

Multiple Sklerose im Alter

NeuroGeriatric 2012; 18 (2): 61 – 62

© Hippocampus Verlag 2012

P. Rieckmann, Bamberg

Die Multiple Sklerose (MS) stellt auch im Alter eine wichtige Differentialdiagnose dar. Den Verlauf der MS prägt beim älteren Patienten insbesondere die vaskuläre Komorbidität, die es zu beachten gilt. Immunmodulatorische Therapien sollten auch im höheren Lebensalter zum Einsatz kommen, da sie auch in dieser Patientengruppe effektiv sind und das Mortalitätsrisiko reduzieren. Körperliche Aktivität spielt eine wichtige Rolle beim Funktionserhalt und der Minderung von Sekundärkomplikationen.

Späte Erstdiagnose

Multiple Sklerose wird als erworbene, entzündlich-demyelinisierende Erkrankung des Zentralnervensystem (ZNS) typischerweise im zweiten oder dritten Lebensjahrzehnt diagnostiziert.

Die Diagnose einer »spät beginnenden MS« (Erstdiagnose nach dem 50. Lebensjahr) wird nach aktueller Literatur bei 3–5% der MS-Patienten gestellt (>50 Jahre: 4–8%, >60 Jahre: 0,6%). Häufig manifestiert sich die Erkrankung

im Alter als progredientes myelitisches Syndrom mit pyramidalen Ausfällen und/oder zerebellärer Beteiligung. Primär progrediente, efferente Symptome stehen typischerweise im Vordergrund (s. Tab. 1, Abb. 1). Ein polysymptomatischer Beginn ist mit 35% häufiger als in der Gesamtpopulation, wo er bei 25% liegt. Die Differentialdiagnose muss in dieser Patientengruppe deutlich breiter gefasst werden, da andere altersbezogene Faktoren (z.B. vaskuläre Komorbidität) oft eine wichtige Rolle spielen (s. Tab. 2). Dementsprechend ist das Intervall zwischen Erstmanifestation und Erstdiagnose in dieser Altersgruppe mit über vier Jahren relativ lang (s. Abb. 2).

Bezüglich des Verlaufes gibt es uneinheitliche Berichte, da oft unterschiedliche Bezugsgrößen zugrundegelegt werden. Vieles spricht dafür, dass der scheinbar schwerere Verlauf der MS mit Spätmanifestation dadurch begründet ist, dass ihm eine längere subkli-

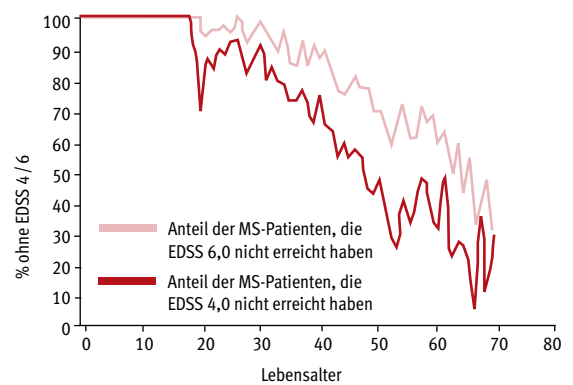


Abb. 1: Gehfähigkeit in Abhängigkeit vom Lebensalter (nach [3], Deutsches MS-Register)

Initialsymptom bei Manifestation >50 Jahre

- Spastische Paresen 67%
- Kognitive Störungen 32%
- Autonome Funktionsstörungen 28%
- Ataxie 25%
- Hirnstammfunktionsstörungen 22%
- Sensible Störungen 15%
- Optikusneuritis 8%

Tab. 1: Erstsymptome bei Manifestationsalter >50 Jahre

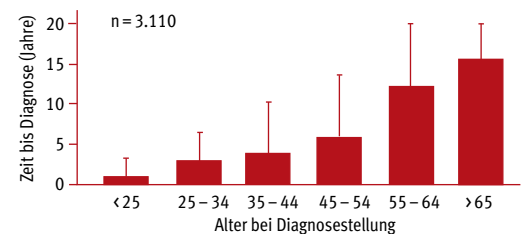


Abb. 2: Zeit bis zur Diagnosestellung »MS« in Abhängigkeit vom Lebensalter der Patienten bei Diagnosestellung (nach [3], Deutsches MS-Register)

Syndrom	Mögliche Ursachen
Myelopathie	Zervikale Myelopathie, Tabes dorsalis, Vitamin-B ₁₂ -Mangel, Spinalis-anterior-Syndrom, AV-Malformation, Sarkoidose, SLE, HTLV-1, Picomaviren, WK-Metastasen
Zerebelläres Syndrom	C2-Folgeschäden, Heredoataxien, AV-Malformation, Zöliakie, paraneoplastisch, VZV-Zerebellitis, Miller-Fischer-Syndrom, Vitamin-E-Mangel, Intoxikation, NPH
Zerebrale Herdsymptome	Schlaganfall, Todd'sche Parese, Tumor, Metastase, Borreliose, Syphilis, Abszess, Vaskulitis
Hirnstammausfälle	Wernicke-Enzephalopathie, paraneoplastisch, Myasthenie, Intoxikation, Miller-Fischer-Syndrom, Vestibularis-Neuropathie, Schlaganfall
Einseitige Visusstörung	Katarakt, Glaukom, Retinaschäden, AION, toxische Optikusneuropathie

Tab. 2: Typische Differentialdiagnosen bei spätem Manifestationsalter

nische oder nicht diagnostizierte Erkrankungsphase vorausgeht. Bei der klinischen Manifestation liegt also schon ein fortgeschrittenes Stadium vor.

Der »gealterte« MS-Patient

Aufgrund der verbesserten Lebenserwartung von MS-Patienten hat der Anteil der über 60-jährigen MS-Patienten in den letzten beiden Jahrzehnten deutlich zugenommen. Nach den Erhebungen

Erkrankung	Fleming et al. 1994 (n = 1.240)	Marrie et al. 2010 (n = 8.932)	Beginn/Alter (Marrie et al. 2010)
Osteopenie	37%	35%	
Hypertonie	7,4%	30%	47,3 (± 11,8)
Herzerkrankung	8,1%	12%	50,4 (± 13,7)
Hypercholesterinämie	N.D.	37%	48,7 (± 11,8))
Diabetes mellitus	5,4%	6,7%	48,8 (± 12,4)
periphere arterielle Verschlusskrankheit	N.D.	2,4%	51,7 (± 14,1)
Malignome	6,8%	5,4%	

Tab. 3: Komorbidität bei MS und durchschnittlicher Zeitpunkt ihres Auftretens

des Deutschen MS-Registers (Stand 10/2011) sind heute rund 18% der MS-Patienten älter als 55 Jahre. 25% der MS-Patienten im Alter zwischen 55 und 65 Jahren sind noch erwerbstätig. 55% leben mit Partner/Familie, 36% sind alleinstehend, 8% leben im Heim. Als häufigstes Symptom werden Blasenentleerungsstörungen (78%) und depressive Symptome (50%) genannt. 24% der Patienten erhalten Immuntherapie.

Komorbidität

Sowohl in der Ausprägung der Erkrankungssymptome als auch in der Verträglichkeit MS-typischer Medikamente müssen altersbedingte kardiovaskuläre, renale und hepatische Faktoren zunehmend berücksichtigt werden (s. Tab. 3). Für die Therapie spielen weiterhin die altersbedingten Veränderungen im Immunsystem eine wichtige Rolle, die auch für die Differentialindikation

immunmodulatorischer Präparate bei der MS im Alter von Bedeutung sind.

Auf die Bedeutung nicht pharmakologischer unterstützender Therapieoptionen machen Studiendaten aus Kanada aufmerksam: Diese deuten darauf hin, dass auch körperliche Aktivität den Verlauf der MS günstig beeinflussen kann und mit geringerer Fatigue, höherer Lebensqualität und häufigerem Erhalt der Arbeitsfähigkeit korreliert [7].

Mortalität

Die verbesserte Lebenserwartung der Patienten ist u. a. darauf zurückzuführen, dass die MS heute vermutlich langsamer fortschreitet als bislang angenommen. Gründe dafür könnten die häufigere und frühere Diagnose, neue Diagnoseverfahren und immunmodulatorische Behandlungsoptionen sowie ein besseres Krankheitsmanagement sein [10]. Wie Daten des »Pivotal Betaferon Trial« zeigen, sinkt das Mortalitätsrisiko von MS-Patienten insbesondere dann, wenn sie früh mit einer hochdosierten immunmodulatorischen Behandlung beginnen (s. Abb. 3). Die frühe Behandlung war hier mit einer 46,8-prozentigen Risikominderung der Gesamtmortalität über 21 Jahre assoziiert [2].

Verlaufsuntersuchungen zeigen jedoch, dass nach dem Absetzen einer immunmodulatorischen Therapie unabhängig vom Alter das Risiko erneuter Krankheitsaktivität ansteigt.

Mehrere epidemiologische Studien aus Skandinavien kommen zu dem Schluss, dass trotz verbesserter Lebenserwartung die Mortalität von MS-Patienten ab dem Zeitpunkt der Diagnose um den Faktor 3 erhöht ist [1, 5, 8].

Literatur

1. Bronnum-Hansen et al. Brain 2003; 127: 844-850.
2. Ebers et al. Clin Ther 2009; 31: 1724-1736.
3. Flachenecker P et al. Neurol Rehabil 2007; 13 (4): 193-200.
4. Fleming et al. 1994
5. Grytten-Torhildsen N et al. Multiple Sclerosis 2008; 14:1191-1198.
6. Marrie RA et al. 2010.
7. Stehlau V et al. Neuroepidemiology 2009.
8. Sumelahti SL et al. Multiple Sclerosis.
9. Tremlett JNNR 2008.
10. Tremlett H et al. Neurology 2010; 74: 2004-2015.

Der vorliegende Beitrag beruht auf dem Abstract und ausgewählten Charts des Vortrags am 11.2.2012 in Recklinghausen.
Anm. d. Red.

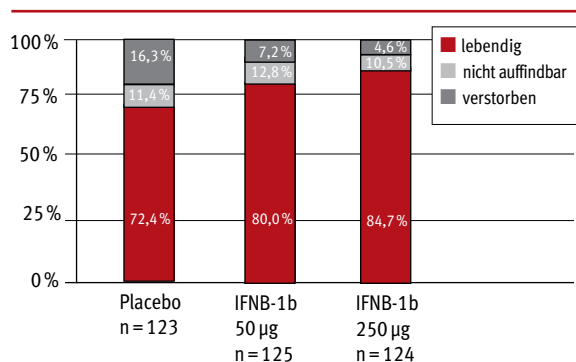


Abb. 3: 16-Jahres-Verlaufsdaten zur Mortalität bei MS. Im Vergleich: IFNB-1b (250 µg), IFNB-1b (50 µg) und Placebo [2]

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Peter Rieckmann,
F.R.C.P.C.
Chefarzt Neurologische Klinik
Klinikum am Bruderwald
Sozialstiftung Bamberg
Buger Straße 80
96049 Bamberg
neurologie@sozialstiftung-bamberg.de