

KONTAKT



Sommaire

- 03 **Editorial** Anne Leurs, Directrice MSL
- 04 **Société** Logements autonomes
- 07 **Medical** Cannabis erhöht Asthma-Risiko
- 08 **Portrait** Jean-Martin Charcot
- 10 **Dossier** Les traitements de la SEP
- 12 **Forschung** Infektionsrisiko
- 14 **Forschung** Herzgesundheit bei MS
- 16 **Communiqué** Rapport OCDE système de santé
- 18 **Forschung** Neuer Hoffnungsschimmer für Menschen mit MS
- 22 **Pressmeldung** BTKi – die Richtung stimmt.
- 24 **Dons MSL** Merci pour votre générosité
- 25 **MSL Services** Résidence Al Esch
- 26 **Tous solidaires !** Demande d'adhésion MSL
- 27 **Jeux et loisirs** Remue-méninges



MSL
LLSP & FSPL
Multiple Sclérose
Lëtzebuerg

Editorial

Anne Leurs

Directrice MSL



Léif Alleguer,

E spannend Joer geet op en Enn.

E Meilesteen an der iwwer 40 järeger Geschicht vun MSL, ass ganz sécher d'Decisioun fir aus 2 Entitéiten eng eenzeg ze maachen. Esou kënnen d'Kräfte vun der Ligue luxembourgeoise de la Sclérose en Plaques a vun der Fondation Sclérose en Plaques Luxembourg an enger eenzeger Organisatioun zesumme geluecht ginn: der Fondatioun Multiple Sclérose Lëtzebuerg. Nach ass den administrative Prozess net ofgeschloss, mee mir si gudder Dëng dass dat an der éischter Hallschent 2026 wäert de Fall sinn an dass mir da mat neier Dynamik wäerten duerchstarte kënnen.

Déi nei Struktur vun eiser Organisatioun ass eng Geleeënheet fir eis an eis Aktivitéiten a Fro ze stellen an op d'Zukunft virbereeden. Wat sinn nützelech Offeren? Wat sinn Erwaardungen déi mir am Moment (nach) net erfëllen a wéi eng Aktivitéit sinn an hirer aktueller Form villäicht net méi zäitgeméis? Fir Äntwerten op déi Froen ze fanne brauche mir Iech, léif MS Betraffener, léif Familljen, a mir freeën eis iwwer all Réckmeldung an all Virschlag vun ärer Säit.

Och an der Politik si momentan spannend Diskussiounen ëmgaang: d'Weiche musse gestallt gi fir och an Zukunft e solidaresche Gesondheetssystem ze erhalen, deen als Zil huet jidderengem eng beschtméiglech individuell a ganzheetlech Gesondheetsversuergung ze garantéieren.

D'Plaz vum Patient am Gesondheetssystem ass amgaang sech nei ze definéieren: vun engem Kranken, em deen sech muss gekëmmert ginn, zu engem Partner deen op Aenhéicht matschwätzt, sief et wat seng eege Behandlung ubelaangt, mee och, wat d'Organisatioun vum Gesondheitswiesen ubelaangt. Eng Evolutioun déi mir als Patientenorganisatioun gär wäerten ënnerstëtzen a begleeden.

Et gëtt vill ze dinn a mir freeën eis drop all des Erausforderungen unzegoen.

Bis dohinner wënschen ech Iech an äre Léifste schéi Feierdeeg an all Guddes fir 2026!



MSL
LLSP & FSPL
Multiple Sclérose
Lëtzebuerg

Logements autonomes

UNE VIE PLUS INDÉPENDANTE MALGRÉ LE HANDICAP

■ Face au manque de logements abordables et autonomes pour personnes handicapées, le gouvernement lance un appel à projets et joue les entremetteurs auprès des acteurs du secteur.

«Qu'est-ce qui arrivera quand on ne sera plus là? Quand je rencontre les parents d'une personne handicapée, c'est toujours cette question qui revient», raconte Max Hahn.

Le ministre de la Famille, des Solidarités, du Vivre ensemble et de l'Accueil se montre déterminé à faire bouger les lignes sur le front du logement pour les personnes à besoins spécifiques qui souhaitent vivre leur vie de la manière la plus autonome possible.

Alors que l'accès à un logement à la fois abordable et accessible ressemble au parcours du combattant, les personnes en situation de handicap sont trop souvent contraintes de rester au domicile parental ou dans des structures d'hébergement.

Bien loin de leur droit, inscrit dans la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CRDPH), de choisir elles-mêmes l'endroit où elles veulent vivre, avec qui, et comment.

D'où la volonté du gouvernement de promouvoir et soutenir davantage les logements abordables et autonomes. Une offre qui existe déjà au Luxembourg, avec un nombre de places disponibles malheureusement dérisoire par rapport aux besoins.

Deux ministères au service des acteurs de terrain

Le concept de ces résidences gérées par une poignée d'associations consiste à assister les habitants en leur proposant une série de services selon le degré d'autonomie de chacun tout en respectant leur espace et leur vie privée.

«Notre idée est de réunir des partenaires, communes et associations ayant de l'expertise dans ces domaines, susceptibles de travailler ensemble avec le soutien de nos services, pour augmenter l'offre de logements abordables autonomes», a expliqué Max Hahn, épaulé par le ministre du Logement, Claude Meisch, face à une assemblée d'environ 80 professionnels du secteur et acteurs publics, lundi soir à la Coque.



En 2026, l'APEMH cumulera 74 places dans ce type de logement.

Steve Fettes (au milieu) fait partie des résidents. (Photos : fabrizio pizzolante)



74 places à l'APEMH

L'APEMH a présenté ses logements en «autonomie sécurisée» à Bertrange et Vianden : des appartements incluant un service d'accompagnement disponible jour et nuit avec quelqu'un sur place.

«Une permanence reste ouverte et si nos encadrants doivent entrer dans l'espace privé des résidents, c'est à un horaire programmé avec eux à l'avance», a indiqué la délégation.

Avec ses logements autonomes à Diekirch, Bertrange, Wormeldange, Niederkorn, Belvaux, Dudelange, Vianden, et bientôt Hoscheid-Dickt, l'APEMH cumulera 74 places en 2026.



**«On veut fusionner
logement abordable
et logement autonome
avec assistance.»**

Max Hahn

Ministre de la Famille, des
Solidarités, du Vivre ensemble et de
l'Accueil



**«Nous allons
nous lancer,
c'est l'avenir»**

Claude Schmit

Vice-président, Fondation Autisme
Luxembourg

«J'ai été surpris dans le bon sens par les solutions qui nous ont été présentées par les ministères. Normalement, ce sont des dossiers très compliqués à monter. Maintenant, on doit voir en détail ce qui est réalisable pour nous, en savoir plus sur le volet technique et, surtout, sur le statut de bailleur social, qui n'est pas notre métier. Notre domaine à nous, c'est l'autisme, donc on a tout à apprendre ! En tout cas, on ressent une volonté politique d'avancer.»

«Nous allons nous lancer dans ce genre de projet, car c'est l'avenir. Dans l'autisme, il y a des personnes lourdement handicapées, d'autres plus légèrement. Ici, on parle des gens qui ont un certain degré d'autonomie et ça correspond bien à la tendance qu'on observe ces dernières années : une augmentation des cas d'autisme avec handicap léger. Des gens qui font de grandes études universitaires, mais qui ont réellement besoin d'un accompagnement dans la vie quotidienne. Ces logements autonomes sont une réponse.»

**«Je me rends chaque jour à la
permanence»**

Steve Fettes occupe l'un de ces appartements en colocation avec un ami. Chacun a sa propre chambre et un endroit calme à lui, tandis que la cuisine et la salle d'eau sont partagées.

«Je me rends chaque jour à la permanence, pour traduire des courriers, gérer mes factures ou avoir de l'aide pour m'organiser», a décrit le jeune homme au micro. Le personnel de l'APEMH lui rend visite une fois par semaine, pour identifier avec lui où il a besoin de soutien.

suite page suivante >

La Fondation Kräizbiërg gère, elle aussi, quelques logements autonomes à Gasperich depuis 1996. Un projet mené à l'époque avec le Fonds du logement, qui permet à 12 personnes handicapées de mener une vie plus indépendante.

À leur demande uniquement, une assistance peut être mise en place pour les soins, l'hygiène ou les démarches administratives. Leurs témoignages diffusés sur écran illustrent les bénéfices de ce mode de vie.

«Difficile de trouver des partenaires»

Charles Berrang

Chef du service Logement, Ville de Differdange

«À Differdange, on fait déjà beaucoup en matière de logement abordable, mais on a encore très peu de logements dédiés. La plupart de nos logements abordables sont tous publics, donc on peut gérer ce parc nous-mêmes, car il ne nécessite pas un suivi spécialisé et quotidien. Pour aller plus loin, comme ici avec le concept de logement autonome pour personne handicapée, on aurait besoin de s'appuyer sur un partenaire parce qu'on ne veut pas s'inventer des compétences qu'on n'a pas. Cependant, c'est difficile d'en trouver.»

«Les associations avec lesquelles nous échangeons méconnaissent complètement le logement abordable, tout comme les droits et devoirs d'un bailleur social. Alors, forcément, elles appréhendent d'assurer ce rôle. C'est ce qu'on observe sur le terrain. Je pense qu'il y a un important travail d'information et de sensibilisation à mener. D'où l'utilité de ce genre de rencontre.»



«C'est ça, la liberté»

«J'organise ma vie librement, je m'intègre dans la société et participe à la vie sociale. J'ai aussi une intimité qui serait impossible en foyer, tout en ayant mes soins de base», se réjouit Guy.

Véronique, qui a dû attendre longtemps pour obtenir cette place, ressent une reconnaissance sociale : «Avant, j'étais gênée de montrer qui j'étais». Jaky, elle, se dit heureuse de pouvoir vivre avec son partenaire : «C'est ça, la liberté.»

«Cet appel à projets est une bonne piste»

Rigobert Rink n'a pas manqué une miette de la présentation. Lui-même lourdement handicapé, il vit dans un foyer de la Fondation Kräizbiërg depuis 23 ans.

«Cet appel à projets des ministères, c'est vraiment une bonne piste, car beaucoup de personnes à besoins spécifiques veulent pouvoir vivre de manière plus autonome», souligne-t-il à la sortie.

Maintenant que les premiers contacts ont été établis entre les différents acteurs, une session de questions-réponses avec les services des deux ministères est programmée le 9 décembre, avant un premier tour de candidatures qui se clôturera le 1er mai 2026. Pour toute information, écrivez à info@fm.etat.lu

Sources : Le Quotidien 25/11/25 - Christelle Brucker

Cannabis erhöht Asthma-Risiko

A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

🇩🇪 DGP – Die Ergebnisse einer aktuellen Metaanalyse deuten auf einen möglichen Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und einem erhöhten Asthmarisiko hin. Die potenziellen Atemwegsrisiken durch den Konsum von Cannabis sollten laut der Studienautoren mehr Beachtung finden.

Der Konsum von Cannabis nimmt weltweit zu, insbesondere durch den wachsenden Trend zur Legalisierung für medizinische Zwecke und den Freizeitgebrauch. Jüngste Studien haben jedoch Bedenken hinsichtlich der potenziellen Auswirkungen von Cannabis auf die Atemwegsgesundheit geweckt. Insbesondere wird in der Wissenschaft eine Erhöhung des Asthmarisikos diskutiert.

Cannabis: Problem für die Atemwegsgesundheit?

Ein systematischer Review aus Indien hat nun den Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und Asthmarisiko näher beleuchtet. Die wissenschaftlichen Datenbanken PubMed, Embase und Web of Science wurden systematisch nach geeigneten Studien durchsucht, die bis zum 30. September 2024 veröffentlicht wurden.

Metaanalyse über 8 Studien zum Asthmarisiko von Konsumenten und Nichtkonsumenten

Die systematische Recherche ergab nach der Überprüfung von 1 887 Datensätzen 8 relevante Studien. Die zusammengefasste Odds Ratio (OR) für den Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und einer Asthmadignose betrug 1,31 (95 % Konfidenzintervall, KI: 1,19 – 1,44). Cannabis-Konsumenten hatten somit eine höhere Wahrscheinlichkeit für Asthma im Vergleich zu Nichtkonsumenten. Es wurde eine moderate Heterogenität beobachtet ($I^2 = 46 \%$), die Sensitivitätsanalyse bestätigte die Robustheit der Ergebnisse.

Cannabiskonsum erhöht Asthmarisiko

Die Ergebnisse der Metaanalyse zeigten einen signifikanten Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und einem höheren Asthmarisiko. Laut der Studienautoren unterstreichen diese Ergebnisse die Bedeutung der Sensibilisierung für die potenziellen Atemwegsrisiken im Zusammenhang mit dem Konsum von Cannabis. Zukünftige Forschungsarbeiten sollten die Identifizierung von Einflussfaktoren wie der Häufigkeit und Art des Cannabiskonsums weiter untersuchen, so das Fazit der Forscher.

KURZ & FUNDIERT

- **Cannabis ist die dritthäufigste psychoaktive Substanz weltweit**
- **Negative Auswirkungen auf Atemwegsgesundheit durch Cannabis?**
- **Metaanalyse: Cannabiskonsum erhöht Asthmarisiko um 31 %**
- **Aufklärung über Atemwegsrisiken bei Cannabiskonsum sinnvoll**





PORTRAIT

Charcot

UN NOM, TROIS RÉALITÉS... ET 200 ANS D'HÉRITAGE

« Jean-Martin Charcot est l'un des fondateurs de la neurologie moderne et le premier à avoir reconnu la sclérose en plaques comme une maladie à part entière. »

■ ■ On confond souvent la « maladie de Charcot » (la sclérose latérale amyotrophique), la Fondation Charcot (qui soutient la recherche sur la sclérose en plaques), et l'homme derrière ce nom : Jean-Martin Charcot. En novembre 2025, on célébrera les 200 ans de sa naissance. L'occasion de redonner un visage à ce génial et célèbre neurologue, pourtant problématique à certains égards.

Né à Paris en 1825, Jean-Martin Charcot est l'un des fondateurs de la neurologie moderne. Il est surtout le premier à avoir reconnu la sclérose en plaques comme une maladie à part entière, à une époque où ses symptômes, très variables, étaient souvent attribués à d'autres troubles. C'est à la Salpêtrière, en 1868, qu'il établit pour la première fois un diagnostic de sclérose en plaques chez une patiente encore vivante, grâce à une observation clinique fine, confirmée après son décès par l'autopsie. Il décrit avec rigueur les caractéristiques histologiques de la maladie, qui se traduisent par les fameuses plaques démyélinisantes dans le cerveau et la moelle épinière, et réalise lui-même des dessins d'une grande précision de ces lésions, encore utilisés dans certains ouvrages médicaux. Cette approche, mêlant médecine vivante et exploration post-mortem, marque un tournant dans l'histoire des maladies neurologiques.

Le contexte même de la Salpêtrière éclaire cette évolution. Bien plus qu'un hôpital, c'est alors une ville dans la ville : un lieu où l'on soigne, mais aussi où l'on enferme. Des milliers de femmes y sont internées pour des raisons médicales, sociales ou morales. Jean-Martin Charcot y développe une approche clinique basée sur l'observation minutieuse, dans un contexte où la psychiatrie est encore balbutiante et souvent mêlée à des jugements de valeur. Il dessine, photographie, et classe les symptômes comme on classe des spécimens. Une révolution scientifique naît dans ce lieu ambigu, à mi-chemin entre progrès médical et oppression institutionnelle.

Mais l'avancée scientifique ne peut être racontée sans ses zones d'ombre. À la Salpêtrière, les patientes, souvent des femmes pauvres, sont internées sans réel consentement pour des troubles qualifiés à l'époque d'« hystérie ». Elles sont régulièrement mises en scène lors de ces célèbres « leçons du mardi » du neurologue. Hypnose, convulsions, postures « théâtrales » : ces démonstrations fascinent les étudiants et les intellectuels venus de toute l'Europe. Parmi eux, Freud, Babinski ou encore Gilles de la Tourette.

Ces séances publiques, longtemps présentées comme de la pédagogie, relèvent aujourd'hui clairement de l'instrumentalisation. Elles reflètent la manière dont la société de l'époque traitait les femmes vulnérables : comme des objets de curiosité, des corps à étudier, à contrôler, à exhiber.

L'ampleur de son influence scientifique s'accompagne d'un devoir de mémoire sur les patientes instrumentalisées dans ce processus. Il a ouvert la voie à une neurologie fondée sur l'observation, la classification et l'anatomopathologie. Il a décrit la sclérose latérale amyotrophique (SLA), connue dans les pays francophones sous le nom de « maladie de Charcot », un terme qui prête parfois à confusion avec la SEP, et formé des générations de médecins. Il a aussi contribué à rapprocher médecine et science fondamentale, à une époque où les maladies mentales relevaient encore souvent du religieux ou du judiciaire.

Parmi ses nombreuses contributions, Charcot a aussi décrit la sclérose latérale primitive, l'ataxie locomotrice (liée à la syphilis tertiaire), et a contribué à mieux comprendre l'épilepsie, la chorée de Huntington, ou encore les troubles du langage. Il a été l'un des premiers à considérer que certaines maladies neurologiques avaient une origine organique et non spirituelle ou morale, jetant les bases d'une médecine rationnelle du système nerveux.

Deux siècles plus tard, son héritage appelle à être considéré dans toute sa complexité : des avancées majeures pour la médecine, mais aussi des pratiques qui suscitent malaise et réflexion. C'est en embrassant cette histoire dans sa totalité que l'on peut continuer à faire progresser l'éthique et la science.

Depuis près de 40 ans, ce nom vit autrement grâce à la Fondation Charcot, qui soutient en Belgique les chercheuses et chercheurs qui nous aident à mieux comprendre la sclérose en plaques.

Une recherche rigoureuse et engagée avec un seul objectif : vaincre la maladie et améliorer la vie des personnes concernées.

Ce chemin, nous ne le faisons pas seuls. Votre soutien, votre confiance et votre engagement sont essentiels. Merci d'en faire partie.

Cedric Swaelens,
Directeur de la Fondation Charcot

Cet article s'appuie sur des sources biographiques publiques et sur l'analyse de Bernard Zalc (Brain, 2018) retraçant la description initiale de la sclérose en plaques par Jean-Martin Charcot



i Info
Fondation Charcot Stichting
www.fondation-charcot.org

- Une leçon clinique à la Salpêtrière



Les traitements de la SEP

AU COURS DES 30 DERNIÈRES ANNÉES

■ **Les possibilités de traitement de la SEP ont considérablement évolué ces 30 dernières années. Avant 1993, seuls les traitements par corticoïdes et chimiothérapie pouvaient être administrés dans l'espoir d'influencer l'évolution de la maladie. En 2025, 16 médicaments différents sont enregistrés en Belgique pour le traitement de la sclérose en plaques récurrente-rémittente (SEP-RR). Ils sont disponibles sous diverses formes : comprimés, injections et perfusions. Deux d'entre eux peuvent être administrés pour traiter les formes progressives de SEP en cas de signes d'activité inflammatoire (ocrelizumab pour la SEP primaire progressive, siponimod pour la SEP secondaire progressive).**

De l'hypothèse virale à l'interféron

Il y a plusieurs décennies, les scientifiques soupçonnaient déjà un lien entre les virus et l'apparition de la SEP. Les effets antiviraux de la protéine humaine, l'interféron, constituaient la base de la recherche dans les années 70 et 80. Les résultats encourageants d'une étude de grande envergure, randomisée, en double aveugle et contrôlée par placebo, menée en 1993 sur l'interféron bêta-1b dans la SEP-RR, ont marqué une étape importante dans le traitement de la SEP. En juillet 1993, l'interféron bêta-1b a été le premier médicament reconnu pour traiter la SEP-RR. De nouvelles études menées avec l'interféron bêta-1b et l'interféron bêta-1a ont confirmé qu'ils contribuaient à réduire le nombre et la sévérité des poussées et qu'ils agissaient sur la pathologie visible (imagerie).

Le modèle animal de la SEP

Les expérimentations sur les animaux, principalement des souris, ont permis de mieux comprendre le processus de la maladie et de tester de nouveaux médicaments pour traiter la SEP. L'encéphalomyélite auto-immune expérimentale,



une neuroinflammation induite, est un modèle de référence de la SEP. L'acétate de glatiramère, un mélange de protéines synthétiques ressemblant à la myéline, s'est avéré capable de tromper le système immunitaire des animaux de laboratoire. Étant donné les résultats encourageants obtenus chez les personnes atteintes de SEP-RR, ce traitement a été approuvé par la FDA en octobre 1995. L'Europe a suivi quelques années plus tard.

Médicaments pour maladies auto-immunes

Après les résultats encourageants obtenus pour la maladie de Crohn, une maladie inflammatoire de l'intestin, l'utilisation du natalizumab a été évaluée dans de vastes études pour la SEP-RR. L'hypothèse selon laquelle les anticorps monoclonaux dirigés contre les protéines à la surface des cellules inflammatoires pouvaient ralentir le passage à travers la barrière hémato-encéphalique a été confirmée. Depuis décembre 2007, ce traitement (de deuxième ligne) très efficace contre la SEP-RR est disponible en Belgique sous forme de perfusion. Le fingolimod, le premier comprimé pour le traitement de la SEP-RR, a suivi en février 2012 comme traitement de deuxième intention. La rétention des lymphocytes dans les organes lymphoïdes a entraîné une baisse significative des



« En 2025, 16 médicaments différents sont enregistrés en Belgique pour le traitement de la sclérose en plaques récurrente-rémittente, disponibles sous diverses formes : comprimés, injections et perfusions. »

inflammations. Précédemment, la recherche dans ce domaine était axée sur la prévention du rejet après une greffe rénale. Depuis, cette classe de médicaments a été complétée par l'ozanimod et le ponesimod (traitements de première intention pour la SEP-RR) et le siponimod (SEP secondaire progressive).

Élargissement des options thérapeutiques dans la SEP-RR

Le tériflunomide (2013) et le diméthylfumarate (2014), dérivés de médicaments utilisés respectivement pour le psoriasis et les rhumatismes, ont été introduits comme traitement de première ligne, avec des effets immunomodulateurs variés.

Trois anticorps monoclonaux différents ciblant une protéine de surface (CD20) des lymphocytes B (ocrelizumab, ofatumumab et ublituximab) sont ensuite apparus pour une utilisation en deuxième ligne. Leur administration par voie intraveineuse ou sous-cutanée entraîne une réduction significative des processus inflammatoires dans la SEP-RR. Le traitement par ocrelizumab a démontré un effet significatif sur la progression de la SEP primaire progressive avec activité inflammatoire. La cladribine, un traitement d'induction en comprimés, avec administration de la moitié de la dose la première année et de l'autre moitié la deuxième

année, cible principalement les cellules à division rapide du système immunitaire dans la SEP-RR. L'alemtuzumab est un traitement d'induction intraveineux par anticorps monoclonaux dirigés contre les cellules immunitaires CD52+, utilisé en troisième ligne. Ces médicaments ont été étudiés dans le cadre de la SEP en raison de leur effet sur les cancers hématologiques.

Que font et ne font pas ces médicaments ?

Les médicaments actuels contre la SEP inhibent efficacement la réponse immunitaire hyperactive.

L'immunosuppression comporte toutefois des inconvénients et des risques. Étant donné la diversité des mécanismes d'action et de l'évolution imprévisible de la maladie, il n'est pas simple de faire le choix le plus approprié pour une personne spécifique. Il n'est pas possible non plus de prévoir la réponse au traitement. Malheureusement, il n'existe à l'heure actuelle aucun médicament permettant de ralentir la lente évolution progressive de la maladie de manière significative, indépendamment des inflammations. Une nouvelle classe de médicaments, les inhibiteurs de BTK, pourrait peut-être apporter une solution. À suivre !

Marie B D'hooghe

Centre national de la SEP, Melsbroek
Médecine & Pharmacie, VU Brussel



Info
Fondation Charcot Stichting
www.fondation-charcot.org

Infektionsrisiko

INFEKTIONSRISIKO MIT NATALIZUMAB GERINGER ALS MIT FUMARATEN



 **DGP - Infektionsraten bei Multipler Sklerose (MS) werden nach einer retrospektiven Kohortenstudie mit fast 500 Patienten sowohl von der Wirkstoffwahl als auch von patientenbezogenen Faktoren beeinflusst. Natalizumab erschien sicher über einen längerfristigen Einsatz, während Fumarate häufiger mit schweren Infektionen einhergingen. Dies könnte jedoch mit der damit behandelten, speziellen Patientengruppe in Zusammenhang stehen.**

Es gibt mittlerweile eine Reihe immunmodulatorischer Behandlungen für Multiple Sklerose (MS), auf unterschiedlichem Wege auf Immunzellen einwirken, entweder gezielt bestimmte Zellgruppen zerstören (Anti-CD20-Wirkstoffe), ihre Migration beeinflussen (z. B. Natalizumab, S1P-Modulatoren) oder die Aktivität einer Untergruppe von Immunzellen qualitativ verändern (z. B. Fumarate). Bei all diesen Wirkstoffen besteht durch ihren Effekt auf Immunzellen das Risiko vermehrter Infektionen.

KURZ & FUNDIERT

- **MS-Infektionsraten: Unterschiede zwischen Natalizumab, Fumaraten, Anti-CD20 und S1p-Modulatoren?**
- **Retrospektive, beobachtende Kohortenstudie mit fast 500 Patienten**
- **Fumarate häufiger mit schweren Infektionen, eventuell wegen Patientenselektion**
- **Rate milder Infektionen mit Dauer krankheitsmodifizierender Therapie assoziiert**



MS-Infektionsraten: Unterschiede zwischen Natalizumab, Fumaraten, Anti-CD20 und S1p-Modulatoren?

Wissenschaftler führten eine retrospektive, beobachtende Kohortenstudie in einem Behandlungszentrum durch. Die Analyse umfasste medizinische Daten erwachsener Patienten mit MS, die für über 2 Jahre zwischen Januar 2013 und April 2021 entweder mit Natalizumab, S1P-Modulatoren, Fumaraten oder Anti-CD20-Wirkstoffen behandelt wurden. Die Studie ermittelte schwere Infektionen, die einen Krankenhausaufenthalt notwendig machten, sowie milde Infektionen (ambulante Antibiotika-Verschreibung oder Infektionsvermerk in den medizinischen Aufzeichnungen). Zur Einschätzung der Infektionsrisiken analysierte die Studie Effekte der jeweiligen Anwendung der krankheitsmodifizierenden Wirkstoffe, die Behandlungsdauer, und Patientencharakteristika wie Geschlecht, Körpergewicht und Behinderungsgrad bzw. Mobilität.

„Natalizumab erschien sicher über einen längerfristigen Einsatz, während Fumarate häufiger mit schweren Infektionen einhergingen.“

Retrospektive, beobachtende Kohortenstudie mit fast 500 Patienten

Insgesamt schloss die Studie 104 Patienten mit Natalizumab ein, 61 Patienten mit Fumaraten, 17 Patienten mit S1P-Modulatoren sowie 291 Patienten in Behandlung mit Anti-CD20-Wirkstoffen. Die Behandlungsgruppen unterschieden sich signifikant in Alter, Diagnose, Dauer der medikamentösen Therapie und der Zahl der Begleiterkrankungen. Die Rate milder Infektionen unterschied sich nicht zwischen den Gruppen mit unterschiedlichen Wirkstoffen. Schwere Infektionen waren hingegen häufiger bei Patienten mit Fumaraten. Patienten mit längerer Behandlungsdauer oder mit Gehhilfen-Bedarf hatten eine höhere Rate milder Infektionen, während Patienten mit progressiver MS oder in langfristiger Behandlung mit Fumaraten häufiger an schweren Infektionen litten, selbst nach Berücksichtigung anderer Variablen.

Fumarate häufiger mit schweren Infektionen, eventuell wegen Patientenselektion

Die Studie zeigte somit, dass Infektionsraten bei MS sowohl von der Wirkstoffwahl als auch von patientenbezogenen Faktoren beeinflusst werden. Natalizumab erschien sicher über einen längerfristigen Einsatz, während Fumarate häufiger mit schweren Infektionen einhergingen. Dies könnte jedoch mit der damit behandelten, speziellen Patientengruppe in Zusammenhang stehen, die im Schnitt eine schlechtere Gesundheit zu Beginn aufwies. Die Rate milder Infektionen könnte hingegen mit der Dauer der krankheitsmodifizierenden Therapie assoziiert sein.

© Alle Rechte: DeutschesGesundheitsPortal



Weitere Informationen zur MS finden Sie unter
www.ms-gateway.de

FORSCHUNG

Herzgesundheit bei MS

UNTERSCHÄTZTES THEMA



🇩🇪 DGP – Herz-Kreislaufgesundheit sieht man häufig als Thema für ältere Menschen – bei der Multiplen Sklerose (MS) kann es aber auch schon in jungen Jahren wichtig werden, präventiv tätig zu werden.

Herz-Kreislauferkrankungen und MS: keine Einbahnstraße

Eine wichtige Rolle spielen hier unter anderem die chronischen Entzündungsprozesse bei der MS. Entzündliche Läsionen in Gehirn und Rückenmark können zu einer Dysfunktion des autonomen Nervensystems führen. Dies beeinflusst eine Vielfalt von Prozessen wie Blutdruckkontrolle, Herzschlag und Atmung und kann somit Herz-Kreislaufstörungen auslösen. Aber auch manche krankheitsmodifizierenden Therapien, beispielsweise Mitoxantron, S1P-Rezeptormodulatoren (Fingolimod, Siponimod und Ozanimod), Alemtuzumab sowie Kortikosteroide, können zu kardiovaskulären Komplikationen bei Menschen mit MS beitragen. Medikationen zur Behandlung verschiedener MS-Symptome wie beispielsweise Depression können zusätzlich Herz und Kreislauf beeinträchtigen, teils aufgrund spezifischer Nebenwirkungen, teils aufgrund von Wechselwirkungen mit anderen Wirkstoffen.

Allerdings ist dies keine Einbahnstraße: Eine kardiovaskuläre Begleiterkrankung, zeigten neuere Studien, kann auch manche MS-Therapien und deren Sicherheit negativ beeinflussen. Zudem können kardiovaskuläre Probleme das Risiko für neurodegenerative Schäden bei MS steigern. Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren sahen in diesem Zusammenhang mehr Verlust an Hirnmasse und Schädigungen der weißen Substanz im Gehirn.¹

Genetische Assoziation zwischen MS und Herz-Kreislauferkrankungen

Darüber hinaus besteht auch ein genetischer Zusammenhang zwischen MS und Herz-Kreislauferkrankungen, fand eine Analyse genetischer Varianten in großen Bevölkerungsstudien. Die Studie fand Hinweise auf eine genetische Veranlagung von Menschen mit MS für ein signifikant erhöhtes Risiko für koronare Herzerkrankung (2 % höheres Risiko), Herzinfarkt (3 %), Herzversagen (2 %) sowie Schlaganfälle (2 %). Das Risiko war demnach zwar nur geringfügig erhöht, jedoch betonen die Autoren, dass die Ergebnisse robust waren und Anlass für Wachsamkeit und Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen bei MS geben sollten.²

„Die Interaktion zwischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Multipler Sklerose ist keine Einbahnstraße – kardiovaskuläre Störungen können den Verlauf der MS verschlechtern und neurodegenerative Schäden verstärken.“



Polymedikation problematisch und besonders häufig

Neben der eigentlichen Erkrankung, genetischer Veranlagung und dem Lebensstil spielt auch die medikamentöse Behandlung von weiteren Erkrankungen oder spezifischer MS-Symptome eine Rolle für das Herzsrisiko, speziell Wechselwirkungen im Rahmen einer Polymedikation. Wie häufig eine solche Behandlung mit mindestens 5 Medikamenten über mindestens 30 Tage bei Menschen mit MS vorkommt, untersuchte eine bevölkerungsweite Kohortenstudie in Kanada. Die Untersuchung umfasste 14 227 Personen mit MS, davon 75 % Frauen, im durchschnittlichen Alter von 55,4 Jahren. Fast jeder 3. Patient (28 %; n = 3 995) erfüllte die Polypharmazie-Kriterien mit einer durchschnittlichen Dauer der Polypharmazie von 273 Tagen. Frauen hatten ein um 14 % erhöhtes Risiko für Polypharmazie verglichen zu Männern. Für ältere Personen zwischen 50 und 64 Jahren war, im Vergleich zu Personen unter 50 Jahren, das Risiko verdoppelt (Odds Ratio, OR: 2,04), ab einem Alter von 65 Jahren mehr als verdreifacht (OR: 3,26). Erwartungsgemäß waren Patienten mit Begleiterkrankungen deutlich eher betroffen als solche ohne Komorbidität (mind. 3 Begleiterkrankungen; OR: 6,03). Antidepressiva stellten 66,2 % der Polypharmazietage und trugen somit den größten Anteil zu einem möglichen Risiko für Wechselwirkungen und Nebenwirkungen bei.³

Frühzeitige und anlassbezogene Screenings und Präventionsmaßnahmen

Ein Review analysierte die aktuelle Forschung zur Inzidenz kardiovaskulärer Erkrankungen, die mit der MS assoziiert sind, und ihren Einfluss auf den Verlauf der MS. Demnach werden Erkrankungen wie arterieller Bluthochdruck, metabolisches Syndrom, Schlaganfall und Herzinfarkt meist gut bei Menschen mit MS erkannt und behandelt. Andere häufige Begleiterkrankungen wie venöse Thromboembolien und autonome Dysfunktion könnten jedoch leicht in der Alltagspraxis übersehen werden, fanden die Wissenschaftler.

Die Autoren schlagen daher bereits zum Zeitpunkt der MS-Diagnose ein Screening zu Lebensstil und bestehenden Begleiterkrankungen wie Bluthochdruck oder Diabetes vor. Schon in den ersten Terminen sollten Patienten ermutigt werden, ihren Lebensstil zur Vorbeugung von Herz-Kreislauferkrankungen anzupassen. In spezifischen Situationen, etwa dem Therapiebeginn mit einer krankheitsmodifizierenden Medikation oder bei aggressiven Erkrankungsformen, sollten ausgedehntere kardiovaskuläre Untersuchungen durchgeführt werden. Kommt es bei Patienten zu unerklärten Stürzen, stärkerer Fatigue oder Anzeichen für eine orthostatische Intoleranz, seien schließlich gezielte Tests zum Erkennen einer autonomen Dysfunktion angebracht.⁴

Wichtige, komplexe Interaktion zwischen Herz-Kreislauf und MS

Bei MS bestehen somit komplexe Interaktionen zwischen genetischer Veranlagung, traditionellen Risikofaktoren, autonomer Dysfunktion, Inflammation und der MS-Therapie, die zusammen das Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen bei MS beeinflussen. Die Interaktion stellt jedoch keine Einbahnstraße dar: Kardiovaskuläre Störungen beeinflussen auch den Verlauf der MS mit sowohl subklinischen als auch deutlicheren Effekten wie verstärkter Schädigung des Nervengewebes, erhöhtem Risiko für kognitive Beeinträchtigungen, Stürze und Fatigue. Die aktuelle Forschung zeigt demnach, dass Früherkennung und Prävention von Herz-Kreislauferkrankungen einen hohen Stellenwert bei der MS einnehmen sollten.

Mit freundlicher Unterstützung der Bayer Vital GmbH

© Alle Rechte: DeutschesGesundheitsPortal

 **Weitere Informationen zur MS finden Sie unter**
www.ms-gateway.de



PARIS

Patient Reported Indicator Surveys

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

Rapport OCDE

UNE ENQUÊTE INTERNATIONALE RÉVÈLE LES FORCES ET LES DÉFIS DU SYSTÈME DE SANTÉ LUXEMBOURGEOIS

■ **Basée sur l'enquête PaRIS (Patient-Reported Indicator Surveys), qui a recueilli les perspectives de plus de 107 000 personnes âgées de 45 ans et plus dans 1 800 cabinets médicaux répartis dans 19 pays, cette étude permet une comparaison internationale de l'expérience des soins vécue par les patients ainsi que de leur perception des résultats de santé. Elle analyse également la manière dont les systèmes de santé répondent aux besoins des personnes atteintes de maladies chroniques.**

Mandatée par la Direction de la santé, le Luxembourg Institute of Health (LIH) a mené l'enquête PaRIS au Luxembourg, qui a recueilli les réponses de 1 590 patients sur leur santé, leur expérience des soins et leurs caractéristiques sociodémographiques. Des données ont également été collectées auprès de 52 cabinets médicaux.

Une qualité des soins jugée en grande partie satisfaisante

Les résultats indiquent que 72 % des répondants déclarent avoir une bonne santé physique et 86 % une bonne santé mentale, des chiffres légèrement supérieurs à la moyenne internationale de l'OCDE (70 et 83 %, respectivement). Le système de santé luxembourgeois se distingue aussi par la qualité des soins perçue et l'approche centrée sur le patient : 93 % jugent la qualité des soins satisfaisante et 91 % estiment que les soins sont adaptés à leurs besoins, dépassant respectivement la moyenne de l'OCDE de 87 et 85 %.

La confiance dans le système de santé est également relativement élevée, avec 66 % des personnes au Luxembourg exprimant leur confiance, contre une moyenne de l'OCDE de 62 %.

Des améliorations à faire dans la compréhension des informations numériques et dans la prise en charge des maladies chroniques

Seuls 56 % des répondants se sentent capables de gérer leur propre santé, un chiffre inférieur à la moyenne de l'OCDE (59%). La recherche et la compréhension des informations de santé numériques restent aussi une préoccupation : seulement 11% des patients au Luxembourg se sentent confiants dans leur capacité à comprendre et utiliser les informations de santé issues de sources numériques, telles que les sites web spécialisés ou les plateformes officielles, un taux en dessous de la moyenne de l'OCDE (19%), déjà relativement basse.

Un autre défi majeur souligné dans le rapport est le manque de coordination des soins de santé pour les patients atteints de maladies chroniques, ce qui peut interrompre la continuité des soins. Seuls 18% des patients au Luxembourg sont pris en charge dans des cabinets pouvant échanger des dossiers médicaux électroniquement, un chiffre bien inférieur à la moyenne internationale de l'OCDE (57%). De plus, seulement 18% des patients souffrant d'au moins deux maladies chroniques sont suivis dans des cabinets où des professionnels de santé autre que des médecins jouent un rôle dans la gestion des maladies chroniques, comparé à la moyenne de l'OCDE de 83%.

L'étude met ainsi en évidence des marges d'amélioration en ce qui concerne la culture numérique en matière de santé et l'adoption de systèmes de dossiers médicaux électroniques dans les établissements de soins primaires. Le système de santé luxembourgeois offre cependant des soins de haute qualité à la majorité des patients dans plusieurs domaines clés, et il doit continuer à se développer en faveur de soins centrés sur la personne et d'une meilleure implication des patients. Dans un contexte où les systèmes de santé évoluent à l'échelle mondiale, l'intégration des perspectives des patients devient essentielle pour adapter les politiques et les pratiques.

**Pour plus
d'informations
accès à
l'enquête
PaRIS**



« 93 % des patients au Luxembourg jugent la qualité des soins satisfaisante et 91 % estiment que les soins sont adaptés à leurs besoins — des résultats supérieurs à la moyenne de l'OCDE. »



**LUXEMBOURG
INSTITUTE
OF HEALTH**



Info

www.lih.lu

A propos du Luxembourg Institute of Health (LIH)

Le Luxembourg Institute of Health (LIH) est un établissement public de recherche biomédicale focalisé sur la santé de précision et investi dans la mission de devenir une référence de premier plan en Europe pour la traduction de l'excellence scientifique en avantages significatifs pour les patients.

Le LIH place le patient au cœur de toutes ses activités, animé par une obligation collective envers la société d'utiliser les connaissances et les technologies issues de la recherche sur les données dérivées des patients pour avoir un impact direct sur la santé des personnes. Ses équipes dévouées de chercheurs multidisciplinaires visent l'excellence, en générant des connaissances pertinentes liées aux maladies immunitaires et au cancer.

L'institut considère les collaborations, les technologies de rupture et l'innovation des processus comme des opportunités uniques d'améliorer l'application des diagnostics et des thérapies dans le but à long terme de prévenir les maladies.

„Bei hochentzündlicher MS mit Schüben und Kernspinaktivität trotz Immuntherapie kann die aHSZT ein Befreiungsschlag sein.“

Prof. Dr. Christoph Heesen



Neue Daten aus dem MS-Register der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft vor und nach einer Stammzelltherapie

Die autologe hämatopoetische Stammzelltransplantation (aHSZT) eröffnet einen neuen Behandlungsansatz für Menschen mit Multipler Sklerose (MS), deren Erkrankung trotz verlaufsmodifizierender Therapien fortschreitet. Seit Mitte der 1990er-Jahre wird die Methode mit zunehmendem Interesse als Option für Patienten mit hochaktiver, schubförmig verlaufender MS, bei denen herkömmliche Behandlungsstrategien keine ausreichende Krankheitskontrolle erzielen klinisch untersucht^{1,2}.

Die aHSZT zielt darauf ab, das Immunsystem "zurückzusetzen", um die Entzündungsaktivität im zentralen Nervensystem zu stoppen. Besonders profitieren können jüngere Patienten unter 50 Jahren, deren Erkrankung weniger als zehn bis fünfzehn Jahre besteht und die einen leichten bis mittelschweren Behinderungsgrad aufweisen (EDSS < 6 innerhalb von fünf Jahren nach Diagnose). Auch bei chronisch fortschreitenden Verlaufsformen kann die Therapie in Einzelfällen in Betracht gezogen werden.

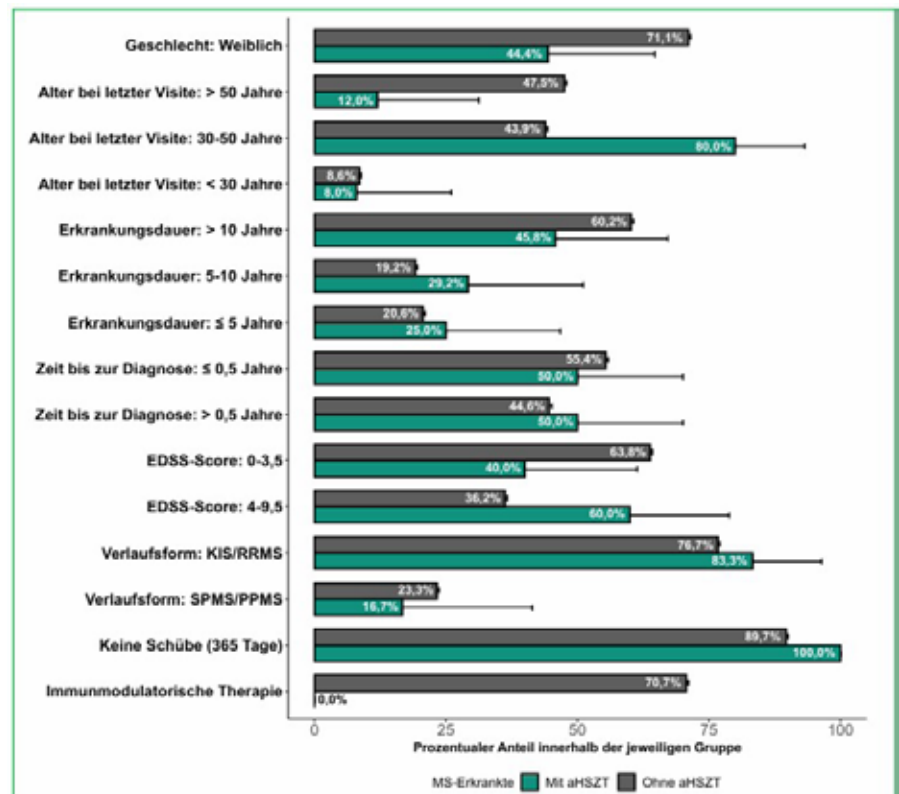


Abbildung 1: Klinische Merkmale im Gruppenvergleich zwischen Patienten mit und ohne aHSZT zum Zeitpunkt der letzten Visite.

Angegeben sind die prozentualen Anteile innerhalb der jeweiligen Gruppe. Die Linien hinter den Balken zeigen das obere 95% Clopper Pearson Intervall als Maß der statistischen Sicherheit.

Neuer Hoffnungsschimmer für Menschen mit MS

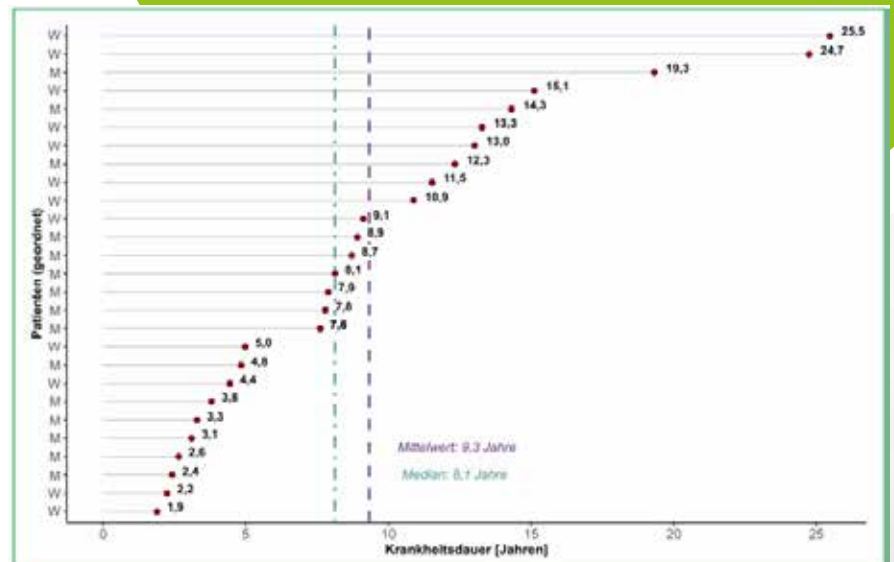
ERSTE ERGEBNISSE ZUR WIRKSAMKEIT DER AUTOLOGEN STAMMZELLTRANSPLANTATION (AHSZT)

Erste Registerdaten zeigen positive Tendenzen

Eine erste Auswertung aus dem MS-Register (www.msregister.de) der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG) liefert nun aktuelle Einblicke zur Anwendung der aHSZT in Deutschland. Analysiert wurden erste Daten von 27 Patienten, die nach einer Stammzelltransplantation nach einem Abgleich mit dem Deutschen Register für Stammzelltransplantationen (DRST)¹ im MS-Register dokumentiert sind, im Vergleich zu rund 51.000 MS-Erkrankten ohne diesen Eingriff. Die Auswertung zeigt: Personen mit aHSZT sind im Durchschnitt jünger, leben kürzer mit der Erkrankung, weisen aber häufiger einen höheren Behinderungsgrad auf. Nach der Transplantation wurde bei keiner der erfassten Personen eine Wiederaufnahme einer verlaufsmodifizierenden Therapie dokumentiert.

Abbildung 2: Krankheitsdauer (in Jahren) von Beginn der MS-Symptomatik bis zur Durchführung einer aHSZT.

Jeder Punkt stellt einen MS-Erkrankten dar und ist nach aufsteigender Krankheitsdauer sortiert. Die mittlere und mediane Krankheitsdauer bis zur Transplantation ist zusätzlich durch gestrichelte Linien gekennzeichnet.



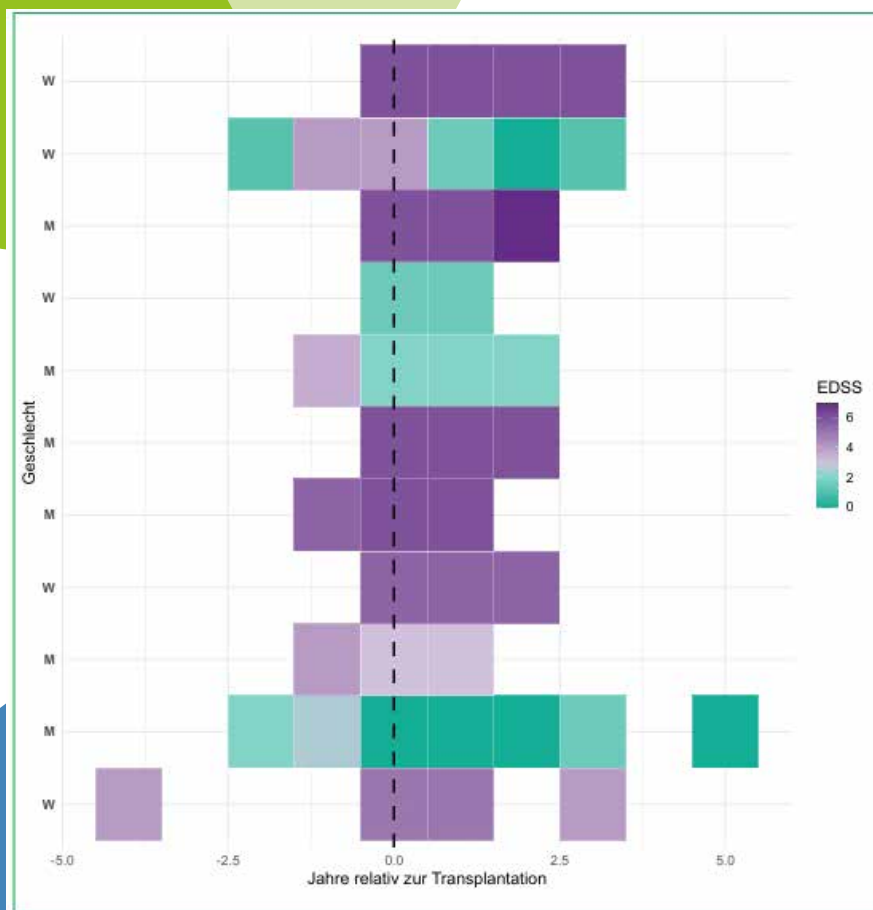


Abbildung 3: Verlauf des Behinderungsgrads anhand des EDSS-Wertes bei MS-Erkrankten relativ zur aHSZT.

Die vertikale schwarze Linie (Jahr 0) markiert den Zeitpunkt der Transplantation. Das Geschlecht der MS-Erkrankten wird als (M = männlich, W = weiblich) dargestellt. Die Balken zeigen die Entwicklung des EDSS-Wertes über die Jahre vor und nach Transplantation. Negative Werte zeigen die Zeit vor der Transplantation, positive Werte die Zeit danach. Die Farbcodierung spiegelt die Höhe des EDSS-Wertes wider: Türkisgrün steht für niedrige Werte, Dunkellila für hohe Werte. Patienten ohne Nachbeobachtungsdaten im MS-Register wurden für diese Darstellung ausgeschlossen.

Kleine Fallzahl, aber wichtige Erkenntnisse

Auch wenn die Zahl der bislang dokumentierten Fälle klein ist, liefern die Daten wertvolle Hinweise auf den Nutzen und die Grenzen der Methode. So zeigen einzelne Verläufe eine Stabilisierung oder sogar Verbesserung des Behinderungsgrades, andere hingegen weiterhin eine Zunahme der Beeinträchtigung. „Bei hochentzündlicher MS mit Schüben und Kernspinaktivität trotz Immuntherapie kann die aHSZT ein Befreiungsschlag sein“, sagt Professor Dr. Christoph Heesen vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Die Erfassung der Daten erfolgt im Rahmen der RECLAIM-Studie¹, einer bundesweiten Initiative zur systematischen Auswertung aller aHSZT-Behandlungen in Deutschland. Langzeitdaten sollen helfen, Wirksamkeit, Sicherheit und Kostenübernahme fundiert zu bewerten.

Quelle: MS-Register der DMSG
Abbildungen: Copyright MS-Register
Redaktion: DMSG-Bundesverband
e.V. 27.10.2025



EVENT



world**MS**day

30 MAI 2026



Save the date



navigating**MS**together

BTKi – die Richtung stimmt.

19. NOVEMBER 2025

PROF. DR. MED. MATHIAS MÄURER



Am 10.11.2025 hat die Fa. Roche eine Pressemeldung herausgegeben, in der mitgeteilt wurde, dass Fenebrutinib in einer ersten Phase-III-Studie (FENhance 2) von zwei ähnlich konzipierten zulassungsrelevanten Phase-III-Studien (FENhance 1 und 2) bei Patienten mit schubförmiger Multipler Sklerose (RMS) den primären Endpunkt erreicht hat. Die Studie konnte zeigen, dass Fenebrutinib – ein in der Entwicklung befindlicher Bruton-Tyrosinkinase (BTK)-Inhibitor – im Vergleich mit Teriflunomid (Aubagio®) die jährliche Schubrate über einen Zeitraum von 2 Jahren signifikant senkt.

Darüber hinaus teilte Roche mit, dass Fenebrutinib auch in der zulassungsrelevanten PPMS-Studie (FENTrepid) das Fortschreiten der Behinderung verlangsamen konnte – und zwar in ähnlichem Maße wie Ocrelizumab, die einzige zugelassene Therapie bei PPMS, die in dieser Studie als Vergleichssubstanz diente.

Auch wenn noch keine weiteren Einzelheiten der Studien bekannt sind, sind das zunächst einmal sehr gute Nachrichten: Fenebrutinib ist wie Tolebrutinib – für das kürzlich positive Ergebnisse für

die Behandlung der progressiven MS veröffentlicht wurden – ein oraler Bruton-Tyrosinkinase-Inhibitor (BTKi). BTKi können als „kleine Moleküle“ in das zentrale Nervensystem (ZNS) eindringen und dort sowohl eine Wirkung auf B-Zellen als auch auf Mikrogliazellen entfalten – zwei Zelltypen, die für die Entstehung von Krankheitsprogression eine Bedeutung haben. Fenebrutinib bindet allerdings im Gegensatz zu Tolebrutinib nicht-kovalent, also geht keine irreversible Bindung mit seiner Zielstruktur ein.

„Die Ergebnisse bestätigen das Potential der BTK-Inhibitoren, gezielt auf wichtige Treiber der Krankheitsprogression bei MS einzuwirken – ein entscheidender Schritt in Richtung wirksamerer Therapien.“



„Fenebrutinib zeigt, dass die Hoffnungen in diese Substanzgruppe berechtigt sind. Es geht nicht mehr nur um Schubkontrolle, sondern auch um das Aufhalten von Behinderungsfortschritt.“

Studien zu RMS und PPMS

Ähnlich wie das Zulassungsprogramm von Tolebrutinib umfasst das Phase-III-Programm von Fenebrutinib zwei Studien (FENhance 1 und 2) bei schubförmiger MS (RMS). Hier wurde Fenebrutinib mit dem aktiven Komparator Teriflunomid, einem etablierten, moderat wirksamen Medikament zur Behandlung der schubförmigen MS verglichen. In FENhance 1 und 2 wurden insgesamt knapp 1.500 Patienten eingeschlossen und im gleichen Verhältnis entweder auf Fenebrutinib (2 Tabletten täglich) oder Teriflunomid randomisiert. Primärer Endpunkt war die jährliche Schubrate. Darüber hinaus umfasste das Studienprogramm eine Studie zur primär progredienten Multiplen Sklerose (PPMS – FENTrepid). Diese Studie ist von großem Interesse, weil Fenebrutinib hier nicht (wie häufig bei Studien zur progredienten MS) mit Placebo verglichen wurde, sondern mit Ocrelizumab – dem bisher einzig zugelassenen Medikament zur Behandlung der PPMS und darüber hinaus eine der wirksamsten Substanzen zur Behandlung der RMS. In diese Studie wurden insgesamt 985 Patienten eingeschlossen, die zu gleichen Anteilen entweder auf Fenebrutinib oral oder Ocrelizumab intravenös randomisiert wurden.

Um die Studienergebnisse einordnen zu können, werden natürlich weitere Daten benötigt. Diese sollen in der ersten Hälfte des Jahres 2026 kommuniziert werden. Erst dann wird es möglich sein, die Wirkung und Sicherheit von Fenebrutinib – auch im Vergleich mit anderen MS-Therapien zu bewerten – alle aktuellen Interpretationsversuche wären spekulativ.

Man kann aber bereits zum jetzigen Zeitpunkt festhalten, dass die Hoffnungen, die in die Entwicklung von BTKi gesetzt wurden, nicht zu Unrecht waren. Letztlich bestätigen die Ergebnisse der Fenebrutinib-Studien das Potential der Substanzgruppe im Hinblick auf eine Wirkung auf wesentliche Treiber der Krankheitsprogression bei MS. Damit wird auch das Vertrauen in die Wirkung von Tolebrutinib steigen, das als erster BTKi im Frühjahr nächsten Jahres eine Zulassung erhalten wird und dann zur Behandlung von MS-Betroffenen zur Verfügung steht.

Die in Kürze erwarteten genaueren Ergebnisse der Fenebrutinib-Studien werden dann helfen, die Einsatzgebiete dieser neuen Substanzgruppe genauer zu definieren und damit den besten Wert für MS Erkrankte zu erzielen. Man darf also weiter gespannt sein.

MS-DOCBLOG



Info

www.ms-docblog.de

DONS MSL

Merci... POUR VOTRE GÉNÉROSITÉ

Grâce à vos dons, nous pouvons continuer à faire la différence. Votre soutien est précieux et nous vous en sommes profondément reconnaissants. Votre générosité et votre engagement nous touchent profondément et nous permettent de poursuivre notre mission avec encore plus de force et de détermination.



 Austausch mat dem Patientebeirat vum DMSG Landesverband Samschdes de 27te September zu Tréier am Bruderkrankenhaus. Mir si wéi Frënn empfaange ginn an hunn déi eng oder aner interessant Iddi mat zréck bruecht. Schéi wann ee vun deem anere séngen Erfarunge léiere kann.

4.900
€

 Merci fir de generéisen Don vum Buchanan Programme & Luca Ranieri

2.107
€



 De Sonndeg, 19ten Oktober 2025 haten de Jean-Nico Schambourg (Bass) an d'Arina Rasheva (Piano) op de Récital "Buffo in Love" bei Piano Kelly zu Niederanven invitéiert.

Méi wéi 100 Leit haten de Wee an dee Concert fonnt, dee mat sengem Programm aus Bass Arien aus Oper an Operetten a Liebesliddern ze be-geschtere wousst.

Eng Kollekt zum Schluss vum Concert huet 2107€ erabruucht déi integral u Multiple Sclérose Lëtzebuerg iwwerwise goufen.

E grouse Merci un d'Alexandra, wat de Concert vermëttelt huet, un d'Museker, fir hier Generositéit an déi flott Virstellung an u Piano Kelly fir d'Bereetstelle vun de Lokalitéiten an den Éierewäin nom Concert.

Résidence Al Esch

À VOTRE SERVICE DEPUIS 1996.



Die Residenz Al Esch ist eine Wohnstruktur für teils autonome MS Betroffene und Menschen mit ähnlichen neuro-muskulären Erkrankungen. Sie besteht seit 1996 und befindet sich im Herzen von Esch- Alzette

Betroffene leben hier allein oder zusammen mit Partner und / oder Kindern.

Selbstbestimmt und teilsautonom planen sie ihren Tag, bei Bedarf mit der Unterstützung von mobilen Hilfs- und Pflegediensten und wenn sie es wünschen stehen ihnen in der Residenz verschiedene Dienste zur Verfügung.

Eine Sozialarbeiterin hilft bei administrativen Fragen und steht den Betroffenen und ihren Angehörigen zusammen mit einer Psychologin und einer Erzieherin unterstützend zur Seite.

Die zwei Damen vom "Handkesselchen" bieten den Bewohnern eine Hilfestellung für Besorgungen, kleine Haushaltsarbeiten oder, auf Anfrage, die Essenszubereitung an.

Das Hausmeister – Team ist Anlaufstelle für allerlei technische Anfragen und kümmert sich um Sauberkeit und Sicherheit in und um die Residenz herum.

Im Erdgeschoss ermöglicht ein Gemeinschaftsraum mit Küche geselliges Zusammensein.

Ein mit Geräten ausgestatteter Physiotherapieraum kann allein oder mit dem eigenen Physiotherapeuten genutzt werden.

Die Residenz zeichnet sich durch eine gute Zugänglichkeit sowie barrierefreies Wohnen aus, zu Preisen welche deutlich unter jenen des freien Wohnmarktes liegen.

Folgende Wohnungen können zur Verfügung gestellt werden :

WOHNUNG	Fläche	Monatliche Miete	Monatlicher Vorschuss auf Nebenkosten
Studio	44m ²	440€	150€
Wohnung mit 1 Schlafzimmer	75m ²	750€	200€
Wohnung mit 2 Schlafzimmern	94 m ²	940€	250€
Wohnung mit 2 Schlafzimmern	109m ²	1090€	250€



PARKING

Falls ein Parkplatz für das gewünschte Appartement verfügbar ist, belaufen sich die Kosten auf 60€ pro Monat.

Bei Interesse können Sie bei der Sozialarbeiterin, Frau Weber Shevon, um einen Termin für ein Anmeldegespräch bitten: T. 54 74 17

Tous solidaires !

GEMEINSAM SIND WIR STARK



Multiple Sclérose Lëtzebuerg (MSL) est une association de fait regroupant l'asbl Ligue luxembourgeoise de la sclérose en plaques (LLSP) et la Fondation Sclérose en plaques Luxembourg (FSPL). C'est grâce au soutien moral et financier de ses membres et donateurs que MSL peut garantir ses nombreuses activités en faveur des personnes atteintes de sclérose en plaques et de leurs proches et représenter leurs intérêts.

CONTACT

Maison 1b, L-7425 Bill
www.msl.lu - info@msl.lu
T. 26 61 05 56

Multiple Sclérose Lëtzebuerg



«Multiple sclérose Lëtzebuerg (MSL)» ist eine De-Facto-Vereinigung welche aus der Vereinigung ohne Gewinnzweck «Ligue luxembourgeoise de la sclérose en plaques (LLSP)» und der «Fondation Sclérose en plaques Luxembourg (FSPL)» besteht. Die vielen Initiativen der MSL im Interesse der MS Betroffenen und ihrer Angehörigen sowie die Vertretung ihrer Interessen können nur Dank der moralischen und finanziellen Unterstützung unserer Mitglieder und Spender stattfinden.

Multiple Sclérose Lëtzebuerg

BCEE IBAN LU25 0019 3055 2224 5000
(steuerlich absetzbar - déductible fiscalement)

Ligue Luxembourgeoise de la Sclérose en Plaques

CCPL IBAN LU73 1111 0668 8249 0000
(steuerlich nicht absetzbar - non déductible fiscalement)



Demande d'adhésion / Beitrittserklärung

Le montant de - Den Betrag von



MINIMUM 20€

**a été viré sur le compte
habe ich auf das Konto überwiesen**

Ligue Luxembourgeoise
de la sclérose en plaques
CCPL LU73 1111 0668 8249 0000

avec la mention « cotisation »
mit der Mitteilung „Mitgliedsbeitrag“

*Je désire recevoir des informations sur des
activités à l'intention de Sepiens*

*Ich möchte Informationen über Aktivitäten
für MS-Betroffene erhalten*

☐ E-mail ☐ Courrier - Post

*En tant que membre vous recevrez le trimestriel
MS Kontakt 4x/an.*

*Als Mitglied erhalten Sie 4x/Jahr
die Zeitschrift MS-Kontakt.*

Name / Vorname - Nom / Prénom

Geburtsdatum - Date de naissance

Nationalität - Nationalité

Strasse + Nr - Rue et No

Postleitzahl - Code postal

Wohnort - Lieu

Email - Email

Telefonnummer (fakultativ) - Téléphone (facultatif)

MS-betroffen ? (fakultativ) - Concerné par la SEP ? (facultatif)

☐ Ja - Oui ☐ Nein - Non

Seit - Depuis

Datum - Date

Unterschrift - Signature

Remue-méninges

TRAIN YOUR BRAIN



B	E	U	M	K	N	M	K	C	A	D	E	A	U
I	S	C	S	I	M	V	P	A	R	T	A	G	E
E	A	B	O	F	S	B	A	O	H	J	O	I	E
N	P	P	U	O	U	S	Z	G	X	G	X	S	M
V	I	X	R	R	C	D	B	I	I	Q	D	B	R
E	N	U	I	C	V	O	B	M	V	V	E	K	I
I	U	W	R	E	P	M	U	C	M	N	R	F	E
L	S	H	E	E	N	E	U	R	O	N	E	E	S
L	G	Q	P	G	N	I	L	Y	A	M	V	T	P
A	O	M	N	E	I	G	E	R	J	G	B	X	O
N	O	R	A	X	A	R	A	A	V	R	E	S	I
C	K	D	L	U	M	I	È	R	E	O	O	K	R
E	W	U	J	O	C	H	A	L	E	U	R	F	F
S	O	L	I	D	A	R	I	T	É	P	A	I	X

RÈGLES DU «MOTS-CACHÉS» :

Retrouvez les mots cachés dans la grille. Ils peuvent être écrits horizontalement, verticalement et diagonalement.

Mots à trouver :

Courage	Chaleur
Espoir	Neige
Neurone	Sapin
Solidarité	Givre
Bienveillance	Sourire
Force	Cadeau
Lumière	Joie
Partage	Paix



Comité de rédaction

Mandy Ragni, Anne Leurs,
Béatrice Bockholtz, Isabelle Cames
et Anne-Marie Pauly-Pitz

Adresse postale

MS-Day Center um BILL
Maison 1b | L-7425 BILL
Tél: 26 61 05 56
www.msl.lu | info@msl.lu

Siège social

An der Bongeschgewan
48, rue du Verger
L-2665 Luxembourg

Print & Design

Réalisation : JH Communication
Imprimé au Luxembourg
sur papier écologique PEFC/FSC

MSL Ligue et Fondation

Bulletin trimestriel
42ème année
Tirage: 1200 exemplaires

Disclaimer



Le trimestriel MS Kontakt s'entend comme une plateforme permettant d'échanger des informations pouvant intéresser les personnes concernées par la sclérose en plaques. Les articles et avis partagés ne reflètent pas nécessairement l'avis du comité de rédaction ou de Multiple Sclérose Lëtzebuerg et n'engagent en rien sa responsabilité.



Den MS Kontakt versteet sech als Plattform fir Informatiounen auszetauschen déi MS Beträffender interesséiere kënnen. D'Artikelen a Meenunge spigelen net onbedéngt d'Meenung vum Redaktionscomité oder vun MSL erëm an engagéieren och net hier Responsabilitéit.



Multiple Sclérose Lëtzebuerg | Maison 1b | L-7425 Bill

www.msl.lu | T. 26 61 05 56 | info@msl.lu

Multiple Sclérose Lëtzebuerg    



PERIODIQUE	
Envois non distribuables à retourner à: L-3290 BETTEMBOURG	PORT PAYÉ PS/023