

Multiple Sklerose im höheren Lebensalter

D. Pöhlau¹, U. Kallweit¹, J. Kugler², M. Haupts³, I. Nippert⁴, J. Köhler⁵

¹Kamillus-Klinik Asbach, ²Lehrstuhl Public Health, Universität Essen, ³Neurologische Klinik der Ruhr-Universität Bochum, Knappschaftskrankenhaus Langendreer, ⁴Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft, Landesverband Berlin, ⁵Neurologische Klinik der Johannes Gutenberg Universität Mainz

Zusammenfassung

Die Multiple Sklerose (MS) ist die häufigste nicht traumatische neurologische Erkrankung, an der meist junge Erwachsene leiden, und sie ist die dritthäufigste Ursache für schwere Behinderungen in dieser Altersgruppe nach Traumata und Arthritiden [20]. Bei ca. 7% aller Erkrankten beginnt die MS vor dem 20. und bei ca. 12% nach dem 50. Lebensjahr [16]. Mit höherem Lebensalter nimmt allgemein die Lebensqualität ab, während die Inzidenz chronischer Erkrankungen zunimmt [11]. Während die Versicherungswirtschaft 1991 noch von einer um 10–15 Jahre verkürzten Lebenserwartung von MS-Patienten ausging [1], hat sich diese auch bereits vor Einführung moderner Immuntherapeutika bis heute stetig verlängert [4]. Durch den Einsatz moderner Immun- und Symptomtherapien der MS ist mit einer weitergehenden Normalisierung der Lebenserwartung zu rechnen. Deshalb müssen die alterskorrelierten Probleme der MS in Zukunft verstärkt berücksichtigt werden. Im folgenden sollen exemplarisch einige Aspekte dargestellt werden.

Schlüsselwörter: Multiple Sklerose, Alter, alte Menschen

Multiple sclerosis in older people

D. Pöhlau, U. Kallweit, J. Kugler, M. Haupts, I. Nippert, J. Köhler

Abstract

Multiple sclerosis is the most common non-traumatic neurological disease, which afflicts mostly young people and is the third most common reason for severe disability in this age group after trauma and arthritis [20]. In about 7% of the cases the disease starts before the age of 20 and in about 12% after the age of 50 [16]. With increasing age, the quality of life in general decreases while the incidence of chronic diseases is increasing [11]. In 1991 insurance companies calculated the life expectancy (of MS patients) as being shortened by as much as 10 to 15 years [1]. Since then it has increased steadily, even in the period before the new disease modifying drugs were available. With the new options in symptomatic and immunomodulatory treatment a further increasing life expectancy is anticipated. Therefore it is important, to heighten the awareness of the age correlated problems of MS patients. In this paper some aspects will be discussed.

Key words: Multiple sclerosis, aged, aging

© Hippocampus Verlag 2004

Diagnosestellung und Verlaufstyp

Nachlassende Kräfte und zunehmende Behinderung bei alltäglichen Verrichtungen oder eine Verkürzung der Gehstrecke werden oft rasch als typische, unabänderliche Begleitumstände des Alterns gesehen. In einer Untersuchung der drei Bochumer Neurologischen Universitätskliniken fanden wir aus insgesamt 800 Patienten 39 Patienten, bei denen die

Diagnose erst nach dem 50. Lebensjahr gestellt wurde. Die Latenz von den Erstsymptomen bis zur Diagnosestellung betrug im Mittel 5,4 Jahre, war damit deutlich länger als bei jüngeren Patienten, bei denen die Diagnose in dieser Population nach 3,1 Jahren gestellt wurde [10]. In einer ersten Auswertung des MS-Registers, in dem in Deutschland 3.500 MS-Patienten dokumentiert sind, fand sich demgegenüber eine mittlere Latenz von unter 3 Jahren nach den

Erstsymptomen bis zur Diagnosestellung (Pressekonferenz der DMSG am 21.10.2004). In der Bochumer Studie dominierten primär- und sekundär chronisch progrediente Fälle (23/39). Bezüglich der klinischen Symptomatik führten Gangunsicherheit und Gangschwäche bei 2/3 (26/39) der Patienten zur Diagnose. Angaben über die sonst für die Multiple Sklerose recht typischen Sehstörungen waren nur bei 12,8% der Patienten zu erheben. Weitere pathologische Befunde waren oft erst bei subtiler neurologischer Untersuchung nachzuweisen [10].

Es ist anzunehmen, dass bei einer Erstmanifestation im höheren Lebensalter Fehldiagnosen (TIA, Schlaganfall, Wirbelsäulenprobleme) gehäuft auftreten.

Bei einer retrospektiven Analyse von 640 Patienten fanden sich 30 (4,6%) mit MS und Krankheitsbeginn nach dem 50. Lebensjahr (im Mittel 53,5 Jahre), wobei die Hälfte dieser Betroffenen noch einen schubförmig remittierenden Krankheitsverlauf zeigten [18]. In dieser Patientenklientel überwogen, wie in der Bochumer Studie, motorische Funktionsstörungen (63,3%) und im weiteren Verlauf autonome und zerebelläre Symptome.

Lebensqualität älterer MS-Patienten – die Berliner DMSG Studie

In einer Fragebogenumfrage unter 1.220 Berliner MS-Patienten mit einem Rücklauf von 53% waren 8,2% der Antwortenden (53 Patienten) 65 Jahre oder älter. Davon waren 44 Frauen und 9 Männer. Auf der zehnteiligen Behinderungsskala nach Kurtzke, der sog. EDSS-Skala, betrug der mittlere EDSS-Wert 6,0 (dieser Wert bedeutet, dass der Betroffene eine Gehilfe benötigt, um 100m zu gehen); 41,5% hatten einen EDSS-Wert über 8 (dieser Wert bedeutet, dass jemand bettlägerig ist oder fest im Rollstuhl sitzt und weitestgehende Hilfe benötigt). 57% konnten ihre Wohnung nicht verlassen.

Von dieser kleinen Gruppe lebten 51% alleine ohne Lebensgefährten, meist in eigener Wohnung, nur 5% gaben an, im Pflegeheim zu leben.

Über Spastik und Schmerzen klagten jeweils ca. die Hälfte der Patienten, Blasenstörungen gaben 70% an, einen Dauerkatheter trugen 6%.

Zwei Drittel der Patienten beklagten Schlafstörungen im Sinne von nicht erholsamem Nachtschlaf, frühem Erwachen und mehrfachem Erwachen. Die Hälfte der Patienten war nicht in der Lage, alleine zur Toilette zu gehen, und ca. 80% benötigten Hilfe, wenn sie duschen oder baden wollten. Etwa die Hälfte gab an, oft oder immer depressive Gedanken zu haben, und 30% berichteten, öfter oder immer an Selbstmord zu denken. Etwa 80% der Patienten gaben an, von einer Krankenschwester oder einem Pflegedienst versorgt zu werden. Essen auf Rädern erhielten 14% (Gesamtauswertung der Studie siehe: [8], MS im Alter siehe: [12]).

In einer aktuellen Studie zur Behinderung bei älteren MS-Patienten über 65 Jahre in den Vereinigten Staaten (Sonya Slifka Longitudinal Multiple Sklerose Study) zeigte sich im Vergleich zu jüngeren MS-Patienten ebenfalls ein signifikant höherer Prozentsatz alleinlebender Betroffener. Zudem hat-

ten nachweislich mehr ältere Betroffene ein niedrigeres Einkommen und waren schwerer behindert. Die Perzeption des Gesundheitsstatus und die Lebensqualität wurden im Gegensatz zur Berliner Studie dagegen relativ positiv eingeschätzt, auch wenn deutlich häufiger Blasen-/Mastdarmstörungen und Gangstörungen in der älteren Patientengruppe angegeben wurden. Interessanterweise klagten dabei die Älteren über weniger kognitive Einschränkungen und emotionale Probleme. Im täglichen Leben benötigten ältere MS-Betroffene unter anderem häufiger Hilfe beim Baden, Anziehen, dem Toilettengang und dem Aufstehen aus dem Bett sowie Umhergehen in der Wohnung. In der Anwendung moderner immunmodulatorischer Therapien zeigte sich bei den Älteren mit 22,3% gegenüber 66,4% der Jüngeren ein deutlicher Unterschied, was möglicherweise die höhere Abhängigkeit im täglichen Leben und den höheren Grad an Behinderung in diesem Kollektiv mit erklärt. Eine vollständige Erklärung für diesen Unterschied findet sich nicht, auch wenn ein Teil dieser Diskrepanz auf dem höheren Anteil progredienter Verlaufsformen im Alter beruhen kann. Zukünftige Longitudinalstudien sind hier notwendig, um die Langzeiteffekte dieser Therapiestrategien für ältere MS-Patienten beurteilen zu können. Entgegen früheren Annahmen zeigte sich in der hier untersuchten Patientengruppe von 2.156 Personen kein signifikanter Unterschied in der Schubrate bei Patienten mit schubartigem Verlauf (45,6%) zwischen unter und über 65-jährigen. Der Anteil chronisch progredienter Verläufe war im Vergleich zu Untersuchungen bei 20–40-jährigen mit 54,4% deutlich höher. Auch konnte gezeigt werden, dass bei Krankheitsbeginn über 65 Jahren bei gleicher Krankheitsdauer insbesondere in den ersten 6 Jahren der Anteil nicht behinderter Patienten im Alter (18,8%) deutlich unter dem jüngerer Betroffener (59,4%) liegt [14].

Komorbidität

In der größten zu diesem Thema vorliegenden Studie fanden Fleming und Blake an 5.384 amerikanischen MS Patienten über 64 Jahre im Vergleich zu einer Kontrollgruppe häufiger Harnwegsinfekte (30,7%), Dekubitalulzera (9,2%), Pneumonien (6,3%), Blasenstörungen (4,9%). Auf der anderen Seite waren typische mit dem Alter korrelierte Erkrankungen wie arterielle Hypertonie (7,4%), Herzinsuffizienzen (5,4%), chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (4,6%), koronare Herzkrankheit (3,8%) und Diabetes mellitus (3,1%) bei MS Patienten seltener als in der Kontrollgruppe [7]. Osteopenien treten bei MS Patienten häufiger als in der Normalbevölkerung auf (s.u.).

Ängste älterer MS-Patienten

In Tiefeninterviews fand Finlayson bei so gut wie allen älteren MS-Patienten (>55 Jahre) Zukunftssorgen. Diese betrafen vor allem die Angst vor dem Verlust der Mobilität und Unabhängigkeit, die Angst, den Betreuenden zur Last zu fallen oder in ein Pflegeheim gehen zu müssen [6].

Vergleich des Krankheitsbeginns im Alter gegenüber Haupterkrankungsalter (20–40 Jahre)	
Erstsymptomatik	Häufiger spastische Paraparese (50%)
Verlaufssymptomatik	Schubfrequenz nicht altersabhängig
	Häufiger autonome Störungen schon zu Beginn
	Seltener Sehnerventzündungen
	Anteil nicht behinderter Betroffener bei spätem Krankheitsbeginn über die ersten 6 Jahre deutlich niedriger (19% vs. 59%)
Schubfrequenz	Häufiger progrediente Verlaufsformen (über 50%)
Soziale Aspekte	Häufiger alleine lebend
Kognition	Im Alter subjektiv geringere kognitive Einbußen
Lebensqualität	Im Alter im Vergleich zu jüngeren höhere Lebensqualität
Langzeit-Therapie	Ältere MS-Patienten deutlich seltener immunmodulatorische Therapieerfahrung (22% vs. 66%)
Vergleich älterer Gesunder zu älteren MS-Betroffenen	
Komorbidität	Häufiger Infektionserkrankungen bei MS-Betroffenen
	Seltener vaskuläre Erkrankungen, arterieller Hypertonus und Diabetes mellitus bei MS-Betroffenen

Tab. 1: Übersicht einzelner Besonderheiten bei älteren MS-Patienten

1. Weiterentwicklung der Arzneimitteltherapie im Bereich der Immun- und der Symptomtherapien, um ein »normales Altern« mit MS zu ermöglichen.
2. Entwicklung von Versorgungsstrategien und Versorgungsformen, die es MS-Patienten erlauben, so lange wie möglich selbstständig und selbstbestimmt zu leben.
3. Unterstützung von Familien und Betreuern von MS-Betroffenen.
4. Intensivierung der Forschung zum Thema »MS im Alter«.

Tab. 2: Ziele in der Therapie älterer MS-Patienten (erweitert und modifiziert nach [6])

Wir fanden in der Berliner Umfrage, dass die mit dem SF 36 [3] gemessene Lebensqualität bei rollstuhlpflichtigen Patienten auf allen Skalen signifikant schlechter war als bei nicht auf den Rollstuhl angewiesenen Patienten [8].

Ernährungsfaktoren im Alter

Ernährungsfaktoren spielen bei der Entstehung und wahrscheinlich beim Verlauf der MS eine Rolle [17]. Bei bis zu 40% der älteren chronisch Kranken liegen Fehlernährungen vor [21]. Wir sahen bereits bei jüngeren MS-Patienten Fehlernährungen, so nahmen diese im Vergleich zu den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin zu wenig Vitamin D und E zu sich. Weiterhin wurde relativ zu viel Fett und zu wenig Flüssigkeit aufgenommen [15]. Dies mag zusammen mit Inaktivität, möglichen Cortisontherapien und rezidivierenden Infekten das Entstehen einer Osteoporose fördern. Während die Osteopenierate z.B. für Männer zwischen 55 und 64 Jahren bei ca. 20% liegt, hatten 37% der gleichaltrigen männlichen MS Patienten eine Osteopenie, und 21% hatten bereits Rippen-Wirbelkörper oder Extremitätenfrakturen erlitten [24].

Zum Einsatz von Immuntherapien im höheren Lebensalter

In den zulassungsrelevanten Studien zum Einsatz von immunmodulatorischen Therapien bei der MS wurden meist nur Patienten bis 55 Jahre eingeschlossen, dies vor allem, um das Risiko von Komorbidität (z.B. Schlaganfälle), die ebenfalls zu einer neurologischen Verschlechterung führen kann, möglichst klein zu halten.

Im klinischen Alltag können auch ältere MS-Patienten immunmodulatorisch (z. B. mit Interferon beta oder Glatirameracetat) oder auch immunsuppressiv (z. B. mit Mitoxantron) behandelt werden.

Zusammenfassung

Verminderte körperliche Aktivität [23] und kognitiver Abbau [5], die alterskorreliert sind, treten bei Patienten mit MS verstärkt und zeitlich früher auf.

Man kann sagen, dass durch die MS Probleme, die sonst erst bei sehr alten Menschen auftreten, zeitlich deutlich vorverlegt werden. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die mit dem Alter zunehmende Neurodegeneration durch die entzündlich bedingte Neurodegeneration [22] verstärkt und beschleunigt wird.

Auch wenn die Multiple Sklerose als Erkrankung des jungen Erwachsenen gilt, muss zukünftig auf die speziellen Bedürfnisse älterer MS-Patienten geachtet werden, da insbesondere durch innovative Therapiestrategien die Lebenserwartung bei dieser Erkrankung sich nicht mehr wesentlich von der allgemeinen Lebenserwartung unterscheiden wird. Neben den im Vordergrund stehenden motorischen Störungen bei Patienten mit spätem Krankheitsbeginn stellen die Zukunftsängste und die notwendige Hilfe im Alter eine wachsende Herausforderung an die sozialen und Gesundheitseinrichtungen in den kommenden Jahren dar, wobei insbesondere auf eine psychosoziale und physiotherapeutische Begleitung ein Fokus gelegt werden sollte.

Literatur

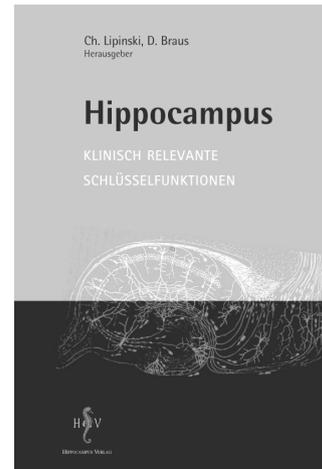
1. Angstwurm H: Zur Prognose und Lebenserwartung bei Multipler Sklerose. Versicherungsmedizin 1991; 43 (2): 52-54
2. Buchanan RJ, Wang S, Hunag C, Graber D: Profiles of nursing home residents with multiple sclerosis using the minimal data set. Multiple Sclerosis 2001; 7: 189-200
3. Bullinger M, Kirchberger I: SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung. Hogrefe Verlag, Göttingen 1998
4. Ekestern E, Lehardt G: Mortality from multiple sclerosis in Austria 1970-2001. European Journal of Neurology 2004; 11 (8): 511-520
5. Filit HM, Butler RN, O'Connell AW, Albert MS, Birren JE, Cotman CW, Greenough WT, Gold PE, Kramer AF, Kuller LH, Perls TT, Sahagan BG, Tully T: Achieving and maintaining cognitive vitality with aging. Mayo Clinic Proceedings 2002; 77 (7): 681-696
6. Finlayson M: Concerns about the future among older adults with multiple sclerosis. The American Journal of Occupational Therapy 2004; 58 (1), 54-63
7. Fleming ST, Blake RL: Patterns of comorbidity in elderly patients with multiple sclerosis. J Clin Epidem 1994; 47: 1127-1132
8. Haas J, Kugler J, Nippert I, Pöhlau D, Scherer P: Lebensqualität bei Multipler Sklerose – Berliner DMSG Studie, De Gruyter Verlag, Berlin 2003

9. Haupts M, Hardt C, Pöhlau D, Sczesni B, Elias W, Langenbahn H, Obert HJ, Wussow P: Quality of life as a predictor for change in disability in MS. (Letter) *Neurology* 2001; 56 (1 of 2): 1250
10. Haupts M, Pöhlau D, Schejbal P: Diffuse neurologische »Altersbeschwerden« – Spätmanifestation einer Multiplen Sklerose? In: W. Kuhn, T. Büttner, W. Heinemann, Ch. Frey, K. Schneider, E. Zierden, H. Przuntek (Hrsg.): *Altern, Gehirn und Persönlichkeit*. Hans Huber Verlag, Göttingen 1994, 307-308
11. Khaw KT: Epidemiological aspects of aging. *Philosophical transactions of the Royal Society of London, Series B, Biological Sciences* 1997; 352 (1363): 1829-1835
12. Klewer J, Pöhlau D, Nippert I, Haas J, Kugler J: Problems reported by elderly patients with Multiple Sclerosis. *Journal of Neuroscience Nursing* 2001; 33 (3)
13. Kurtzke JF: Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: An expanded disability status scale (EDSS). *Neurology* 1983; 33: 1444-1452
14. Minden SL, Frankel D, Hadden LS, Srinat KP, Perloff JN: Disability in elderly people with multiple sclerosis: An Analysis of baseline data from the Sonyka Slifka Longitudinal Multiple Sclerosis Study. *NeuroRehabilitation* 2004; 19 (1): 55-67
15. Orłowski G, Brand R, Pöhlau D: Nährstoffzufuhr von Patienten mit Multipler Sklerose. *Aktuelle Ernährungsmedizin* 1995; 20: 207-214
16. Phadke JG: Clinical aspects of multiple sclerosis in North-East Scotland with particular reference to its course and prognosis. *Brain* 1990; 113: 1597-1628
17. Pöhlau D, Hoffmann V, Orłowski G, Adam O, Seidel D, Amoiridis G, Przuntek H: Fette und MS Ernährungsumschau 1997; 44: 136-142
18. Polliack ML, Barak Y, Achiron A: Late-Onset Multiple Sclerosis. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 168-171.
19. Sadvnik AD, Ebers GC, Wilson RW, Paty DW: Life expectancy in patients attending multiple sclerosis clinics, *Neurology* 1992; 42: 991-994
20. Schapiro RT: The neurologic basis of Multiple Sclerosis. In: Schapiro R.T. (Hrsg.): *Multiple Sclerosis: A rehabilitation approach to management*. Demos Publications, New York 1991, 1-17
21. Silver AJ: The malnourished older patient: When and how to intervene. *Geriatrics* 1993; 48 (7): 70-74
22. Trapp BD, Peterson J, Ransohoff RM, Rudick R, Mörk S, Bö L: Axonal transection in the lesions of multiple sclerosis. *NEJM* 1998; 338: 278-285.
23. Venjatratan JT, Fernandes G: Exercise, immunity and aging. *Aging: clinical and experimental research* 1997; 9 (1-2): 42-56
24. Weinstock-Guttman B, Gallagher E, Baier M, Green L, Feichter J, Patrick K, Miller C, Wrest K, Ramanathan M: Risk of bone loss in men with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis* 2004; 10 (2) S 170-175

Wir danken Fr. St. Claire für ihre Hilfe bei der Abfassung des Manuskriptes.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Dieter Pöhlau
CA Neurologie
Kamillus Klinik
Hospitalstr. 6
53567 Asbach
E-Mail: DieterPoehlau@aol.com



Christian Lipinski, Dieter Braus (Herausgeber):

Hippocampus

KLINISCH RELEVANTE
SCHLÜSSELFUNKTIONEN

Hippocampus Verlag, Bad Honnef 2003
152 Seiten, zahlreiche Abbildungen, Broschur
€ 39,90, ISBN 3-936817-09-X

In Klinik und Praxis begegnen dem Arzt alltäglich Krankheiten und Symptome, die letztendlich Ausdruck von Störungen der neuronalen Informationsverarbeitung und Gedächtnisbildung sind.

Anatomisch-funktionell kommt dabei dem Temporallappen und dem limbischen System, insbesondere dem Hippocampus, eine eminente Bedeutung zu. Der Hippocampus ist nicht nur das Tor zum Gedächtnis, sondern übernimmt auch Schlüsselfunktionen bei höheren kognitiven Leistungen und emotionalen Prozessen.

Der vorliegende Band beleuchtet die komplexe Leistung dieser Struktur und deren Plastizität von mehreren Seiten. Statt wie sonst üblich den Hippocampus fachspezifisch allein aus dem neurophysiologischen, epileptologischen, psychiatrischen oder neuropsychologischen Blickwinkel zu beleuchten, wird hier ein Überblick über aktuelle Forschungsergebnisse verschiedenster Fachrichtungen gegeben.

Neben der Erweiterung des Wissens sollen die Sammlung der Beiträge auch der Lust am Verständnis für neue Zusammenhänge und vor allem der Integration der neuen Aspekte in die klinische, patientenbezogene Arbeit dienen. Führende Wissenschaftler im In- und Ausland konnten für die interdisziplinäre Darstellung der Thematik gewonnen werden.