶ Interview: Mehr Flexibilität in der Therapie der Multiplen Sklerose

ZUM THEMA

Aufgrund neuer Studiendaten haben sich kürzlich zwei Therapieprinzipien in der immunmodulatorischen Behandlung der Multiplen Sklerose (MS) erhärtet – zum einen die Notwendigkeit, die immunmodulatorische Therapie der MS so früh wie möglich einzuleiten und zum anderen die Hypothese der Dosis-Wirkungs-Beziehung. Beide Prinzipien setzen neue Akzente bei der Gestaltung der immunmodulatorischen Therapie und fordern zu einem strategischen Umdenken auf. Um die Progression der Erkrankung bestmöglich zu verzögern, wird heute eine frühe immunmodulatorische Therapie favorisiert, die bei bestimmten Patienten bereits nach dem ersten Schub begonnen werden sollte. Die heutigen Studiendaten fordern auf, die Dosierung der Therapie flexibel zu gestalten. Insbesondere bei hoher Krankheitsaktivität scheinen höhere Dosen Interferon beta-1a (Rebif®) einen größeren Benefit zu versprechen.

Eine Behandlung mit Interferon beta hat sich in den letzten Jahren als Therapie der ersten Wahl für die schubförmig verlaufende Multiple Sklerose (MS) etabliert. Neue Studiendaten, wie die Vierjahresdaten der PRISMS-(Prevention of Relapses and Disability by Interferon beta 1a subcutaneously in Multiple Sclerosis)-Studie und die Ergebnisse der ETOMS-(Early treatment of Multiple Sclerosis)-Studie haben dazu beigetragen, die Frage des bestmöglichen Beginns der immunmodulatorischen Therapie zu klären. Beide Studien unterstützen die Forderung, eine Beta-Interferon-Therapie bei MS-Kranken so früh wie möglich einzuleiten.

**Signifikanter Vorteil durch frühen Therapiestart**

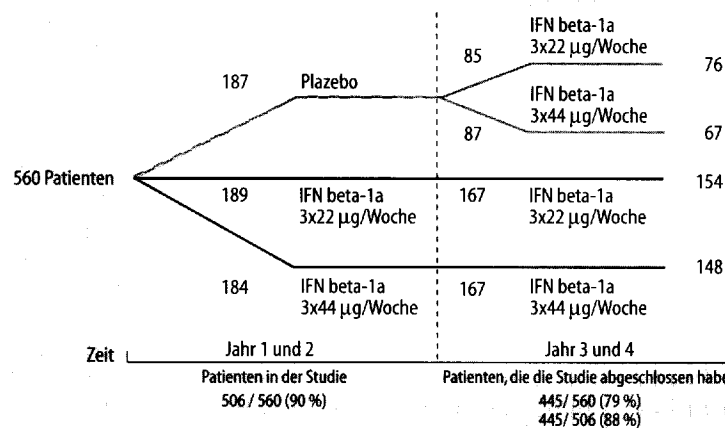
Mit der PRISMS-Studie, der bislang größten, kontrollierten Studie bei schubförmiger MS (Abb. 1), wurde es möglich, so-

wohl den Effekt einer frühen im Vergleich zu einer späten immunmodulatorischen Behandlung als auch die Wirkung einer hohen gegenüber einer niedrigen Dosis von Interferon beta-1a zu hinterfragen.

Nach Auswertung der Vierjahresdaten wurde deutlich, dass Patienten, die bereits von Beginn an IFN beta-1a (Rebif®) in höchster Dosierung erhielten, einen nichteinholbaren Therapievorteil hatten. MS-Kranke, die in der ersten Studienphase zwei Jahre lang mit Placebo behandelt wurden und erst anschließend über zwei Jahre mit Interferon, waren seltener progressionsfrei (Abb. 2). Der Therapierückstand konnte auch mit der höheren Dosis von 3x44 µg pro Woche nicht vollständig aufgeholt werden.

Auch die Zeit bis zum Eintritt der Progression um einen EDSS-Punkt (EDSS = Expanded Disability Status Scale) ist bei Patienten, die mit IFN beta-1a in höherer Dosierung (3x44 µg) und über die Gesamtstudiendauer von 4 Jahren behan-

ABBILDUNG 1



▲ Design der PRISMS-Studie (Prevention of Relapses and Disability by Interferon beta-1a subcutaneously in Multiple Sclerosis)

4: II  
D. 100  
- 72,2 Box  
ZB MED