

## NEUROLOGIA

# Czy i kiedy zmienić terapię stwardnienia rozsianego?

– Lekarz leczący stwardnienie rozsiane musi myśleć jak dobry szachista, który planuje kilka ruchów do przodu. Powinien tak dobrać terapię, szczególnie pierwszą, aby w razie potrzeby móc ją szybko zmienić – mówi prof. dr hab. n. med. Monika Adamczyk-Sowa, prezes Sekcji Stwardnienia Rozsianego i Neuroimmunologii Polskiego Towarzystwa Neurologicznego.

Pojawienie się trzy dekady temu pierwszych leków do terapii immunomodulującej stwardnienia rozsianego (*sclerosis multiplex* – SM) zrewolucjonizowało leczenie tej choroby. Efekty ich stosowania były na tyle zachęcające, że obecnie dysponujemy już 17 tego typu cząsteczkami o zróżnicowanym mechanizmie działania, skuteczności i profilu bezpieczeństwa. Poszczególne leki z tej grupy są dostępne w formie wlewów dożylnych, iniekcji oraz w postaci doustnej, którą najbardziej lubią pacjenci. – *Dziś pacjent wcześniej zdiagnozowany i leczony ma szansę zachować sprawność na długie lata* – podkreśla prof. Monika Adamczyk-Sowa.

## Terapia od początku szyta na miarę

Bardzo istotny jest wybór pierwszej terapii. Pod uwagę bierze się stopień ciężkości choroby, styl życia pacjenta i poziom *adherence*. Podejmując tak ważną decyzję, należy się kierować również cechami leku, czyli jego skutecznością, bezpieczeństwem i sposobem podawania. Trzeba uwzględnić czas rozpoczęcia terapii i czas oczekiwania na efekt leczenia.

– *Przy wyborze pierwszej terapii musimy brać pod uwagę jej wpływ na układ immunologiczny i możliwość szybkiego działania w przypadku koniecznej zmiany. To bardzo ważny aspekt, bo ten sam lek może działać w odmienny sposób u różnych pacjentów. Co więcej, u konkretnego pacjenta jego działa-*

”

prof. Monika Adamczyk-Sowa: *Leki o krótkoterminowym wpływie na układ immunologiczny dają możliwość zmiany leczenia w stosunkowo krótkim czasie po odstawieniu leków, co z punktu widzenia pacjenta jest niezwykle istotne*



Fot. Patryk Ryaczyk

”

prof. Monika Adamczyk-Sowa: *Decyzja o zmianie terapii nigdy nie może być pochopna. Zawsze powinna ona wynikać z jasnych przesłanek medycznych, a nie z mody na dany lek*

*nie może być różne w różnym czasie. Dlatego tak istotne jest, aby stosować strategię planowania terapii, uwzględniając możliwość jej ewentualnej zmiany w przyszłości* – zaznacza prof. Monika Adamczyk-Sowa.

## Jaki lek wybrać – rekomendacje ekspertów

Ułatwieniem w planowaniu terapii są rekomendacje Sekcji Stwardnienia Rozsianego i Neuroimmunologii Polskiego Towarzystwa Neurologicznego opublikowane niedawno na łamach „Polskiego Przeglądu Neurologicznego” (Pol Przegl Neurol 2023; 19: 163–189), w których mocno podkreślono, że terapia powinna być dopasowana do aktywności choroby. Przy wyborze pierwszego leku należy się kierować czynnikami prognostycznymi przebiegu choroby. Gdy u pacjenta obserwuje się dużą aktywność rzutową, rzuty z objawami mózdkowymi, piramidowymi i zaburzeniami zwieraczy, dużą liczbę zmian rezonansowych, zmiany aktywne, które wzmacniają się pokontrastowo, można przyjąć, że są to czynniki niekorzystne rokowniczo i będzie to choroba o wysokiej aktywności. Taka sytuacja występuje u 4–15 proc. pacjentów. Wówczas od samego początku powinno się stosować terapię o najwyższej skuteczności. Pacjenci z umiarkowanym przebiegiem SM, doświadczający jednego rzutu lub ma-

jący jedno aktywne ognisko (Gd+) albo 1–2 nowe ogniska T2 w MRI w ciągu ostatniego roku mogą być skutecznie leczeni terapiami o umiarkowanej skuteczności. Wytyczne dopuszczają również zastosowanie w tej grupie terapii o wyższej skuteczności, jednak trzeba pamiętać, że przyjmowanie leków o wyższej skuteczności może się wiązać z większym ryzykiem ciężkich działań niepożądanych.

## Kiedy zmienić terapię?

Eksperti podkreślają, że w dłuższej perspektywie mogą pojawiać się sytuacje wymagające zmiany leczenia. Dzieje się tak nie tylko z powodu jego nieskuteczności, co zawsze jest warunkiem podstawowym, lecz także w związku z takimi czynnikami, jak zmiana trybu życia pacjenta, tolerancji czy preferencji w zakresie sposobu podawania leku.

– *Z dostępnych publikacji wynika, że 1/3 chorych, a według moich obserwacji nawet połowa, ma zmienianą terapię w ciągu 2 lat od jej rozpoczęcia. Przyczyny mogą być różne, ale taka decyzja nigdy nie może być pochopna. Zawsze powinna ona wynikać z jasnych przesłanek medycznych, a nie z mody na dany lek* – mówi prof. Monika Adamczyk-Sowa.

Nowe polskie rekomendacje jasno określają, jakie warunki muszą być spełnio-

ne, by uznać, że terapia jest nieskuteczna. Można ją zmienić, jeśli po roku od rozpoczęcia leczenia stwierdza się jeden z nich. Nie należy zmieniać terapii, gdy lek jest skuteczny i nie występują działania niepożądane. Co ważne, skuteczność terapii ocenia się dopiero po pewnym czasie, ponieważ większość leków immunomodulujących rozwija swoje działanie dopiero po 3–6 miesiącach. Jeśli jednak w trakcie leczenia pojawiają się rzuty choroby i stan pacjenta się pogarsza, wówczas można zmienić terapię wcześniej.

– *Przy zmianie terapii należy wziąć pod uwagę czas działania. Trzeba pamiętać, że jeśli podajemy leki o długotrwałym wpływie na układ immunologiczny, możemy mieć ograniczone możliwości stosowania kolejnych leków. W przypadku takich terapii potrzebujemy od 2 miesięcy do około roku, w zależności od leku, aby móc zmienić terapię. Dużo mówiono na temat fumaranu dimetylu, który jest przedstawicielem leków o krótkoterminowym wpływie. Takie leki dają nam tę potrzebną elastyczność i możliwość zmiany leczenia w stosunkowo krótkim czasie po odstawieniu leków, co z punktu widzenia pacjenta jest niezwykle istotne* – podsumowuje ekspertka.

Agata Misiurewicz-Gabi  
Współpraca: Małgorzata Solarczyk