

Neues zur Multiplen Sklerose

Andrew Chan, Neurologische Universitätsklinik,
Inselspital, Universitätsspital Bern, Schweiz

Wie kaum ein anderes Gebiet zeigt die Multiple Sklerose, dass sich die Neurologie mittlerweile zu einem primär therapeutischen Fach entwickelt hat. Mit dem Ziel einer möglichst raschen Aufnahme einer Immuntherapie wurden in den letzten Jahrzehnten die Diagnosekriterien so verändert, dass mittlerweile unter bestimmten Umständen eine zeitliche Dissemination für die Diagnosestellung nicht mehr relevant ist. Die Anwendung der McDonald Kriterien 2017 im Vergleich zu den Kriterien aus 2010 führt zu einer um knapp ein Jahr eheren Diagnose. Im akuten Schub stellt das intravenöse Methylprednisolon weiterhin den Goldstandard dar, auch aufgrund potentieller Nebenwirkungen hochdosierter oraler Glukokortikosteroide. Unsere Arbeitsgruppe beschäftigt sich experimentell mit den Möglichkeiten einer medikamentösen Optimierung der Glukokortikosteroidtherapie mit mTOR-Inhibitoren. In jedem Fall sollten Patienten mit steroidrefraktären Schüben Zentren mit der Möglichkeit der Durchführung von Plasmaaustauschverfahren zugeführt werden. Mittlerweile verdichtet sich die Datenlage, dass eine frühe und optimierte Intervalltherapie die Langzeitprognose verbessert. Der teils hochwirksamen und individualisiert einsetzbaren Immuntherapie stehen seltene, aber potentiell schwere Nebenwirkungen gegenüber. Diese konfrontieren Patienten und Therapeuten mit neuen Dimensionen einer kritischen Nutzen-Risikoabwägung. Häufig werden schwerwiegende Nebenwirkungen auch erst lange nach Markteinführung entsprechender Substanzen bekannt. Ein rezentes Beispiel aus dem Jahr 2018 stellt hierfür die Marktrücknahme des Daclizumab (Zinbryta®) dar, diese aufgrund mehrerer Fälle eines DRESS Syndromes (Drug reaction with eosinophilia and

systemic symptoms). Die Vielzahl von Immuntherapien für schubförmige Verläufe stellt Therapeuten auch vor die Herausforderung der praktischen Durchführung von Therapiewechseln, wofür wenig evidenzbasierte Daten vorliegen. Molekulare und zelluläre Wirkmechanismen, auf die sich Wechselszenarien beziehen sind teils nur postuliert und insgesamt weiterhin unzureichend verstanden. Auch spiegeln grundlegende Strategien wie eine Therapie- «Eskalation» vs. eine Therapie- «Induktion» eher unterschiedliche Auffassungen wider, als dass sie vergleichend evidenzbasiert untersucht wären. Während sich auch für chronisch progrediente Verlaufsformen das therapeutische Armamentarium erweitert, sind die Therapieeffekte aktuell eher moderat. Neuroprotektive oder –regenerative Ansätze befinden sich weiterhin im experimentellen Stadium. Wesentliche Anstrengungen sind daher auch im Bereich der symptomatischen Therapie notwendig. Als Beispiel sei hierfür die Fatigue genannt, die trotz hocheffizienter Immuntherapie immer noch zu einem die Lebensqualität am deutlichsten einschränkenden Symptome zählt.