

# Intratect® (IVIG)

**Erst-Antrag** zur Vergütung in der vorgesehenen Indikationen.

Indikation: Gesicherte multifokale motorische Neuropathie (MMN)

## Personalien Patient(in):

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ

Ort:

## Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt)

Adresszusatz:

PLZ

Ort:

## Angaben zur Diagnosesicherung (Zutreffendes ankreuzen):

### Kernkriterien

Langsam progressive oder schrittweise progressive asymmetrische Extremitäten-schwäche oder eine messbare motorische Schwäche im Innervationsgebiet von mindestens zwei Nerven, die länger als 1 Monat (gewöhnlich mehr als 6 Monate) besteht?

Ja

Nein

Keine objektivierbaren sensiblen Ausfälle, ausser einer leichten Pallhypästhesie?

Ja

Nein

### Unterstützende Kriterien

Überwiegende Beteiligung der oberen Extremitäten?

Ja

Nein

Abgeschwächte Muskeleigenreflexe?

Ja

Nein

fehlende Hirnnervenbeteiligung?

Ja

Nein

Krämpfe (z. B. Crampi) Myokomien oder Faszikulationen in den beteiligten Extremitäten?

Ja

Nein

### Ausschlusskriterien (alle müssen „Nein“ sein)

Zeichen der Beteiligung des ersten Motoneurons?

Ja

Nein

Deutliche bulbäre Beteiligung?

Ja

Nein

Gefühlsstörungen, die deutlich über eine leichte Pallhypästhesie hinausgehen?

Ja

Nein

Diffuse symmetrische Schwäche während des Erkrankungsbeginns?

Ja

Nein

Liquoreiweiss über 1g/l?

Ja

Nein

### Sonstige Erkrankungen:

**Begleitmedikation:**

**Behandlung mit Intratect® (humanes intravenöses Immunglobulin G)**

Dosierungsempfehlung aus Guidelines: 2g/kg KG aufgeteilt auf 2-5 Tage

Geplante Intratect® Dosierung pro Monat:

Körpergewicht Patient(in):

Intratect® Bedarf pro Monat in Gramm:

Geplante Therapiedauer bis zum nächsten Kostengutspracheantrag:       3 Monate       6 Monate

**Anfragender Arzt/Ärztin:**

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

**bei Spital zusätzlich Name des Spitals:**

**Abteilung:**

Datum: ..... Stempel/Unterschrift:.....

Guidelines der EFNS/PNS Task Force <sup>(3)</sup>:

Prinzipielle Empfehlungen für das Therapiemanagement:

1. IVIg (2g/kg verteilt über 2-5 Tage) sollte als Therapie der 1. Wahl angesehen werden, wenn die vorliegenden Behinderungen eine Behandlung erfordern (Evidenzlevel A)
2. Kortikosteroide werden nicht empfohlen. Sie gelten als unwirksam (Gute Praxis, Evidenzklasse IV)
3. Wenn eine Initialtherapie erfolgreich war, sollte sie bei diesem Patienten(in) wiederholt werden (Erhaltungstherapie) (Evidenzlevel C).
4. Die Dauer der Erhaltungstherapie hängt vom Grad des Ansprechens ab. Typisches Behandlungsregime ist die Gabe von 1 oder 2g/kg alle 2 bis 4 Wochen (Gute Praxis, Evidenzklasse V).

Quellen:

- 1) Boërio D. et al.: Nerve excitability changes after intravenous immunoglobulin infusions in multifocal motor neuropathy and chronic inflammatory demyelinating neuropathy. *J. Neurol. Sci.* (2010) 292:63-71
- 2) Donofrio, P. et al.: Consensus statement: the use of intravenous immunoglobulin in the treatment of neuromuscular conditions. Report of the AANEM ad hoc Committee. *Muscle Nerve* (2009) 40: 890-900
- 3) EFNS/PNS Task Force Guideline on management of multifocal motor neuropathy. *J. Periph. Nerv. Syst.* (2006) 11:1-8
- 4) Gajdos, P. et al.: Intravenous immunoglobulin for myasthenia gravis (Review). *Cochrane Collab.* (2008), issue 1, pp. 1-27; *John Wiley & Sons (eds)*
- 5) Léger J.-M. et al.: Intravenous immunoglobulin as short- and long-term therapy of multifocal motor neuropathy: a retrospective study of response to IVIg and of its predictive criteria in 40 patients. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* (2008) 79: 93-96
- 6) Slee M. et al.: Multifocal neuropathy. *Neurology* (2007) 89: 1680-1689
- 7) Delmont E. et al.: Multifocal motor neuropathy with and without conduction block. A single entity? *Neurology* (2006) 67: 592-596