

Jahrgang 30

Nummer 15/2008

Therapie der Multiplen Sklerose (H.P. Ludin) ..... 57

Ein akuter MS-Schub wird kurzfristig mit hochdosiertem Methylprednisolon behandelt. Der schubförmige Verlauf einer MS lässt sich zum Teil medikamentös beeinflussen. Dabei stehen rekombinante Interferon-beta-Präparate im Vordergrund. Ob eine möglichst frühe Behandlung immer am besten ist, kann zur Zeit noch nicht klar beurteilt werden. Die Wirksamkeit von Glatirameracetat ist nicht eindeutig nachgewiesen. In besonderen Fällen kann Natalizumab verordnet werden; die verschiedenen Nebenwirkungen dieses Medikamentes müssen jedoch besonders sorgfältig beachtet werden.

Update

ZS-B  
220A

ZB MED

## Therapie der Multiplen Sklerose

H.P. Ludin

Manuskript durchgesehen von A. Bont, M. Götschi, L. Kappos, J. Kesselring, Y. Naegelin und C. Vancy

Der frühere therapeutische Nihilismus ist in den letzten 15 bis 20 Jahren einer zunehmenden Aktivität gewichen. Trotz erstaunlichen und erfreulichen Fortschritten müssen wir uns aber bewusst bleiben, dass eine Heilung der Krankheit weiterhin nicht möglich ist.

Früher wurde davon ausgegangen, dass in den ersten Jahren der Erkrankung vorwiegend demyelinisierende (und teilweise remyelinisierende) Prozesse ablaufen und dass eine bedeutende axonale Mitbeteiligung erst in späteren Stadien eintritt. Seit bekannt ist, dass es praktisch von Anfang an zu einem (irreversiblen) axonalen Untergang kommt, hat die Frage des Zeitpunktes des Behandlungsbeginns erheblich an Bedeutung gewonnen.

Die Diagnostik der Multiplen Sklerose (MS) hat sich früher auf die Klinik, auf den Verlauf, auf Liquorbefunde und evokede Potentiale gestützt. Heute nimmt neben der Klinik die Kernspintomographie eine hervorragende Stellung ein. In vielen Fällen kann heute die Diagnose zu einem früheren Zeitpunkt, nicht selten schon nach dem ersten manifesten Schub, mit grosser Sicherheit gestellt werden.

### Verlaufsformen der MS

Rund 85% der Kranken leiden an einem *schubförmigen Verlauf*. Im Rahmen von Schüben treten Symptome und neurologische Ausfälle auf, die klinisch eine vollständige

oder partielle Remissionstendenz zeigen. Meist nimmt diese Form nach 10 bis 20 Jahren einen *sekundär progredienten Verlauf* an, dem weiterhin Schübe überlagert sein können. Auch ohne weitere Schübe kommt es zu einer fortschreitenden Verschlechterung, wobei die spastische Gangstörung meist im Vordergrund steht. Etwa 15% der Betroffenen weisen einen *primär progredienten Verlaufstyp* auf, dem praktisch keine Schübe überlagert sind.

Es sei schon hier vorausgeschickt, dass die verlaufsmodulierenden Behandlungen, die unten geschildert werden, vorwiegend bei der schubförmigen Form wirksam sind. Sowohl bei der primären wie bei der sekundären Progredienz zeigen sie keine gesicherte Wirkung.

### Schubtherapie

Als Standardtherapie des akuten MS-Schubes gilt die Verabreichung von hoch dosiertem *Methylprednisolon*.<sup>1</sup> *Intravenös* wird an drei aufeinanderfolgenden Tagen mit 1 g Solu-Medrol<sup>®</sup> täglich oder an fünf Tagen mit 500 mg/Tag behandelt. Eine *orale* Therapie (Medrol<sup>®</sup>) wird in der Regel mit 500 mg/Tag während fünf Tagen durchgeführt. Zum oralen Ausschleichen (maximal über 14 Tage) liegen keine evidenzbasierten Daten vor, so dass hier individuell nach Verträglichkeit und Effektivität der initialen Therapie entschieden werden sollte. Ziel der medikamentösen Schubbehandlung ist eine schnellere Rückbildung der beeinträchtigenden Symptome. Ob durch die Steroid-Pulstherapie auch eine Verzögerung weiterer Schübe, eine Reduktion der Schubrate insgesamt und/oder eine Reduktion der Residualsymptome erzielt wird, kann noch nicht sicher beurteilt werden.

Für eine Kombinationstherapie mit *intravenösen Immunglobulinen* (IVIg) konnte gegenüber der Monotherapie mit Methylprednisolon keine Überlegenheit in der Schubbehandlung nachgewiesen werden.<sup>2</sup> Bei einem klinisch schweren Schub, der nicht ausreichend auf die (eventuell wiederholte) Kortikosteroidtherapie anspricht, kann eine zusätzliche Behandlung mit *Plasmapherese* in Erwägung gezogen werden.<sup>3</sup> Eine entsprechende Studie mit IVIg liegt bisher nicht vor.