

# Die Krankheit mit den 1000 Gesichtern

Wir haben es einem britischem Königsenkel zu verdanken, dass die Encephalomyelitis disseminata bereits 1822 Eingang in die Medizin fand. Er beschrieb damals deren Anfangssymptome.

Erkrankungen im jungen Erwachsenenalter, zerstört die Reizweiterleitung der Nervenbahnen, sodass Impulse nunmehr fehlerhaft oder gar nicht in den Organen ankommen.

**Gegen sich selbst** Das Tückische dabei ist: Die chronischen Entzündungsherde können überall sein. Die Symptome richten sich danach, ob sie im Gehirn, im Rückenmark oder am Sehnerv auftreten. Man vermutet, dass eine autoimmune Reaktion dafür verantwortlich ist, dass sich das Immunsystem des Körpers auf die Isolierschicht der Nerven stürzt und diese schrittweise zerstört. Die sogenannten Myelinscheiden funktionieren dabei wie die Plastikummhüllung eines elektrischen Kabels; sind sie nicht mehr vorhanden, kommt es zum Kurzschluss.

**Unbekannter Auslöser** Warum diese Krankheit manchen befällt und den andern nicht, warum sie beim einen ohne Pause progredient, beim nächsten in Schüben verläuft und warum sie so häufig Menschen unter Dreißig und hier besonders oft Frauen befällt – keiner weiß es so genau. Die Wissenschaft forscht fieberhaft und ist doch dem Geheimnis noch nicht auf die Spur gekommen, weiß lediglich, dass vermutlich eine genetische Disposition besteht und Umweltfaktoren eine Rolle spielen. Doch mittlerweile ist man wenigstens soweit, die Symptome meist im Griff zu haben: An Encephalomyelitis disseminata Erkrankte haben annähernd dieselbe Lebenserwartung wie gesunde Menschen. ▶



© Rawpixel / Fotolia.com

**A**ugustus d'Este, Enkel von Georg II, schrieb „Ich (war) gezwungen, mir die empfangenen Briefe vorlesen und meine Antwortbriefe schreiben zu lassen, da meine Augen so angegriffen waren, dass das Sehen undeutlich wurde, wenn ich kleine Dinge fixierte“. Später schilderte er doppeltes Sehen, Taub-

heitsgefühle und Empfindungsstörungen in den Beinen, Symptome, die drei Wochen andauern sollten: „Die Kraft in den Beinen hatte mich fast ganz verlassen.“ Damit ist ein klassischer Schub der Multiplen Sklerose in Worte gefasst; der Herzog beschrieb einige der Beschwerden, die als typisch gelten. Denn die „MS“, eine der häufigsten neurologischen

# BoxaGrippal®



Ihre leitliniengerechte Empfehlung mit Ibuprofen bei Erkältung<sup>1</sup>

93%  
zufriedene  
Verwender<sup>2</sup>

Mehr unter [www.boxagrippal.de](http://www.boxagrippal.de)



## Beratungstipp:

Fragen Sie Ihre Patienten nach dem **Mittel**, welches sie **bei Schmerzen** verwenden.  
Die Antwort ist meist **Ibuprofen**.  
Ein guter Anknüpfungspunkt für Ihre **BoxaGrippal®-Empfehlung**.

<sup>1</sup> Analgetika + Dekongestiva zur symptomatischen Behandlung; EP305 2012. Fokkens WJ, et al., Rhinol Suppl. 2012 Mar;(23):3 p <sup>2</sup> BoxaGrippal® Patientenbefragung 2014/15; n=1.768

**BoxaGrippal® 200 mg / 30 mg Filmtabletten. Wirkstoffe:** 200 mg Ibuprofen und 30 mg Pseudoephedrinhydrochlorid/Filmtablette. **Sonstige Bestandteile:** Lactose-Monohydrat, Mikrokristalline Cellulose, Carboxymethylstärke-Natrium (Typ A), Hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat, Polyvinylalkohol, Titandioxid (E 171), Macrogol 3350, Talkum. **Anwendungsgebiet:** Zur symptomatischen Behandlung der Schleimhautschwellung von Nase und Nebenhöhlen verbunden mit Kopfschmerzen, Fieber und erkältungsbedingten Schmerzen bei Jugendlichen ab 15 Jahren und Erwachsenen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Ibuprofen, Pseudoephedrinhydrochlorid oder einen der sonstigen Bestandteile; Patienten unter 15 Jahren; Schwangerschaft und Stillzeit; Allergien oder Asthma in der Anamnese, ausgelöst durch NSAIDs; gastrointestinale Blutungen oder Perforationen in der Anamnese durch NSAIDs; bestehende oder wiederholt aufgetretene peptische Ulzera oder Hämorrhagien; zerebrovaskuläre oder andere Blutungen; ungeklärte Störungen der Hämatopoese; schwere Leberinsuffizienz; schwere Niereninsuffizienz; schwere Herzinsuffizienz; schwere oder nur unzureichend kontrollierte Hypertonie; Schlaganfall oder Risikofaktoren für einen Schlaganfall in der Anamnese; schwere Koronarinsuffizienz; Risiko eines Engwinkelglaukoms; Risiko der Harnretention aufgrund von urethroprostatistischen Beschwerden; Myokardinfarkt in der Anamnese; zerebrale Krampfanfälle in der Anamnese; Systemischer Lupus erythematoses; Kombination mit anderen oral oder nasal angewendeten vasokonstriktorischem wirksamen Arzneimitteln; Kombination mit Methylphenidat; Kombination mit nichtselektiven MAO-Inhibitoren oder Anwendung von MAO-Inhibitoren innerhalb der letzten zwei Wochen. Nur nach Rücksprache mit dem Arzt anwenden bei Diabetes mellitus, Magen-Darm-Erkrankungen, Hyperthyreose und Asthma. **Nebenwirkungen:** Verdauungsstörungen, Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Blähungen, Durchfall, Verstopfung, Kopfschmerzen, Schwindel, Schlafstörungen, Unruhe, Reizbarkeit, Müdigkeit, Sehstörungen, Geschwüre im Magen-Darm-Bereich, manchmal mit Blutungen und Durchbruch, Verschlimmerung von chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (z.B. Colitis und Morbus Crohn), Hautausschläge, Tinnitus, Nierengewebschädigungen, Störung der Blutbildung (kann sich in erhöhter Neigung zu Blutergüssen oder Anfälligkeit für Infektionen äußern), schwere allergische Reaktionen, psychotische Reaktionen, Depression, Bluthochdruck, Herzklopfen, Herzinfarkt, Leberschädigungen, schwere Hautreaktionen, Nierenfunktionsstörung, Schwierigkeiten beim Wasserlassen. Die Einnahme ist sofort abzubrechen und ein Arzt aufzusuchen, wenn Anzeichen von Magen-Darm-Blutungen oder Anzeichen einer schweren allergischen Reaktion auftreten. **Warnhinweis:** Enthält Lactose. **Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG, Ingelheim am Rhein. 0714**

► **Wichtig: Diagnostik** Sehr häufig äußert sich die Erkrankung zu Beginn mit einer Sehstörung, mit Muskelschwäche oder Empfindungsstörungen in den Extremitäten oder krampfartige Spastiken von Muskelgruppen. Der Neurologe macht verschiedene Tests: Der Bluttest soll andere Erkrankungen ausschließen; mittels Lumbalpunktion sucht man nach bestimmten Eiweißkörpern, die bei MS gehäuft auftreten,

progredientem Verlauf. Selten startet die Erkrankung bereits mit dem primär progredientem Verlauf.

**Therapie** An Multipler Sklerose zu erkranken heißt nicht zwangsläufig ein Leben mit schwerer Behinderung zu führen. Die Medizin hält verschiedene Therapieansätze parat: So wird zum einen von Schubtherapie gesprochen; zum anderem von der immunmodulierenden Langzeitthe-

rapie. Und schließlich gibt es noch die Behandlung symptomatischer Beschwerden. In der akuten Krankheitsphase werden meist über einige Tage hochdosiert entzündungshemmende Glukokortikoide gegeben. Diese beeinflussen zwar nicht den Langzeit-Verlauf, bringen aber den aktuellen Schub schneller zum Abklingen. Für die Langzeittherapie im moderaten Verlauf werden beta-Interferone oder Dimethylster eingesetzt, in zweiter Linie auch das Immunsuppressivum Azathioprin oder Immunglobuline. Für die schweren Verlaufsformen stehen weitere, hochpotente Medikamente zur Verfügung, unter anderem seit 2011 der Wirkstoff Fingolimod, der die Entzündungszellen daran hindert, die Lymphknoten zu verlassen. Für die symptomatische Therapie stehen außerdem physiotherapeutische Maßnahmen, Egotherapie und Logopädie zur Verfügung.

verschiedene Erklärungsansätze. Studien scheinen folgende Denkansätze zu belegen: Bei der **Hygienehypothese** geht man davon aus, dass Kinder, die unter mehreren Geschwistern aufwachsen und somit häufiger mit verschiedenen Krankheitserregern Kontakt haben, seltener an MS erkranken. Ihr Immunsystem ist trainierter; solche Kinder erkranken auch weniger häufig an Allergien. Es gibt außerdem eine **genetische Präposition** – so findet sich eine, wenn auch schwache, Häufung der Erkrankung in bestimmten Familien; außerdem sind Menschen, die an den Autoimmunerkrankungen Diabetes Typ I oder Morbus Crohn leiden, stärker betroffen. Zu den begünstigenden **Umwelteinflüssen** zählen Rauchen und Übergewicht. Ein weiterer interessanter Ansatz besteht in der **Vitamin-D-Stoffwechsellhypothese**. Vitamin D wird benötigt, um Kalzium in den Knochen einzulagern und entsteht unter anderem durch direkte Sonneneinstrahlung auf die Haut. So haben Kinder, die in ihrer Jugend vermehrt dem Sonnenlicht ausgesetzt waren, später ein vermindertes Risiko, an Multipler Sklerose zu erkranken. Auch unter den Inuit in Grönland ist die Erkrankungsrate gering, da sie sich fisch- und somit Vitamin-D-reich ernähren.

**Leben mit MS** Zusammenfassend kann gesagt werden: Multiple Sklerose ist nicht heilbar. Aber sie kann in Schach gehalten werden; Bewegungsfähigkeit und Lebensqualität sollen so weit wie möglich durch Medikamente und andere Therapien erhalten werden. Wer die Diagnose erhält, sollte also keinesfalls sofort in Panik verfallen – eine Teilnahme an einer MS-Selbsthilfegruppe kann sich als äußerst wertvoll erweisen, denn hier werden vielerlei praktische Informationen ausgetauscht. ■

Alexandra Regner,  
PTA und Journalistin

### VERBLÜFFENDE FAKTEN

Keiner weiß warum, aber in den kühlen Regionen unserer Erde tritt die Multiple Sklerose häufiger auf als in den warmen. In Dänemark sinkt die MS-Sterblichkeitsrate gerade dramatisch. Und Kinder, die aus MS-reichen Ländern in MS-arme ziehen, übernehmen das Erkrankungsrisiko des Ziellandes; Erwachsene jedoch nicht.

ein MRT oder eine Kernspintomographie kann Veränderungen im Gehirn schon im Frühstadium abbilden. Außerdem testet der Arzt die Reizweiterleitung der Nerven; ein hoher Anteil der Erkrankten zeigt hier verzögerte Werte. Die Multiple Sklerose verläuft zu Beginn in über achtzig Prozent der Fälle in Schüben. Dabei treten die beschriebenen Symptome in den Vordergrund: Empfindungsstörungen, Muskelkrämpfe, Sehstörungen, Kraftlosigkeit der betroffenen Gliedmaßen, manchmal auch Harninkontinenz. Es kann außerdem zu Beeinträchtigungen des Sprachvermögens kommen: Die Betroffenen sprechen verwaschen und undeutlich. Zu den besonderen Symptomen zählt auch eine außerordentliche Müdigkeit und Antriebslosigkeit. Ein Schub dauert unterschiedlich lang, er kann einige Tage oder auch Wochen andauern. Danach ereignet sich häufig eine Remission; der Erkrankte ist nahezu beschwerdefrei. Medizinisch unterscheidet man verschiedene Verläufe: Der weitaus häufigste ist der schubförmige remittierende oder jener mit anschließend (sekundär) chronisch

rapie. Und schließlich gibt es noch die Behandlung symptomatischer Beschwerden. In der akuten Krankheitsphase werden meist über einige Tage hochdosiert entzündungshemmende Glukokortikoide gegeben. Diese beeinflussen zwar nicht den Langzeit-Verlauf, bringen aber den aktuellen Schub schneller zum Abklingen. Für die Langzeittherapie im moderaten Verlauf werden beta-Interferone oder Dimethylster eingesetzt, in zweiter Linie auch das Immunsuppressivum Azathioprin oder Immunglobuline. Für die schweren Verlaufsformen stehen weitere, hochpotente Medikamente zur Verfügung, unter anderem seit 2011 der Wirkstoff Fingolimod, der die Entzündungszellen daran hindert, die Lymphknoten zu verlassen. Für die symptomatische Therapie stehen außerdem physiotherapeutische Maßnahmen, Egotherapie und Logopädie zur Verfügung.

**Hintergrund** Doch was begünstigt überhaupt den Ausbruch dieser schweren chronischen Erkrankung, an der allein in Deutschland rund 120 000 Menschen leiden? Es gibt