

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

News-Screen Neurologie

Riederer F

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2017; 18 (1), 30-31

Homepage:

www.kup.at/

JNeurolNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

76. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie DGNC

Joint Meeting mit der Französischen
Gesellschaft für Neurochirurgie



2025
1.-4. Juni
HANNOVER

www.dgnc-kongress.de

Im Spannungsfeld zwischen
Forschung und Patientenversorgung

PROGRAMM JETZT ONLINE EINSEHEN!



Deutsche
Gesellschaft für
Epileptologie



64. JAHRESTAGUNG

der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie

10.-13. Juni 2026
Würzburg



© CIM Deimer Deque/Kosch/KARL70
Bavaria/THP/Alto/Wiki | Stock Adobe

News-Screen Neurologie

F. Riederer

■ Psychiatric Disorders prior to Amyotrophic Lateral Sclerosis

Turner MR et al. *Ann Neurol* 2016; 80: 935–8.

Abstract

It is recognized that neuropsychiatric conditions are over-represented in amyotrophic lateral sclerosis (ALS) patient kindreds and psychiatric symptoms may precede the onset of motor symptoms. Using a hospital record linkage database, hospitalization with a diagnosis of schizophrenia, bipolar disorder, depression, or anxiety was significantly associated with a first diagnosis of ALS within the following year. This is likely to specifically reflect the clinicopathological overlap of ALS with frontotemporal dementia. A diagnosis of depression was significantly associated with a first record of ALS ≥ 5 years later, in keeping with growing evidence for major depressive disorder as an early marker of cerebral neurodegeneration.

Psychiatrische Störungen sind mit späterem Auftreten von amyotropher Lateralsklerose assoziiert

Die amyotrophe Lateralsklerose (ALS) zeigt in klinischer, genetischer und histopathologischer Hinsicht Überschneidungen mit der frontotemporalen Demenz.

Methoden: Anhand eines Datensatzes, der Spitalsaufnahmen und Entlassungsdiagnosen in ganz England enthielt, wurde die Assoziation verschiedener psychiatrischer Erkrankungen mit dem späteren Auftreten von ALS untersucht [1].

Ergebnisse: Die Diagnosen Schizophrenie, bipolare Störung, Depression und Angststörung waren signifikant mit der Erstmanifestation einer ALS im folgenden Jahr assoziiert, die Diagnose einer Depression zusätzlich mit der Erstmanifestation einer ALS nach 5 oder mehr Jahren.

Interpretation: Die Assoziation verschiedener psychiatrischer Erkrankungen mit dem Auftreten von ALS innerhalb eines Jahres kann im Rahmen der klinischen Überlappung von ALS und fronto-temporalen Demenz erklärt werden.

Kommentar und Fazit für die Praxis

Bildgebende Studien zeigten bei ALS morphologische Veränderungen, die über das motorische System hinausgehen. Das Auftreten psychiatrischer Störungen im mittleren Lebensalter könnte ein Risikofaktor für spätere neurodegenerative Erkrankungen sein, wobei hier von einer frühen Symptomatik einer sich später im Vollbild manifestierenden Erkrankung auszugehen ist. Durch spezifische Screening-Verfahren gestützt, könnten in Zukunft neuroprotektive Maßnahmen zur Prävention neurodegenerativer Erkrankungen untersucht werden.

■ Ocrelizumab versus Placebo in Primary Progressive Multiple Sclerosis

Montalban X et al. *N Eng J Med* 2017; 376: 209–20.

Abstract

Background: An evolving understanding of the immunopathogenesis of multiple sclerosis suggests that depleting B-cells could be useful for treatment. We studied ocrelizumab, a humanized monoclonal antibody that selectively depletes CD20-expressing B-cells, in the primary progressive form of the disease.

Methods: In this phase 3 trial, we randomly assigned 732 patients with primary progressive multiple sclerosis in a 2:1 ratio to receive intravenous ocrelizumab (600 mg) or placebo every 24 weeks for at least 120 weeks and until a prespecified number of confirmed disability progression events had occurred. The primary end point was the percentage of patients with disability progression confirmed at 12 weeks in a time-to-event analysis.

Results: The percentage of patients with 12-week confirmed disability progression was 32.9% with ocrelizumab versus 39.3% with placebo (hazard ratio, 0.76; 95% confidence interval [CI], 0.59 to 0.98; $P = 0.03$). The percentage of patients with 24-week confirmed disability progression was 29.6% with ocrelizumab versus 35.7% with placebo (hazard ratio, 0.75; 95% CI, 0.58 to 0.98; $P = 0.04$). By week 120, performance on the timed 25-foot walk worsened by 38.9% with ocrelizumab versus 55.1% with placebo ($P = 0.04$); the total volume of brain lesions on T2-weighted magnetic resonance imaging (MRI) decreased by 3.4% with ocrelizumab and increased by 7.4% with placebo ($P < 0.001$); and the percentage of brain volume loss was 0.90% with ocrelizumab versus 1.09% with placebo ($P = 0.02$). There was no significant difference in the change in the Physical Component Summary score of the 36-Item Short-Form Health Survey. Infusion-related reactions, upper respiratory tract infections, and oral herpes infections were more frequent with ocrelizumab than with placebo. Neoplasms occurred in 2.3% of patients who received ocrelizumab and in 0.8% of patients who received placebo; there was no clinically significant difference between groups in the rates of serious adverse events and serious infections.

Conclusions: Among patients with primary progressive multiple sclerosis, ocrelizumab was associated with lower rates of clinical and MRI progression than placebo. Extended observation is required to determine the long-term safety and efficacy of ocrelizumab. (Funded by Hoffmann-La Roche; ORATORIO ClinicalTrials.gov number, NCT01194570.)

Ocrelizumab versus Placebo bei primär progressiver Multipler Sklerose

Bislang gib es für die primär progressive multiple Sklerose (MS) keine sicher wirksame, krankheitsmodifizierende The-

rapie. In letzter Zeit erschienen Medikamente, die spezifische B-Zellen unterdrücken, aussichtsreich in der Therapie der MS. Ocrelizumab ist ein monoklonaler Antikörper, der selektiv CD20-exprimierende B-Zellen depletiert.

Methoden: In dieser Phase-3-Studie wurden 732 Patienten mit primär progressiver MS im Verhältnis 2:1 für eine i.v.-Behandlung mit Ocrelizumab oder Placebo randomisiert [2]. Die Medikation wurde alle 24 Wochen über mindestens 120 Wochen verabreicht. Primärer Endpunkt war der Anteil der Patienten mit gesicherter Krankheitsprogression nach 12 Wochen.

Ergebnisse: Nach 12 Wochen kam es bei 32,9 % der Patienten in der Ocrelizumab-Gruppe und bei 39,3 % in der Placebogruppe zu einer gesicherten Krankheitsprogression (Risikoquotient 0,76, Konfidenzintervall 0,59–0,98; $p = 0,03$). Nach 24 Wochen hatten 29,6 % der Patienten in der Ocrelizumab-Gruppe und 35,7 % in der Placebogruppe eine gesicherte Krankheitsprogression ($p = 0,04$). Nach der Woche 120 wurde bei 38,9 % der Patienten unter Ocrelizumab und 55,1 % der Patienten unter Placebo eine Gangverschlechterung festgestellt ($p = 0,04$). Das Volumen der zerebralen Läsionen nahm in der Ocrelizumab-Gruppe um 3,4 % ab, in der Placebogruppe um 7,4 % zu ($p = 0,001$), das Hirnvolumen nahm in der Ocrelizumabgruppe um 0,9 % ab, unter Placebo um 1,09 % ($p = 0,02$). Infusionsreaktionen, respiratorische Infekte und orale Herpesinfektionen waren in der Ocrelizumab-Gruppe häufiger. Neoplasmen wurden bei 2,3 % der Pat. in der

Verumgruppe (z. B. Mammakarzinome, Basaliome, Endometriumkarzinom) und bei 0,8 % in der Placebogruppe festgestellt (Zervixkarzinom in situ, Basaliom).

Kommentar und Fazit für die Praxis

Diese Studie zeigt eindrucksvoll einen klinischen Benefit von Ocrelizumab in der Behandlung der primär progressiven MS, für die es bis dato keine wirksame krankheitsmodifizierende Therapie gibt. Das Risiko einer Krankheitsprogression konnte mit dieser Therapie um etwa 25 % gesenkt werden. Bemerkenswert ist, dass Retuximab, das einen ähnlichen Wirkmechanismus hat, bei der primär chronisch progressiven MS nicht wirksam war, außer in einer Subgruppe jüngerer Patienten mit aktiven Herden im MRT. Es wird diskutiert, ob die vorliegende Studie positiv sein könnte, da die Patienten relativ jung waren (mittleres Alter etwa 45 Jahre) und in mehr als 25 % aktive Herde im MRT hatten, und somit eine entzündungshemmende Substanz in einer frühen entzündlichen Phase der Erkrankung wirken konnte [3].

Es gibt auch eine positive Studie für Ocrelizumab bei schubförmigen MS, wo im Vergleich zu Interferon beta-1a eine signifikant niedrigere Schubrate beobachtet wurde [4]. Es wurde unter Ocrelizumab eine erhöhte Malignomrate in der Behandlungsgruppe beobachtet, die in weiteren klinischen Prüfungen sorgfältig untersucht werden muss. Weiters wird genau zu evaluieren sein, welche Patienten von der Therapie am meisten profitieren.

Literatur:

1. Turner MR, Goldacre R, Talbot K, Goldacre MJ. Psychiatric disorders prior to amyotrophic lateral sclerosis. *Ann Neurol* 2016; 80: 935–8.
2. Montalban X, Hauser SL, Kappos L, Arnold DL, et al, and Investigators OC. Ocrelizumab versus Placebo in Primary Progressive Multiple Sclerosis. *N Engl J Med* 2017; 376: 209–20.
3. Calabresi PA. B-Cell Depletion – A Frontier in Monoclonal Antibodies for Multiple Sclerosis. *N Engl J Med* 2017; 376: 280–2.
4. Hauser SL, Bar-Or A, Comi G, Giovannoni G, et al. and Investigators OIC. Ocrelizumab versus Interferon Beta-1a in Relapsing Multiple Sclerosis. *N Engl J Med* 2017; 376: 221–4.

Korrespondenzadresse:

Priv.-Doz. Dr. Franz Riederer
Lehrbeauftragter der Universität Zürich
2. Neurologische Abteilung
Krankenhaus Hietzing mit
Neurologischem Zentrum Rosenhügel
A-1130 Wien, Riedelgasse 5
E-Mail: franz.riederer@uzh.ch



Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)