**Er null-toleranse realistisk i behandlingen av multippel sklerose**

Multippel sklerose (MS) er en nevrologisk, autoimmun sykdom som over tid kan forårsake betydelig funksjonssvikt og handicap hos unge mennesker, og forekomsten i Norge er blant de høyeste i verden. Det finnes tre kliniske fenotyper av MS : en relapserende MS, en sekundær progressiv MS og en primær progressiv MS. Ca 1/5 av pasientene har en primær progressiv sykdom fra begynnelsen. De resterende pasientene har en relapserende MS med attakker av nevrologiske symptomer som kommer og går, men hvor en over tid akkumulerer permanente utfall. Disse pasientene vil gå over i en sekundær progressiv sykdom etter ca 15 år. Det finnes ingen sykdomsbremsende behandlingsalternativer for progressiv MS, men håpet er at vi kan bremse utviklingen av progressiv sykdom med sykdomsmodifiserende medikamenter. Vi har sett en revolusjon av behandlingsalternativer for attakkvis MS de siste 10 årene med mer og mer effektive preparater. I dag har vi injeksonspreparater, tabletter og infusjoner som reduserer den årlige attakkraten med 30-70%. Effektiviteten av behandlingen bestemmes av antall nye attakker, sykdomsprogresjon som målt av EDSS skalaen og MR forandringer. Ifølge de fleste norske nevrologer kan en tillate noen forandringer på en MR eller et mildt attakk uten å behøve å forandre behandling. Samtidig kommer det nå bevis på at førtselinjepreparatene muligens ikke utsetter tiden før man når sekundær progressiv sykdom allikevel. Er vi aggressive nok i behandlingen av MS?

Flere studier tar nå i bruk konseptet NEDA som et behandlingsmål. NEDA ble først tatt i bruk av reumatologene i behandlingen av reumatisk artritt og står for No Evidence of Disease Activity eller “Ingen tegn til sykdomsaktivitet”. For å oppnå NEDA skal man ikke ha en eneste ny MR forandringer, absolutt ingen attakker og helt stabil EDSS. De allerede etablerte behandlingsalgoritmene legger ikke opp til NEDA. Med tanke på at vår nåværende førstelinjebehandling sannsynligvis ikke er nok for mange av pasientene, er det på tide at vi blir mer aggressive? Er det på tide at vi introduserer NEDA, ikke bare som en utopisk fantasi, men som et reelt behandlingsmål?

På vegne av meg selv og min forskningsgruppe ved Vestre Viken, Ullevål og Telemark sykehus, ønsker jeg å takke så mye for deres sjenerøse bidrag til vårt prosjekt. Disse pengene vil bli brukt i forskning for å forbedre behandlingen av MS pasienter. Vi ønsker å gjøre en retrospektiv, real-life studie hvor vi vil gå gjennom journalene til alle pasienter Oslo, Buskerud og Telemark. Dette tilsvarer nærmere 2500 pasienter eller 25% av den norske MS populasjonen. Vi vil finne nøyaktig hvor mange av våre pasienter som faktisk oppnår NEDA og hva som øker sjansen for å nå dette målet. Med disse data vil vi kunne se hvor mange av våre pasienter som har oppnådd NEDA etter ett år, to år, 5 år og 10 år. Vi kan med dette vurdere de forskjellige medikamentene opp mot hverandre i ”real life” og vi får en fantastisk mulighet til å observere sykdomsprogresjon og prognose i en stor norsk MS populasjon. Vi ønsker også å genteste NEDA gruppen og kombinere denne informasjonen med data om kjønn, alder, sykdomslengde, alvorlighetsgrad av attakker osv for å finne hvem som har størst sjanse for å oppnå NEDA med førstelinje og hvem som bør behandles mer aggressivt fra begynnelsen. Med dette vil vi forhåpentligvis få muligheten til å lage vår egen behandlingsalgoritme som drives av NEDA.

Det er på tide at vi tenker annerledes i MS behandlingen. For å sitere en personlig helt av meg, nevrolog Dr Giovannoni i London: «Reumatologene har vist at å streve etter NEDA har betydelig redusert behovet for leddproteser. Forskjellen mellom reumatisk artritt og multippel sklerose er at vi ikke har muligheten til å erstatte hjernen og ryggmargen».