



Behandling av MS

Det finnes foreløpig ingen kurerende behandling av MS, kun lindrende og bremsende.

Multipel sklerose (MS) er en nervesykdom der sentralnervesystemet, altså hjernen og ryggmargen, rammes av flekkvis betennelse /inflammasjon. Sykdommen er autoimmun, hvilket betyr at kroppens eget immunforsvar går til angrep på myelinet som omgir nervetrådene. Man har per i dag ingen eksakt forklaring på hva som igangsetter dette angrepet, men det ser ut til at flere faktorer bidrar, blant annet arv og miljø, klima, hvor i verden man har vokst opp og hvilke infeksjoner man har vært utsatt for. Denne demyeliniseringen gjør at nervesignaler overføres dårligere eller annerledes enn normalt. Over tid vil også selve nervetråden, axonet, bli ødelagt. Skadd myelin kan til en viss grad repareres, men ikke axonskade.

MS påvirker pasienter på ulik måte, avhengig av hvilke deler av nervesystemet som rammes. Dårligere syn, balanseproblemer, lammelser, føleforstyrrelser, seksuelle forstyrrelser, vannlatingsproblemer, utmattelse, smerter, kognitive problemer, depresjon og spasmer, er noen mulige symptomer.

Tre behandlingsformer

Allerede tidlig i sykdomsforløpet kan det skje uopprettelige skader i sentralnervesystemet. Forskning viser også at MS er en sykdom som sannsynligvis er aktiv hele tiden, og at den totale sykdomsbyrden øker med 5-10 prosent per år. Det er derfor viktig å behandle sykdommen så tidlig som mulig.

Per i dag finnes det ingen medisin som kan helbrede MS. Det finnes på den andre siden medikamenter som kan lindre symptomene og bremse sykdomsforløpet. Nevrolog Gry Klevan gir oss en innføring i behandling av MS.

Man kan dele behandling av MS inn i tre typer:

- Behandling av akutt atakk
- Symptomatisk behandling
- Sykdomsbremsende behandling

Akutt atakk

85 prosent av pasienter med MS har en atakpreget sykdomstype, såkalt "relapsing remitting", der man veksler mellom perioder med forverring og forbedring. Ved akutte anfall får pasienten høydosert kortison over 3-5 dager. Kortisonet gis enten som Solu-Medrol intravenøst eller som Medrol i tablettform. Formålet er å redusere varigheten av forverringsperioden.

Symptomatisk behandling

Mange symptomer ved MS kan lindres. Gjennom fysikalsk behandling kan funksjonsnivå bedres, feilbelastninger forebygges og smerter og spasmer lettes. Mot smerter, vannlatingsproblemer, fatigue og depresjon finnes det medikamentell behandling. Videre er det hjelpemidler tilgjengelig som kan bidra til en greiere hverdag.

Sykdomsbremsende behandling

Selv om man ikke kan stoppe utviklingen av MS, kan man bremse progresjonen. Denne form for behandling deles inn i to deler:

1. Linjebehandling

I første omgang bruker man injeksjonspreparatene interferon beta 1a/1b eller glatiramer acetat. Interferon beta 1b (Betaferon) gis subkutant, altså i underhuds fett, annenhver dag. Interferon beta 1a gis enten intramuskulært (Avonex), altså i muskelen, eller subkutant (Rebif). Glatiramer acetat (Copaxone) gis som daglige subkutane sprøyter.

Interferon beta 1a/1b tilsvarer et stoff som kroppen selv produserer ved for eksempel influensa. Medisinen binder seg til hvite blodlegemer kalt T-celler, celler som er svært sentrale i utviklingen av MS, da de bidrar til angrepene mot eget nervevev. Sammenbindingen med medisinen gjør at T-cellenes celledeling bremses opp, og at blod-hjernebarrieren tettes. Færre T-celler passerer inn til sentralnervesystemet og dermed mindre angrep på eget nervevev.

Copaxone binder også T-celler, noe som fører til økt antall glatiramer acetat (GA)-spesifikke T-celler. Disse cellene passerer blod-hjernebarrieren og demper betennelsesresponsen i sentralnervesystemet. Det ser i tillegg ut til at man ved bruk av Copaxone får økt mengde av et nervebeskyttende stoff kalt Brain Derived Neurotrophic Factor (BDNF).

For å starte med interferon beta 1a/1b eller Copaxone, må pasienten ha hatt to eller flere angrep i løpet av de 2-3 siste årene.

2. Linjehandling

Dersom pasienten ikke har så god effekt som ønsket ved bruk av Copaxone eller interferon beta 1a/1b, må andre behandlingsoalternativer vurderes. En mulighet er kjemoterapi i form av Novantrone som gis intravenøst, vanligvis én gang hver tredje måned. Novantrone brukes ved alvorlig angreppreget MS og har også en viss sykdomsbremsende virkning ved såkalt sekundær progressiv MS der man fortsatt ser angrep.

Tysabri er et annet alternativ som gis i tilfeller der pasienter, til tross for bruk av interferon 1a/1b eller Copaxone, fortsatt får minst to alvorlige angrep hvert år. Er angrepene svært alvorlige eller hyppige, kan man vurdere å gi det tidligere. Tysabri gis intravenøst hver fjerde uke.

Ved bruk av Tysabri er det en viss risiko for alvorlige infeksjoner, for eksempel PML (progressiv multifokal leukoencefalopati) som er en potensielt dødelig hjerneinfeksjon.

Diagnostisering

Diagnosen MS stilles på basis av sykehistorie med symptomer som gir klinisk mistanke om sykdommen, nevrologisk undersøkelse, MR av hjernen og eventuelt ryggmarg, spinalvæskeundersøkelse og muligens en nevrofysiologisk undersøkelse. Alle andre sykdommer må være utelukket. En klinisk MS-diagnose krever "multiplisitet i tid og lokalisasjon", dvs. at symptomer fra minst to forskjellige deler av sentralnervesystemet har oppstått til forskjellige tidspunkt.

CIS – enkeltsymptomer

I noen tilfeller mistenker man MS, selv om det kun er symptom fra én del av sentralnervesystemet. En slik klinisk isolert hendelse kalles CIS (Clinically isolated syndrome). Synsnervebetennelse, ryggmargsbetennelse og dobbeltsyn er eksempler på plager som gir mistanke om MS.

Man kan starte sykdomsbremsende behandling ved CIS, men da må det være snakk om alvorlige symptomer og alle andre sykdommer må være avskrevet som mulige årsaker. Pasienten må gjennom en MR-undersøkelse for å sjekke hjerne og ryggmarg. Dersom MR-resultatene forsterker mistanken om MS, tar man en ny undersøkelse tre måneder senere. Da bruker man kontrastladende væske for å se etter nye funn som peker mot MS. Tror man fortsatt at det er MS, kan man starte behandling med interferon beta 1a/1b eller Copaxone.

Fordelen ved å starte behandling så tidlig er at man kan begrense permanent skade. Som sagt vet vi at MS kan gjøre stor skade tidlig i sykdomsforløpet. Studier av pasienter med CIS viser også at behandling kan forlenge tiden til et nytt angrep. I løpet av en to års periode har man sett at inntil 54 prosent færre utvikler et nytt et angrep dersom de får sykdomsbegrensende behandling, sammenlignet med de som ikke fikk behandling.

Man vil på den andre siden ikke behandle pasienter unødig. Behandlingen er kostbar, og er ikke fri for bivirkninger.

Bivirkninger

Ved injeksjon av interferon beta 1a/1b kan pasienten få en reaksjon på stikkstedet, vanligvis rødme, kløe og svie. 40-50 prosent opplever også influensalignende symptomer i startfasen, med hodepine, muskelsmerter, feber, tretthet, slapphet, frysninger og svettetokter. Reaksjonen vil komme ca. to timer etter injeksjonen, og den kan vare i et halvt døgn. De influensalignende plagene avtar som oftest etter en måneds tid. Et annet problem som oppstår ved lengre tids bruk, er at huden blir hard. Noen vil også få fettvevsnekrose, altså søkk i huden. Videre kan noen pasienter oppleve endring i menstruasjonen og i stoffskiftefunksjonen. Det er også en viss assosiasjon til depresjon. Medisinen kan dessuten gi endring i leverfunksjon og i blodets cellebilde. Noen pasienter utvikler antistoffer mot interferon beta, hvilket kan redusere den kliniske effekten ved medisinen.

Ved Copaxone er det først og fremst reaksjoner på stikkstedet som er problemet. Svie, kløe og dannelse av kuler er typiske bivirkninger. Kulene varer som regel i et par uker, men hos noen kan de være mer vedvarende. En del brukere får også en strammingsfølelse opp mot halsen noen minutter etter injeksjonen. Denne følelsen varer bare i noen få minutter og er helt ufarlig. Det er også blitt rapportert om vektendring ved bruk av Copaxone.

Noen bivirkninger må man regne med, men det finnes småtriks for å minske dem. Sprøyteinnholdet oppbevares i kjøleskapet, men det kan være lurt å romtemperere det før injeksjon. Varierer stikksted, og kjøøl det gjerne ned både før og etter injeksjonen.

Kilder:

1. Gry Klevan, spesialist i nevrologi
2. ms.no
3. multippelsklerose.no