

Generelt om forebyggende behandling

Lars Bø

Ved attackpreget MS har en «MS-attakker», som er episoder med forverring. Forverringen skjer oftest gradvis over dager til få uker, etterfulgt av en bedring over uker og måneder. Når en har hatt MS-sykdommen i flere år, øker sannsynligheten for at MS-attakkene ikke blir etterfulgt av god bedring, og en får da et økende kronisk funksjonstap. MS-attakkene skyldes ny betennelse og tap av isolasjon rundt nervetrådene (myelin) i områder i hjerne eller ryggmarg. Mange slike områder (MS-lesjoner) gir ikke noe MS-attakk, men kan sees som «signalforandringer» ved MR-undersøkelse av hjernen og ryggmargen. MS-lesjonene gir en kronisk skade av nervetrådene, og dette er sannsynligvis hovedårsaken til det gradvis økende funksjonstapet ved kronisk progressiv MS.

MS-attakker og MS-lesjoner kan forebygges med medisiner som påvirker immunresponsen, og som demper forekomsten og graden av betennelse i hjerne og ryggmarg. Disse medisinene har ulik effekt og ulike bivirkninger. På grunn av dette er de delt inn i *førstelinje*, *andrelinje* og *trejdelinje*. I utgangspunktet er denne inndeling gjort på bakgrunn av at en ønsker å starte behandlingen med medikamenter med lav risiko, og trappe opp behandlingen til behandlinger med større effekt, men også noe mere risiko hvis behandlingseffekten har vært utilfredsstillende (Myhr, Grytten Torkildsen, Bø 2014). Retningslinjene for slik behandling er nå under revisjon, et arbeid ledet av Helsedirektoratet, som de vil publisere på sine nettsider. Førstelinjemedikamentene nå er injeksjonsmedisinene interferon beta (subkutant og intramuskulære former) og glatiramacetat (subkutant), samt tablettbehandlingene teriflunomid og dimetylfumarat. Disse medisinene reduserer attackhyppigheten med 30-50 %. Andrelinje forebyggende medisiner er fingolimod tabletter, natalizumab (som gis intravenøst hver 4. uke) og alemtuzumab (som gis intravenøst over 5 dager, deretter over 3 dager). Andrelinjemedikamentene har i studier gitt en reduksjon i attackhyppighet på 55-70 %. De som får disse behandlingene, følges opp med regelmessige kontroller ved nevrologisk poliklinikk, og hyppigheten av kontroller vil avhenge av hvilken behandling som tas, og hvor lenge en har brukt behandlingen. Det vil gjøres regelmessige kontrollblodprøver, og kontroll-MR undersøkelser av hodet, evt. også av ryggmargen. Behandlende nevrolog vil måtte vurdere å endre behandlingen ved eventuelle bivirkninger, eller ved øket risiko for alvorlig bivirkning, eller ved behandlingssvikt i form av betydelig ny sykdomsaktivitet ved MR-kontrollundersøkelser, og/eller nye MS-attakker.

Forebyggende behandling vil som regel avsluttes under graviditet.

De forebyggende behandlingene er vist å forebygge varig funksjonssvikt ved attackpreget MS, men ikke ved progressive MS-former. Derfor vil slik behandling bare bli gitt ved attackpreget MS, eller ved progressiv MS hvor det fortsatt er attakker.

Hvis en har blitt behandlet med standard forebyggende behandling (første- og som regel andrelinje), og dette ikke har hatt en god effekt i å stoppe utviklingen av MS-attakker, vil behandlende nevrolog vurdere annen forebyggende behandling som er mindre grundig/omfattende dokumentert, men som har gitt god effekt i mindre studier: *Tredjelinjebehandling*. Slik behandling kan være stamcelletransplantasjon (autolog hematopoietisk stamcelletransplantasjon, HSCT) , eller behandling med rituksimab).

Referanser

Myhr KM, Torkildsen ØG, Bø L. Multippel sklerose. I: Nevrologi og nevrokirurgi, fra barn til voksen. Forlaget Vett og Viten 2014

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-diagnostikk-attakk-og-sykdomsmodifiserende-behandling-av-multippel-sklerose> (denne er nå under revisjon)