

Nutzen der Medikamente

Die zugelassenen Medikamente versprechen, Schübe zu reduzieren, beziehungsweise eine Zunahme der Behinderung aufzuhalten. Ob dieses Versprechen gehalten werden kann, verraten die Studiendaten. Dargestellt ist jeweils, wie viele Prozent der Studienteilnehmer einen Nutzen von der Therapie haben.

Name des Medikaments	Wegen des Medikaments keine Schübe	Wegen des Medikaments keine Steigerung der Beeinträchtigungen
Interferone	14%	10%
Copaxone	10%	7%
Aubagio	11%	7%
Tecfidera	20%	9%
Gilenya	25%	7%
Tysabri	26%	12%
Azathioprin	17%	Keine Daten
Mitoxantron	21%	14%
Lemtrada (im Vgl. zu Rebif)	19%	3%

Am Beispiel der Interferone heißt das, dass nur in 14% aller Fälle dank des Medikaments Schübe und nur in 10% aller Fälle Beeinträchtigungen dank des Medikaments reduziert werden.

Nebenwirkungen

Die Übersicht umfasst Nebenwirkungen, soweit sie bisher bekannt geworden sind, außerdem liegen nur unzureichende Daten über 2 Jahre hinaus vor.

Name des Medikaments	Milde oder mittelgradige Nebenwirkungen	Schwere oder lebensbedrohliche Nebenwirkungen
Interferone	Grippale Beschwerden, psychische Probleme, Fatigue, Vermehrung der Spastik, Leber- und Nierenwertveränderungen, Injektionsprobleme	Suizidneigung, Nierenversagen, Hämolytisch-urämisches Syndrom,
Copaxone	Injektionsprobleme, Flush/Kreislaufreaktionen, Allergien	
Aubagio	Laborveränderungen, Haarausfall, Durchfall	
Tecfidera	Flush, Magen-, Darmbeschwerden, Haarausfall	Schwere Lymphopenie, PML
Gilenya	Herzrhythmusstörungen, Herpesinfektionen, psychische Probleme	Herpes-Enzephalitis, tödliche Zoster-Infektion, Herztod, Hautkrebs, schwere Lymphopenie, PML
Tysabri	Kopfschmerzen, verminderte Belastbarkeit nach Injektion	PML
Azathioprin	Magen-, Darmbeschwerden, Blutbildverschlechterung	Leukämie
Mitoxantron	Laborveränderungen, Haarausfall, Übelkeit, Erschöpfung	Herzmuskelschaden, Leukämie
Lemtrada	Blutbildverschlechterung, Infektionsneigung, Entwicklung von Autoimmunerkrankungen der Schilddrüse, Thrombozytenmangel	Thrombozytenmangel mit Todesfolge, Nierenschaden, Autoimmunerkrankungen, Tumorerkrankungen

Welche Immuntherapeutika sind momentan bei schubförmiger Multipler Sklerose verfügbar?

Dr. med. Jutta Scheiderbauer

- Übersicht der MS-Immuntherapeutika
- Welche Medikamente bei welcher Verlaufsform?
- Verhindert die Immuntherapie Schübe oder die Zunahme von Beeinträchtigungen?
- Nebenwirkungen



Trierer Informationsstelle Multiple Sklerose (TIMS)

Saarstraße 51-53, 54290 Trier

Tel.: 0651 9760835

Mail: hallo@tims-trier.de

www.tims-trier.de

© 3. Auflage, Trier April 2016

Medikamente und MS

Seit den 1990er Jahren hat sich etabliert, die schubförmige Multiple Sklerose (MS) mit Medikamenten zu behandeln, deren Wirkmechanismus auf eine Abschwächung des Immunsystems abzielt. Unter der Vorstellung der MS als Autoimmunerkrankung soll so der Verlauf der MS günstig beeinflusst werden.

Mittlerweile werden mehr und mehr Medikamente in klinischen Studien untersucht, und viele sind bereits in der Krankenversorgung verfügbar. Neurologen und MS-Betroffene stehen heutzutage vor dem Problem, aus der Vielzahl von Immuntherapeutika eine, für den individuellen Patienten, nützliche Substanz auszusuchen: die verschiedenen Präparate haben mal den einen, mal den anderen Vorteil, mal die eine, mal die andere Nebenwirkung, und werden auf unterschiedlichen Wegen und in unterschiedlicher Häufigkeit dem Körper zugeführt.

Da es so gut wie keine wissenschaftlichen Direktvergleiche zwischen den Immuntherapeutika gibt, hängt die Entscheidung im Wesentlichen von der persönlichen Präferenz und Risikofreudigkeit ab. Im Folgenden eine Übersicht über alle derzeit verfügbaren MS-Immuntherapeutika:

Wirkstoff	Name des Medikaments
Azathioprin	z.B. Imurek®
Interferon-beta-1b	Betaferon®, Extavia®
Interferon-beta-1a	Avonex®, Rebif® 22µg oder 44µg
Glatirameracetat	Copaxone®
Teriflunomid	Aubagio®
Dimethylfumarat	Tecfidera®
Peginterferon beta-1a	Plegridy®
Mitoxantron	z.B. Ralenova®
Natalizumab	Tysabri®
Fingolimod	Gilenya®
Alemtuzumab	Lemtrada®

Patientensituation/Verlaufsformen

Bevor man sich als Betroffener im Dschungel der Informationen über diese Masse an Medikamenten verliert, sollte man sich darüber klar werden, in welcher Krankheitssituation man sich befindet, denn lässt sich die Auswahl wahrscheinlich gleich wieder einengen auf diejenigen Medikamente, die tatsächlich in Frage kommen.

Klinisch isoliertes Syndrom (CIS)

Beim ersten Auftreten von neurologischen Symptomen sind oftmals nicht alle Kriterien erfüllt, die man zur Diagnose Multiple Sklerose bräuchte, je nach Kernspindbefunden ist es dann eine mögliche MS oder eine wahrscheinliche MS. Zusammenfassen kann man diese Erstmanifestation als Klinisch Isoliertes Syndrom (CIS). Für die Situation des CIS sind bisher nur 3 Substanzen, beziehungsweise 5 Medikamente getestet und zugelassen:

Wirkstoff	Name des Medikaments
Interferon-beta-1b	Betaferon®, Extavia®),
Interferon-beta-1a	Avonex®, Rebif® 22µg oder 44µg
Glatirameracetat	Copaxone®
Intravenöse Immunglobuline	z.B. Octagam®

Schubförmige MS

Da die schubförmige MS zum einen in ihrem Schweregrad sehr unterschiedlich ausgeprägt sein kann und zum anderen einige der Immuntherapeutika potentiell lebensbedrohliche Risiken mit sich bringen, haben die Zulassungsbehörden dem Rechnung getragen und die Anwendung der Medikamente mit hohem Risiko auf hochaktive MS-Verläufe eingeschränkt. Das Therapiekonzept erfüllt zwar behördlichen Anforderungen, wurde aber nicht in Studien geprüft: die Unterscheidung in Therapien für die milde/moderate Verlaufsform (früher: Basistherapie) und die (hoch-) aktive Verlaufsform (früher: Eskalationstherapie).

Medikamente für die milde/moderate Verlaufsform

Medikamente für die milde/moderate Verlaufsform, deren Nebenwirkungen eher selten lebensbedrohlich werden können, werden zu Beginn der Erkrankung eingesetzt. Nachteilig ist die, gegenüber den Medikamenten für die (hoch-) aktive Verlaufsform, geringere Wirksamkeit und oft auch eine schlechte Allgemeinverträglichkeit.

Wirkstoff	Name des Medikaments
Azathioprin	z.B. Imurek®
Interferon-beta-1b	Betaferon®, Extavia®
Interferon-beta-1a	Avonex®, Rebif® 22µg oder 44µg
Glatirameracetat	Copaxone®
Teriflunomid	Aubagio®
Peginterferon beta-1a	Plegridy®
Dimethylfumarat	Tecfidera®

Medikamente für die (hoch-)aktive Verlaufsform

Stellen sich im weiteren Verlauf darunter Schübe ein, kann eine Therapie für die (hoch-) aktive Verlaufsform mit Medikamenten angeschlossen werden, die die höheren Risiken, aber auch die höhere Wirksamkeit bieten. Prinzipiell können diese Medikamente auch als erste Medikation eingesetzt werden, wenn sich ein sehr schnell behinderender Verlauf bereits früh anbahnt.

Wirkstoff	Name des Medikaments
Mitoxantron	z.B. Ralenova®
Natalizumab	Tysabri®
Fingolimod	Gilenya®
Alemtuzumab	Lemtrada® (von der europäischen Arzneimittelbehörde zur Frühtherapie zugelassen, wird aber bisher nur bei (hoch-) aktivem Verlauf empfohlen)