



Impfungen bei MS



Grundsätzlich sollte bei MS-Patienten eine Impfung nur dann erfolgen, wenn keine Begleiterkrankungen, z.B. akute Infekte vorliegen, sowie außerhalb eines Schubes und nicht während einer Kortisonbehandlung. Bei notwendigen Auslandsreisen in endemische Risikogebiete sollten die vorgeschriebenen Reiseimpfungen auf jeden Fall durchgeführt werden, wobei an die Möglichkeit der passiven Impfung mit polyvalenten Immunglobulinen gedacht werden sollte.

Auch wenn Betaferon® immunmodulierend wirkt, ist damit ein Impferfolg nicht generell ausgeschlossen, Aus Absicherungsgründen sollte, sofern möglich, nach einem entsprechenden Zeitabstand der Antikörpertiter als Zeichen für den Impferfolg untersucht werden, damit der Patient sich nicht in falscher Sicherheit wiegt.

Grundsätzlich sind Impfungen bei MS-Patienten daher empfehlenswert. Jedoch besteht die theoretische Möglichkeit, dass durch die Impfung ein Schub ausgelöst werden könnte. Diese Gefahr ist bei den meisten Impfungen jedoch minimal, da nur Bestandteile von Krankheitserregern wie Hüllproteine oder tote Erreger verwendet werden, die selbst keine Infektion auslösen können. Anders sieht es jedoch bei abgeschwächten (attenuierten) Erregern aus, die ein theoretisch erhöhtes Risiko der Schubauslösung in sich bergen.

Zu diesen unbedenklichen Impfungen zählen, z.B:

- Influenza A und B*
- Hepatitis A und B+
- Polio (Salk)
- Tollwut
- Keuchhusten
- Tetanus+
- Diphtherie
- Haemophilus influenza B & Pneumokokken
- Meningitis (Neisseria meningitidis)
- Humanes Papilloma Virus

- Cholera (oral)
- Typhus (oral)

Nur nach strenger Nutzen-Risiko-Abwägung sollten folgende Impfungen durchgeführt werden, da diese mit lediglich abgeschwächten Erregern als sog. Lebendimpfstoffe durchgeführt werden:

- Windpocken (Varizellen)
- Gelbfieber
- BCG (Tuberkulose)
- FSME
- Mumps/Röteln

FSME-Impfung ist bei MS möglich

Ist bei Patienten mit Multipler Sklerose eine FSME-Impfung gefahrlos möglich?

Nach unserem derzeitigen Wissen kann die FSME-Impfung bei MS-Patienten, die sich vorübergehend oder dauerhaft in Risikogebieten aufhalten, empfohlen werden.

Baumhackl et al. haben den Zusammenhang zwischen FSME-Impfung und Krankheitsaktivität bei MS-Patienten in einer Fall-Kontroll-Studie untersucht. Es konnte kein Zusammenhang zwischen der Impfung und einer Zunahme der Krankheitsaktivität gefunden werden. Die Autoren konnten weder eine Zunahme der MRT-Aktivität oder eine Zunahme klinischer Schübe noch eine Zunahme der Krankheitsprogression in der untersuchten MS-Population beobachten.

Somit lässt sich auch für die FSME-Impfung festhalten – wie dies zuvor auch schon für die Impfung mit anderen Totimpfstoffen (gegen Influenza, Tetanus oder Varizella-Infektionen) konstatiert wurde –, dass das Risiko, durch die Infektionserkrankung selbst Schaden zu erleiden bzw. durch die Infektionserkrankung eine Verschlechterung der MS in Kauf nehmen zu müssen, höher ist als das Risiko, durch die Impfung eine Verschlechterung der MS zu erleiden.

Grundsätzlich spricht nichts gegen einen Impferfolg unter der kontinuierlichen Anwendung von Basistherapeutika wie Interferonen oder Glatirameracetat wie im Falle des vorgestellten MS-Patienten. Hingegen kann der Impferfolg unter einer immunsuppressiven Therapie (z.B. unter Therapie mit Imurek oder Mitoxantron) gefährdet sein. Falls unter Mitoxantrontherapie eine Vakzinierung vom Patienten gewünscht wird, sollte diese keinesfalls in der Phase des Leukozytennadirs vorgenommen werden, sondern allenfalls in der Phase der Erholung des Immunsystems vor der nächsten geplanten Infusion.

Kinderwunsch, Schwangerschaft und Stillzeit bei MS

Es liegen begrenzte Daten zum Gebrauch von Betaferon® während der Schwangerschaft vor. Tierexperimentelle Daten (am Affen) deuten auf ein möglicherweise erhöhtes Risiko für Spontanaborte hin. Dies kann anhand des Schering-Schwangerschaftsregisters jedoch für die Anwendung beim Menschen nicht bestätigt werden. Der Beginn einer Behandlung mit Betaferon® während der Schwangerschaft ist aus Sicherheitsgründen kontraindiziert.

Ist bei Betaferon®-Anwendern eine Schwangerschaft geplant, brauchen weder Mann noch Frau die Therapie absetzen. Tritt während der Behandlung mit Betaferon® eine Schwangerschaft ein, sollte gemeinsam mit der Patientin das Für und Wider einer Therapieunterbrechung abgewogen werden. Dabei ist sowohl die Krankheitsaktivität vor der Schwangerschaft als auch die während der Schwangerschaft zu erwartende Abnahme der Schubaktivität zu würdigen. Eine Indikation zum Schwangerschaftsabbruch besteht in keinem Fall.

Nach der Entbindung sollte die Therapie möglichst schnell wieder aufgenommen werden, da ein hohes Schubrisiko im Wochenbett besteht.

Es ist nicht bekannt, ob Interferon beta-1b in die Muttermilch übertritt. Da bei Säuglingen während der Stillzeit schwere Nebenwirkungen nicht ausgeschlossen werden können, soll entweder auf das Stillen verzichtet oder die Behandlung mit Betaferon® unterbrochen werden.

Untersuchungen zur Beeinflussung der Fertilität durch Betaferon® wurden nicht durchgeführt. Einflüsse auf den Fruchtbarkeitszyklus von Affen wurden nicht beobachtet. Erfahrungen mit anderen Interferonen legen die Möglichkeit einer Beeinträchtigung der männlichen und weiblichen Fruchtbarkeit nahe.

In der einzigen Studie zu Genotoxizität (Ames-Test) wurde keine mutagene Wirkung beobachtet.

Praktischer Hinweis:

Aufgrund der derzeitigen Datenlage kann folgende Empfehlung ausgesprochen werden:

- Männliche Betaferon®-Patienten müssen vor einer geplanten Vaterschaft Betaferon® nicht absetzen.
- Weibliche Betaferon®-Patienten müssen vor einer geplanten Schwangerschaft Betaferon® nicht absetzen
- Bei Eintreten der Schwangerschaft sollten sie mit Ihrem Arzt gemeinsam in einer Nutzen-Risiko-Abwägung über die Fortführung der Therapie entscheiden.
- **Bei bestehender Schwangerschaft darf eine Betaferon®-Therapie nicht begonnen werden.**

Fatigue-Behandlung bei MS

MS-Erkrankte leiden nicht selten unter z.T. stark behindernder, abnormer körperlicher oder kognitiver Ermüdbarkeit. Dies wird als Fatigue bezeichnet. Sie betrifft im Krankheitsverlauf mehr als 75 % der Patienten. Insofern stellt die Fatigue eines der Hauptproblemfelder der symptomatischen Therapie der MS dar. Die Differenzierung zwischen Depression und Fatigue ist nicht immer einfach.

Im Rahmen der MSTKG-Leitlinien „Symptomatische Therapie der MS“ wird neben physikalischen Maßnahmen sequenziell der Therapieversuch mit folgenden Substanzen empfohlen:

1. Amatadin (100 – 200 mg/Tag)
2. 4-Aminopyridin (10 – 30 mg/Tag, Vorsicht: Rezeptur notwendig, geringe therapeutische Breite)
3. Modafinil (200 – 400 mg/Tag, Vorsicht: BtmV-pflichtig)

Wechselwirkungen der beschriebenen Ansätze mit Betaferon® sind nicht bekannt.