

43 Multiple Sklerose

H. Wiethölter

Häufigkeit und Vorkommen – 1105

Ätiologie und Pathogenese – 1105

Pathologie – 1108

Klinik – 1111

Diagnose – 1119

Differenzialdiagnose – 1127

Komplikationen – 1128

Therapie – 1128

Symptomatische Therapie – 1129

Kausal begründete Therapie – 1132

Prognose – 1136

Literatur – 1137



Die multiple Sklerose (MS) ist eine der häufigsten neurologischen Erkrankungen, für deren Ursache es bislang keine einheitliche Erklärung gibt. Grundpfeiler der Diagnostik ist die Klinik, ergänzt durch die Magnetresonanztomographie (MRT). Eine Liquoruntersuchung zum Nachweis der entzündlichen Genese nachgewiesener multifokaler Störungen ist bei allen unklaren Fällen und bei älteren Patienten erforderlich. Zur Bestätigung und Verlaufskontrolle sind elektrophysiologische Verfahren hilfreich.

Die MS verläuft anfangs oft schubförmig-remittierend, später dann schubförmig- oder sekundär chronisch-progressiv. Die kausale Behandlung erfolgt in Abhängigkeit von der Krankheitsaktivität mit Steroiden im akuten Schub und immunmodulatorisch oder immunsuppressiv entsprechend der vorliegenden Verlaufsform und ihrer Dynamik.

Symptomatische Therapiemaßnahmen tragen ganz wesentlich zur Verbesserung der Lebensqualität und -erwartung bei und werden individuell an die Bedürfnisse angepasst.

Häufigkeit und Vorkommen

Die MS ist vornehmlich eine entzündlich demyelinisierende Erkrankung des Zentralnervensystems, deren Hauptmerkmal rezidivierend auftretende schubförmige Manifestationen mit fokalen oder multifokalen neurologischen Ausfällen darstellen. Die Prävalenz für MS in Deutschland liegt bei etwa 120 000 Patienten. Durch steigende Lebenserwartung und verbesserte diagnostische Möglichkeiten mit früherer Diagnosestellung, ist mit einem weiteren Ansteigen der Prävalenz zu rechnen. Bezogen auf 100 000 Einwohner beträgt die Prävalenz für Deutschland und Österreich etwa 80–120, wobei Frauen im Verhältnis 1,8:1 häufiger als Männer erkranken. Das Hauptmanifestationsalter liegt zwischen dem 15. und 50. Lebensjahr. Die Inzidenz wird auf etwa 4 pro 100 000 Einwohner pro Jahr geschätzt.

Ätiologie und Pathogenese

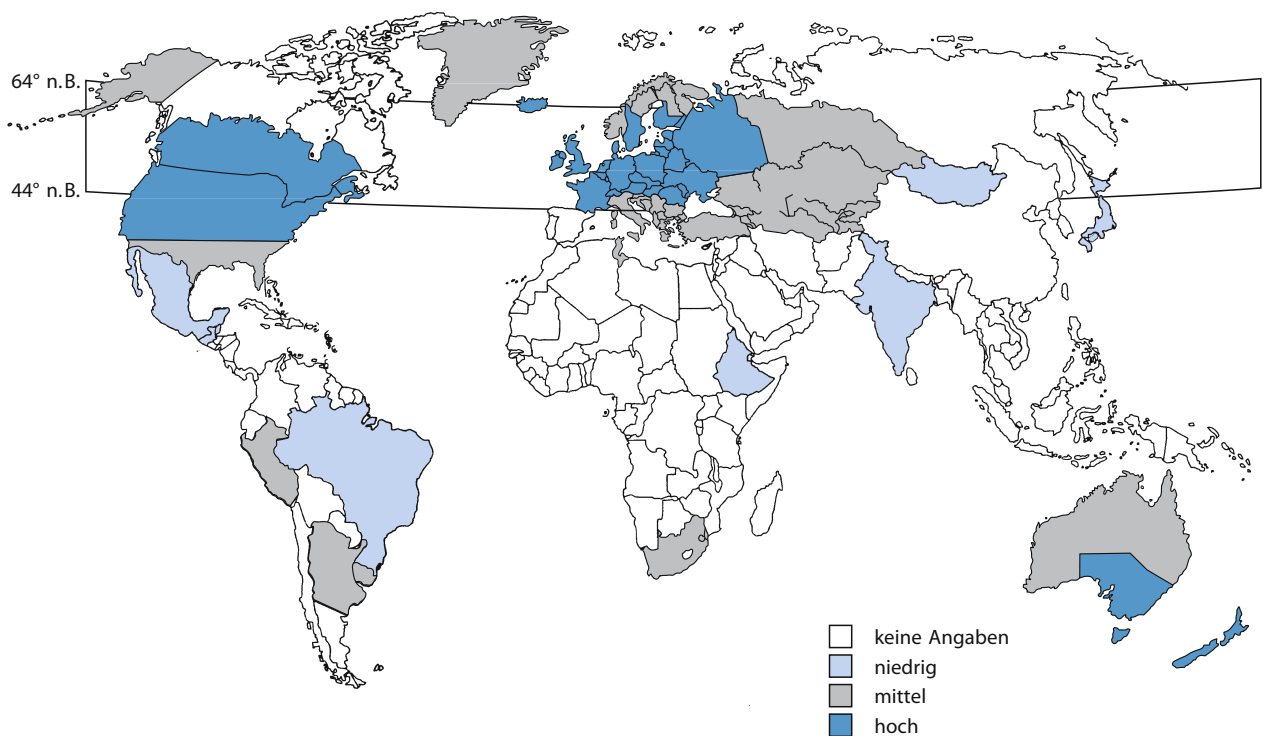
Derzeit werden drei Faktoren als bedeutend diskutiert:

- Einflüsse von Faktoren aus der Umwelt,
- Einflüsse genetischer Determinanten,
- eine autoimmune Reaktion.

Faktoren aus der Umwelt

Entsprechend epidemiologischen Untersuchungen zeigt sich ein Nord-Süd-Gefälle mit jeweils polwärts in den mittleren Breitengraden zunehmender Häufigkeit und geringer, nahezu fehlender Prävalenz in Äquatornähe (Abb. 43.1). Dieser Breitengradient ist, wenn auch statistisch relativ kontinuierlich, doch nicht ohne Sprünge und Clusterbildungen. So findet sich auf den Orkney- und Shetlandinseln eine Prävalenz von 309 bzw. 184, auf den nahegelegenen Färöerinseln jedoch nur von 34 pro 100 000 Einwohner. Vor 1940 war die MS auf den Färöerinseln nicht bekannt, und es wird vermutet, dass die Zunahme der Prävalenz mit der Invasion britischer Soldaten während des 2. Weltkrieges zusammenhängt. Auch andere epidemiologische Erkenntnisse weisen auf Umweltfaktoren hin. Migrationsstudien zeigen, dass eine Population ihr spezifisches Erkrankungsrisiko auch nach Umsiedlung in weit entfernte Gegenden mit einer anderen Erkrankungsrate beibehält. Diese Migrationskonstanz gilt aber nur für Erwachsene (Alter über 15 Jahre). Daraus lässt sich auf eine Determinationsphase in der Kindheit (vor dem 15. Lebensjahr) schließen.

Insbesondere die Migrationsstudien legen die Annahme einer infektiösen Genese der MS nahe. Für verschiedene tierpathogene neurotrope Viren sind lange Latenz- und Persistenzperioden bekannt, denen eine langsam progrediente, chronische Erkrankung folgt. Beispiele dafür sind das Theilervirus und das Coronavirus, die beide nach initialer Infektion der Oligodendrozyten, je nach experimentellen Bedingungen, zu chronisch-rezidivierenden Formen einer demyelinisierenden Enzephalomyelitis mit zellvermittelter Autoimmunreaktion führen können (ter Meulen 1988). Auch Retroviren (z. B. HTLV I), Masern und Hun-



■ **Abb. 43.1.** Weltweite Häufigkeit der MS. (Nach Kurtzke 1983)

destaueviren sind diskutiert worden. Alle Versuche, spezifische Viruspartikel oder Virusgenome (z. B. durch Hybridisierungstechniken) im Hirngewebe verstorbener MS-Patienten nachzuweisen, haben bislang nur unspezifische Befunde gebracht. Auch der Nachweis von Chlamydien als Trigger oder ursächlich verantwortlich konnte nicht geführt werden.

Trotzdem bleibt insbesondere auch unter Berücksichtigung von Studien mit transgenen Mäusen der Verdacht, dass spezielle Infektionen die Immunitätslage so modifizieren können, dass sie für die Pathogenese der MS bedeutsam sind. Unabhängig davon können Infektionen den Verlauf einer MS verändern. Eine Blasenentzündung oder eine z. B. aus anderer Ursache erhöhte Körpertemperatur kann bestehende Symptome verschlechtern (Uhthoff-Phänomen als temperaturabhängige Funktionsstörung). Andererseits können Virusinfektionen offenbar einen Schub triggern. Wahrscheinlich sind Virusinfektionen zu einem Drittel für die Auslösung eines Schubes verantwortlich.

Genetische Determinanten

Die Wirksamkeit genetischer Faktoren in der Pathogenese der MS wird durch epidemiologische Beobachtungen und durch Familienstudien, insbesondere bei Zwillingen, belegt. Einige Volksgruppen erkranken sehr viel seltener an MS, als dies aufgrund ihrer geographischen Verbreitung zu erwarten wäre. So ist beispielsweise das Risiko einer MS bei amerikanischen Indianern und Schwarzen niedriger als bei Weißen in der gleichen Region. In Japan entspricht die Prävalenz etwa 10% derjenigen von Amerikanern, die in glei-

cher geographischer Breite leben. Andere ethnische Gemeinschaften erkranken noch seltener: Bei Eskimos und ungarischen Zigeunern z. B. ist die MS nahezu unbekannt.

In Familienstudien in Europa haben Verwandte ersten Grades eine Lebenszeiterkrankungswahrscheinlichkeit (LZ-EW) von etwa 3%, Verwandte 2. und 3. Grades eine von etwa 1% im Vergleich zu einer LZ-EW von 0,3% in der allgemeinen Bevölkerung. Ist ein Geschwister erkrankt, liegt der empirische Wert für jedes weitere Geschwister bei 3,8% (dies gilt auch für zweieiige Zwillinge), für den eineiigen Zwilling bei etwa 30%.

Selbst wenn Angehörige nicht manifest erkranken, lässt sich ein erhöhtes Risiko noch anhand des Liquors (Nachweis oligoklonaler Banden) und der MRT nachweisen. 13–20% monozygoter und 9% heterozygoter klinisch nicht erkrankter Zwillinge zeigen MRT-Veränderungen im ZNS, die allerdings nicht die typische MS-Morphologie haben (Mumford 1994).

Wesentlich für die genetische Disposition sind spezifische HLA-Antigene, die bei der MS häufiger auftreten. Zur Aufrechterhaltung der Selbsttoleranz spielen genetische Faktoren die entscheidende Rolle. Assoziationen mit dem HLA-A3 und B7 (Klasse I der MHC-Genprodukte) und mit HLA-DR2 (Klasse II der MHC-Genprodukte) sind zumindest in der nordeuropäischen Bevölkerung überzufällig häufig. Auch spezifische T-Zell-Rezeptorgene finden sich bei MS-Patienten offensichtlich häufiger. Inwieweit eine genetisch determinierte, veränderte Myelinzusammensetzung (defektes Myelin) die demyelinisierende Entzündung zu modulieren vermag, ist bislang noch nicht eindeutig klar.

Autoimmune Reaktion

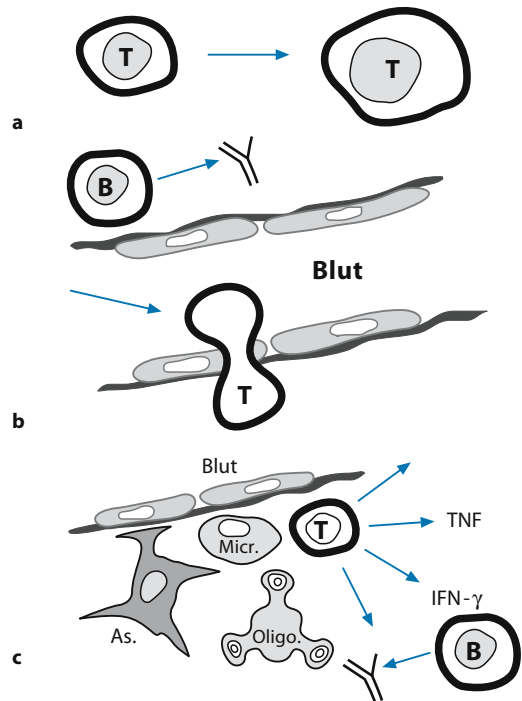
Eine autoimmune Reaktion lässt sich durch eine Balance-störung autoimmun wirksamer Mechanismen erklären, bei der es zu einer Verschiebung des Gleichgewichts von T-Suppressor- und T-Helferzellen kommt und autoaggressive Zellen wirksam werden können. Selbst bei Gesunden gibt es einen verschwindend geringen Teil von autoaggressiven T-Zellen, die spezifisch gegen Autoantigene des ZNS gerichtet sind.

Als Antigene, die bei der MS eine Rolle spielen, werden

- myelinbasiertes Protein (MBP),
- Proteolipidprotein (PLP),
- myelinassoziertes Glykoprotein (MAG),
- Myelin-Oligodendrozyten-Protein (MOG) und
- Hitzeschockproteine (HSP)

diskutiert. Unbekannt ist, wodurch autoreaktive T-Zellen in einen aktiven Status übergehen können und wie es zur Expression von Oberflächenantigenen auf ortständigen Zellen im ZNS kommt, die üblicherweise zur Antigenexpression nicht in der Lage sind. Denkbar wäre ein Mechanismus, bei dem durch eine minimale Entzündung im Gehirn (möglicherweise im Rahmen einer banalen Virusinfektion) Zytokine im Gehirn freigesetzt werden, die auf den Mikrogliazellen zur vermehrten Expression von MHC-Molekülen führen, die von den in das ZNS eingewanderten autoreaktiven T-Zellen erkannt werden können. Ein MS-Schub läuft im Sinne einer Entzündungskaskade, wobei viele fördernde und hemmende Mechanismen nebeneinander zeitgleich wirksam werden, bis die Entzündung durch eine Selbstlimitierung zum Stillstand kommt (■ Abb. 43.2). Folgende Schritte lassen sich beschreiben:

1. Durch unterschiedliche Mechanismen werden T-Helferzellen in der peripheren Zirkulation aktiviert mit vermehrtem Freisetzen von Adhäsionsmolekülen wie LFA 1 (*lymphocyte function associated antigen*) und VLA 4 (*very late activation antigen*) sowie L-Selectin. Bei einigen Sonderformen der MS werden in besonderem Maße auch B-Lymphozyten stimuliert und zur Bildung von Antikörpern extra- und intrazerebral angeregt.
2. Drei Mechanismen werden aktiviert, um Lymphozyten die Blut-Hirn-Schranke überwinden zu lassen: Chemotaxis, Adhäsion und Migration. Auf den Endothelzellen der Blut-Hirn-Schranke werden dazu passend Adhäsionsmoleküle exprimiert, die sich auch im zirkulierenden Blut nachweisen lassen. Hierzu gehören ICAM 1 (*intracellular adhesion molecule*), das mit dem LFA 1 auf den Lymphozyten interagiert, und VCAM 1 (*vascular cell adhesion molecule*), das mit dem VLA 4 interagiert. VCAM 1 wird auch auf T-Lymphozyten, Makrophagen und Mikrogliazellen exprimiert, ICAM 1 auf Makrophagen. IL 1 (*Interleukin 1*), IFN- γ (*Interferon- γ*) und TNF- α (*Tumornekrosefaktor- α*) sind für eine vermehrte Expression von Adhäsionsmolekülen an der



■ **Abb. 43.2 a–c.** Schematische Darstellung einzelner Teilschritte in der Pathophysiologie der MS. **a** Periphere Aktivierung autoreaktiver T-Lymphozyten in der Peripherie. **b** Penetration der Blut-Hirn-Schranke. **c** Lokale Antigenpräsentation und Stimulation durch Mikroglia (*Micr.*) und Astrozyten (*As.*), Myelinschädigung durch Zytokine, Mediatoren, zytotoxische Zellen und Antikörper, Entzündungsbegrenzung durch Apoptose, entzündungshemmende Faktoren, *Oligo.* Oligodendrozyt, *TNF* Tumornekrosefaktor, *INF- γ* Interferon- γ . (Nach Hohlfeld 1995)

Blut-Hirn-Schranke verantwortlich. Nach Expression der Adhäsionsmoleküle und Anheftung (»homing«) können T-Helferzellen aktiv mit Hilfe von Metalloproteinasen die Blut-Hirn-Schranke überwinden.

3. Antigenpräsentierende Zellen des ZNS (Mikroglia, Makrophagen und Astrozyten) haben Autoantigene (Myelinbestandteile) aufgenommen und prozessiert und können sie zusammen mit MHC-Molekülen, zu deren Expression sie inzwischen fähig sind, auf der Oberfläche präsentieren. Weitere T-Helferzellen können diesen Komplex erkennen und sich anheften. Die Kombination aus Antigen und MHC-Klasse-II-Molekül wird von spezifischen Rezeptoren der T-Zelle erkannt, über die auch die Bindung an die antigenpräsentierenden Zellen erfolgt. Auf diese Weise entsteht der sog. *triple-molekulare Komplex*.
4. Zunehmend werden T-Zellen aktiviert. Durch verstärkte Freisetzung von Zytokinen aus Makrophagen und T-Zellen selbst (z. B. Interleukin 2, IFN- γ , TNF- α) werden sie zudem zur Proliferation angeregt. Außerdem stimuliert IFN- γ die antigenpräsentierenden Zellen, die vermehrt MHC-Klasse-II-Moleküle exprimieren und somit zunehmend an der Antigenpräsentation beteiligt werden.

5. Einige Zytokine wie TNF- α und TNF- β (Lymphotoxin [LT]) wirken direkt zytotoxisch auf die Oligodendrozyten.
6. Die vielfältigen freigesetzten Zytokine, insbesondere IL 2, IFN- γ und IL 4 aktivieren B-Lymphozyten, die daraufhin vermehrt Immunglobulin produzieren, das an der Zerstörung der Myelinscheide beteiligt wird.
7. Makrophagen und Mikrogliazellen produzieren selbst TNF- α , toxische Sauerstoffradikale und andere Entzündungsmediatoren (z. B. Metalloproteinasen), mit denen sie das Komplementsystem aktivieren. Die Zerstörung der Myelinscheide erfolgt direkt über diese Mediatoren, der Abbau geschieht durch Makrophagen. Ein anderer Destruktionsweg erfolgt über die Antikörper-vermittelte Komplementaktivierung. Es ist nicht klar, ob auch die axonale Degeneration direkt durch Makrophagen oder zytotoxische T-Zellen erfolgt oder ob sie Folge der zuvor abgelaufenen Demyelinisierung ist.
8. Während des akuten Schubes ist die Funktion der T-Suppressorzellen vermindert. Zeitversetzt kommt es aber zur Aktivierung antiinflammatorischer Mechanismen, wozu die Aktivierung von T-Lymphozyten vom Typ Th 2 gehört. Es handelt sich hierbei um eine Subklasse von T-Helferzellen, die zur Produktion antiinflammatorischer Interleukine wie IL 4 und IL 10 befähigt sind. Es kommt schließlich auch zur Aktivierung von T-Suppressorzellen, die ein anderes antiinflammatorisches Zytokin, das TGF- β (transforming growth factor- β) bilden. Eine weitere Beruhigung der Entzündung wird durch die Apoptose (programmierter Zelltod) der T-Helferzellen gewährleistet.

Pathologie

Makroskopische Befunde

Die MS äußert sich pathologisch-anatomisch durch Herde, die v. a. durch Untergang von Markscheiden charakterisiert sind. Die Herde sind großflächig disseminiert verteilt, meist rundlich unregelmäßig begrenzt mit einem Durchmesser von 2–10 mm. Größere Herde entstehen durch langsames Vorwachsen oder durch konfluierendes Ausbreiten mehrerer kleiner Herde. Solche Herde werden als Plaques bezeichnet. Sie erscheinen bei chronischer, nichtflorider MS als grau-weißliche, gut abgegrenzte Herde, die sich im Gegensatz zu frischen Herden derb anfühlen. In den Randgebieten frischer Herde finden sich nicht selten fingerförmige Ausläufer, die sich entlang größerer Gefäße in die umgebende weiße Substanz verfolgen lassen (Dawson-Finger). Frische oder aktive Herde sind weniger scharf begrenzt und gelblich bis lachsfarben. Die Konsistenz ist deutlich geringer als die chronischer Herde und geringer als die der umliegenden weißen Substanz. Bei großflächiger Markscheidenfärbung (z. B. Heidenheim-Woelke) sind die Plaques von der Färbung ausgespart als weiße Flecken sichtbar. Die Myelinfärbung lässt öfter auch Herde erkennen, die dumpfgrünlich aussehen oder als dumpfgrünlicher Saum ohne

scharfen Übergang zur gesunden Marksubstanz helle Herde umgeben. Es handelt sich hierbei um Markschattenherde (Shadowplaques), die bei ausgeprägter fibrillärer Gliose Zeichen einer Remyelinisierung mit äußerst dünnen Markscheiden aufweisen.

Neben diesen Herdveränderungen finden sich Sekundärveränderungen, die sich unter dem Begriff einer »MS-Enzephalopathie« zusammenfassen lassen. Sie entstehen einerseits durch sekundäre Waller-Degeneration bei axonalen Untergängen, durch chronische Ödemläsionen, aber auch durch Veränderungen, die auf den schlechten Allgemeinzustand einiger Patienten zurückzuführen sind (Kachexie, chronische Infektionen). In schweren Fällen und bei längerem Verlauf der Erkrankung entstehen eine mehr oder weniger ausgeprägte Hirnatrophie mit Verschmälerung der Hirnwindungen, eine Atrophie des Marklagers mit Erweiterung des Ventrikelsystems und eine Atrophie der langen Bahnen in Hirnstamm und Rückenmark.

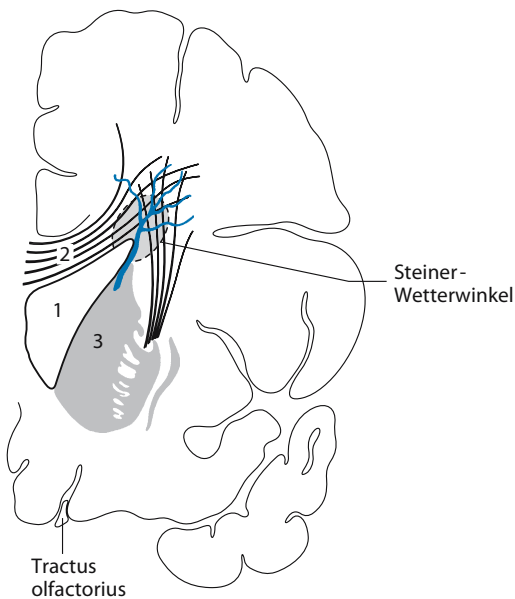
Verteilung der Plaques. Die Verteilung der Plaques ist bei makroskopischer Betrachtung nicht regellos, sondern folgt gewissen Prädilektionen. Der N. opticus (Herde in longitudinaler Ausrichtung) z. B. ist überdurchschnittlich häufig befallen, bevorzugt in dem mechanisch stark beanspruchten intrakanalikulären Abschnitt. Besonders häufig ist auch das Rückenmark im Zervikalbereich – einer Region mit besonderer mechanischer Beanspruchung – betroffen. Bei nachgewiesenem Rückenmarksbefall ist das Zervikalmark immer beteiligt, das Lumbalmark in etwa 40% und das Sakralmark in etwa 18% der Fälle. Die Seitenstränge sind bevorzugt betroffen. Die Herde zeigen oft eine deutliche Ausrichtung in der Längsachse des Rückenmarks, und auf den Querschnitten stellen sie sich dreiecksförmig mit breitbasigem Ansatz an der Rückenmarksoberfläche dar.

Im Hirn finden sich Herde v. a. im periventrikulären Mark, betont im Bereich der lateralen Winkel der Seitenventrikel (Steiner-Wetterwinkel), d. h. in der Region zwischen Balkenstrahlung, Nucleus caudatus und Vorderhorn. Andere Zonen mit hoher Inzidenz von Entmarkungsherden finden sich in den Kleinhirnstielen, im Kleinhirnmaklager und kortikal/subkortikal v. a. in den Windungsfurchen. Die Herde des Hirnstamms liegen häufig am Boden des 4. Ventrikels und um den Aquädukt.

Das beschriebene typische Verteilungsmuster lässt sich am besten mit der topographischen Verteilung von Hirnvenen erklären. Entmarkungsherde finden sich bevorzugt in den Regionen hoher Dichte mittelgroßer bis großer Drainagevenen. Die auffallend häufige periventrikuläre und subpiale Verteilung von Plaques weist andererseits daraufhin, dass eine zusätzliche Diffusion von Faktoren aus dem Liquor pathogenetisch bedeutsam sein könnte (■ Abb. 43.3).

Mikroskopische Befunde

Nach lichtmikroskopischen Kriterien lassen sich Läsionen einem Frühstadium zuordnen oder als akute, subakute



■ **Abb. 43.3.** Schematischer Schnitt durch das Frontalhirn. Rot Markvenen, die über die V. septi pellucidi in die V. cerebri interna drainieren. Prädilektionsort (Steiner-Wetterwinkel) für MS-Manifestation. 1 Vorderhorn, 2 Balken, 3 Caput nuclei caudati. (Nach Heckl 1994)

(aktive chronische), inaktive chronische Läsionen und Schattenplaques definieren.

Frühstadium. Die Läsionen im Frühstadium entsprechen kleinen zellreichen Herden, die sich entlang von Venolen ausbreiten und in denen bereits wenige demyelinisierte Axone zu sehen sind. Dehnen sich diese Läsionen aus, können sie sich vereinen und die typischen chronischen demyelinisierten Plaques bilden.

Aktive chronische Läsionen. Entscheidender Hinweis auf die Aktivität der Erkrankung ist die Störung der Blut-Hirn-Schranke, die zu einem Ödem führt, das mit perivaskulären Lymphozytenmanschetten um die Läsionen einhergeht. Die Myelinscheiden lösen sich auf, und eindringende Makrophagen phagozytieren das Myelin. Die Axone bleiben intakt. Aktivierte Astrozyten, z. T. mit multiplen Kernen, bilden um die demyelinisierten Axone ein gliöses Narbengewebe.

Die Zerstörung des Myelins erfolgt in der Frühphase der MS, ehe es zur Schädigung der Oligodendrozyten selbst kommt. Das häufige Vorhandensein von Schattenplaques, die durch die Remyelinisierung aktiver Oligodendrozyten entstehen, zeigt, dass die Oligodendrozyten selbst erst später geschädigt werden.

Inaktive chronische Läsionen. Im Gegensatz zum Frühstadium der MS weisen die Plaques in den späten chronischen Stadien einen massiven Verlust an Oligodendrozyten auf. Sie haben einen scharf abgegrenzten Rand, und i. Allg. fehlen Entzündungszellen. Das Läsionszentrum besteht

■ **Tabelle 43.1.** Pathologische Veränderungen bei aktiver und inaktiver MS

Aktiv	Inaktiv
Demyelinisierung	Demyelinisierung (Abbauprodukte vorhanden) (keine Abbauprodukte)
Zellreicher Plaquerand	Zellarme Plaque (Entzündungszellen)
Perivenöses entzündliches Infiltrat	Wenig entzündliche Infiltrate (T-Lymphozyten und Makrophagen)
Blut-Hirn-Schranke massiv gestört	Geringe Störung der Blut-Hirn-Schranke
Zentrale Gliose möglich	Ausgeprägte Gliose

vornehmlich aus verzweigten Astrozytenfortsätzen (Sklerose), und die Mehrzahl von Axonen ist zerstört.

Der entscheidende histologische Unterschied zwischen aktiven und inaktiven Plaques liegt in der Durchlässigkeit der Blut-Hirn-Schranke bei der aktiven Läsion, die Makrophagen und T-Lymphozyten das Eindringen in das Gehirn erleichtert. Die Aktivität der Makrophagen bei der Demyelinisierung, der Sekretion von Zytokinen und der Präsentation von Antigen an die T-Lymphozyten spielt dabei offensichtlich eine essenzielle Rolle. Später entstehen inaktive Plaques mit nur geringer Störung der Blut-Hirn-Schranke und ausgeprägter Sklerose (■ Tabelle 43.1).

Veränderungen außerhalb der Entmarkungsherde. Neben den bereits makroskopisch sichtbaren sekundären Veränderungen mit mehr oder weniger ausgeprägter Hirnatrophie, Atrophie des Marklagers und konsekutiver Erweiterung des Ventrikelsystems sowie Atrophie der langen Bahnen in Hirnstamm und Rückenmark finden sich biochemisch vermehrt proteolytische Enzyme im scheinbar normalen Mark. Darüber hinaus liegen multiple kleine, nur mikroskopisch wahrnehmbare perivaskuläre Entzündungsherde vor, die sich oft nur immunzytochemisch sichtbar machen lassen. Die Axondichte ist deutlich vermindert im Vergleich zu Hirngewebe nicht erkrankter Kontrollen.

Immunpathologische Muster der Entmarkung

Es gibt eine ausgesprochene Heterogenität der Entmarkungsmuster unter immunpathologischen Gesichtspunkten. Alle aktiv entmarkenden Läsionen zeigen entzündliche T-Lymphozyten- und Makrophageninfiltrate. Die Myelindestruktion läßt sich nach 4 Mustern einteilen:

- I Makrophagen assoziierte Demyelinisierung,
- II Makrophagen assoziierte Demyelinisierung mit Nachweis von Immunglobulinen und aktivierten Komplementkomplexen im Sinne einer Antikörper-vermittelten Demyelinisierung,

- III Entmarkung mit distal betonter Oligodendrogliopathie und Apoptose der Oligodendrozyten,
- IV primäre Oligodendrozytendegeneration im die Plaque unmittelbar umgebenden Mark.

In den Typen I und II herrschen T-Lymphozyten und Makrophagen in deutlich abgrenzbaren Plaques vor, die kleine Venen und Venolen umgeben. Im Typ II finden sich zusätzlich lokale Immunglobulin- und Komplementablagerungen in Regionen mit aktivem Myelinabbau. In diesen Arealen ist auch die Zahl der Oligodendrozyten deutlich reduziert, während sie im Zentrum der Plaque wieder vermehrt auftreten und die Remyelinisierung vorantreiben.

Typ-III-Läsionen sind ebenfalls entzündlich infiltriert mit T-Lymphozyten und lokal aktivierten Mikrogliazellen. Die Myelinexpression ist gestört mit selektivem Verlust des Myelin-assoziierten Glykoproteins (MAG). Eine ausgeprägte Apoptose führt zu einer deutlichen Reduktion der Oligodendrozyten mit nur geringer Remyelinisierungstendenz.

Typ-IV-Läsionen zeichnen sich aus durch einen Untergang von Oligodendrozyten in der unmittelbaren Umgebung der Plaque mit der Folge einer sekundären Demyelinisierung. Immunglobuline oder Komplement lassen sich in diesen Läsionen nicht nachweisen. Dieses Muster findet sich vor allem bei der kleinen Gruppe von Patienten mit primär chronisch progredientem Verlauf.

Funktionelle Konsequenzen der histopathologischen Veränderungen

Die meisten MS-Symptome werden durch die abnorm verlangsamte oder fehlende Erregungsleitung in den Nervenfasern des ZNS verursacht. Oft erklärt die Lokalisation der Plaques die neurologische Symptomatik. Allerdings können große MS-Plaques in wichtigen Teilen des Gehirns vorkommen, ohne Symptome zu verursachen.

Die frühzeitige, vermutlich reversible Veränderung mit interstitiellem Ödem, mit toxischen Entzündungsmediatoren und erhöhtem Laktatanfall ist Ausdruck ganz frischer Läsionen, die nach Beginn einer Kortikosteroidtherapie meist schnell zurückgehen. Durch die erhöhte Protonendichte werden ödemhaltige frische Herde in der MRT sichtbar. Da die Blut-Hirn-Schranke während dieser Phase gestört ist, kann in der MRT und in der CT ein solcher Herd Kontrastmittel aufnehmen.

Ein interstitielles Ödem tritt auch bei Herden im N. opticus auf, so dass Papillenschwellungen auch bei retrobulbär liegenden Herden und nicht nur bei der Papillitis auftreten. Die oftmals rasche Rückbildung der Visusminderung bei Retrobulbärneuritis ist mit dem Rückgang des Ödems zu erklären.

Demyelinisierung. Die für die Symptomentwicklung wichtigste histopathologische Veränderung ist die Demyelinisierung. Sie erfolgt segmental, paranodal oder interno-

dal beginnend, primär vesikulär (humoral bedingt), über rezeptorvermittelte Phagozytose durch Makrophagen oder durch Wanderung der Makrophagen unter die Markscheiden im Sinne eines »Myelin stripping«. Die paranodale Demyelinisierung legt den Paranodalapparat mitsamt seinen Kaliumkanälen frei, wodurch die saltatorische Impulsleitung unterbrochen wird mit der Konsequenz eines Leitungsblocks. Bei länger anhaltender Demyelinisierung, noch vor einer Remyelinisierung, können sich neue Schnürringregionen ausbilden, so dass kurze demyelinisierte Strecken wieder überbrückt werden können. In solchen Fällen ist die Erregungsleitung verlangsamt. Die unterschiedliche Leitungsverzögerung in verschiedenen Fasern führt zu einer Desynchronisierung von Impulsen mit entsprechenden Wirkungsverlusten. Die Demyelinisierung kann auch zu einer Verlängerung der Refraktärzeit führen, so dass hochfrequente Impulssalven intermittierend blockiert werden und möglicherweise für die rasche Erschöpfung bei körperlicher Aktivität von MS-Patienten verantwortlich sind. Die Visusbeeinträchtigung bei hellem Licht wird damit erklärt, dass ein heller Hintergrund hochfrequente Impulssalven induziert, die von den demyelinisierten Fasern des N. opticus nicht zeit- und frequenzgerecht fortgeleitet werden können (frequenzabhängiger Leitungsblock).

Da demyelinisierte Axone in Plaques direkt nebeneinander liegen, können Erregungen von einem Axon auf das andere überspringen (Ephapse). Solche *Ephapsen* sind vermutlich *Ursache der Trigeminalneuralgie*. Der Impuls auf einen Berührungsreiz springt auf eine anliegende schmerzleitende Faser über, so dass Berührung und Schmerz empfunden werden. Demyelinisierte, z.T. aber auch schwach remyelinisierte Axone sind empfindlicher gegenüber mechanischen oder anderen Irritationen. Typisches Beispiel hierfür ist das *Lhermitte-Zeichen*, bei dem ektopische Erregungen durch eine mechanische Irritation entstehen und über Ephapsen sowohl nach zentral als auch in die Peripherie geleitet werden, wenn bei Kopfbeugung einschließende, »elektrisierende« Missempfindungen entlang der Wirbelsäule empfunden werden, die oft auch in die Arme und Beine ziehen.

Ein bekanntes Phänomen ist die Temperaturabhängigkeit mit Verstärkung bekannter oder Auftreten neuer Symptome unter erhöhter Körpertemperatur (*Uhthoff-Phänomen*). Normalerweise zeigt jede Nervenfasern bei Erhöhung der Temperatur eine lineare Zunahme der Leitgeschwindigkeit, weil die Ionenströme mit zunehmender Temperatur beschleunigt werden. Bei einer kritischen Temperatur von etwa 50°C wird aber die Erregungsleitung der normalen Nervenfasern blockiert, weil die Aktionsströme zu schnell ablaufen und damit das Aktionspotenzial zu kurz wird, um die summierte elektrische Energie für eine Erregung des nächsten Schnürrings zu erreichen. Mit einer Verminderung der Myelinschicht und damit einer Reduktion der Kapazität ist allein rein rechnerisch eine deutliche Senkung der kritischen Blockierungstemperatur zu erwarten. Bei

einem Drittel der normalen Myelindicke beträgt diese bereits nur noch 40°C. Da demyelinisierte Nerven aufgrund eines verringerten Sicherheitsfaktors ein viel empfindlicheres Verhalten haben, kann eine Erhöhung von nur 0,5°C genügen, um eine Erregungsleitung zu blockieren. Diese rein funktionelle Blockade bildet sich bei Abkühlung sofort wieder zurück.

Remyelinisierung. Die Remyelinisierung spielt im Frühstadium der MS eine bedeutende Rolle und kann u. U. ganze Entmarkungsherde komplett restituieren. Die Remyelinisierung führt zur Bildung dünnerer Markscheiden mit kürzeren Internodien, mit geringerer Nervenleitgeschwindigkeit als in den präexistenten Fasern. Unabhängig davon also, ob eine Remyelinisierung erfolgt ist oder nicht, leiten Nervenfasern nach einer Myelindegradation erheblich langsamer. Dies lässt sich deshalb dauerhaft mit elektrophysiologischen Methoden nachweisen. In den Spätstadien der MS werden offensichtlich zunehmend auch Oligodendrozyten selbst zerstört, so dass eine Remyelinisierung ausbleibt.

Axonodegeneration. Ursache bleibender Symptome schließlich ist der Untergang von Axonen. Innerhalb aktiver Entzündungsherde, aber auch am zellarmen Rand chronisch aktiver Läsionen sind ausgeprägte axonale Degenerationen – gelegentlich bereits sehr früh in der Krankheitsentwicklung – nachweisbar (Trapp et al. 1998).

Klinik Verlaufsformen

Es ist üblich, den Krankheitsverlauf der MS drei verschiedenen Formen zuzuordnen. Die MS kann primär schubförmig auftreten und später (sekundär) in einen chronisch-progredienten Verlauf übergehen oder aber, meist mit Beginn in höherem Lebensalter, primär chronisch-progredient verlaufen, ohne dass einzelne Schübe abgegrenzt werden können.

Unter einem Schub versteht man das relativ akute Auftreten neurologischer Symptome bei einem bisher gesunden bzw. in der betroffenen Funktion bisher nicht beeinträchtigten Patienten oder das Wiederauftreten oder die Verschlechterung früher aufgetretener Symptome, die sich frühestens nach 24 h zurückbilden. Zwischen zwei Schüben soll *definitionsgemäß* die Zeit von einem Monat liegen, um zu verhindern, dass eine akute demyelinisierende Enzephalomyelitis (ADEM) als MS verkannt wird. Allerdings können flüchtige Symptome wie Visusänderungen, Doppelbilder, Sensibilitätsstörungen oder Paresen auch weniger als 24 h dauern und dennoch Ausdruck eines Schubes sein, wenn mit Hilfe evozierter Potenziale oder MRT-Befunde eine Demyelinisierung nachgewiesen werden kann. Es gibt andererseits auch »Pseudoschübe«, d. h. klinische Symptomverschlechterungen, die nicht als neuer Schub gewertet werden können (■ Tabelle 43.2). Psychische Belastungen oder Depressionen können durch Symptomverstärkung einen neuen Schub vortäuschen. Verschlechterungen im

■ **Tabelle 43.2.** Ursachen eines Pseudoschubes. (Nach Heckl 1994)

Psychisch	Psychogene Symptomverstärkung Psychische Belastung Depression Kortikosteroidabhängigkeit
Temperaturerhöhung (Uhthoff-Phänomen)	Hohe Außentemperatur Fieber bei Infektionen Zirkadiane Schwankungen
Infekte	Meist Virusinfekte (auch ohne Fieber)
Medikamente	Muskelschwäche: Antispastika, Benzodiazepine Blasenstörungen: Imipramin, Antispastika, Anticholinergika Allgemeine Müdigkeit: Carbamazepin, Antispastika

Sinne eines Uhthoff-Phänomens bei Erhöhung der Körpertemperatur oder bei meist virusbedingten Infekten (auch ohne Temperaturerhöhungen) sind als rein funktionelle Verschlechterungen einzuordnen. Auch einige Medikamente sind für bestimmte Symptomverschlechterungen verantwortlich zu machen (individuell zu hohe antispastische Medikation führt zu Muskelschwäche).

Schwieriger als der Beginn eines Schubes ist sein Ende festzulegen. Da im Verlauf eines Schubes einzelne Symptome an Intensität zunehmen, während andere sich bereits zurückbilden oder stationär bleiben, ist es unmöglich, die Schubdauer präzise zu bestimmen. Eine vollständige Remission gilt dann als erreicht, wenn sich alle im Schub beobachteten klinischen Krankheitsmanifestationen vollständig zurückgebildet haben. Kommt es nicht dazu, spricht man von einer unvollständigen Remission.

Eine vollständige Rückbildung von Schubmanifestationen findet sich in der Hälfte, eine partielle in einem Viertel der Fälle, und ohne Rückbildung bleibt ein weiteres Viertel. Entwickelt sich die klinische Symptomatik innerhalb von 24 h, so kann mit einer vollständigen Rückbildung innerhalb eines Monats bei mindestens 70% der Patienten gerechnet werden. Symptome, die 2 Monate bestanden haben, bilden sich in 55% der Fälle zurück, nach 3 Monaten sind es nur noch 30% und nach 6 Monaten 10%.

Schubförmig remittierender Verlauf. Etwa 80% der Patienten haben zumindest initial einen schubförmig remittierenden Verlauf. Es sind dies insbesondere junge Patienten mit einem Durchschnittsalter von 28 Jahren, mehr Frauen als Männer, deren Inizialsymptome häufig Sehstörungen und Sensibilitätsstörungen darstellen. Die Schubrate beträgt zumindest in den ersten 5 Krankheitsjahren etwa 0,5 Schübe pro Jahr und sinkt dann auf etwa 0,25 Schübe pro Jahr ab (■ Tabelle 43.3).

■ **Tabelle 43.3.** Klinische Besonderheiten bei verschiedenen Verlaufsformen

	Primär schubförmig	Chronisch progredient
Häufigkeit	59%	18%
Geschlechtsverhältnis (w:m)	1,9:1	1,3:1
Alter zu Beginn	28 Jahre	40 Jahre
Vorherrschende Inizialsymptome	Sehstörungen Sensibilitätsstörungen	Gangstörungen Paresen
Progressionsindex ^a	0,4	1,2

Remittierend progredient (schubförmiger Verlauf von mindestens 10 Jahren und anschließend Übergang in chronische Progredienz) Häufigkeit 23%, Geschlechtsverhältnis (w:m) 1,3:1.

^a Progressionsindex = Kurtzke-Score/Krankheitsdauer. (Nach Kesselring 1993).

Primär schubförmiger sekundär progredienter Verlauf.

Der rein schubförmige Verlauf geht zur Hälfte nach etwa 10–15 Jahren in den schubförmig progredienten oder den chronisch-progredienten Verlauf über. Auch der schubförmig progrediente Verlauf mündet irgendwann in den chronisch-progredienten Verlauf. Das bedeutet, die Verschlechterung verläuft kontinuierlich, ohne dass sich einzelne Schübe abgrenzen lassen.

Primär chronisch-progredienter Verlauf. Der primär chronisch-progrediente Verlauf, bei dem sich einzelne Schübe nicht abgrenzen lassen, findet sich bei 10–15% der Patienten häufig bei einem Krankheitsbeginn im höheren Lebensalter. Ausfälle manifestieren sich besonders von seiten des Rückenmarks im Sinne einer progredienten spastischen Paraparese, die allmählich über Monate und Jahre zunehmend zur Behinderung führt. Man spricht auch von der spinalen Verlaufsform, obwohl mehr als die Hälfte der Patienten mit rein spinalen Manifestationen im MRT auch zerebrale Herde aufweisen.

Maligner Verlauf. Als maligne Verläufe werden Verlaufsformen bezeichnet, die innerhalb der ersten 5 Jahre nach Krankheitsbeginn zu schweren Behinderungen oder zum Tode führen. Extrem selten führt bereits ein erster Schub, z. B. mit Befall des Atemzentrums, zum Tode. Diese primär hochakut verlaufenden Fälle von MS werden auch als Marburg-Variante bezeichnet. Die Frage, ob es sich dabei um den ersten Schub einer MS oder um eine akute demyelinisierende Enzephalomyelitis (ADEM) handelt, ist dann schwer zu beantworten. Maligne Verläufe sind von Beginn an rasch progredient oder führen in Schüben zu schweren neurologischen Ausfällen, insbesondere der langen oder zerebellaren Bahnen, ohne sich zurückzubilden (Nach Wood et al. 1996 ist für diesen Verlauf ein primär unreifes basisches Myelinprotein verantwortlich zu machen.)

Benigner Verlauf. Die Extremformen gutartiger Verläufe von MS sind die Fälle, bei denen die Diagnose pathologisch-anatomisch gesichert werden konnte, ohne dass es zu

■ **Tabelle 43.4.** Primär nicht erwartete MS. (Nach Bates 1994)

	Inzidenz bei Autopsie	Kalkulierte Prävalenz
Schweiz (Basel)	2–12/15 644	13–77/100 000
Frankreich	3/ 9300	32/100 000
Ontario (London)	5/ 2450	204/100 000
Niederlande	–	100/100 000

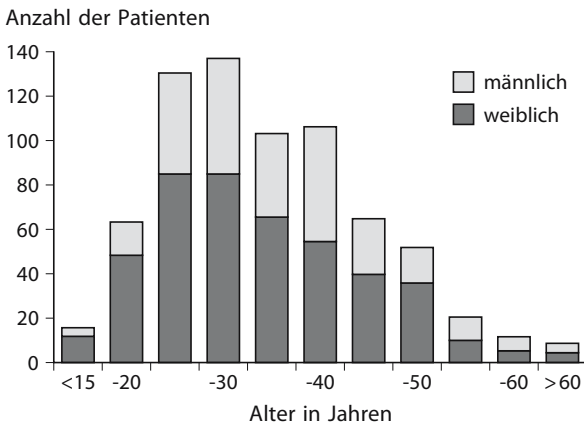
Lebzeiten je Anzeichen für eine Erkrankung des Zentralnervensystems gegeben hätte. Diese Formen lassen sich als »primär nicht erwartete MS« bezeichnen. In sorgfältigen neuropathologischen Studien entsprechen diese autoptisch gefundenen Fälle ungefähr der durchschnittlichen klinischen Prävalenz, so dass in etwa der Hälfte der Fälle eine MS klinisch völlig stumm verläuft (■ Tabelle 43.4).

Ebenfalls aufgrund autoptisch verifizierter Fälle kann man bei etwa 20% klinisch diagnostizierter Fälle einen benignen Verlauf annehmen. Beim benignen Verlauf ist die Lebenserwartung nicht verkürzt, und auch nach Jahrzehnten kommt es zu keiner wesentlichen Behinderung. Definitionsgemäß sind es die Verläufe, bei denen nach 10 bzw. 15 Jahren Punktwerte von weniger als 2–3 auf der Behinderungsskala nach Kurtzke erreicht werden; das bedeutet ein allenfalls minimal eingeschränktes berufliches und soziales Leben.

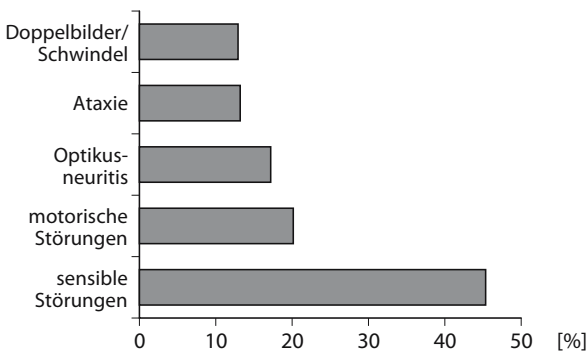
Manifestationsalter

Beginnt die Erkrankung im Erwachsenenalter, treten die ersten Krankheitszeichen zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr am häufigsten auf, im Durchschnitt zwischen 29 und 32 Jahren (■ Abb. 43.4).

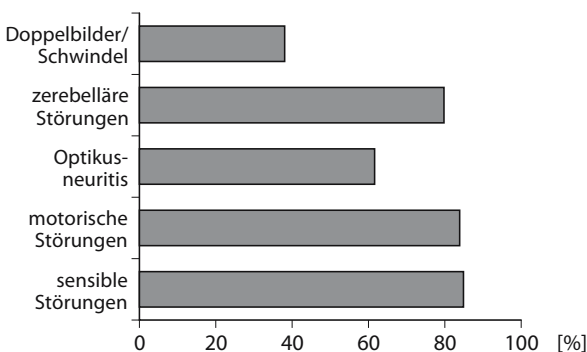
Beginnt die MS schubförmig, liegt das Durchschnittsalter bei etwa 29 Jahren, bei der remittierend progredienten Form bei etwa 36 Jahren und bei der primär chronisch-progredienten Form bei etwa 40 Jahren. Vor dem 10. Lebensjahr erkranken etwa 0,5%, eine Altersobergrenze gibt es nicht. Etwa 10% haben ihre erste Krankheitsmanifestation



■ **Abb. 43.4.** Erkrankungsalter von MS-Patienten. (Nach Kesselring 1993)



■ **Abb. 43.5.** Inzialsymptome bei der MS. (Nach Weinshenker et al. 1989)



■ **Abb. 43.6.** Symptome während des Krankheitsverlaufs. (Nach Weinshenker et al. 1989)

nach dem 40. Lebensjahr, und Einzelfälle werden bis zum 69. Lebensjahr beschrieben, dürfen aber als Rarität betrachtet werden.

Erstsymptome

Die Erstsymptome sind abhängig vom Erkrankungsalter. Bei Patienten, die vor dem 30. Lebensjahr erkranken, sind Optikusneuritis oder Sensibilitätsstörungen typische An-

fangssymptome, wohingegen langsam auftretende Lähmungen, v.a. der unteren Extremitäten, besonders häufig bei Patienten gesehen werden, die nach dem 30. Lebensjahr krank werden (■ Abb. 43.5).

Folgende Symptome sind am häufigsten:

- Sehestörungen mit Verschwommen-, Schleier- oder Nebelsehen als Ausdruck einer Optikusneuritis,
- motorische Störungen, die sich v.a. in vorzeitiger Ermüdung der Beine und als Gangstörung äußern,
- sensible Symptome mit Kribbelparästhesien, Ameisenlaufen und Pelzigkeitsgefühl.

Symptome während des Verlaufs

Symptome, die während des Verlaufs auftreten, sind in ihrer Häufigkeit in ■ Abb. 43.6 dargestellt.

Optikusneuritis

Die isolierte Optikusneuritis ist ein häufiges, aber für die MS nicht spezifisches Symptom. Typische Zeichen einer Optikusneuritis sind Schleiersehen, Verschwommensehen bis hin zur Amaurose. Darüber hinaus berichten manche Patienten über Lichtscheu und Blendempfindlichkeit. Die Sehstörung entwickelt sich rasch innerhalb von 1–2 Tagen und klingt in 3–4 Wochen ab. Etwa zwei Drittel der Patienten klagen über Schmerzen im betroffenen Auge, die üblicherweise als Bewegungsschmerz empfunden werden. Manchmal schwankt der Visus im Rahmen eines Uhthoff-Phänomens. Andere Patienten klagen über eine Nyktalopie, eine bessere Sehfähigkeit in der Dämmerung als bei hellem Tageslicht. Als *Pulfrich-Phänomen* bezeichnet man die eingeschränkte Fähigkeit zum stereoskopisch räumlichen Sehen. Zu Beginn der Optikusneuritis werden von manchen Patienten Lichtblitze wahrgenommen, die durch Augenbewegungen ausgelöst werden (*movement phosphenes*). Von manchen Patienten werden Gegenstände mit zunehmender Fixationsdauer schlechter wahrgenommen. Dieses Phänomen wird als »fading out« bezeichnet.

Objektive Symptome hängen von der Lokalisation im Bereich des visuellen Systems ab. Bei einem intraokulären Herd kommt es zur Papillitis mit orbitalen oder okulären Schmerzen und mit einem akuten, meist sehr starken Visusverlust. Fundoskopisch erkennt man eine geschwollene, hyperämische Papille, die sich nur schwer von einer Stauungspapille unterscheiden lässt (eine Stauungspapille führt meist nicht zu einer ausgeprägten Visusstörung). Bei retrobulbärem Befall lässt sich ophthalmologisch kein pathologischer Befund am Augenhintergrund erkennen (»der Patient sieht nichts, der Arzt sieht nichts«). Perimetrisch lässt sich oft ein typisches Zentralskotom nachweisen. In 80% besteht ein retrobulbärer Schmerz. Die begleitende Pupillenstörung lässt sich mit dem Pupillary-escape-Phänomen und dem Swinging-flash-light-Test erfassen. Die folgende Übersicht fasst die Symptome bei der Optikusneuritis zusammen (► Kap. 15).

Symptome bei der Optikusneuritis (nach Heckl 1994)

- Häufige subjektive Symptome
 - Visusminderung
 - Blendempfindlichkeit
 - Retrobulbärer Schmerz
 - Uhthoff-Phänomen
- Seltene subjektive Symptome
 - Pulfrich-Phänomen
 - Nyktalopie
 - »Movement phosphenes«
 - »Fading out«

Pupillary-escape-Phänomen. Bei mehrere Sekunden anhaltender Belichtung eines Auges kommt es nach Pupillenverengung und Adaptation zu einer leichten physiologischen Erweiterung, die auf der Seite der Optikusläsion verstärkt ist.

Swinging-flash-light-Test. Man belichtet ein Auge für etwa 3 s und wechselt dann auf das andere Auge und nach 3 s wieder zurück. Die Erweiterung einer Pupille unter der Belichtung spricht dann für eine afferente Pupillenstörung, da die durch indirekte Pupillenreaktion erfolgte Engstellung nicht erhalten werden kann. Das Ausmaß der Pupillenstörung korreliert in der Regel gut mit dem Visusverlust und der Amplitudenminderung in den visuell evozierten Potenzialen, nicht aber mit der Latenzverzögerung.

Die Symptome der Optikusneuritis bilden sich meist wieder gut zurück. Gelegentlich persistieren noch Farbsinnstörungen mit verminderter Farbsättigung (v. a. rot und blau). Die Gesichtsfeldprüfung zeigt einen in der Regel zentralen Gesichtsfeldausfall, weil das papillomakuläre Bündel besonders geschädigt wird. Das Zentralskotom geht in der Regel mit ausgeprägter Lesestörung einher.

Kleinere Herde im Tractus opticus führen zu inkongruenten Gesichtsfeldausfällen. Herde in der Sehstrahlung bleiben meist ohne eindruckliche Gesichtsfeldeinschränkungen.

Nach abgelaufener Retrobulbärneuritis sieht man als Folge des Untergangs von Fasern des N. opticus eine Ablassung der Papillen, die entsprechend der Bevorzugung des papillomakulären Bündels temporal betont ist.

! Nicht immer ist die Optikusneuritis Hinweis auf eine sich entwickelnde MS.

Allerdings haben neuere Studien eine Wahrscheinlichkeit von 75% errechnet, nach der eine Optikusneuritis innerhalb von 15 Jahren in eine MS einmündet. Das Risiko für Frauen ist dabei höher als für Männer. Für Kinder allerdings ist die Gefahr sehr viel geringer. Kinder unter 16 Jahren entwickeln nur in etwa 15% der Fälle eine MS.

Sensible Symptome

Sensible Symptome sind neben der Optikusneuritis das häufigste Inizialsymptom. Zumeist werden sensible Störungen als Parästhesien empfunden (40% der Erstsymptome) mit Störung der Oberflächenqualitäten, z. B. als Ameisenlaufen oder Kribbelparästhesien, gelegentlich aber auch im Sinne von Kältemissemphindungen mit dem Gefühl einer kalten Extremität, das sich aber beim Betasten nicht nachvollziehen lässt. Parästhesien mit gestörter Tiefensensibilität werden als Bandagengefühl oder Schnürgefühl geschildert, gelegentlich mit der Empfindung eines geschwollenen, aufgeblähten Gelenkes (Ballongefühl). Das bereits beschriebene Lhermitte-Zeichen gilt als nahezu pathognomonisch für die MS. Allerdings können auch andere Rückenmarksschädigungen, z. B. nach HWS-Traumen, bei zervikalen Rückenmarkstumoren oder Missbildungen am kraniozervikalen Übergang, für dieses Symptom verantwortlich sein.

Es gibt einige »sensible Besonderheiten«: Spinothalamische Läsionen können mit socken- oder handschuhförmigen Sensibilitätsstörungen einhergehen, die von den Sensibilitätsstörungen bei einer Polyneuropathie nur elektrophysiologisch zu unterscheiden sind und somit als »pseudopolyneuropathisch« bezeichnet werden. Ausfälle im Sinne eines *sensiblen Querschnitts* sind zumeist mit Pyramidenbahnzeichen vergesellschaftet. Sehr selten kann sich ein *inkomplettes Brown-Séquard-Syndrom* manifestieren.

Umschriebene Herde im Bereich der Hinterwurzel bzw. der Wurzeintrittszone gehen mit segmental angeordneten »pseudoradikulären« sensiblen Störungen einher. Durch die regelhafte Schmerzlosigkeit lassen sie sich von Wurzelreiz- und Kompressionssyndromen differenzieren. Störungen der Tiefensensibilität, verursacht durch Läsionen im Bereich der Hinterstränge, sind verantwortlich für eine Stand- und Gangataxie, bis hin zur Stehunfähigkeit (Astasie). In der Regel lässt sich im Zusammenhang damit ein vermindertes Lage- und Vibrationsempfinden nachweisen. Gelegentlich allerdings ist das Vibrationsempfinden erheblich eingeschränkt, ohne dass eine ausgeprägte Ataxie besteht, und umgekehrt kann das Lageempfinden deutlich herabgesetzt sein und zu einer entsprechenden Ataxie führen bei relativ gut erhaltenem Vibrationsempfinden.

Sind Hinterstrangqualitäten im Bereich der Hände gestört, besteht eine Ungeschicklichkeit mit gestörter Stereoästhesie. An einer Hand auftretend, bezeichnet man diese deafferenzierte Hand als »sensory useless hand« oder »Oppenheim-Hand«. Die Hände können bei geschlossenen Augen nicht seitengleich symmetrisch ausgestreckt werden. Sie machen wegen der fehlenden Propriozeption »pseudoathetoide« oder besser »pseudodystone« Bewegungen.

Motorische Symptome

Zumindest im fortgeschrittenen Stadium gehören Lähmungserscheinungen zum Bild der MS. Initial wird gele-

gentlich eine abnorme Müdigkeit berichtet oder eine Unfähigkeit, z. B. bei einer latenten Parese, einen kurzen Spurt einzulegen. Die Lähmungen betreffen zuerst und häufiger die Beine, oft asymmetrisch, manchmal streng halbseitig. Eine rasch auftretende Parese kann auch den Verdacht auf einen Gefäßprozess aufkommen lassen.

Die Herde in der Pyramidenbahn sind verantwortlich für die mit der Parese kombinierte *Spastik* und die *pathologischen Reflexe*. Bei typischer Konstellation ist der Muskeltonus erhöht, die Muskeleigenreflexe sind gesteigert, und das Babinski-Zeichen ist positiv bei abgeschwächten oder fehlenden Bauchhautreflexen. Im fortgeschrittenen Stadium, bei dem hochgradige Paresen oder Plegien vorliegen, besteht die Gefahr von Kontrakturen mit eingesteiften Beinen meist im Hüft- oder Kniegelenk in Beugstellung. In den Hüften sind die Beine zudem in Adduktionsstellung fixiert.

Plötzliche Tonuserhöhungen in den Streckern, die spontan oder nach Handlungsänderungen auftreten und teils nur als unangenehm, teils aber auch als schmerzhaft empfunden werden, bezeichnet man als *Streckspasmen*. Auch *Beugespasmen* kommen vor, bei denen die Beine abrupt in den Hüft- und Kniegelenken gebeugt werden. Spasmen werden durch verschiedene mechanische Reize, aber auch durch Blaseninfekte, einen vollen Darm oder eine gefüllte Blase ausgelöst. In dem Stadium, in dem die Streckspastik von der Beugespastik noch nicht völlig abgelöst worden ist, besteht eine Tonuserhöhung, die eher an einen extremen Rigor als an eine Spastik erinnert, ein Zustand, für den der Begriff »progressive encephalomyelitis with rigidity« geprägt wurde (Burn et al. 1991).

Etwa 10% der MS-Patienten haben zumindest in den späteren Stadien *atrophische Paresen*, die durch Entmarkungsherde im Bereich der Wurzelaustrittszone (intramedullärer Verlauf) erklärt werden. Immer wieder wird jedoch auch über das gemeinsame Auftreten einer MS mit einer demyelinisierenden Polyneuropathie berichtet.

Kleinhirnsymptome

Rein zerebellare Symptome sind bei der MS insgesamt selten und als isoliertes Inizialsymptom praktisch nicht bekannt. Kombinationen mit motorischen Ausfällen dagegen sind häufig. Besonders häufig und behindernd ist der *Intentionstremor*, der sich bis zum *Intentionsmyoklonus* steigern kann, bei dem jede Bewegung, selbst die Intention dazu, heftige, unkontrollierbare myokloniforme Bewegungen aller Extremitäten und des Rumpfes provoziert. Im Gegensatz zum Intentionstremor greift der Intentionsmyoklonus auch auf Körperteile über, die an der intendierten Bewegung selbst gar nicht beteiligt sind. Verantwortlich hierfür sind Herde im »Mollaret-Dreieck« (Regelkreis zwischen Nucleus ruber, unterer Olive und Nucleus dentatus des Kleinhirns).

Als typisches Kleinhirnsymptom gilt die Dysarthrie im Sinne einer »skandierenden« Sprache. Silben und Wörter werden ungleichmäßig rasch und ungleichmäßig laut hervorgestoßen, was der Sprache einen fast explosiven Charak-

ter verleiht. Viel häufiger aber ist die verwaschene Sprache (bulbäre und pseudobulbäre), die auf einen Befall des Hirnstamms hinweist.

Hirnstammsymptome

Nystagmus und Motilitätsstörungen der Augen mit Klagen über Doppelbilder sind häufig bei der MS. Ein charakteristischer und fast typischer Befund für die MS ist die *internukleäre Ophthalmoplegie* (INO). Sie geht auf eine Läsion im Fasciculus longitudinalis medialis zurück, der im Hirnstamm die Kerne der Augenmuskelnerven miteinander verbindet. Sie ist charakterisiert durch die Hemmung der Adduktion auf der Seite der Läsion und einen dissoziierten Nystagmus auf dem abduzierenden Auge bei erhaltener Konvergenzreaktion. Bei leichteren Formen findet sich gelegentlich nur ein dissoziierter Nystagmus. Die internukleäre Ophthalmoplegie tritt häufig bilateral auf, da die Fasern des medialen Längsbündels beider Seiten dicht nebeneinander verlaufen.

Geht die Schädigung über den Fasciculus longitudinalis medialis hinaus und greift auf das pontine Blickzentrum (paramediane pontine retikuläre Formation [PPRF]) einer Seite über, entsteht ein sog. *Einhalbsyndrom*, das aus einer horizontalen Blickparese zur Seite der Läsion und einer internukleären Ophthalmoplegie beim Blick zur anderen Seite besteht. Zur klassischen Symptomatik bei chronischer MS gehört der Nystagmus, am häufigsten als *symmetrischer horizontaler Blickrichtungsnystagmus* mit der schnellen Komponente in Blickrichtung. Da ein ähnlicher Nystagmus auch als Folge von Müdigkeit oder fehlender Kooperation vorkommen kann, sollte er als Ausdruck einer zusätzlichen Läsion zur Diagnosesicherung nur vorsichtig interpretiert werden.

Isolierte Augenmuskelparesen sind selten. In absteigender Reihenfolge der Häufigkeit treten Paresen von seiten des N. abducens, oculomotorius und trochlearis auf. Weitere seltene Hirnstammsymptome sind eine vertikale Blickparese bei Läsionen mesodienzephal oder eine »skew deviation« mit divergenter Bulbusstellung in vertikaler Richtung. Eine zentralvestibuläre Störung liegt bei der »ocular tilt reaction« vor, die eine Kopfneigung zum unten stehenden Auge induziert. Beide Augen weisen eine Rotation in der sagittalen Achse auf (skew deviation).

Schwindelerscheinungen im Verlauf der MS sind nicht selten. Zentralvestibuläre Herde können zu einem Drehschwindel führen, der als »pseudolabyrinthärer« Schwindel kaum von dem Schwindel bei einer Neuropathia vestibularis unterschieden werden kann. Meist aber treten bei der MS zusätzliche neurologische Symptome auf. Ein zentraler Lagerungsschwindel kann durch vestibuläre Herde verursacht sein. Gelegentlich kommt es bei Hirnstammherden zu anfallsartigen Schwindelerscheinungen, die als »Schiefsehen« beschrieben werden. Die Patienten sehen die Umwelt plötzlich um einen festen Winkel verdreht, ohne dass die Gegenstände verzerrt gesehen werden.

■ **Tabelle 43.5.** Schmerzen bei MS. (Nach Heckl 1994)

Akute Schmerzen	Subakute Schmerzen	Chronische Schmerzzustände
Beugespasmen Schmerzhafte tonische Anfälle Paroxysmale Dysästhesie Trigeminusneuralgie Lhermitte-Zeichen	Retrobulbärer Schmerz (bei Optikusneuritis)	Dysästhesien Diffuse Schmerzhaftigkeit der Extremitäten Spastik und Kontraktur Kreuzschmerzen

Bulbäre Störungen können auch mit einer entsprechenden bulbären Dysarthrie einhergehen, sind dann aber meistens mit Schluckstörungen vergesellschaftet.

Schmerzen

20–50% der Patienten mit MS leiden in irgendeiner Form an Schmerzen. Die Schmerzen können akut oder subakut auftreten, z. B. bei Beugespasmen, schmerzhaften tonischen Hirnstamm- oder spinalen Anfällen, als paroxysmale Dysästhesien, als Trigeminusneuralgie, beim Lhermitte-Zeichen und als retrobulbärer Schmerz im Rahmen der Optikusneuritis (■ Tabelle 43.5).

Chronische Schmerzen können als einziges Symptom einer benignen Form der MS jahrelang als Dysästhesien in verschiedenen Körperregionen auftreten. Läsionen im Tractus spinothalamicus sind vermutlich verantwortlich für einen diffusen spontanen Brennschmerz v.a. in den Füßen, aber auch in kompletten Extremitäten. Auch eine ausgeprägte Spastik oder Kontrakturen gehen mit Schmerzen einher. Ein segmental lokalisierter Schmerz (häufig thorakal) ist Folge einer Läsion im Bereich der Eintrittszone der Hinterwurzel.

Vegetative Funktionsstörungen

Blasenstörungen stellen ein Hauptproblem für Patienten mit MS dar, da sie zum einen erhebliche Konsequenzen für die Gestaltung des alltäglichen Lebens haben, andererseits Hauptursache für Sekundärerkrankungen sind. Zwischen 50 und 80% der Patienten klagen im Verlauf ihrer Krankheit über Blasenstörungen, selten sind sie Teil der initialen Krankheitsmanifestation.

Vom klinischen Standpunkt aus empfiehlt sich, die Blasenstörung von MS-Patienten in Probleme der Blasenfüllung bzw. Kontinenz und solche der Blasenentleerung einzuteilen. Füllungs- bzw. Kontinenzprobleme gehen meist mit imperativen Symptomen einher wie häufigem Wasserlassen, imperativem Harndrang bis zur Inkontinenz (Urgeinkontinenz) und Dysurie. Ihnen liegt meist eine Hyperaktivität des Detrusors oder eine Sphinkterinsuffizienz zugrunde. Störungen bei der Blasenentleerung führen zu obstruktiven Symptomen wie Harnverhalt, vermindertem Strahl oder zum Gefühl einer noch vollen Blase nach erfolgter Miktion. Ursache hierfür ist eine verminderte Detrusoraktivität oder ein Abflusshindernis, z. B. bei

ausgeprägter Beckenbodenspastik. Auch langdauernde Blasenüberdehnungen führen zu verminderter Detrusoraktivität. In den meisten Fällen aber gehen Blasenstörungen bei MS-Patienten auf eine fehlerhafte Koordination von Detrusor und Sphinkter zurück im Sinne einer Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie mit Stakkatomiktionen, Restharnbildung und Gefahr eines vesikourethralen Refluxes (► Kap. 19).

Störungen der Darmfunktionen treten häufig in Form von Obstipationen auf. Selten ist ein imperativer Stuhldrang.

Häufiger noch als Blasenstörungen sind sexuelle Funktionsstörungen, die bei Männern z. T. schon im Frühstadium als erektile Dysfunktion in Erscheinung treten. Läsionen im Tractus spinothalamicus führen zu herabgesetzter Empfindungs- und Orgasmusfähigkeit. Störungen der sympathischen Efferenzen gehen mit Ejakulationsstörungen einher, während die gestörte Erektion durch Läsionen der parasympathischen Efferenzen bedingt ist. Eine genaue Einteilung und Zuordnung ist im Einzelfall aber ausgesprochen schwierig, da auch nicht organisch bedingte Störungen wie Müdigkeit, Depression oder ängstliche Erwartungshaltung eine gravierende Rolle spielen.

Psychische und kognitive Störungen

Eines der am häufigsten genannten Symptome (>75%) bei MS-Patienten ist die *vorzeitige abnorme kognitive und körperliche Ermüdbarkeit* als eigenständiges Symptom (*MS-Fatigue*). Sie ist primär nicht mit Depression oder Muskelschwäche kombiniert. Es gibt keine Korrelation zwischen dem Ausmaß der »Fatigue« und der Schwere der MS. Bei etwa 20% der MS-Patienten mit schwerem Fatigue-syndrom besteht zusätzlich eine Depression. Es gibt einige charakteristische Muster, die die MS-Fatigue von der Müdigkeitsbeschreibung gesunder Probanden unterscheidet (■ Tabelle 43.6). Hauptunterscheidungsmerkmal ist die Verstärkung der Symptomatik durch Wärme. Die Ursache ist nicht bekannt. Möglicherweise spielen das Uthoff-Phänomen und erhöht freigesetzte Entzündungs- oder Immunmediatoren eine Rolle.

Affektive Störungen werden zunehmend als typisches Begleitsymptom bei der MS betrachtet. Früher betrachtete man lediglich die *Euphorie* als typisch, heute wissen wir, dass die *Depressionen* bei 20–25% so ausgeprägt sind, dass

■ Tabelle 43.6. Charakteristische Muster bei der MS-Fatigue. (Nach Krupp et al. 1988)

Beschreibung	Positive Antworten [%]	
	MS n = 32	Gesunde Prob. n = 33
Verschlechterung unter Wärme	92	17
Tritt unvermittelt auf	82	22
Hängt von der körperlichen Belastung ab	79	28
Verursacht häufig Probleme	63	17
Verhindert anhaltende Tätigkeit	89	0

sie einer fachärztlichen Behandlung bedürfen. Depressionen sind in aller Regel mehr organisch als reaktiv bedingt zu betrachten.

Kognitive Einschränkungen treten bei Patienten mit MS nach testpsychologischen Kriterien im Sinne von Gedächtnisstörungen und intellektuellen Beeinträchtigungen bei etwa 50 % auf. Sie können auch schon im Anfangsstadium der Krankheit nachweisbar sein, sind aber dann meist sehr gering ausgeprägt und werden erst mit zunehmender Erkrankungsdauer schwerer, können in seltenen Fällen (4–6 %) sogar zu schweren zerebral-organischen Beeinträchtigungen bis zur Demenz führen.

Selten findet man bei Patienten mit MS ein pathologisches Lachen und noch seltener ein pathologisches Weinen. Im Einzelfall kann die Differenzierung zwischen Affektlabilität und pathologischem Lachen und Weinen ausgesprochen schwierig sein. Immer aber ist es mit anderen ausgeprägten psychoorganischen Beeinträchtigungen vergesellschaftet.

Schubunabhängige Symptome

Nicht alle Symptome, die im Rahmen einer MS auftreten, sind Ausdruck eines erneuten Schubes. Es gibt endogene und exogene Faktoren, die insbesondere paroxysmale Symptome von weniger als 24 h Dauer auslösen. Etwa 10–15 % der MS-Patienten haben zu irgendeinem Zeitpunkt ihrer Erkrankung ein oder mehrere paroxysmale Symptome. Die folgende Übersicht stellt diese Symptome dar.

Paroxysmale Symptome bei der MS

- Epilepsie (generalisiert oder fokal)
- Tonische Hirnstamm- und spinale Anfälle (»tonic seizures«)
 - Motorisch
 - Sensomotorisch
 - Schmerzhaft
- Paroxysmale Ataxie
- Paroxysmale Atonie
- Paroxysmale Dysarthrie
- Paroxysmale sensible Symptome
 - Schmerzen
 - Parästhesien
 - Jucken
 - Trigeminusneuralgie
- Paroxysmale Diplopie
- Paroxysmales Erbrechen
- Paroxysmaler Husten
- Spasmus hemifacialis
- Lhermitte-Zeichen
- Spinale Automatismen

Charakteristischerweise dauern paroxysmale Symptome allenfalls einige Minuten, sind oft aber viel kürzer. Sie treten mit einer Frequenz von bis zu mehreren 100-mal pro Tag auf und werden durch Temperaturschwankungen, sensible Stimuli, Angst, Hyperventilation und willkürliche Bewegungen von Rumpf und Gliedmaßen ausgelöst. Es handelt sich um Symptome, die auf eine erhöhte neurale Erregbarkeit zurückzuführen und nicht als Folge einer verminderten Leitgeschwindigkeit oder eines Leitungsblocks zu sehen sind (■ Tabelle 43.7).

Rückbildung von Symptomen

Auch wenn die meisten Symptome im Rahmen der MS in Form von Schüben auftreten und sich häufig wieder zurückbilden, sind Remissionen in Abhängigkeit von der Symptomatologie unterschiedlich häufig. Untersucht man eine bestimmte Patientengruppe mehrfach, so lässt sich aus dem Muster der Symptome die Rückbildungsfähigkeit einzelner Störungen ablesen. In einer großen Querschnittsuntersuchung zeigte sich z. B., dass 31 % der Patien-

■ Tabelle 43.7. Merkmale paroxysmaler Symptome. (Nach Clanet 1994)

Dauer	Symptome dauern nicht länger als einige Minuten, meistens sind sie viel kürzer
Häufigkeit	Sehr häufig, manchmal bis zu 300/Tag
Trigger	Häufig getriggert durch sensible Reize, Temperaturschwankungen, Angst, Hyperventilation oder Willkürbewegungen
»Positive« Symptome	Paroxysmale Symptome entsprechen einer exzessiv abnormen neuralen Exzitation, sie sind nicht Ausdruck verminderter Nervenleitung oder eines Leitungsblocks

■ **Tabelle 43.8.** Rückbildung von Symptomen. (Nach Poser et al. 1979)

Doppelbilder	58%
Störungen des V. oder VII. HN	45%
Visuelle Störungen (N. opticus)	22%
Sensorische Symptome	17%
Spastische Parese	11%

ten während ihres Krankheitsverlaufs irgendwann Doppelbilder bemerkt hatten, aber lediglich 13% von ihnen litten darunter bei der letzten Untersuchung. Daraus lässt sich folgern, dass etwa die Hälfte der Patienten eine komplette Remission bezüglich der Doppelbilder hatten (■ Tabelle 43.8).

Schubauslösende Faktoren

Es gibt eine Reihe von Vermutungen über äußere Einwirkungen, die für die Entstehung der Krankheit verantwortlich sein könnten oder ihren Verlauf günstig oder ungünstig beeinflussen. Die häufigsten sind Infektionen, Impfungen, Traumen, psychische Faktoren oder Schwangerschaft. Insgesamt ist bislang keiner dieser Faktoren in überzeugender Weise als Auslöser für einen Schub verantwortlich zu machen. In prospektiven Studien z. B. fanden sich insgesamt signifikant weniger Infektionskrankheiten bei MS-Patienten als bei einer vergleichbaren Bevölkerungsgruppe. Mehr als ein Viertel der Schübe jedoch stand in engem zeitlichem Zusammenhang mit einer Virusinfektion (meist Adenoviren). Wenn es während eines Infektes zu einer Verschlechterung kommt, muss man auch das Vorliegen eines Pseudoschubes in Erwägung ziehen.

Impfungen werden immer wieder ursächlich in Zusammenhang mit der MS gebracht, eine statistisch signifikante Abhängigkeit ist allerdings nicht zu finden. Eine retrospektive Studie ergab ein erhöhtes Manifestationsrisiko nach Pocken- und Tetanusschutzimpfungen, nicht aber für Polio- oder Gripeschutzimpfungen. Da *die Pockenschutzimpfung bei allen Patienten mit Erkrankungen des Zentralnervensystems kontraindiziert* ist, darf ein Patient mit MS nicht gegen Pocken geimpft werden. Für alle anderen Impfungen aber gibt es kein eindeutig erhöhtes Risiko, so dass diese Impfungen gefahrlos durchgeführt werden können.

Inwieweit psychische Faktoren in Zusammenhang mit einer Schubauslösung gebracht werden können, ist nicht geklärt. Traumen lassen sich auch in großen Untersuchungen nicht als Auslöser für eine MS verantwortlich machen, auch wenn in Einzelfällen bestimmte Traumen (v.a. Elektrotraumen) bei vorbestehender MS einen Schub auslösen können.

Es ist bekannt, dass bei Patienten mit MS nach stereotaktischen Operationen neue Herde in unmittelbarer Nachbarschaft des stereotaktischen Stichkanals auftreten kön-

nen. Es ist also durchaus möglich, dass traumatische Läsionen den Kristallisationspunkt für neue Herde einer MS darstellen.

Schwangerschaften, insbesondere im letzten Trimenon, bieten einen gewissen Schutz vor schubförmigen Verschlechterungen. Diese verminderte Risikophase während der Schwangerschaft wird allerdings aufgeholt durch eine erhöhte Schubrate bis zu 3 Monaten postpartal. Insgesamt wird die Schubrate durch Geburten nicht verändert.

Varianten der MS

Charakteristische Sonderformen der MS sind:

- maligne monophasische MS (Marburg-Krankheit),
- konzentrische Sklerose (Baló-Krankheit),
- diffus disseminierte Form (Schilder-Krankheit),
- Neuromyelitis optica (Dévic-Syndrom) und
- MS in Verbindung mit demyelinisierender Polyneuropathie.

Maligne monophasische MS (Marburg-Krankheit). Die Marburg-Krankheit ist eine fulminant verlaufende monophasische Entmarkungserkrankung, die innerhalb weniger Wochen nach Ausbruch tödlich endet. Sie beginnt mit unspezifischen Symptomen wie Fieber, Kopfschmerzen, Erbrechen, Verwirrtheit und Vigilanzstörungen sowie vielfältigen neurologischen Symptomen, die an eine akute Viruszephalitis denken lassen. Im Unterschied zu Viruszephalitiden finden sich in der MRT viele große, frische Demyelinisierungsherde. Pathologisch-anatomisch liegt dem Krankheitsbild eine ausgeprägte Demyelinisierung mit Einwanderung zahlreicher Makrophagen und Myelinabbauprodukten zugrunde. Die perivaskuläre Infiltration von Lymphozyten ist geringer ausgeprägt, und die Axone bleiben gut erhalten. Ursache der malignen Verlaufsform ist möglicherweise ein durch Unreife verändertes basisches Myelinprotein (Wood et al. 1996).

Konzentrische Sklerose (Baló-Krankheit, Encephalomyelitis periaxialis concentrica). Bei der konzentrischen Sklerose treten die Entmarkungsherde in ausgeprägter Zwiebelschalenformation auf. Wie die Jahresringe eines Baumstumpfes wechseln sich Zonen völliger Entmarkung mit schmalen erhaltenen Markzonen ab. Klinisch beginnt die Baló-Krankheit akut mit psychischen Störungen, Bewusstseinsstörungen und meist schweren Halbseitenlähmungen und endet häufig nach Wochen bis Monaten tödlich.

Diffus disseminierte Sklerose (Schilder-Krankheit, Encephalitis periaxialis diffusa). Vorwiegend bei Kindern verläuft die diffus disseminierte Sklerose innerhalb von 1–2 Jahren zum Tode. Entsprechend der großflächigen Entmarkungsherde beginnt die Erkrankung mit sehr unterschiedlichen neurologischen Symptomen und häufig psychischen Veränderungen. Der Verlauf ist monophasisch.

Neuromyelitis optica (Dévic-Syndrom). Vielfach im Anschluss an einen grippalen Infekt setzt akut eine Sehschwäche mit Schleiersehen, manchmal auch zentralem Skotom auf einem Auge bis zu doppelseitiger Erblindung ein. Gleichzeitig oder nach einigen Tagen folgen spinale Symptome, bevorzugt Lähmungen bis zur Paraplegie. Am Augenhintergrund finden sich ein Papillenödem oder eine Papillitis. 20 % der Erkrankten sterben im akuten Schub, 30 % im Verlauf von Monaten an den Komplikationen der Spinalbeteiligung. Die Sehstörungen haben eine bessere Prognose als die spinalen Symptome. Mikroskopisch finden sich Gewebedestruktionen, die weit über das MS-übliche Entmarkungsgehehen hinausgehen und zu kompletten Nekrosen führen.

MS in Verbindung mit demyelinisierender Polyneuropathie. Sehr selten, insbesondere in Verbindung mit der Marburg-Variante, kommt es bei der MS gleichzeitig zum Auftreten einer entzündlichen Polyradikuloneuritis oder Neuropathie. Möglicherweise gibt es aber auch chronische demyelinisierende entzündliche Erkrankungen, die sowohl die zentrale Markscheide der Oligodendroglia als auch das periphere Myelin der Schwann-Zellen betreffen.

Diagnose

Wegen der insbesondere zu Beginn einer MS bestehenden Schwierigkeit, das vielfältige Symptomenbild eindeutig zuzuordnen, hat man sich auf standardisierte diagnostische Kriterien geeinigt, mit denen die Wahrscheinlichkeit der Diagnose als klinisch eindeutig, wahrscheinlich oder möglich eingestuft wird. Da es keinen spezifischen Laborparameter gibt, der als MS-beweisend gelten könnte, muss die diagnostische Einschätzung unter Berücksichtigung der Anamnese, des klinischen Befundes, von Zusatzuntersuchungen und nicht zuletzt des Verlaufs vorgenommen werden. Hauptkriterium ist die örtliche und zeitliche Dissemination von entzündlichen Manifestationen im ZNS.

Diagnostische Kriterien

International haben sich die »Poser-Kriterien« durchgesetzt. Sie sind aus den älteren »Schumacher-Kriterien« hervorgegangen und ermöglichen die Einteilung in Patienten mit gesicherter oder wahrscheinlicher MS, jeweils »klinisch« und »laborunterstützt« (■ Tabelle 43.9).

Dauert ein Symptom einer neurologischen Funktionsstörung länger als 24 h und bildet es sich nach einer gewissen Zeit zurück, so gilt dies als Ausdruck eines Schubes, unabhängig davon, ob es objektiv als Befund oder nur als anamnestische Angabe erfasst werden kann. In der Regel werden für die sichere Diagnose einer MS mindestens 2 Schübe gefordert, die auf zwei verschieden lokalisierte Läsionen zurückzuführen sind. Ausgenommen davon sind die Fälle mit mindestens zwei typischen Läsionen und oligoklonalen Banden im Liquor, in denen bereits ein erster Schub die Diagnose erlaubt. Zwei Schübe müssen durch einen Abstand von mindestens 1 Monat getrennt sein.

Klinische Anzeichen einer Läsion können sich sowohl in Form pathologischer neurologischer Befunde ergeben als auch anamnestisch erfasst werden, wenn die Angaben zuverlässig und für die MS typisch und passend sind.

Paraklinische Läsionsnachweise ergeben sich aus *elektrophysiologischen* Untersuchungen und *bildgebenden* Verfahren.

Die Laborunterstützung erfolgt im wesentlichen durch den Nachweis autochthoner intrathekaler Immunglobulinproduktion, die sich durch einen entsprechenden IgG-Index oder durch oligoklonale Banden ergibt.

Neuere diagnostische Kriterien, wie sie von McDonald (McDonald et al. 2001) vorgeschlagen wurden, stellen die MRT-Befunde insbesondere hinsichtlich der zeitlichen und örtlichen Dissemination in den Vordergrund (■ Tabelle 43.10).

Wenn die Beschwerden und Befunde »nicht besser (als durch eine MS) erklärt werden können«, ergeben sich die

■ **Tabelle 43.9.** Poser-Kriterien

Kategorie	Schübe	Nachweis von Läsionen		Liquor
		Klinisch	Paraklinisch	
Klinisch sicher				
1.	2	2		
2.	2	1 und	1	
Laborunterstützt sicher				
1.	2	1 oder	1	Positiv
2.	1	2		Positiv
3.	1	1 und	1	Positiv
Klinisch wahrscheinlich				
1.	2	1		
2.	1	2		
3.	1	1 und	1	
Laborunterstützt wahrscheinlich				
1.	2			Positiv

■ **Tabelle 43.10.** Neue diagnostische Kriterien der MS nach McDonald et al. (2001)

Klinische Präsentation (Zahl der Schübe)	Klinisch objektivierbare Läsion	Weitere erforderliche Kriterien
2 oder mehr	2 oder mehr	Keine; klinische Evidenz ausreichend (zusätzliche Evidenz wünschenswert und muss dann mit MS vereinbar sein)
2 oder mehr	1	<i>Räumliche</i> Dissemination im MRT <i>oder</i> Positiver Liquorbefund ^a und 2 oder mehr MS-typische Läsionen im MRT <i>oder</i> Weiterer klinischer Schub
1	2 oder mehr	<i>Zeitliche</i> Dissemination im MRT ^b <i>oder</i> 2. klinischer Schub
1 (monosymptomatische Präsentation)	1	<i>Räumliche</i> Dissemination im MRT <i>oder</i> 2 und mehr MS-typische Läsionen im MRT mit positivem Liquorbefund ^a und <i>Zeitliche</i> Dissemination im MRT ^b <i>oder</i> 2. klinischer Schub
0 (primär progredienter Verlauf)	1	Positiver Liquorbefund ^a und <i>Räumliche</i> Dissemination im MRT ≥ 9 T2 Läsionen im Gehirn <i>oder</i> ≥ 2 Läsionen im RM <i>oder</i> 4–8 Gehirn + 1 RM Läsionen <i>oder</i> positive VEPs ^c + 4–8 MRT Läsionen <i>oder</i> positive VEPs ^c + ≥ 4 –8 MRT Läsionen + 1 RM Läsion und <i>Zeitliche</i> Dissemination im MRT ^b <i>oder</i> Kontinuierliche Progression für 1 Jahr

^a Ein positiver Liquorbefund liegt beim Nachweis oligoklonaler Banden bzw. eines erhöhten Liquor-IgG-Index vor.

^b MRT-Kriterien für eine zeitliche Dissemination: Kontrastmittel aufnehmende Läsion ≥ 3 Monate nach klinischem Schub an anderer Lokalisation als vorangegangener Schub oder neue Kontrastmittel aufnehmende oder T2w-hyperintense Läsion in einem 2. MRI im Abstand von ≥ 3 Monaten.

^c Pathologische visuell evozierte Potenziale, die typisch für die MS sind (Latenzverzögerung bei gut erhaltener Konfiguration).

im folgenden aufgeführten Möglichkeiten, eine klinisch sichere MS zu diagnostizieren.

Anamnese

Die Erhebung einer exakten Vorgeschichte ist essenziell und reicht nicht selten bereits aus, um die Diagnose einer MS zu stellen. Es darf nicht vergessen werden, nach Symptomen zu fragen, die von den Patienten nicht spontan genannt werden. Hierzu gehören Blasenstörungen oder auch Sehstörungen. Die Sensibilitätsstörungen werden in aller Regel sehr unscharf beschrieben und reichen von elektrisierenden Missempfindungen bis hin zu Gürtel- oder Bandagengefühl. Zur Anamnese gehört auch der Versuch, Anzahl, Dauer und Schwere der einzelnen Schübe sowie Beschwerden zwischen den Schüben exakt festzulegen. Des Weiteren ist eine genaue Medikamentenanamnese und deren jeweilige Wirksamkeit von großer Bedeutung für die weitere Strategieplanung. Zu den Standardfragen gehören auch In-

formationen über bekannte oder mögliche schubauslösende Bedingungen und symptomverleichernde bzw. -verstärkende Situationen (Uhthoff-Phänomen, Blendempfindlichkeit, Schwangerschaft etc.).

Klinische Untersuchung

Der neurologische Untersuchungsbefund kann den in der Neurologie üblichen Vorgehensweisen entsprechen, kann sich aber auch an standardisierten Dokumentationen orientieren. Die am häufigsten verwandte ist die Kurtzke-Skala (oder »expanded disability status scale« [EDSS]), die entsprechend der Beeinträchtigung einzelner Funktionssysteme einen globalen Behinderungsgrad angibt. Die Skala reicht von 0 (keine Behinderung und keine neurologischen Symptome) bis 10 (Tod durch MS) (■ Tabelle 43.11). Einen weiteren Score stellt der MSFC (MS functional composite) dar, der ein breiteres Spektrum von Behinderungen erfasst.

■ **Tabelle 43.11.** Kurtzke-Skala, vereinfacht

0	Normaler neurologischer Befund
1	Keine Behinderung, minimale abnorme Untersuchungsbefunde
2	Minimale Behinderung in einem der funktionellen Systeme
3	Unabhängig gehfähig, aber mäßiggradige Behinderung in einem der funktionellen Systeme
4	Unabhängiges Gehen mindestens 500 m, aber schwere Behinderung in einem der funktionellen Systeme
5	Gehfähig ohne Hilfe über 200 m, aber Behinderung so schwer, dass volle Arbeitsfähigkeit nicht mehr möglich
6	Gehstock, Unterarmgehstütze oder Schiene notwendig, um 100 m gehen zu können
7	Gehfähigkeit höchstens 5 m mit Hilfe, aktiver Rollstuhlfahrer, Transfer ohne Hilfe
8	Rollstuhlpflichtig, Transfer nur mit Hilfe, Arme funktionell einsetzbar
9	Hilflos, weitgehend bettlägerig, Arme funktionell nicht einsetzbar
10	Tod infolge MS

Apparative Untersuchungen

Nach den Poser-Kriterien lassen sich paraklinische Zeichen einer Läsion durch elektrophysiologische Untersuchungen und bildgebende Verfahren sichern. Insbesondere kernspintomographische Untersuchungen werden bei sorgfältiger Indikation und unter Beachtung der differenzialdiagnostischen Abgrenzung zukünftig die diagnostische Sicherheit bei der MS erheblich verbessern und die Beobachtungszeit verkürzen, die man bisher hat verstreichen lassen müssen, ehe die Klassifikation eine nächsthöhere Sicherheit in dem Diagnosesystem erlaubt (s. McDonald-Kriterien).

Elektrophysiologische Untersuchungen

Unter den elektrophysiologischen Untersuchungen sind zum einen visuell evozierte Potenziale (VEP), somatosensibel evozierte Potenziale (SEP) und frühe akustisch evozierte Potenziale (AEP) für die afferenten Bahnen wichtig, für die Efferenzen werden motorisch evozierte Potenziale (MEP) erfolgreich eingesetzt.

Aufgrund der Pathophysiologie der Reizleitung (► Kap. 2 u. 4) lassen die Untersuchungsergebnisse folgende Aussagen zu:

- Fehlt eine Reizantwort, so kann eine komplette axonale Schädigung vorliegen oder ein kompletter Leitungsblock.
- Bei erniedrigter Reizantwort und normaler Latenz liegt eine partielle axonale Degeneration oder ein partieller Leitungsblock vor.
- Eine leichte Latenzverzögerung bei normaler Amplitude spricht für eine Demyelinisierung, wobei die Amplitude auch verringert sein kann.
- Eine normale Amplitude, aber deutlich verzögerte Reizantwort, liegt bei einer Demyelinisierung (und sekundärer Remyelinisierung) vor.
- Eine aufgesplitterte und verlängerte Reizantwort weist auf chronische De- und Remyelinisierung hin.

VEP. Die visuell evozierten Potenziale lassen eine Entmarkung im afferenten visuellen System erkennen. Klinisch ist dies besonders wichtig, da nicht nur manifeste symptoma-

tische, sondern auch stumme Demyelinisierungen objektivierbar sind. Im akuten Stadium einer Retrobulbärneuritis ist die Amplitude des VEP nach Schachbrettstimulation erniedrigt, die Latenz des P 100 allenfalls leicht verzögert. Die Latenz nimmt mit Rückbildung der Retrobulbärneuritis meistens deutlich zu. Die Antwortpotenziale sind zunächst deformiert, plump, normalisieren sich aber hinsichtlich der Amplitude im weiteren Verlauf. Als Folge der zurückliegenden Demyelinisierung verbleibt eine meist lebenslange Latenzverzögerung bestehen, die auch dann diagnostisch verwertbar ist, wenn bei absolut noch normaler Latenz eine deutliche Seitendifferenz vorliegt.

Nicht alle Latenzverzögerungen beweisen eine Optikusneuritis, da auch andere, z.B. retrochiasmale Entmarkungen, zu einer Latenzverzögerung führen können. Die Trefferquote für eine MS ist relativ hoch. Eine sichere MS geht in 81 %, eine wahrscheinliche MS in 63 % und eine mögliche MS in 35 % mit pathologischen Latenzverzögerungen des VEP einher (■ Tabelle 43.12).

Eine besondere Bedeutung kommt daher den VEP bei klinisch isolierten spinalen Symptomen zu. Ein dabei latenzverzögertes VEP ist ein wichtiger Hinweis auf eine zugrundeliegende MS, d.h. einen mindestens zweiten Herd.

SEP. Im Gegensatz zu den VEP und AEP werden bei den SEP auch die spinalen Reizantworten gemessen. Zur routinemäßigen Ableitung gehört eine Messung der L1-Antwort bei Stimulation des N. tibialis (N22) und der C7-Antwort bei Armnervenstimulation (N. medianus, N13), um den peripheren Anteil an der Gesamtlatenz bei einer Verzögerung der kortikalen Antwort zu erfassen. Mit Hilfe der Tibialis-SEP lassen sich nicht nur Leitungsverzögerungen objektivieren. Es gelingt auch, klinisch inapparente und früher abgelaufene, klinisch remittierte Herde zu erfassen, da die komplette Rückbildung einer Leitungsverzögerung nur ausnahmsweise erfolgt. Insbesondere bei chronisch-progredienten Verlaufsformen einer spinalen MS sind SEP und MEP diagnostisch wertvoll und der MRT überlegen. Bei sicherer MS sind bis zu 74 % pathologische Befunde nach Medianusstimulation nachweisbar, beim Tibialis-SEP sind es über 90 %. Die Messung der SEP ist nicht nur diag-

■ **Tabelle 43.12.** Differenzialdiagnostisch mögliche Ursachen für VEP-Veränderungen. (Nach Scheglmann 1995)

Diagnose	Pathologisch	Latenz	Amplitude
MS	35–96 %	Verzögert	Normal–erniedrigt
Friedreich-Ataxie	35 %	Verzögert	Erniedrigt
Chorea Huntington	78 %	Normwertig	Stark erniedrigt
Neuro-Lues	25 %	Verzögert	Erniedrigt
Chron. Borreliose	Häufig	Verzögert	Erniedrigt
Leukodystrophie	Fast alle	Verzögert	Stark erniedrigt
Optikuskompression	Meistens	Fraglich verzögert	Stark erniedrigt
Katarakt	N. Ausmaß	Fraglich verzögert	Stark erniedrigt
Amblyopie	N. Ausmaß	Normwertig	Stark erniedrigt

nostisch, sondern auch für den Verlauf der Erkrankung bedeutsam, um zwischenzeitlich aufgetretene klinisch stumme Manifestationen zu erfassen.

Trigeminus-SEP. Die Bedeutung des Trigeminus-SEP ist für die Suche nach MS-Herden nicht groß. Bei sicherer MS finden sich Verzögerungen nur in 61 %. Hat man aber bei den anderen SEP, VEP und AEP keinen pathologischen Befund erheben können, kann das Trigeminus-SEP insbesondere bei Sensibilitätsstörungen im Trigeminusausbreitungsgebiet oder bei einer Trigeminusneuralgie diagnostisch wegweisend sein.

AEP. Die akustisch evozierten Hirnstammpotenziale erlauben Nachweise einer Läsion im Bereich des Hirnstamms. Allerdings ist der klassische Befund einer Leitungsverzögerung einzelner Peaks beim AEP nicht so häufig, wie es bei den VEP oder SEP der Fall ist, obwohl Hirnstammläsionen pathologisch-anatomisch recht häufig sind. Läsionen im Hirnstamm führen nicht selten zu fehlenden oder erniedrigten Reizantworten, besonders des Peak V. Klinisch fassbare Hörstörungen liegen bei der MS nur in 3–6 % vor, obwohl die AEP bei der sicheren MS in 57 % pathologisch sind. Die Angaben schwanken allerdings zwischen 20 % und 89 %.

MEP. Die Veränderungen der motorisch evozierten Potenziale, wie sie mit der Magnetstimulation zu finden sind, entsprechen trotz sehr differenter Auslöse- und Ableitbedingungen denen der somatosensibel evozierten Potenziale. Der häufigste Befund ist dementsprechend die Latenzverzögerung der zentralen motorischen Leitungszeit. Bei schweren Fällen ist gelegentlich auch ein Ausfall der motorisch evozierten Potenziale zu finden. Dabei korrelieren klinischer Befund (Parese und Babinski) und Leitungsverzögerung des MEP sehr gut. Daneben werden allerdings auch klinisch inapparente Läsionen aufgedeckt.

Elektrophysiologische Reflexuntersuchungen wie die Messung des Orbicularis-oculi-Reflex oder der Long-latency-Reflexe sind in 41–66 % pathologisch bei sicherer MS und somit nur in Ausnahmesituationen sinnvoll verwertbar.

Bildgebende Verfahren

Mit konventionellen radiologischen Methoden (*Hirnszintigraphie, Myelographie*) hat man früher lediglich eine Ausschlussdiagnostik betreiben können. Die Computertomographie (CT) kann neben den unspezifischen Veränderungen einer globalen Hirnatrophie mit zunehmender Erweiterung der Ventrikel im Krankheitsverlauf auch einzelne hypodense Areale, periventrikulär betont, konfluierend in der gesamten weißen Substanz zeigen. Die Abgrenzung von einer subkortikalen Enzephalopathie oder Multiinfarkterkrankung ist rein computertomographisch nicht möglich. Solitäre Läsionen können niedrigmaligne Astrozytome oder sonstige entzündliche Prozesse imitieren. Selten finden sich

Kontrastmittelanreicherungen, häufig erst $1/2$ –1 h nach Kontrastmittelgabe, dann mit ringförmiger Struktur.

Magnetresonanztomographie

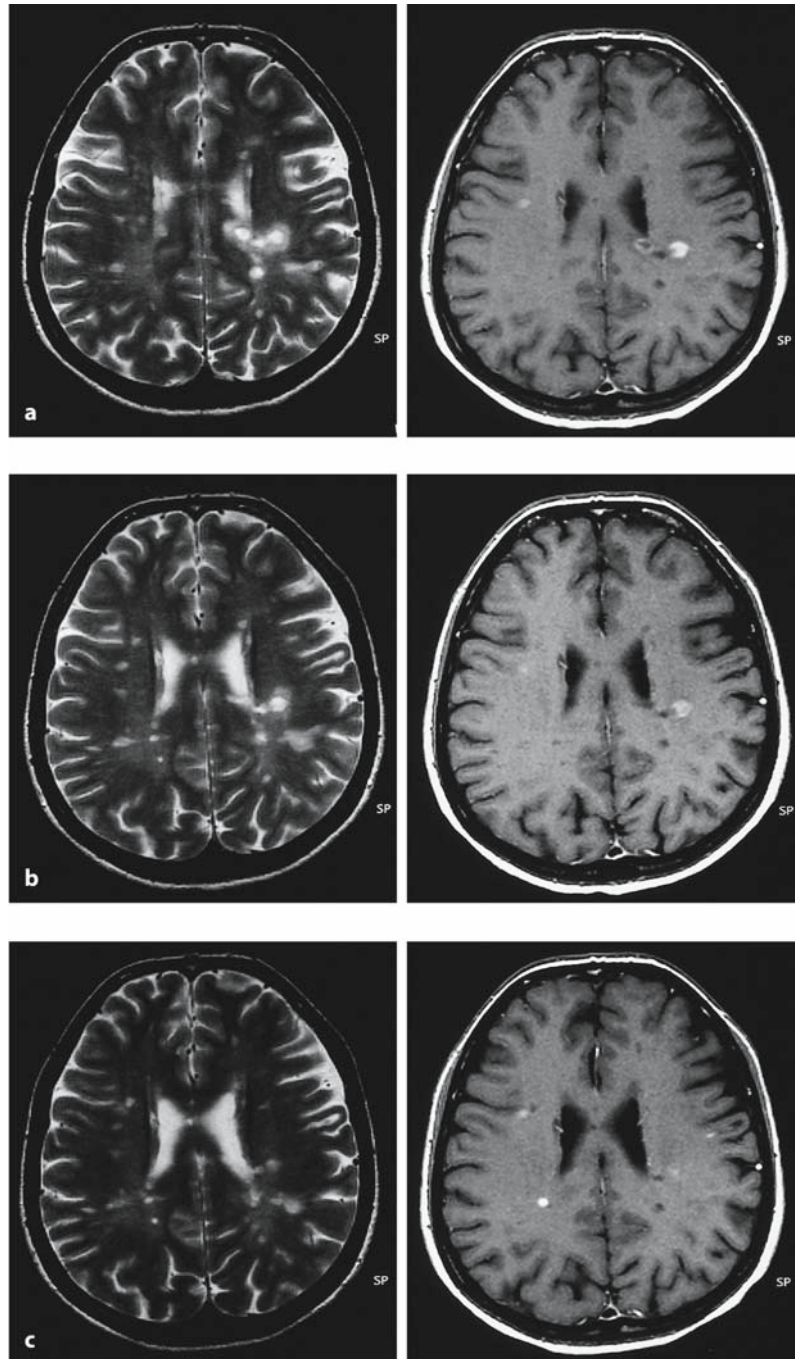
Die CT ist heute als bildgebendes Verfahren in der Diagnostik der MS durch die MRT nahezu vollkommen ersetzt worden. Darüber hinaus hat die MRT einen bedeutenden Beitrag zum Verständnis der pathophysiologischen Vorgänge der MS geleistet. Sie bietet das erste Verfahren, Läsionen im Bereich des ZNS sichtbar zu machen und liefert aktuelle Evidenz für die Dissemination von Läsionen. In den T2-gewichteten Aufnahmen stellt sich das Mark mit geringer Intensität dunkel dar. Das Signal wird durch das Relaxationsverhalten von Wassermolekülen verursacht, die durch die Nähe und Interaktion mit Markscheidenproteinen beeinflusst werden. Entsprechend der Architektur des Myelins mit den Myelinlamellen wird Wasser sehr effektiv in Kompartimenten gebunden. In *MS-Plaques*, in denen das Myelin zerfällt, wird Wasser aus diesen Kompartimenten befreit. *Freies Wasser* hat eine längere Relaxationszeit und ist insofern für ein *verstärktes Signal in den T2-gewichteten Abbildungen* verantwortlich.

Zusätzlich zur Demyelinisierung treten ödematöse, gliotische oder entzündliche Veränderungen auf, die in gleicher Weise das Signal in den T2-gewichteten Bildern verstärken können. Dadurch wird das MRT zwar *sehr sensitiv* und stellt selbst geringe Veränderungen gut dar, es ist aber *nicht spezifisch* für Läsionen einer MS. Die T1-betonten Aufnahmen zeigen insbesondere bei älteren MS-Plaques scharf berandete Signalminierungen als Ausdruck der Sklerosierung (■ Abb. 43.7). Die Nachweisbarkeit insbesondere kleiner Herde lässt sich durch Anwendung von Messsequenzen mit Fettunterdrückung weiter optimieren. Mit der sog. FLAIR-(fluid attenuate inversion recovery-) Technik lässt sich der Kontrast von Entmarkungsherden gegenüber normalem Mark erhöhen.

MRT mit Kontrastmitteln. Eine weitere Kontrastverstärkung, die v. a. der Differenzierung alter und frischer aktiver demyelinisierender Herde dient, bietet die intravenöse Gabe paramagnetischer Kontrastmittel (Gadolinium-DTPA). Areale mit gestörter Blut-Hirn-Schranke stellen sich als Kennzeichen einer floriden Entzündung kontrastangehoben dar, frische Herde homogen und reaktivierte ältere Herde randständig betont. Manchmal lassen sich Kontrastmittelanreicherungen erst nach Erhöhung der Kontrastmitteldosis (z. B. durch Verdreifachung) im sog. Spätscan (delayed scan) nachweisen. Frische Herde zeigen sich auch in der Diffusionswichtung.

Unter normalen Bedingungen zeigen sich kontrastangehobene frische Läsionen für 3–5 Wochen. In dieser Zeit werden sie zunächst größer, schrumpfen danach wieder und werden kleiner (■ Abb. 43.7). Nicht alle frischen Herde nehmen Gadolinium-DTPA auf. Am häufigsten reichern supraspinale Herde bei der primär schubförmigen

■ **Abb. 43.7a–c.** Typische periventrikuläre Läsionen bei MS, hyperintens im T2-gewichteten MRT (*links*) mit teilweise positivem Enhancement nach Gadolinium-DTPA in den T1-gewichteten Bildern (*rechts*). **a–c** Verlauf im Abstand von jeweils 4 Wochen. (Prof. Dr. D. Petersen, Abteilung Neuro-radiologie, Medizinische Universität zu Lübeck)



und sekundär progredienten (80%), weniger bei der benignen (33%) und am wenigsten bei der primär chronischen Form (5%) an. Es sind besonders die kleinsten Herde, die kein Kontrastmittel aufnehmen.

Entzündliche Läsionen können sich als hypointense Herde, sog. »black holes« auch in den T1-gewichteten Sequenzen darstellen. Das Ausmaß dieser Hypointensität scheint der Gewebeerstörung sowie dem Verlust von Axonen zu entsprechen. Dementsprechend wird ihnen auch eine fehlende Remission und eine schlechtere Prognose zugeschrieben. Manchmal können sie auch in den Untersu-

chungen ohne Kontrastmittel einen primär hyperintensens Randsaum aufweisen, der sich nach Kontrastmittelgabe dann nicht verstärkt.

Läsionsverteilungsmuster. Herdförmige Signalhyperintensitäten in der weißen Substanz werden besonders *ventrikelnah* gefunden, und hier wiederum in Höhe der Vorder- und Hinterhörner (■ Tabelle 43.13). Wie bereits aus den histopathologischen Untersuchungen bekannt, orientieren sich die periventrikulären Entmarkungszonen entsprechend der besonderen Angioarchitektur und der be-

■ Tabelle 43.13. Verteilung von ZNS-Läsionen im MRT. (Nach Kesselring et al. 1988)

Lokalisation	Patienten	
	n	[%]
Periventrikulär (Seitenventrikel)	196	(98)
Cella media	194	(97)
Trigonum	171	(86)
Hinterhorn	149	(75)
Unterhorn	132	(66)
Vorderhorn	117	(59)
Vereinzelt im Mark	185	(93)
Mark-Rinden-Grenze	130	(65)
Capsula interna	83	(42)
Kortex	25	(13)
Basalganglien	15	(8)
Hirnstamm	132	(66)
Pons	103	(52)
Mittelhirn	72	(36)
Medulla oblongata	29	(15)
Periventrikulär (IV. Ventrikel)	106	(53)
Kleinhirn	113	(57)

vorzuzug perivenulären Entwicklung von MS-Herden. Die stark vaskularisierte Region im Vorderhornbereich ist ventrikulopetal durchsetzt von radiären Venen, welche die Vv. internae bilden. Die Größe der Herde liegt in der Regel deutlich unter 2 cm, bei ausgeprägtem Begleitödem können aber auch Herde von mehr als 2 cm Größe gefunden werden, z.T. konfluierend. Die Größe der Herde nimmt von medial nach lateral ab, so dass die paraventrikulär bzw. subkortikal gelegenen Herde deutlich kleiner sind als die periventrikulär gelegenen Herde. Die kortikalen Herde, die histologisch häufig nachweisbar sind, werden wegen ihrer geringen Größe mit der MRT schlecht erfasst. Mit zunehmender Erkrankungsdauer konfluieren Herde an den Vorder- und Hinterhörnern und bilden entsprechend der venösen Abflüsse fingerartige Ausläufer bis tief in das Marklager (Dawson-Finger oder Hahnenkammkontur). Diese fingerförmigen Ausstülpungen zeigen distale Auftreibungen im Centrum semiovale im Sinne einer Keulenkongfiguration.

Der kernspintomographische Nachweis von Herden im Rückenmark ist differenzialdiagnostisch wichtig, um andere spinale Erkrankungen, wie z.B. Tumoren, Blutungen oder eine Syringomyelie, auszuschließen. Die MRT des Zervikalmarks ist vermutlich noch ergiebiger als somatosensibel evozierte Potenziale. Die Herde lassen sich mit neuen Geräten durchaus auch im Bereich der Hinter- oder Seitenstränge lokalisieren.

Häufiger findet man eine Atrophie des Rückenmarks ohne Nachweis von einzelnen spinalen Herden, die auf eine sekundäre Faserdegeneration zurückzuführen ist. Gelegentlich kann auch ein Ödem eine lokale Schwellung des Rückenmarks verursachen.

Im *N. opticus* bedarf es spezieller Untersuchungsmethoden, z. B. mit Hilfe der FLAIR-Sequenzen, um Optikusherde nachzuweisen. Unter günstigen Bedingungen lassen sich in 80 % symptomatischer Optikusneuritiden hyperintense Regionen im *N. opticus* darstellen.

Neben den charakteristischen Herdveränderungen lässt sich in späteren Stadien eine *Balkenatrophie* finden, die nicht durch Herde selbst verursacht ist, sondern Folge einer sekundären Degeneration von Balkenfasern durch Herde in der Balkenstrahlung. Ganz selten entwickeln sich große raumfordernde Herde, die mit einem Tumor oder einem Infarkt verwechselt werden können.

Diagnostische Kriterien. Eine Reihe von Kriterien ist vorgeschlagen worden, um Sensitivität und Spezifität von kernspintomographischen Untersuchungen zur MS-Diagnostik festzulegen. Am häufigsten werden die in der folgenden Übersicht genannten Paty-Kriterien benutzt.

MRT-Kriterien, die für eine MS sprechen (nach Barkhoff et al. 1997)

Drei der vier folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

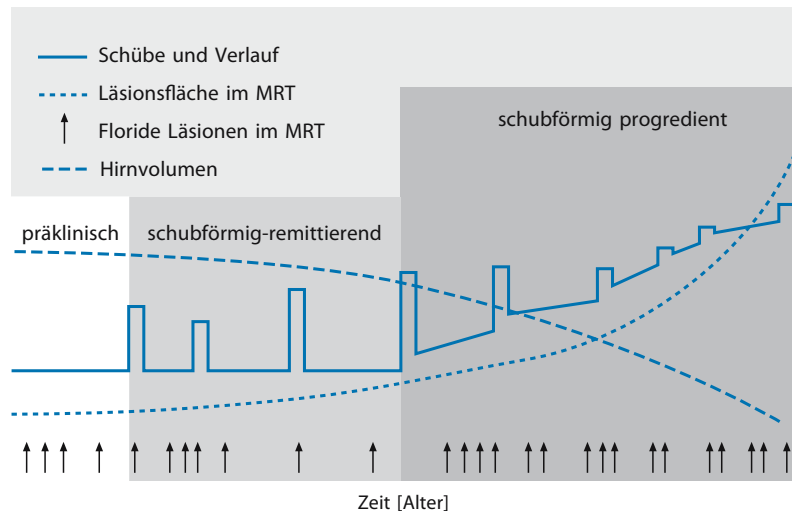
1. Ein Gadolinium-aufnehmender Herd
oder
neun T2-hyperintense Herde bei fehlender Gd-Aufnahme
 2. Mindestens ein infratentorieller Herd
 3. Mindestens ein juxtakortikaler Herd
 4. Mindestens drei periventrikuläre Herde
- Die Herde müssen größer als 3 mm in Durchmesser sein

Zusätzliche Kriterien zur Erhöhung der Spezifität für MS im MRT (nach Fazekas et al. 1988)

- Balkenherde, Herde in der Mark-Rinden-Grenze
- Okzipital oder temporal lokalisiert
- Infratentorielle Herde
- Gadoliniumaufnehmende neben nichtaufnehmenden Herden

Kernspintomographische Veränderungen und klinischer Befund. Aus neuropathologischen Untersuchungen wissen wir, dass neurologischer Befund und Lokalisation der Herde nur unzureichend zusammenpassen. Dies gilt v.a. für supratentorielle Herde, von denen nur 5 % mit klinischen Symptomen korrelieren. Sehr viel besser passen spinale Herde zum neurologischen Befund. Relativ gut auch lassen sich das Ausmaß einer Rindenatrophie, bedingt durch kortikale Herde und Herde in der Mark-Rinden-Grenze mit dem Grad psychoorganischer Veränderungen in Beziehung setzen. Auch die Ventrikelerweiterung und Balkenatrophie entspricht einer demenziellen Entwicklung.

■ **Abb. 43.8.** Schematische Darstellung eines MRT-Verlaufs. (Nach Paty et al. 1993)



Zahl der Herde und Ausmaß periventrikulärer Veränderungen hängen nicht von Krankheitsdauer und Behinderungsgrad ab, auch nicht vom Verlauf. So lassen sich bei benignen Verlaufsformen häufiger zahlreichere und größere Herde finden als bei Patienten mit rasch progredienten Verlaufsformen und höherem Behinderungsgrad. Allerdings entwickeln Patienten mit schubförmigem Verlauf deutlich mehr frische Herde als beim primär chronischen Verlauf (■ Abb. 43.8).

Differenzialdiagnose. Differenzialdiagnostisch sind eine Reihe von Marklagerveränderungen abzugrenzen, wobei mit steigendem Lebensalter die Häufigkeit von unspezifischen, meist vaskulären Veränderungen zunimmt. Bereits bei etwa 8 % neurologisch Gesunder lassen sich Marklagerveränderungen nachweisen, die sich morphologisch von MS-Herden nicht unterscheiden lassen (*unidentified bright objects* [UBO]). Es gibt einige Merkmale, die bei der Differenzierung entzündlich demyelinisierender Herde von vaskulären Herden helfen (■ Tabelle 43.14).

■ **Tabelle 43.14.** Vergleich der Veränderungen bei MS und vaskulärer Enzephalopathie im MRT. (Nach Heckl 1994)

Multiple Sklerose	Vaskuläre Herde
Herde werden mit zunehmendem Abstand vom Ventrikel kleiner	Unregelmäßige Größe der Herde
Herde liegen periventrikulär (direkt am Ventrikel)	Herde liegen oft paraventrikulär (mit Abstand neben dem Ventrikel)
Herde auch im Balken	Balken nicht betroffen
Hahnenkammkontur	Keine fingerförmigen Ausstülpungen
Frische Herde nehmen Kontrastmittel auf	Lakunen nehmen kein Kontrastmittel auf

Andere Krankheiten, die kernspintomographisch das Bild einer MS imitieren können, sind v.a. entzündliche Erkrankungen wie Lupus erythematoses, Panarteriitis nodosa, primäre zerebrale Vaskulitis, eine ADEM, Aids, das Behçet-Syndrom oder die Sarkoidose.

Weitere MRT-Verfahren. Inwieweit andere Techniken der MRT wie die MR-Spektroskopie mit dem Nachweis unterschiedlicher Spektren in Läsionen unterschiedlichen Alters geeignet sind, eine bessere Differenzierung von Demyelinisierung und axonaler Degeneration zu gewährleisten oder über das Alter der Plaques und die Krankheitsaktivität exakte Auskunft zu geben, wird die Zukunft weisen. Ähnliches gilt für die Untersuchungen mit dem Magnetization-transfer-Verfahren.

Liquoruntersuchungen

Unter den Laboruntersuchungen, die am zuverlässigsten die klinische Diagnose der MS stützen können, haben sich folgende Parameter bewährt:

- Bestimmung der Immunglobulin G-Konzentration,
- Bestimmung der Gesamtprotein- und Albuminkonzentrationen,
- Nachweis oligoklonaler Banden mit isoelektrischer Fokussierung,
- Bestimmung von Antikörpern gegen Masern-, Röteln- und Zosterviren,
- Bestimmung der Liquorzellzahl,
- Nachweis von Myelinabbauprodukten wie dem basischen Myelinprotein.

Die Liquoranalyse allein kann nur den Hinweis geben, ob es sich um eine chronisch entzündliche Erkrankung handelt, *MS-spezifische Liquorbefunde gibt es bislang nicht*. Ein klassisches Liquorprofil bei MS zeigt die folgende Übersicht.

Liquorprofil bei MS

1. *Aussehen:* klar und farblos
2. *Druck:* normal (< 200 mm H₂O)
3. *Zellzahl:* 75% normal
99% < 20 Zellen/mm³
Selten > 50 Zellen/mm³
70% stimulierte Lymphozyten, manchmal Plasmazellen
4. *Gesamteiweiß:* 70–80% normal (< 0,5 g/l); 99% < 0,8 g/l
5. *Liquor-IgG-Index:* [IgG im Liquor/IgG im Serum]: [Albumin im Liquor/Albumin im Serum] in 90% > 0,7 (normal < 0,69)
6. *Oligoklonale Banden (IgG):* in der isoelektrischen Fokussierung (IEF) > 95% nachweisbar im Liquor, nicht in der parallel durchgeführten Serumuntersuchung
7. *IgG-Neusynthese im Liquor:* 90% erhöht (normal 3 mg/Tag)
8. *Basisches Myelinprotein (MBP) im Liquor:* 50–60% erhöht (in zeitlicher Abhängigkeit vom Schub, korreliert mit Demyelinisierung)
9. *Antikörper gegen Masern, Röteln, Zoster (MRZ):* 80% haben erhöhte Antikörper im Liquor als Ausdruck einer polyspezifischen Reaktion bei chronisch entzündlichen Prozessen vom Autoimmuntyp im ZNS.

Zellzahl. Eine Liquorpleozytose mit mehr als 50 Zellen/mm³ muss Zweifel an der Diagnose einer MS wecken. Zytologisch kann mit Hilfe immunzytochemischer Färbungen IgG in stimulierten Lymphozyten nachgewiesen werden.

Gesamteiweiß. Auch bei der MS kann es zu einer Schrankenstörung kommen in einer Häufigkeit von 14–20% bei Patienten mit gesicherter MS. Eine ausgeprägtere Schrankenstörung mit mehr als 0,7 g/l spricht immer gegen die Diagnose. Bei einer Querschnittsmyelitis kann allerdings das Eiweiß auch einmal deutlich ansteigen.

Liquor-IgG-Index. Der Liquor-IgG-Index nach Delpsch und Lichtblau berücksichtigt in einer einfachen Formel die Rate des intrathekal (autochton) gebildeten IgG in Abhängigkeit von der Blut-Hirn-Schranke, indem die Konzentrationen von IgG und Albumin in Liquor und Serum in Beziehung gesetzt werden. Für den klinischen Alltag hat sich die graphische Darstellung dieser Relation im sog. Reiber-Schema bewährt (► Kap. 6).

Oligoklonale Banden. In der isoelektrischen Fokussierung des Liquors von Patienten mit klinisch sicherer Diagnose einer MS lassen sich in 95% Banden im IgG-Bereich nachweisen, die im parallel untersuchten Serum nicht vorhanden sind. Diese Banden entsprechen intrathekal produzierten

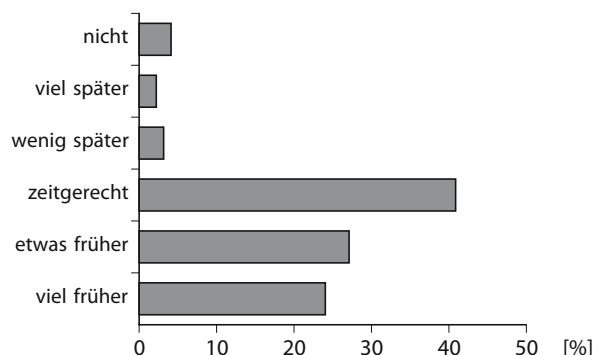
Antikörpern. Oligoklonale Banden sind für den einzelnen Patienten individualspezifisch und zumindest über viele Jahre identisch nachweisbar. Allerdings können innerhalb des Krankheitsverlaufs bei gleichbleibender Bandengesamtzahl einzelne Banden verschwinden und andere neu hinzutreten. In einzelnen Herden werden verschiedene Immunglobuline von wenigen Plasmazellklonen produziert.

Vereinbarungsgemäß müssten mindestens 3 Banden nachgewiesen werden, um von oligoklonalen Banden zu sprechen. Oligoklonale Banden kommen besonders häufig bei der MS vor, sind aber nicht spezifisch, da man sie auch bei anderen Erkrankungen wie *Neurolyues*, *Borreliose*, *Enzephalitis* oder *Meningitis* findet.

Bei 80% der MS-Patienten finden sich erhöhte Antikörpertiter gegen Masern, Röteln und Herpes zoster, so dass hier ein Nachweis zur differenzialdiagnostischen Abgrenzung anderer entzündlicher ZNS-Erkrankungen helfen kann. Es handelt sich dabei vermutlich um eine unspezifische Mitreaktion von B-Zellklonen bei Autoimmunprozessen im ZNS.

Aufklärung über Diagnose und Prognose

Die MS ist eine potenziell mit erheblichen Behinderungen einhergehende Erkrankung, die typischerweise junge Erwachsene befällt, zu einem Zeitpunkt, in dem die Lebensplanung in vollem Gange ist. Es herrscht nach wie vor Uneinigkeit unter den Ärzten, wann und ob überhaupt Patienten mit der Diagnose einer MS konfrontiert werden sollen. Bei zunehmender Möglichkeit, die Diagnose durch MRT und Liquoruntersuchungen abzusichern, ist das Verschweigen der Diagnose nicht mehr gerechtfertigt. Allerdings ist insbesondere bei einem ersten Schub, der eine sichere Abgrenzung von einer ADEM nicht immer zulässt, eine entsprechende Zurückhaltung möglich. Es gibt eine Reihe von überzeugenden systematischen Untersuchungen, in denen die überwiegende Mehrzahl der befragten MS-Patienten erklärte, der einzige richtige Weg sei die klare Eröffnung der Diagnose durch den zuständigen Arzt, am besten einen Neurologen, sobald die Diagnose feststehe (■ Abb. 43.9).



■ **Abb. 43.9.** Zeitpunkt, zu dem Patienten ihrer Meinung nach aufgeklärt wurden oder hätten aufgeklärt werden wollen. (Nach Robinson 1991)

Die Diagnose sollte individuell an die Verständnismöglichkeiten des Patienten angepasst werden, und falls vom Patienten gewünscht, können Familienangehörige gleichzeitig informiert werden. Das Informationsgespräch sollte Hinweise auf die Prognose beinhalten. Insbesondere bei einem vermutlich gutartigen Verlauf ist der Hinweis auf die gute Prognose wichtig. Ist keine Aussage über den konkreten Verlauf möglich, kann man darauf hinweisen, dass etwa ein Drittel aller Patienten einen gutartigen Verlauf haben.

Es ist ausgesprochen wichtig, das Gespräch anschließend im Arztbrief zu erwähnen.

Differenzialdiagnose

Die Differenzialdiagnose der MS besteht im wesentlichen im Ausschluss anderer Erkrankungen, die eine MS imitieren können. Auch eine offensichtlich erwiesene MS darf von nachfolgenden Untersuchern nicht unkritisch übernommen werden. Die Rate der Fehldiagnosen beträgt auch bei Ausnutzung moderner diagnostischer Möglichkeiten etwa 10% der Patienten, die in neurologische Kliniken überwiesen werden. Eine Überprüfung der Diagnose sollte erfolgen, wenn folgende Konstellation vorliegt:

- Es fehlen objektive neurologische Befunde, und der Patient hat Beschwerden wie Müdigkeit oder Schwäche.
- Es liegt keine räumliche oder zeitliche Dissemination vor, d. h., Symptome lassen sich mit einem Krankheitsherd erklären, oder es handelt sich um ein erstmaliges Auftreten neurologischer Symptome (eine ADEM nach Impfung oder Infektion lässt sich nicht ausschließen).
- Es fehlen Angaben von Sehstörungen, und die evozierten Potenziale sind normal.
- Es liegt ein völlig normaler Liquorbefund vor.
- Bereits frühzeitig herrschen schlaffe Paresen mit abgeschwächten Muskeleigenreflexen vor.
- Das Krankheitsbild ist von Anfang an progredient bei einem Patienten unter 35 Jahren.

Krankheiten mit schubförmigem Verlauf

Der schubförmige Verlauf ist für die MS zwar charakteristisch, es gibt jedoch auch eine Reihe anderer Erkrankungen, die schubförmig auftreten und remittieren können. Die folgende Übersicht zeigt die differenzialdiagnostisch wichtigen Erkrankungen.

Krankheiten mit schubförmigem Verlauf, die differenzialdiagnostisch bedacht werden müssen

1. Krankheiten mit Vaskulitis
 - Lupus erythematoses
 - Panarteriitis nodosa
 - Sjögren-Syndrom
 - Behçet-Syndrom

- Lues cerebrospinalis
 - Sarkoidose (Boeck)
 - Zerebrale Vaskulitis
 - Antiphospholipidsyndrom
2. Andere vaskulär bedingte Erkrankungen
 - Transitorisch ischämische Attacken (TIA)
 - AV-Malformation
 3. Raumforderungen
 - Fehlbildungen am kraniozervikalen Übergang
 - Spinale Tumoren
 4. Krankheiten mit episodischer Ataxie
 - Hereditäre episodische Ataxie
 5. Andere
 - Adrenoleukodystrophie

Krankheiten mit chronisch-progredientem Verlauf

Zu Erkrankungen mit chronisch-progredientem Verlauf und disseminiertem oder diffusem Befall des Zentralnervensystems gehören insbesondere Enzephalomyelitiden, besonders im Rahmen der Neuroborreliose (■ Tabelle 43.15).

Unter den ebenso hier anzusiedelnden Leukodystrophien spielt die sehr seltene adulte Form der metachromatischen Leukodystrophie eine Rolle sowie die X-chromosomal rezessive Adrenoleukodystrophie, die durch den Nachweis vermehrt auftretender überlangkettiger Fettsäuren im Serum gesichert werden kann. Eine Sonderform ist die Adrenomyeloleukodystrophie, die zusätzlich polyneuropathische Veränderungen aufweist.

Spinale Tumoren, extradural und extramedullär oder auch zentromedullär gelegen, können eine chronisch-progrediente spinale Symptomatik hervorrufen. Schwierig wird die Differenzialdiagnose zwischen der chronischen zervikalen Myelopathie und einer chronischen spinalen Form der MS (■ Tabelle 43.16).

Die MRT lässt in der Regel keine eindeutige Diagnose, sondern allenfalls den Verdacht auf eine MS zu. Es gibt

■ **Tabelle 43.15.** Differenzialdiagnose chronische Neuroborreliose vs. MS. (Nach Heckl 1994)

Chronische Neuroborreliose	Multiple Sklerose
Borrelienantikörper in Liquor und Serum	Keine Borrelienantikörper im Liquor
Deutliche Schrankenstörung	Allenfalls mäßige Schrankenstörung
Intrathekale IgM-Erhöhung Oft hohe Zellzahl	IgM im Liquor nicht erhöht Keine oder nur gering erhöhte Zellzahl
Oft peripherer Nerv beteiligt	Sehr selten Beteiligung des peripheren Nervensystems

■ **Tabelle 43.16.** Differenzialdiagnose zwischen zervikaler Myelopathie und MS. (Nach Heckl 1994)

Gemeinsam bei MS und ZM	Symptome	
	Eher bei ZM	Eher bei chronisch-progredienter spinaler MS
Beginn 2. Lebenshälfte	Schmerzen	Frühe Blasenstörung
Beginn mit Parästhesien	Wurzelläsion	Gelegentliche Schübe
Spastische Parese	segmentale Vorderhornläsion	Supraspinale Symptome (VEP!)
Hinterstrangsymptome	Brown-Séquard Syndrom	
Spinale claudicatio	Kälteparästhesien	
Sensibilitätsstörungen (handschuhförmig)	Verschlechterung nach Trauma	
Lhermitte-Zeichen	Blasenstörungen spät	
Langsam progredient		

viele Erkrankungen, die das Entmarkungsbild einer MS imitieren können. Diese sind in der folgenden Übersicht dargestellt.

Krankheiten, die MRT-Veränderungen der MS imitieren können

- Subkortikale arteriosklerotische Enzephalopathie (SAE)
- Multiple Metastasen
- Vaskulitiden/Vaskulopathien
 - Sjögren-Syndrom, Panarteriitis nodosa, SLE, Behçet-Syndrom
- Sarkoidose
- Leukodystrophien
- Mitochondriale Enzephalopathien
- Enzephalitiden
 - Viral:
 - HTLV-Myelopathie
 - Progressive multifokale Leukenzephalopathie (PML)
 - Subakut sklerosierende Panenzephalitis (SSPE)
 - Postinfektiös, postvakzinal
 - Akute demyelinisierende Enzephalomyelitis (ADEM)
 - Bakteriell:
 - Mycobacterium tuberculosis
 - Lues, Lyme-Borreliose
- Chronisch inflammatorische demyelinisierende Polyneuropathie (CIDP)
- Funikuläre Myelose
- Migräne

Psychogene Störungen im Umfeld der MS

Es ist nicht verwunderlich, dass bei der Vielfalt der MS-Symptome psychogene Störungen als MS-spezifisch erkannt werden, andererseits MS-typische Symptome als

psychogen fehlgedeutet werden. Zur ersten Gruppe gehören Symptome im Rahmen *somatoformer Störungen* oder gar einer *symptomarmen Psychose mit Zoenästhesien*.

Zur zweiten Gruppe gehören Symptome, die im Rahmen der MS-Fatigue auftreten. Auch isolierte Sensibilitätsstörungen mit Parästhesien können, wenn sie jahrelang als einziges Symptom bestehen, irreleiten. Probleme machen ungewöhnliche paroxysmale Erscheinungen wie paroxysmale Schmerzen, paroxysmales Jucken.

Im Umfeld der MS treten Insuffizienzgefühle auf, die durch eine inkompetente ärztliche Führung bei labilen Patienten fixiert werden. Verstärkt wird diese »iatrogen fixierte Insuffizienz« (Heckl 1994) durch mangelnde Aufklärung der meist besseren als gemeinhin angenommenen Prognose, durch zu lange Krankschreibung und ungerechtfertigte vorzeitige Berentung.

Bislang nur ungenügend werden Depressionen beachtet, die mit einer Prävalenz von 25–55% angegeben werden. Sie treten häufig früh im Krankheitsverlauf auf.

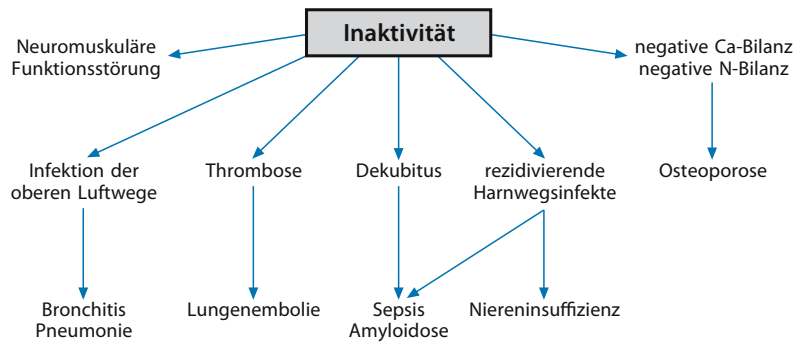
Komplikationen

Die meisten Komplikationen der MS entstehen durch geringe körperliche Aktivität. Sie begünstigt die Entstehung von Thrombosen mit entsprechend verhängnisvollen embolischen Komplikationen. Dekubitalulzera und rezidivierende Harnwegsinfekte können zu septischen Prozessen und zu Niereninsuffizienz führen. Die inadäquat behandelte Spastik führt zu Kontrakturen und weiterer Bewegungsunfähigkeit. Folge ist eine zunehmende Osteoporose (■ Abb. 43.10).

Therapie

Die z. Zt. üblichen Therapiestrategien lassen sich in zwei Gruppen einteilen. Zum einen ist dies die symptomatische Therapie, bei der nur einzelne Krankheitserscheinungen gemildert werden und die sich nicht nur gegen primäre Auswirkungen der MS, sondern auch gegen sekundäre Folgestörungen richtet. Die zweite Gruppe macht sich die zu-

■ **Abb. 43.10.** Inaktivitätsbedingte Komplikationen bei der MS. (Nach Kesselring 1997)



nehmende Kenntnis über die Pathogenese der MS zunutze und versucht, in die pathogenetische Kette zumindest ansatzweise einzugreifen und somit kausal zu behandeln.

Symptomatische Therapie

Symptomatische nichtmedikamentöse Therapie

Die symptomatische, nichtmedikamentöse Behandlung umfasst intensive *krankengymnastische*, *ergotherapeutische* und *spezielle neurophysiologische* Methoden, mit denen motorische Leistungsfähigkeit und Koordination verbessert werden können. Hauptziel der Physiotherapie ist die Erhaltung der größtmöglichen Selbständigkeit des Patienten, das Entwickeln von kompensatorischen Funktionen und die Prophylaxe bzw. Beseitigung von sekundären Komplikationen (z.B. Kontrakturen, Dekubitus, Haltungsschäden, Osteoporose). Die bekanntesten hierbei eingesetzten Methoden sind die bewegungsbahnende propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF) und die entwicklungsneurologisch begründete, spastikhemmende und bewegungsbahnende Methode nach Bobath. Die Einbeziehung afferenter Bahnen durch verschiedene Stimulationstechniken, die auf Verbesserungen der Oberflächen- und Tiefensensibilität und des Lagesinns sowie die Integration dieser Afferenzen in die Regulation der von kortikalen und subkortikalen Zentren und dem Zerebellum gesteuerten motorischen Funktionen hinzielen, spielt eine bedeutende Rolle. Die gezielte Beanspruchung efferenter und afferenter Bahnen vermag die durch Parese, Spastizität und Koordinationsstörung behinderten Bewegungsabläufe zu synchronisieren und zu modulieren. Eines der Hauptziele physiotherapeutischer Behandlung ist die Linderung der Spastik und einschießender Beugespasmen. Dies kann durch adäquate Lagerung (Rückenlage begünstigt, Bauch- und Seitenlage verringert Spastik), Stehen und passives Durchbewegen und Rotation erreicht werden. Im Bewegungsbad wird bei 28–32°C Wassertemperatur der Auftrieb des Wassers und der Wärme genutzt, um Bewegungsmuster unter erleichterten Bedingungen erneut einzutrainieren.

Eng verbunden mit der Physiotherapie ist die Ergotherapie, die motorisch funktionelles Training der oberen Extremität (Feinmotorik) und des Rumpfes (Sitzkontrolle) sowie Schulung von Oberflächen- und Tiefensensibilität

sowie Übungsbehandlung bei neuropsychologischen Störungen (Konzentration, Merkfähigkeit) miteinschließt. Hierzu gehört auch das Selbsthilfetaining für Aktivitäten des täglichen Lebens (Essen, Trinken, Körperpflege, Schreiben) und evtl. Haushaltstraining.

Über den Einsatz logopädischer Methoden und ihrer Erfolge bei Patienten mit MS ist recht wenig bekannt. Dysarthrien, die in fortgeschrittenen Krankheitsstadien häufig mit ausgeprägter Sprechdyspnoe und Kau- und Schluckstörungen kombiniert auftreten, können mit Hilfe verschiedener logopädischer Methoden recht gut behandelt werden.

Symptomatische medikamentöse Therapie

Die symptomatische medikamentöse Therapie orientiert sich an ganz speziellen Zielsymptomen wie Spastik, Blasenstörungen und deren Komplikationen, Schmerzen, epileptischen Anfällen und Depressionen. Sie wirkt einerseits direkt lindernd und ermöglicht andererseits den frühen Beginn einer mobilisierenden Therapie.

Behandlung spezieller Probleme

MS-Fatigue. Ein häufiges Problem für MS-Betroffene stellt die frühe Nachmittagsmüdigkeit dar, die zum einen nach einer reichhaltigen Mittagsmahlzeit und der nachfolgenden Erhöhung der Körperkerntemperatur im Sinne eines Uhthoff-Phänomens auftreten kann, andererseits aber auch im Sinne der spezifischen MS-Fatigue. Verschlechterungen durch das Uhthoff-Phänomen lassen sich durch Kälteapplikation, kalte Speisen und Getränke bessern. Amantadinpräparaten (z. B. PK-Merz) und dem Pemolin (z. B. Senior 20, Tradon) wird ein günstiger Effekt auf die Ermüdbarkeit zugeschrieben. Insbesondere Pemolin hat z. T. erhebliche Nebenwirkungen und war weniger wirksam in den durchgeführten Studien. Ist die Müdigkeit als Vitalsymptom einer Depression zu verstehen, bieten sich wenig sedierende Thymoleptika an.

Unter den nichtmedikamentösen Therapien ist die einfachste Form die emotionale Unterstützung von Patient und Angehörigen, indem die vorzeitige Ermüdbarkeit als krankheitsspezifisches Zeichen erklärt und diskutiert wird.

Insbesondere Patienten mit temperaturabhängigen Symptomen können von einem Kaliumkanalblocker profi-

■ **Tabelle 43.17.** Therapie neurogener Blasenstörungen bei MS. (Nach Seidel 1995)

Typ	Allgemeine Maßnahmen	Medikamente
Detrusorhyperreflexie	Trinkgewohnheiten ändern »Blasendrill« Inkontinenzhilfen	Parasympathikolytika (z. B. Dridase, Detrusitol, Spasmex, Mictonorm)
Detrusor-Sphinkter- Dyssynergie	Restharnminderung Suprapubisches Triggern Intermitt. Selbstkatheterismus Suprapubischer Katheter	Antispastika α -Blocker (z. B. Dibenzyran) Infektionsprophylaxe
Detrusorhyporeflexie	Restharnminderung Blasentraining Intermitt. Selbstkatheterismus	Parasympathikomimetika (z. B. Doryl, Ubretid)

tieren, der zu einer verbesserten Reizleitung teilentmarkter Axone führt. Als Präparat kommt neben dem 3-4-Diaminopyridin das besser wirksame 4-Aminopyridin in Betracht.

Modafinil wird aufgrund kleiner positiver Studien gegen die abnorme Tagesmüdigkeit eingesetzt (zugelassen ist es nur in der Behandlung der Narkolepsie). Es gibt allerdings auch negative kontrollierte Studien.

Blasen- und Mastdarmstörungen. Vor der Behandlung von Blasenstörungen steht eine exakte diagnostische Beschreibung und Differenzierung.

Zu Beginn der Erkrankung dominiert zumeist eine *Detrusorhyperreflexie* mit hoher Miktionsfrequenz, imperativem Harndrang und relativer Inkontinenz (Urgeinkontinenz) bei weitgehend normalen Restharmengen (unter 50 ml). Hier helfen anticholinerg wirksame, die glatte Detrusormuskulatur relaxierende Medikamente wie Oxybutynin (Dridase), Tolterodin (Detrusitol), Trosipiumchlorid (Spasmyl oder Spasmex). Wegen der oft störenden vegetativen Nebenwirkungen wie Mundtrockenheit, Akkomodationsstörungen, Tachykardie und Obstipation sollte einschleichend und bedarfsgerecht dosiert werden. Durch Änderung der Trinkgewohnheiten mit häufigen kleinen Trinkmengen lässt sich der Miktionsreiz reduzieren.

Entsprechend der zunehmenden Spastik der unteren Gliedmaßen entwickelt sich meist eine *Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie* mit häufigem Harndrang, Starthemmung und Entleerung oft nur kleiner Urinmengen, sonographisch erhöhten Restharmengen und Neigung zu Infekten der ableitenden Harnwege. Eine Detonisierung der Beckenbodenmuskulatur kann mit antispastischen Medikamenten erfolgen. Besser ist die Senkung des inneren Blasenhalbwiderstandes mit sog. α -Blockern (z. B. Dibenzyran). Der Restharn lässt sich durch regelmäßiges Triggern und Ausdrücken der Blase vermindern. Zum intermittierenden Selbstkatheterismus sind besondere Hygieneanforderungen und manuelles Geschick erforderlich. Entscheidend ist die

Infektionsprophylaxe durch ausreichend große Trinkmengen und harnansäuernde Medikamente (z. B. Acimethin, Hiprex, Mandelamine) oder den Genuss von Preiselbeersaft. Eine schwere Inkontinenz mit anhaltend hohen Restharmengen und häufigen Infekten der ableitenden Harnwege stellen die Indikation zur Anlage eines suprapubischen Katheters dar.

Tieferliegende spinale Läsionen führen zu der eher seltenen *Detrusorhyporeflexie*, die mit sehr hohen Restharmengen bei weitgehend aufgehobener Empfindung für die Blasenfüllung einhergeht. Es fehlt der Harndrang, es kommt zur Überlaufblase und aufgrund extrem hoher Restharmengen zur ständigen Refluxgefährdung mit drohender Urosepsis. Pharmakologisch lassen sich orale Parasympathomimetika (z. B. Doryl oder Ubretid) einsetzen. Mitunter ist eine vorübergehende Dauerableitung unvermeidbar (■ Tabelle 43.17).

Obstipation und Mastdarminkontinenz sind häufige Symptome bei MS-Patienten. In einer Gruppe unselektierter Patienten fanden sich bei 68 % Mastdarmfunktionsstörungen, 43 % im Sinne einer Obstipation und 51 % im Sinne einer Stuhlinkontinenz. Lactulose oder Abführsuppositorien am Morgen bieten die besten Behandlungserfolge. Bei Inkontinenz hilft Loperamid.

Umgang mit sexuellen Störungen. Das häufigste Symptom bei Männern mit MS ist die erektile Dysfunktion/Impotenz. Sie tritt meist später als Blasenstörungen auf. Über Ejakulationsstörungen, die vornehmlich auf Läsionen der sympathischen Efferenz zurückzuführen sind, ist wenig bekannt.

Die Behandlung erfolgt entweder oral oder mit lokal injizierbaren Medikamenten sowie einer Reihe mechanischer Hilfsmittel bei erektiler Dysfunktion. Ejakulationsstörungen sprechen auf eine medikamentöse Therapie wenig an.

Etwa 50 % der Frauen mit MS haben ebenfalls sexuelle Funktionsstörungen. Die folgende Übersicht gibt einen Überblick über die Behandlung sexueller Störungen.

Behandlung von sexuellen Störungen bei MS-Patienten

- Erektile Dysfunktion beim Mann
 - Orales Yohimbin oder Sildenafil (evtl. Vardenafil und Tadalafil) vor Koitus
 - SKAT (Schwellkörperautoinjektionstherapie) mit Prostaglandin (Alprostadil)
 - Implantierbare Penisprothese
- Ejakulationsstörungen
Manchmal hilft Yohimbin
- Sexuelle Störungen bei der Frau
Wichtig sind Linderung der Spastik, Behandlung von Blasenproblemen und MS-Fatigue

Spastik. Insbesondere die spinale Spastik ist medikamentös zumeist gut behandelbar. Nahezu alle Antispastika führen zu einer Zunahme der Paresen und zu Müdigkeit, so dass die Dosierung eine Gratwanderung zwischen Wirkung und Nebenwirkung darstellt. Einige Patienten erhalten durch ihre Spastik erst eine gewisse Geh- und Stehfähigkeit, so dass eine antispastische Medikation zu einer funktionellen Verschlechterung führen kann. *Mittel der ersten Wahl* sind *Baclofen* (Lioresal) und *Tizanidin* (Sirdalud). *Baclofen* ist ein GABA-Agonist mit spezieller Wirkung auf Frequenz und Schwere von Flexoren- und Streckspasmen. Da es insbesondere auf die *GABA-B-Rezeptoren im Rückenmark* wirkt, inhibiert es hier mono- und polysynaptische Reflexe. Die Behandlung sollte stets in niedrigsten Dosisbereichen beginnen (z. B. 3-mal täglich 2,5–5 mg Lioresal) und Tagesdosen von 100 mg Baclofen nicht überschreiten. Gabapentin, ein GABA-B-Agonist, hat in zwei doppelblinden Studien seine gute Wirksamkeit zur Reduktion der Spastik bewiesen, allerdings noch nicht im Vergleich zu eingeführten Antispastika.

Tizanidin ist ein α -2-adrenerger Agonist mit guter Wirkung besonders auf polysynaptische Fremdre reflexe und ist damit v. a. bei spinalen Automatismen indiziert. Außerdem wird dem Tizanidin eine gewisse analgesierende Wirkung zugesprochen. Neben der Schwäche können Schwindel, Sedierung und Blutdruckabfall als Nebenwirkung auftreten. Sirdalud wird mit 3-mal 1–2 mg täglich begonnen und bis maximal 36 mg gesteigert.

Antispastika aus der Reihe der Benzodiazepine wie *Tetrazepam* (Musaril) oder *Diazepam* (z. B. Valium) haben ein erhöhtes Abhängigkeitspotenzial und sollten deshalb erst nachrangig eingesetzt werden. An den peripheren Muskelspindeln wirken Antispastika vom Typ *Dantrolen* (Dantamycin), wegen der direkten Wirkung auf die Willkürmotorik ist der Einsatz bei MS-Patienten allerdings eingeschränkt.

Der zentral angreifende Amantadinabkömmling *Memantine* wirkt eher vigilanzanhebend bei allerdings nur relativ geringer antispastischer Wirkung.

■ **Tabelle 43.18.** Stufentherapie der Spastik

Iniziale Behandlung bei leichter bis mäßiger Spastik	Orale Medikation Baclofen Tizanidin Gabapentin Benzodiazepine (Tetrazepam) Memantine Dantrolen
Fokal behindernde Spastik	Periphere chemische Blockade Botulinum-Toxin i.m.
Schwere diffus behindernde Spastik	Reversible invasive Maßnahmen Intrathekales Baclofen (Pumpe) Intrathekales Triamcinolon/Volon A)
Schwerste diffus behindernde Spastik	Nichtreversible invasive Maßnahmen Intrathekal Phenol, Alkohol (?) Chirurgische Intervention Tenotomie, Gelenkmobilisation Neurochirurgische Eingriffe

Die beste Behandlungsoption für Patienten ist die Kombinationstherapie auf individuell angepasster Basis.

Einen ganz entscheidenden Faktor zur Behandlung der Spastik stellen physiotherapeutische Methoden dar.

■ Tabelle 43.18 zeigt die Stufentherapie der Spastik auf.

Ataxie und Tremor. In unterschiedlicher Ausprägung und verschiedenen Schweregraden kommen Koordinationsstörungen bei MS-Patienten vor. Sie können spinal oder zerebellar bedingt sein. Sie reichen von geringer Rumpf- und Zeigeataxie bis hin zu grobschlägigen Halte- und Aktionsmyoklonien. Medikamentöse Versuche sind enttäuschend. Eine markante Reduktion des Intentionstremors ist durch eine kurze lokale Eisanwendung (z. B. Armeiswasserbad) zu erreichen. Sie kann vom Patienten vor schwierigen Tätigkeiten eingesetzt werden (z. B. vor einer Mahlzeit, vor einer Selbstkatheterisierung, vor Selbstinjektionen etc.). Durch Bewegungen gegen Widerstand kann die Ataxie gemildert werden.

In Ergänzung zur Ergo- und Physiotherapie lassen sich Betarezeptorenblocker, Antikonvulsiva (Carbamazepin, Primidon, Clonazepam) zunächst als Monotherapie und schließlich in Kombination einsetzen. Bei Versagen kann ein Versuch mit Oxitriptan gemacht werden. Die Behandlung mit Isoniazid ist wegen des geringen Erfolgs und der erheblichen Nebenwirkungen weitgehend eingestellt worden. Bei länger bestehenden schwersten Formen einer bilateralen Gliedmaßenataxie kommt als Ultima ratio manchmal nur eine stereotaktische Operation (Thalamotomie) in Betracht, erfordert aber bei den bekannten Risiken und möglichen Spätfolgen eine sorgfältige Indikationsstellung. Alternativ zur stereotaktischen Thalamotomie kann eine thalamische Elektrostimulation durchgeführt werden. Hierbei werden über eine in den ventrolateralen Nucleus des Thalamus stereotaktisch implantierte Mikroelektrode

Impulsreihen appliziert, die über einen subkutan implantierten Stimulator gesteuert werden können. Mit dieser Methode lässt sich auch ein bilateraler Tremor durch getrennte zweiseitige Stimulation der Thalami behandeln.

Paroxysmale Störungen. Tonische Hirnstammanfälle, die paroxysmale Dysarthrie mit Ataxie und die paroxysmalen Parästhesien sprechen meistens gut auf Carbamazepin an. Da die Attacken in der Regel nach Wochen spontan sistieren, kann die Therapie fast immer zeitlich begrenzt erfolgen.

Gelegentlich verschlechtert sich unter der Carbamazepingabe eine Parese, was sich insbesondere bei einer Paraparese der Beine empfindlich bemerkbar machen kann.

In dieser Situation oder bei insuffizienter Wirkung kann ein Versuch mit anderen antikonvulsiv wirkenden Medikamenten gemacht werden (Lamotrigin, Gabapentin, ggf. auch Phenytoin, Topiramid und Valproat). Bei der Trigeminusneuralgie bietet sich alternativ auch Oxcarbamazepin und das Prostaglandin-E1-Analogon Misoprostol an.

Bei Spasmen und Myoklonien ist ein Versuch mit Clonazepam gerechtfertigt.

Schmerzen. Primär durch Entmarkungsprozesse bedingte Schmerzen wie Trigeminusneuralgien oder Dysästhesien lassen sich durch membranstabilisierende Medikamente wie Carbamazepin oder Phenytoin erfolgreich beseitigen. Chronische direkt auf die MS zurückzuführende Schmerzen werden bevorzugt mit trizyklischen Antidepressiva (z. B. Amitriptylin) und Antikonvulsiva (z. B. Carbamazepin, Gabapentin, Lamotrigin, Pregabalin) behandelt. Die Mehrzahl der Schmerzsyndrome sind aber sekundär auf Haltungstörungen der Wirbelsäule, Fehlbelastung der Gelenke, spastische Kontraktionen oder eine Osteoporose zurückzuführen. Nur präventive Maßnahmen oder geeignete Hilfsmittel können hier helfen.

Psychische Probleme. Im Vordergrund der behandlungsbedürftigen psychopathologischen Symptome steht die Depression, deren Prävalenz mit 25–55% angegeben wird. Sehr schwierig gestaltet sich im einzelnen die Unterscheidung zwischen reaktiv-depressiven Verstimmungen, Nebenwirkungen medikamentöser Behandlungen oder organischer Depression. Zur Behandlung reaktiver Störungen sind Gespräche mit den Betroffenen und Angehörigen erforderlich, u. U. eine psychotherapeutische Betreuung. Häufiger aber ist eine thymoleptische Therapie mit Amitriptylin, möglicherweise auch Serotonin- oder Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmern unumgänglich. Amitriptylin kann auch wirkungsvoll eingesetzt werden bei krankhaftem Lachen und Weinen. Emotionale Hyperexpressivität und Alexithymie sind einer medikamentösen Behandlung bislang nicht zugänglich.

Kausal begründete Therapie

Die medikamentöse Therapie der MS orientiert sich an dem aktuellen Stadium und der Verlaufsform der MS. Ziele der Therapie sind außer der Behandlung des akuten Schubes die Reduktion der Schubfrequenz und die Verzögerung der Progredienz sowie eine Verbesserung bestehender Behinderung. Voraussetzung aller prophylaktischen Behandlungen ist die Sicherheit in der Diagnose. Die Behandlung sollte dann aber frühzeitig beginnen, z. B. auch wenn sich in der MRT Hinweise für erhebliche subklinische Krankheitsaktivitäten finden. Die folgende Übersicht stellt die medikamentöse Behandlung der MS dar.

Therapie des akuten Schubes und der Optikusneuritis

Glukokortikosteroide werden seit Jahrzehnten zur Behandlung der MS eingesetzt. Eine Therapie mit 500–1000 mg Methylprednisolon über 3–5 Tage, evtl. mit Ausschleichen über eine kurzfristige orale Therapie, kann die Störung der Blut-Hirn-Schranke meist innerhalb von wenigen Stunden beseitigen. Die Gadoliniumanreicherungen in der MRT verschwinden. Vor allem wegen dieser überzeugenden Ergebnisse und der möglicherweise bestehenden vorübergehenden prophylaktischen Effekte bei der Optikusneuritis gilt die Glukokortikoidtherapie trotz vieler offener Fragen als Standardtherapie des akuten Schubes und der akuten Optikusneuritis (■ Tabelle 43.19).

Die intravenöse Gabe sollte stationär erfolgen, die ausschleichende orale Behandlung kann sich ambulant anschließen. Bei bekannter Tbc sollte eine Röntgenuntersuchung des Thorax erfolgen. Nebenwirkungen, wie sie von der langfristigen Gabe von Steroiden bekannt ist, sind bei dieser Anwendung nicht zu erwarten. Einige Patienten berichten über vorübergehende Hitzewallungen, Geschmacksstörungen, leichte gastrointestinale Beschwerden, Schlafstörungen und psychische Veränderungen. Bei manifstem Diabetes mellitus kann der Blutzucker entgleisen.

■ **Tabelle 43.19.** Behandlung des akuten Schubes und der akuten Optikusneuritis mit Kortikosteroiden.
(Nach Steinbrecher et al. 1995)

Dosis	Behandlungstag
500–1000 mg Methylprednisolon in 250 ml 5%iger Glukose als Kurzinfusion über 30–60 min	1–5
100 mg Prednisolon oral	6
75 mg	7–9
50 mg	10–11
25 mg	12–13
12,5 mg	14–15

Begleitmedikation: ggf. Antazida, H₂-Blocker, Heparin s.c.
Dieses Schema erfordert 10 Tbl. zu 50 mg Prednisolon.

Akute Psychosen sind selten. Eine Rarität ist das Auftreten aseptischer Hüftkopfnnekrosen.

Bei einem klinisch schweren Schub mit funktioneller Beeinträchtigung (motorische, zerebellare oder Hirnstamm-symptomatik), der nicht ausreichend auf die einmalige Kortikoidtherapie anspricht, wird eine eskalierende Schubbehandlung vorgeschlagen. Innerhalb von 2 Wochen nach Beendigung der Kortikoidtherapie wird bei ungenügender Besserung eine erneute Kortikoidpulstherapie ggf. auch mit erhöhter Dosis von bis zu 5×2 g angeschlossen. Ergibt eine erneute quantitative neurologische Untersuchung nach 2 Wochen keine eindeutige Rückbildungstendenz, sollte eine Plasmapherese erwogen werden. Bei schweren, protrahiert verlaufenden Schüben und anhaltender subklinischer Krankheitsaktivität kann auch frühzeitig mit einer immun-suppressiven Behandlung (z. B. Mitoxantron) begonnen werden (Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie).

Therapie der schubförmig remittierenden Verlaufsform

Die Entscheidung, ob eine schubförmig verlaufende MS eine zusätzliche prophylaktische Therapie erfordert, ist von der Häufigkeit und der Schwere der Schübe sowie der bereits bestehenden klinischen Behinderung abhängig. Der zu erwartende Nutzen und die Risiken und Nebenwirkungen müssen in einer vernünftigen Relation zueinander stehen.

Voraussetzung für den Beginn einer immunmodulatorischen Therapie ist ein aktiver Krankheitsverlauf mit mindestens zwei relevanten Schüben in den vergangenen zwei Jahren oder das Auftreten eines schweren Schubes mit schlechter Remissionstendenz. Nach den Ergebnissen zweier Studien (CHAMPS, ETOMS), beides Plazebo-kontrollierte Multizenterstudien, mit frühzeitigem Einsatz von rekombinanten Interferonen bereits nach dem ersten Schub (CIS = clinically isolated symptom) können Interferone bei Hochrisikopatienten auch unmittelbar eingesetzt werden. Ein hohes Risiko liegt bei folgender Konstellation vor:

- Polysymptomatik (mehrere Systeme sind bereits initial betroffen)

- Symptomatik (funktionell bedeutsam) bleibt trotz Hochdosis-Kortison-Pulstherapie nach zwei Monaten ohne Rückbildung
- Hohe Läsionslast mit mindestens 6 Läsionen im kranialen MRT oder neue aktive, Gadolinium-aufnehmende Herde bzw. eindeutige Zunahme von T2-Läsionen im Folge-MRT nach 6 Monaten.

Schubförmig remittierende Verlaufsformen mit weniger als einem Schub pro Jahr.

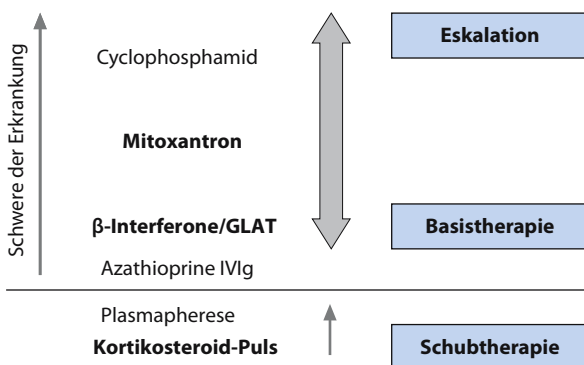
Schubförmig remittierende Verlaufsformen mit weniger als einem Schub pro Jahr mit rein sensiblen Symptomen und geringer Krankheitsaktivität im MRT bedürfen nach bisherigen Studien keiner immunmodulierenden oder immunsuppressiven Therapie. Möglich ist eine Behandlung mit *Azathioprin*. Azathioprin ist ein oral verabreichtes Purinanalogen, das vielerorts in Europa bis zur Einführung der Interferone als Mittel der Wahl in der Behandlung der rezidivierenden Verlaufsform der MS gegolten hat. In der Übersicht über verschiedene Studien findet sich ein Trend zu verminderter Schubrate und verminderter Progression, der nicht immer statistische Signifikanz erreicht hat. Angesichts der Nebenwirkungen mit Appetitlosigkeit, Übelkeit, seltenem Erbrechen, einer möglichen intrahepatischen Cholestase, der fraglichen Teratogenität und Kanzerogenität (Lymphome?) muss der Einsatz von Azathioprin im Einzelfall gut erwogen werden. Nach vorheriger Testung des genetischen Polymorphismus von TPMT (Thiopurin S-Methyltransferase), der über die Verstoffwechslung von Azathioprin Auskunft gibt, beträgt im Normalfall die Dosis 2–3 mg/kg KG/Tag in 1–3 Tagesdosen.

Schubförmig remittierender Verlauf mit 2 oder mehr als 2 Schüben oder einem schweren Schub in 2 Jahren.

Treten die Schübe mit einer Frequenz von 2 oder mehr in 2 Jahren auf oder kommt es zu einem schweren Schub, ist die Indikation für eine prophylaktische verlaufsmodifizierende Basistherapie gegeben.

- Es stehen zwei verschiedene β -Interferone zur Verfügung: Interferon- β -1b und Interferon- β -1a.
- Glatirameracetat (Copaxone)
- Azathioprin.

Interferon- β -1b (Betaferon) ist ein gentechnisch in *Escherichia coli* hergestelltes immunmodulierendes Zytokin, das sich vom natürlichen Interferon- β durch die Substitution eines Cysteins durch Serin, das Fehlen des N-terminalen Methionins und fehlende Glukosylierung unterscheidet. Die derzeitige Anwendung orientiert sich an einer großen randomisierten doppelblinden, plazebokontrollierten Studie, bei der Patienten jeden 2. Tag 8 Mio. IE Interferon- β injizierten. Es fand sich eine um etwa 33% verringerte Schubrate nach 2, nach 3 und schließlich auch nach 5 Jahren. Die Zeit bis zum nächsten Schub war signifikant verlängert. Bezüglich des Verlaufs fand sich lediglich ein



■ **Abb. 43.11.** Nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie

Trend zur geringeren Verschlechterung ohne Signifikanz. In den MRT-Verlaufsuntersuchungen bestand eine signifikant geringere Zunahme der Gesamtfläche aller Herde im T2-betonten Bild, in den ersten Jahren fand sich sogar eine geringe Reduktion der kumulativen Läsionen im MRT.

Häufigste Nebenwirkungen von Interferon- β -1b sind systemische grippeähnliche Symptome (flu like symptoms) mit Fieber, Abgeschlagenheit und Muskelschmerzen, die initial im Rahmen eines Uhthoff-Phänomens zu einer Symptomverschlechterung führen können. Lokale Reaktionen an der Einstichstelle finden sich häufig, selten entwickeln sich Nekrosen. Häufigste Nebenwirkung ist eine milde Lymphozytopenie. Da depressive Symptome bei vereinzelt Patienten zum Suizidversuch geführt haben, sollten depressive Patienten Interferon- β -1b nicht oder nur unter thymoleptischem Schutz erhalten. Aufgrund der antiproliferativen Wirkung des Interferon- β muss eine sichere Antikonzeption gewährleistet sein.

Interferon- β -1a (Avonex, Rebif) wird gentechnisch in CHO (chinese hamster ovary)-Zellen hergestellt und ist mit dem natürlichen Interferon- β nahezu identisch. Die Substanz wurde in großen multizentrischen, doppelblinden und plazebokontrollierten Studien untersucht. Die Substanz wird i. m. einmal (Avonex) oder s. c. dreimal (Rebif) wöchentlich mit je 22 μ g oder 44 μ g verabreicht. Es fanden sich eine Reduktion der Schubrate um etwa ein Drittel und eine signifikant verringerte klinische Verschlechterung gegenüber einer Plazebobehandlung. Es zeigte sich eine Reduktion der kontrastmittelanreichernden Herde im MRT, und hinsichtlich des Läsionsvolumens profitierten die Patienten signifikant von Interferon- β -1a.

Die möglichen Nebenwirkungen der Interferon- β -1a-Therapie sind prinzipiell die gleichen wie bei Interferon- β -1b, insgesamt aber offenbar seltener.

Ein Problem könnte die Entwicklung von neutralisierender Aktivität (Antikörper) sein, die bei Interferon- β -1b deutlich häufiger auftritt als bei Interferon- β -1a. Die neutralisierende Aktivität scheint die Wirkung zu beeinträchtigen. Bei Wirkungsverlust nach anfänglich guter Wirkung empfiehlt sich die Bestimmung der neutralisierenden Aktivität mit entsprechenden Konsequenzen.

Eine andere Möglichkeit stellt die Behandlung mit dem Glatirameracetat (Glat, Copaxone) dar. Es handelt sich bei diesem Medikament um eine Mischung von zufällig synthetisierten Polypeptiden, die *Ähnlichkeit mit dem basischen Myelinprotein* haben und für einen Shift der TH1- zur TH2-Reaktion, vermutlich über die Induktion von protektiven T-Zellen von TH2-Typ verantwortlich sind. GLAT ist ein sehr gut verträgliches Medikament, das in einer Dosierung von 20 mg täglich subkutan injiziert werden muss. Lokale Reaktionen an der Einstichstelle sind häufig, aber gering ausgeprägt.

Bei etwa 15% der Patienten treten sog. »systemische Postinjektionsreaktionen« auf, die an eine Hyperventilation erinnern und die nach spätestens 20 min folgenlos abklin-

gen. Die mittlere Schubrate wird um knapp 30% gesenkt (erfasst nach 2 Jahren Behandlung), und der Score der Gesamtbehinderung ist nach Behandlung signifikant besser als nach Plazebo.

Intravenös verabreichte Immunglobuline (IVIg) werden aufgrund ihrer immunologischen Wirkung auch bei der MS seit Jahren immer wieder eingesetzt, obwohl eine endgültig überzeugende Studie zur Effektivität und dementsprechend eine Zulassung in Deutschland bislang nicht vorliegt. Positive Studien gibt es zur schubförmig remittierenden MS, zur Protektion von postpartalen Schüben und beim Einsatz im frühen Krankheitsstadium (beim klinisch isolierten Symptom = CIS). Die IVIg werden allgemein gut vertragen. Manchmal auftretende Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen, Blutdruckanstieg, Schwindel und Übelkeit lassen sich bei konsequenter Überwachung rechtzeitig durch Reduktion der Infusionsgeschwindigkeit beherrschen. Schwere Komplikationen sind relativ selten, können aber lebensbedrohlich werden (anaphylaktische Reaktionen, akutes Nierenversagen, Thromboembolien, hämolytische Anämie).

Mitoxantron ist ein synthetisches Antrazyklinderivat, das über die Hemmung der Nukleinsäuresynthese immunsuppressiv und zytostatisch wirkt. Mehrere kleine offene Studien haben bei schwerer schubförmig progredienter und chronisch-progredienter MS eine Wirkung nachgewiesen.

Nach mehreren kleinen positiven Studien führten die Ergebnisse der Europäischen Dosisvergleichsstudie (12 mg vs. 5 mg/m²KO), der MIMS an Patienten mit hochaktiver, schubförmiger MS zur Zulassung von Mitoxantron bei hoher Schubfrequenz bzw. sekundär progredientem Verlauf. Nachgewiesen ist ein dosisabhängiger, signifikanter Effekt auf Schubrate, Krankheitsprogression und MRT-Aktivität.

Mitoxantron bei Eskalationstherapie

- Erstinfusion
 - EKG und Herzechokardiographie mit linksventrikulärer Auswurffraktion (LVEF)
 - 1 h vor Infusion 8 mg Ondansetron (Zofran) oder anderes Antiemetikum
 - 12 mg/m² Körperoberfläche (KOF) Mitoxantron als Kurzinfusion 30 min (Erstinfusion)
 - zweite Gabe des Antiemetikums 8 h nach Infusion ad libitum
 - Chemotherapiepass mit Dosisangabe und LVEF. Leukozytennadir nach 9–14 Tagen
- Wiederholungsinfusion
 - Dosisanpassung: bei Leukozytennadir der letzten Infusion:
 - >3000/ μ l 10% Dosissteigerung
 - <2000/ μ l 10 mg/m² Mitoxantron
 - <1000/ μ l 8 mg/m² Mitoxantron

Mitoxantron wird alle 3 Monate als Kurzinfusion mit 12 mg pro m² KOF verabreicht. Bei besonders hoher Krankheitsaktivität kann im Einzelfall eine Induktionstherapie mit monatlich einer Infusion über 3 Monate durchgeführt werden. Ab einer kumulativen Gesamtdosis von 100–140 mg pro m² KOF werden potenziell irreversible *Kardiomyopathien* beobachtet, so dass vor Beginn der Therapie und nach einem Jahr eine *Echokardiographie* mit Bestimmung der linksventrikulären Auswurffraktion (LVEF) und ein *EKG* durchgeführt werden sollten. Daneben sind Blutbildkontrollen notwendig, da eine Knochenmarksdepression mit Granulozytopenie nach 10–14 Tagen und eine milde Thrombozytopenie auftreten. Kontrollen von Leberenzymen und Retentionswerten gehören zur Routine. Seltenere weitere Nebenwirkungen sind Übelkeit, Erbrechen, sekundäre Amenorrhoe, Cholestase, Alopezie, Nierenversagen und Entzündungen der Schleimhäute.

Schubförmig progredienter und sekundär progredienter Verlauf. Eine effiziente Wirkung von Interferon-β-1b ist auch bei den schubförmig progredienten und sekundär progredienten Verläufen in einer großen Studie belegt, und Betaferon ist für diese Indikation zugelassen. Bei schweren Verläufen bleibt mit der Eskalationstherapie weiterhin der Zugriff auf die chemotherapeutisch wirksamen Medikamente wie *Mitoxantron* und *Cyclophosphamid*.

Durch Quervernetzung der DNA wirkt *Cyclophosphamid* als Alkylans sowohl zytotoxisch als auch immunsuppressiv. Nach anfänglich widersprüchlichen Ergebnissen weist eine randomisierte kontrollierte Studie bei schwerer progredienter MS darauf hin, dass die sonst in der Regel innerhalb von 1½ Jahren nach Induktionsbehandlung auftretende erneute Progression durch eine intermittierende Cyclophosphamidbehandlung verhindert werden kann. Patienten mit häufigen oder schweren Schüben, die durch andere Immunsuppressiva oder Immunmodulatoren nicht zu beeinflussen sind, so dass kurzfristig ein kritisches Ausmaß der Behinderung zu befürchten wäre, sind Kandidaten für eine intermittierende Pulstherapie (► folgende Übersicht).

Cyclophosphamid bei schubförmig progredienter, sekundär progredienter und primär chronisch-progredienter MS

- Intermittierende Pulstherapie
 - 700 mg/m² Körperoberfläche (KOF) i. v. alle 2 Monate (12-mal)
 - Dosisanpassung bei den jeweils folgenden Applikationen je nach Tiefststand der Leukozyten (angestrebt werden etwa 2000/μl)
- Begleitmedikation
 - Flüssigkeitszufuhr > 3 l/24 h



- Mesna 200 mg i. v. Stunde 0, 4, 8, 12 (Zystitisprophylaxe)
- Ondansetron 8 mg i. v. 15–30 min vorher, 4 und 8 h danach
- Prednisolon 1 mg/kg KG i. v. morgens
- Kontrollen
 - Differenzialblutbild 2-mal/Woche, bis Tiefstpunkt der Leukozytenzahl durchschritten

Neben einer knochenmarkdepressiven Wirkung, Blasen-toxizität, Übelkeit und Erbrechen sind die Patienten über das *erhöhte Malignomrisiko* aufzuklären. Außerdem wird eine Azoospermie induziert.

Primär chronisch-progredienter Verlauf. Der primär chronisch-progrediente Verlauf ist am schwierigsten medikamentös zu beeinflussen. Neben den bereits erwähnten Therapien gibt es positive Berichte über *Methotrexat* und *Cladribin*. *Methotrexat* führt als Folsäureantagonist zu einer Störung der Nukleinsäuresynthese. In einer relativ kleinen Studie erhielten Patienten 7,5 mg Methotrexat oral einmal pro Woche über 2 Jahre. Der Effekt war nur unter Berücksichtigung spezieller klinischer Skalen zur Beurteilung der Kraft in den oberen Extremitäten und nur für die Untergruppe der Patienten mit sekundär chronisch-progredienter MS signifikant. In einer anderen plazebokontrollierten Studie fand sich eine Verminderung von Schüben und von Progressionen bei schubförmiger MS, kein Effekt jedoch bei Patienten mit chronisch-progredientem Verlauf.

Methotrexat ist in der Dosierung von 7,5 mg einmal pro Woche gut verträglich. Stomatitis, Haarausfall, Leukozytopenien und Leberwertveränderungen können auftreten, werden aber kaum beobachtet. Eine Tumorinduktion durch diese Applikation ist bisher nicht belegt.

Cladribin ist ein in der Hämatologie häufig eingesetztes Purinanalogen mit relativ selektivem lymphozytotoxischem Effekt. In einer plazebokontrollierten Doppelblindstudie bei Patienten mit chronisch-progredientem Verlauf erhielten Patienten zwei Jahre 0,7 mg/kg KG/Monat als Dauerinfusion jeweils über eine Woche. Bis auf eine Knochenmarksdepression wurde die Behandlung gut vertragen und führte zu einer häufigeren Stabilisierung des Schweregrades und einer Abnahme des Läsionsvolumens im MRT. Wegen möglicherweise unter dieser Therapie *vermehrt aufgetretener Herzinfarkte* ist der weitere Einsatz sehr fragwürdig.

Maligner Verlauf. In lebensbedrohlichen Situationen, z. B. bei einem schweren Schub mit Hirnstammsymptomen und fehlender Wirkung anderer Behandlungen ist eine *Plasmaseparation* gerechtfertigt.

Es gibt eine Reihe von Therapieansätzen und Medikamenten, die sich in der Erprobung befinden, bislang aber noch nicht zur klinischen Reife gelangt sind. Dazu gehören Ansätze, die über eine gezielte Intervention bei Zytokinen, Chemokinen und Adhäsionsmolekülen Einfluß auf die Regulation der Zellinfiltration und Ausbreitung im ZNS nehmen sollen. Die selektive Blockade von Zielstrukturen kann mit gezielt hergestellten monoklonalen Antikörpern (z. B. Alemtuzumab = Campath-1H, Daclizumab = Zenapax, Natalizumab = Tysabri und Rituximab = Mabthera) effektiv gestaltet werden. Die Substanzen sind derzeit in Erprobung. Interessant ist die Frage, ob sich die immunmodulatorischen Wirkungen von Statinen in der Behandlung auch der MS nutzbar machen lassen. In einer kleinen Studie konnte mit Simvastatin bereits eine deutliche Reduktion KM-aufnehmender Herde im MRT nachgewiesen werden. Klinische Daten stehen noch aus.

Prognose

Lebenserwartung und Mortalität

Nach neueren Daten beträgt die mittlere Lebenserwartung nach Diagnosestellung 28 Jahre für Männer und 33 Jahre für Frauen. Damit verkürzte sich die Lebenszeit durch die MS bei Frauen um 16,4 Jahre, bei Männern um etwa 11,6 Jahre. Genauer lässt sich dies abschätzen, wenn man die Lebenserwartung in Bezug zur Verlaufsform setzt (■ Abb. 43.12).

Ein wichtiger Zusammenhang besteht zwischen der Progressionsgeschwindigkeit (Progressionsindex = Behinderung nach EDSS geteilt durch Krankheitsdauer) und der Lebenserwartung. Auch die Länge des Intervalls zwischen dem ersten und zweiten Schub gilt als prognostischer Marker. Die Hälfte der Patienten, die 40 Jahre nach Krankheitsbeginn noch lebten, hatten ein mindestens 10-jähriges Intervall zwischen dem 1. und 2. Schub. Zu einem gegebenen Zeitpunkt entscheidet der Behinderungsgrad über die Überlebenswahrscheinlichkeit: Von Patienten ohne Behinderung leben nach 10 Jahren noch 94%, von denen mit leichter Behinderung noch 80%, von denen mit

mäßiggradiger Behinderung noch 69%, und bei schwerer Behinderung erreichen nur noch 28% 10 Jahre Überlebenszeit.

MS-Patienten sterben selten unmittelbar an der MS, sondern zumeist an den MS-Komplikationen, am häufigsten an Bronchopneumonien, Pyelonephritiden oder einer Sepsis ($\frac{2}{3}$ der Patienten), $\frac{1}{3}$ versterben an MS-unabhängigen Erkrankungen.

Faktoren mit Einfluss auf die Prognose

Erkrankungsalter und Geschlecht. Ein frühes Erkrankungsalter vor dem 30. Lebensjahr ist im Vergleich zum späteren Beginn nach dem 40. Lebensjahr mit einer besseren Prognose verknüpft. Dies liegt an dem signifikant häufigeren primär chronischen Verlauf bei älteren Patienten.

Die meisten Autoren finden keinen geschlechtsspezifischen Unterschied der Prognose.

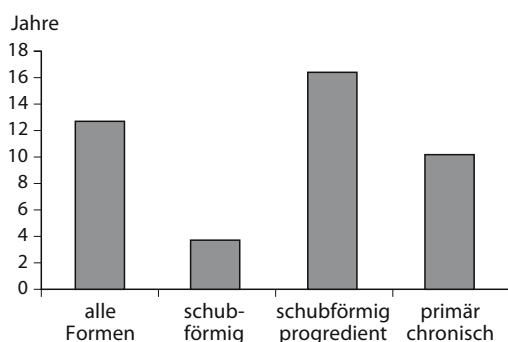
Verlaufsform. Die beste Prognose ist dem schubförmigen Verlauf, sowohl in bezug auf die Behinderung als auch auf die Lebenszeitverkürzung, zuzuschreiben. Der primär chronisch-progrediente Verlauf hat die schlechteste Prognose.

Erstsymptome. Patienten, die zu Beginn eine Optikusneuritis und lediglich Sensibilitätsstörungen entwickeln, haben in der Regel eine günstige Prognose. Entwickeln Patienten bereits in den ersten 5 Jahren nach Krankheitsbeginn deutliche zerebellare und pyramidale Ausfälle, muss nach 15 Jahren in 90% der Fälle mit einer schweren Behinderung gerechnet werden.

Zahl der Schübe. Die Zahl und Schwere der Schübe lässt keine eindeutige prognostische Beurteilung zu, da die bisherigen Literaturangaben widersprüchlich sind.

Entwicklung des Behinderungsgrades. Hier gilt die »Fünfjahresregel nach Kurtzke«: Der Behinderungsgrad 5 Jahre nach Krankheitsbeginn entspricht durchschnittlich etwa Dreiviertel desjenigen nach 10 und 15 Jahren. Liegt ein gutartiger Verlauf in den ersten 5 Krankheitsjahren vor (0–2 Punkte auf der Kurtzke-Skala, 5 Jahre nach Krankheitsbeginn), so ergibt sich auch 15 Jahre nach Krankheitsbeginn in $\frac{2}{3}$ der Fälle der gleiche Befund und nur bei 10% eine ausgeprägte Behinderung (mehr als 6 Punkte). Liegt dagegen bereits nach 5 Jahren eine ausgeprägte Behinderung vor, so kann nach 15 Jahren nur ganz ausnahmsweise mit einem besseren Befund gerechnet werden.

MRT. Zumindest bei der Optikusneuritis lassen Zahl und Größe der Herde im MRT zu Beginn der Erkrankung eine prognostische Aussage zu. Bei Optikusneuritis und anderen monosymptomatischen Initialformen war der Nachweis mehrerer Herde im MRT häufiger in der Gruppe zu finden, die bald eine MS entwickelten.



■ **Abb. 43.12.** Verkürzung der Lebenserwartung (in Jahren) durch die MS entsprechend der verschiedenen Verlaufsformen. (Nach Brønnum-Hansen et al. 1994)

Arbeits- und Gehfähigkeit. Trotz großer Unterschiede in den einzelnen Untersuchungen lassen sich folgende Aussagen machen: 30% der Patienten sind nach 15- bis 20-jähriger Krankheitsdauer zumindest noch teilweise gehfähig. Die Arbeitsfähigkeit wird in erster Linie durch spastische Paresen, Koordinations- und Blasenstörungen eingeschränkt.

Zusammengefasst gelten als prognostische Indikatoren für einen günstigeren Verlauf:

- Gehfähigkeit,
- minimale pyramidale und zerebellare Ausfälle in den ersten 5 Krankheitsjahren,
- prompte Rückbildung der Initialsymptome,
- Alter zu Beginn unter 35 Jahren,
- monosymptomatischer Beginn,
- rasches Auftreten der Initialsymptome,
- kurze Dauer des letzten Schubes,
- Fehlen von zerebellaren Ausfällen zu Beginn der Krankheit.

Literatur

Zitierte Literatur

- Barkhof F, Filipp M, Miller D et al. (1997) Comparison of MRI criteria at first presentation to predict conversion to clinically definite multiple sclerosis. *Brain* 120: 2059–2069
- Bates D (1994) The diagnosis of multiple sclerosis. Proceedings of the MS forum modern management workshop. Professional Postgraduate Services Europe, Worthing, U.K.
- Brønnum-Hansen H, Koch-Hendriksen N, Hyllested K (1994) Survival of patients with multiple sclerosis in Denmark: A nation-wide, longterm epidemiologic survey. *Neurology* 44: 1901–1907
- Bruck W, Stadelmann C (2005) The spectrum of multiple sclerosis: new lessons from pathology. *Curr Opin Neurol* 18(3): 221–224
- Fazekas F, Offenbacher H, Fuchs S et al. (1988) Criteria for an increased specificity of MRI interpretation in elderly subjects with suspected multiple sclerosis. *Neurology* 38: 1822–1825
- Hardt C (2002) Genetik der Multiplen Sklerose. In: Schmidt RM, Hoffmann F (Hrsg) Multiple Sklerose. Urban & Fischer, München Jena, S 12–18
- Hartung HP, Gonsette R, König N et al. (2002) Mitoxantrone in progressive multiple sclerosis: a placebo-controlled, double-blind, randomised, multicentre trial. *Lancet* 360: 2018–2025
- Heckl RW (1994) Multiple Sklerose: Klinik, Differenzialdiagnose, Behandlung. Thieme, Stuttgart New York
- Henze T (2005) Mitoxantron und Immunglobuline. *Nervenheilkunde* 24: 287–293
- Hohlfeld R (1995) Multiple Sklerose. *Akt Neurol* 22: 125–130
- Kesselring J, Ormerod IEC, Miller DH, Boulay EPGH du, McDonald WI (1989) Magnetic resonance imaging in multiple sclerosis – an atlas of diagnosis and differenzial diagnosis. Thieme, Stuttgart
- Krupp LB, Alvarez LA, LaRocca NG et al. (1988) Fatigue in multiple sclerosis. *Arch Neurol* 45: 435–437
- Kurtzke JF (1983) Epidemiology of multiple sclerosis. In: Hallpike JF, Adams CWM, Tourtellotte WW (eds) Multiple sclerosis. Chapman & Hall, London, pp 47–95
- McDonald W, Compston A, Edan G et al. (2001) Recommended diagnostic criteria for multiple sclerosis: Guidelines from the international panel on the diagnosis of multiple sclerosis. *Ann Neurol* 50: 121–127
- Multiple Sklerose Konsensus Gruppe (MSTKG) (2004) Symptomatische Therapie der Multiplen Sklerose. *Nervenarzt (Suppl 1)* 75: S2–S39
- Mumford CJ, Wood NW, Kellar-Wood H (1994) The British isles survey of multiple sclerosis in twins. *Neurology* 44: 11–15
- Paty DW, Li DK, the UBC MS/MRI Study Group and the IFNB Multiple Sclerosis Study Group (1993) Interferon beta-1b is effective in relapsing-remitting multiple sclerosis. II. MRI analysis results of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Neurology* 43: 662–667
- Poser S, Wikström J, Bauer HJ et al. (1979) Clinical data and identification of special forms of multiple sclerosis in 1271 cases studied with a standardized documentation system. *J Neurol Sci* 40: 159–168
- Poser CM, Paty DW, Scheinberg L et al. (1983) New diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines for research protocols. *Ann Neurol* 13: 227–231
- Rieckmann P, Kallmann B (2005) Neue Therapieansätze bei Multipler Sklerose. *Nervenheilkunde* 24: 294–300
- Robinson I (1991) The context and consequences of communicating the diagnosis of multiple sclerosis. In: Wiethölter H, Dichgans J, Mertin J (eds) Current Concepts in Multiple Sclerosis. Elsevier, Amsterdam, pp 17–22
- Scheglmann K (1995) Multiple Sklerose: Multimodal evozierte Potenziale in der Diagnose. *TW Neurol Psychiatr* 9: 562–573
- Steinbrecher A, Dichgans J, Martin R (1995) Diagnostik und Therapie der multiplen Sklerose. *Nervenheilkunde* 14: 180–188
- Trapp BD, Peterson J, Ransohoff RM et al. (1998) Axonal transection in the lesions of multiple sclerosis. *N Engl J Med* 338(5): 323–325
- Weinshenker BC, Bass R, Rice GPA et al. (1989) The natural history of multiple sclerosis: a geographically based study. I. Clinical course and disability. *Brain* 112: 133–146
- Wood DD, Bilbao JM, O’Connors P, Moscarello MA (1996) Acute multiple sclerosis (Marburg type) is associated with developmentally immature myelin basic protein. *Ann Neurol* 40: 18–24

Weiterführende Literatur

- Betts CD, Jones SJ, Fowler CG, Fowler CJ (1994) Erectile dysfunction in multiple sclerosis; associated neurological and neurophysiological deficits, and treatment of the condition. *Brain* 117: 1303–1310
- Compston A (1999) McAlpine’s Multiple Sclerosis. Churchill Livingstone; London Edinburgh New York
- Giovannoni G, Hartung H-P (1996) The immunopathogenesis of multiple sclerosis and Guillain-Barré syndrome. *Curr Op Neurol* 9: 165–177
- Kesselring J (1997) Multiple Sklerose. Kohlhammer, Stuttgart Berlin Köln
- Leary SM, Thompson AJ (2005) Primary progressive multiple sclerosis: current and future treatment options. *CNS Drugs* 19(5): 369–376
- Matthews WB (ed) (1991) McAlpine’s Multiple Sclerosis. Churchill Livingstone, Edinburgh
- McFarland HF, Frand JA, Albert PS et al. (1992) Using gadolinium-enhanced magnetic resonance imaging lesions to monitor disease activity in multiple sclerosis. *Ann Neurol* 32: 758–766
- Moulin DE (1989) Pain in multiple sclerosis. *Neurol Clin* 7: 321–331
- Multiple Sklerose Therapie Konsensus Gruppe (MSTKG) (2004) Escalating immunotherapy of multiple sclerosis – New aspects and practical application. *J Neurol* 251: 1329–1339
- Poser S (1996) Diagnose. In: Poser S (Hrsg) Taschenbuch Multiple Sklerose. Blackwell, Berlin Wien, S 53–87
- Seidel D (1995) Multiple Sklerose – Symptomatische Therapie und Rehabilitation. *TW Neurol Psychiatr* 9: 574–582
- The IFNB Multiple Sclerosis Study Group (1993) Interferon beta-1b is effective in relapsing-remitting multiple sclerosis. I. Clinical results of a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Neurology* 43: 655–661
- Wiethölter H (2005) Schubprophylaxe mit Interferonen und Glatirameracetat. *Nervenheilkunde* 24: 279–286