

Presseinformation

## **Multiple Sklerose: Immer mehr Patienten leben ohne Behinderungen**

27. Oktober 2016 – Knapp 17 Jahre nach der Erstdiagnose sind fast 90 Prozent der Patienten mit Multipler Sklerose (MS) noch ohne Hilfe gehfähig. Diese Zahlen einer aktuellen US-amerikanischen Studie beschreiben die Fortschritte beim Langzeitverlauf der MS. Ohne Therapie wären nach vergleichbaren epidemiologischen Studien in dieser Zeit nur etwa 50 Prozent ohne Gehhilfe oder einen Rollstuhl ausgekommen. Die MS-Therapie hat sich rasant entwickelt, es fällt jedoch schwer, diesen Fortschritt zu beziffern. Die Studie bringt nun etwas mehr Licht ins Dunkel. „Die aktuellen Zahlen stammen zwar nur aus einem einzigen Zentrum, deshalb muss man sie mit Vorsicht interpretieren. Sie zeigen aber, dass wir bei der MS auf einem guten Weg sind und unseren Patienten heute eine Vielzahl Therapien anbieten können, die ihre Selbständigkeit und Lebensqualität lange erhalten“, sagt Prof. Heinz Wiendl von der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN).

„Die Studie macht aber auch deutlich, dass die MS-Forschung noch lange nicht am Ziel ist“, ergänzt der Direktor der Klinik für Neurologie der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. „Wir können noch nicht allen Patienten schwere Einschränkungen ersparen und haben noch keine guten individuellen Vorhersagemöglichkeiten für den Verlauf und das Ansprechen auf die Therapie.“

### **Langzeitdaten brauchen ihre Zeit**

Weltweit leben etwa zwei Millionen Menschen mit Multipler Sklerose. In Deutschland wird die Zahl der Erkrankten auf mehr als 200.000 geschätzt. Die entzündliche Erkrankung des Zentralnervensystems, ausgelöst durch eine Fehlsteuerung des Immunsystems, führt zu Seh- und Gleichgewichtsstörungen, Lähmungen, Schmerzen, Müdigkeit und Konzentrationsschwäche. MS ist trotz intensiver Forschung noch nicht heilbar, es gibt heute jedoch eine Reihe von Medikamenten, die die Erkrankungsaktivität abmildern oder gar kontrollieren können. „Was man bisher über den Langzeitverlauf der Multiplen Sklerose wusste, stammt aus Zeiten, in denen noch keine gezielte Therapie zur Verfügung stand, spiegelt also die Entwicklung der Symptome ohne Behandlung wider“, so Wiendl. Um besser zu verstehen, inwieweit heutige Standardmedikamente auf lange Sicht Behinderungen reduzieren, hat ein Forscherteam um Stephen L. Hauser von der University of California in San Francisco nun Daten von 517 Patienten ausgewertet, die über viele Jahre in diesem Zentrum in Behandlung und unter Beobachtung waren.

### **Gehfähigkeit bleibt lange erhalten**

Die Studienteilnehmer wurden bis zu zehn Jahre lang begleitet. Zudem erfassten die Forscher rückblickend die Entwicklung von Behinderungen seit der Diagnose. Dafür nutzten sie die Standardskala EDSS (Expanded Disability Status Scale), die MS-bedingte Behinderungen systematisch erfasst. Sie reicht von 0 (= keine neurologischen Auffälligkeiten) bis 10 (= Tod infolge MS). Es zeigte sich, dass der

Wert bei 41 Prozent der Studienteilnehmer unter einer Therapie mit Interferon beta und nötigenfalls hochpotenten Wirkstoffen wie Natalizumab und Rituximab stabil blieb oder sich sogar verbesserte. Einen EDSS-Wert von 6 oder größer – gleichbedeutend mit der Notwendigkeit von Krücken oder (ab EDSS 7) eines Rollstuhls – erreichten während der medianen Krankheitszeit von 16,8 Jahren hier lediglich 10,7 Prozent der Patienten. Bleiben die Patienten unbehandelt, sind es etwa 50 Prozent, die in diesem Zeitraum ähnlich schwere Behinderungen erleiden, wie frühere Studien gezeigt haben.

### **Seltener schwere Verläufe**

Überraschend war auch, dass lediglich 18,1 Prozent der Patienten, die anfangs mit der schubförmigen Form der MS (RRMS) diagnostiziert wurden, eine sekundär progrediente MS (SPMS) entwickelten. Die SPMS wird meist als zweites Krankheitsstadium betrachtet und ist dadurch gekennzeichnet, dass sich die Behinderungen und Läsionen im Gehirn der Patienten zwischen den Schüben kaum noch zurückbilden. Wiederum zeigen frühere Erfahrungen, dass ohne Behandlung mindestens doppelt so viele im Beobachtungszeitraum zur SPMS konvertieren würden, nämlich zwischen 36 Prozent und 50 Prozent der Patienten.

### **Weitere effektive Therapien dringend gesucht**

Der Großteil der Patienten hatte anfänglich eine „Plattformtherapie“ erhalten mit Interferon (IFN) beta-1b, IFM beta-1a oder Glatirameracetat. Diejenigen, bei denen eine deutliche Verschlechterung eingetreten war, hatte man auf eine „Hochpotenztherapie“ umgestellt mit meist neueren Substanzen wie Natalizumab, Rituximab oder auch Mitoxantron und Cyclophosphamid. Weitere Präparate wie Fingolimod, Dimethylfumarat und Teriflunomid wurden zwar ebenfalls verabreicht. Sie sind aber erst seit wenigen Jahren auf dem Markt, sodass sie bei der Analyse der ersten beiden Studienjahre nicht berücksichtigt wurden. „Obwohl es den Kollegen aus San Francisco gelungen ist, den Krankheitsverlauf abzumildern, erlitten über die Zeit 59 Prozent der Studienteilnehmer eine klinisch signifikante Behinderung. Das illustriert den anhaltenden Bedarf an effektiveren krankheitsmodifizierenden Therapien für die schubförmige MS und generell für effektive Therapien gegen die progrediente MS“, betont Wiendl.

Dass eine Immuntherapie spätere Behinderungen reduzieren kann, belegte auch eine kürzlich veröffentlichte multizentrische retrospektive Beobachtung (Jokubaitis et al., Ann Neurol). Hier konnte ebenfalls gezeigt werden, dass die Langzeitprognose unter Immuntherapie besser ist, als man es aus früheren natürlichen Verlaufsstudien oder im direkten Vergleich ohne Therapie erwarten würde. „Beide Untersuchungen leiden allerdings unter der methodischen Einschränkung, dass direkte Vergleichsgruppen aus gleichen Regionen mit gleicher Krankheitsaktivität, aber ohne entsprechende Therapie fehlen“, so Wiendl.

### **Schwierigkeiten bei der Prognose**

Hauser und seine Kollegen nutzten ihre Daten auch, um den Stellenwert bestimmter klinischer und bildgebender Bewertungen für die Prognose der MS zu messen. Überraschenderweise stellten sie dabei fest, dass Patienten, bei denen in den ersten zwei Jahren keine Krankheitsaktivität nachweisbar

war (no evidence of disease activity, NEDA), langfristig nicht besser abgeschnitten als die Gruppe insgesamt.

Da der NEDA-Status wesentlich auf jährlichen Aufnahmen mit einem Kernspintomographen (MRI) basiert, würden ihre Studie auch in Frage stellen, dass diese Praxis bei Entscheidungen zur Therapie nützlich ist, schreiben die Wissenschaftler aus San Francisco: „Es ist uns nicht gelungen, irgendwelche nachfolgende Auswirkungen einer frühen MRI-Aktivität auf das klinische Ergebnis zu finden.“ Neue Hirnläsionen würden zwar auch in klinischen Studien zur MS alle zwei Jahre per MRI erfasst. Frühere Studien, die diesen Läsionen einen negativen prognostischen Wert attestieren, würden durch die aktuelle Untersuchung allerdings nicht bestätigt.

#### **Quellen**

- University of California, San Francisco MS-EPIC Team. Long-term evolution of multiple sclerosis disability in the treatment era. *Ann Neurol* 2016; 80:499-510 (doi: 10.1002/ana.24747)
- Jokubaitis VG et al. Predictors of long-term disability accrual in relapse-onset multiple sclerosis. *Ann Neurol* 2016; 80: 89–100 (doi: 10.1002/ana.24682)

#### **Fachlicher Kontakt bei Rückfragen**

##### **Prof. Dr. med. Heinz Wiendl**

Direktor der Neurologischen Klinik  
Universitätsklinikum Münster  
Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude A1  
48149 Münster  
Tel.: +49 (0) 251 – 83 46811  
Fax: +49 (0) 251 – 83 48199  
E-Mail: [heinz.wiendl@ukmuenster.de](mailto:heinz.wiendl@ukmuenster.de)

#### **Pressestelle der Deutschen Gesellschaft für Neurologie**

Tel.: +49 (0) 89 46148622, Fax: +49 (0) 89 46148625, E-Mail: [presse@dgn.org](mailto:presse@dgn.org)  
Pressesprecher: Prof. Dr. med. Hans-Christoph Diener, Essen

#### **Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie e.V. (DGN)**

sieht sich als neurologische Fachgesellschaft in der gesellschaftlichen Verantwortung, mit ihren mehr als 8000 Mitgliedern die neurologische Krankenversorgung in Deutschland zu sichern. Dafür fördert die DGN Wissenschaft und Forschung sowie Lehre, Fort- und Weiterbildung in der Neurologie. Sie beteiligt sich an der gesundheitspolitischen Diskussion. Die DGN wurde im Jahr 1907 in Dresden gegründet. Sitz der Geschäftsstelle ist die Bundeshauptstadt Berlin.

[www.dgn.org](http://www.dgn.org)

Präsident: Prof. Dr. med. Ralf Gold

Stellvertretender Präsident: Prof. Dr. med. Gereon R. Fink

Past-Präsident: Prof. Dr. med. Martin Grond

Geschäftsführer: Dr. rer. nat. Thomas Thiekötter

Geschäftsstelle: Reinhardtstr. 27 C, 10117 Berlin, Tel.: +49 (0) 30 531437930, E-Mail: [info@dgn.org](mailto:info@dgn.org)