

Die 42-jährige Charlotte R.* leidet schon seit vielen Jahren an multipler Sklerose. Sie klagt bei ihrem Hausarzt neuerlich über starke Schmerzen besonders im unteren Rücken, die beiderseits ins Gesäß ausstrahlen. Auch die Schmerzmittel, die sie dagegen einnimmt, helfen nichts. Bestimmte Positionen beim Sitzen, Liegen und auch beim Gehen an den Gehstützen bereiteten ihr unerträgliche Schmerzen.

Sie stellte 6 Jahre zuvor nach einem ersten Schub eine Schwäche im linken Bein fest. Im gleichen Jahr wurde sie wegen eines Bandschei-

benvorfalls operiert. 3 Jahre später nach einem neuerlichen Schub begann die chronische Schmerzsymptomatik.

Da sie im Laufe der Zeit Spastiken in den Beinen entwickelt, benötigt sie auch deswegen eigentlich physiotherapeutische Behandlungen, was jedoch wegen der Schmerzen nicht möglich ist. Auch andere körperliche Aktivitäten führt sie deshalb nur noch selten durch. Sie verwendet zum Gehen kaum noch die Stützen, sondern sitzt immer öfter im Rollstuhl. Ihr Hausarzt überweist sie zur schmerztherapeutischen Behandlung ins Krankenhaus.

*Fallbeispiel fiktiv, Namen frei erfunden



REFLEXION

Krankheitsentstehung. Die Multiple Sklerose (MS, auch: Encephalomyelitis disseminata) zeichnet sich durch multiple Entzündungsherde (sog. Plaques) in der weißen Substanz des Gehirns aus. Die Markscheiden der Nervenzellen gehen zu Grunde (Entmarkung, Demyelinisierung) und es bilden sich Narben. Besonders häufig ist die Umgebung der Hirnventrikel, der Sehnerv, der Hirnstamm und das Kleinhirn von den Entzündungsherden betroffen. Die Axone der Nervenzellen bleiben i. d. R. intakt. Die neurologischen Ausfälle sind die Folge der durch den Verlust der Markscheiden verlangsamten oder sogar ganz unterbrochenen Erregungsleitung.

Die Ursachen der multiplen Sklerose sind noch nicht geklärt. Wahrscheinlich liegt ein autoimmunologisches Geschehen vor. Frauen erkranken etwas häufiger und ein bestimmter HLA-Typ ist bei über 2/3 der Betroffenen nachweisbar. Letztendlich sind Virusinfektionen wahrscheinlich der Auslöser. Ein interessantes Detail der Ursachenforschung ist die Tatsache, dass man offenbar etwa bis zum 15. Lebensjahr der krankheitsauslösenden Ursache ausgesetzt gewesen sein muss, damit die Krankheit auch ausbrechen kann. Das normale Erkrankungsalter liegt zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr.

Die Entmarkungsherde können grundsätzlich im ganzen ZNS vorkommen, doch sind manche Stellen häufiger betroffen als andere. Das Verteilungsmuster ist individuell ganz unterschiedlich. Letztlich hängt das klinische Bild davon ab, welche Regionen und Bahnen in Mitleidenschaft gezogen sind. Der Verlauf der Erkrankung ist höchst variabel. Ähnlich wie andere (wahrscheinliche) Autoimmunerkrankungen gibt es auch bei der multiplen Sklerose verschiedene Verlaufsformen:

- einen schubförmigen Verlauf mit Remissionsphasen und nur geringen Restbeeinträchtigungen,
- einen schubweisen und progredienten Verlauf, also ohne nennenswerte Remissionen und Verschlechterung von Schub zu Schub,
- einen chronisch progredienten Verlauf mit kontinuierlicher Verschlechterung.
- Merke. Da die multiple Sklerose alle Bereiche der weißen Substanz im zentralen Nervensystem befallen kann, ist grundsätzlich auch jede Symptomkombination möglich.

Die Erstsymptome können ebenfalls ganz unterschiedlich sein, wenngleich einige häufiger sind als andere. Dies sind oft einseitige Sehnervenentzündungen, flüchtige Lähmungserscheinungen und Gefühl- oder Koordinationsstörungen. Nach den Erstsymptomen entwickeln sich folgende Symptome insgesamt häufiger als andere:

- Die Sehnervenentzündung zählt sehr häufig früher oder später zu den Symptomen. Der Patient klagt dabei über verschwommenes Sehen, Visusminderung und Einschränkung des Gesichtsfeldes. Auch andere Sehstörungen wie Doppelbilder oder Nystagmus infolge einer Lähmung von Augenmuskeln sind nicht selten.
- Zu den häufigen Kleinhirnsymptomen zählt typischerweise die Ataxie. Der Patient zeigt einen unsicheren und breitbeinigen Gang und/oder einen Intentionstremor. Auch fällt eine etwas stockende und abgehackte sog. skandierende Sprache auf.

- Zentrale spastische Paresen bestimmen im weiteren Verlauf häufig das klinische Bild, die auch für einen Großteil der Pflegebedürftigkeit verantwortlich sind. Meist sind sie distal und an den Beinen am stärksten. Durch die Kombination der Spastiken mit den Kleinhirnstörungen wird der Patient zunehmend ungeschickt. Handgriffe werden unsicher, Dinge werden fallengelassen, der Gang wird schwankend und stolpernd. Später können die Lähmungen auch dazu führen, dass man auf den Rollstuhl angewiesen ist.
- Sensible Störungen gehören natürlich auch zum Symptomenkomplex. Zuerst sind hier Kribbel- und Taubheitsgefühle zu nennen. Das Schmerz- und Temperaturempfinden ist oft herabgesetzt.
- Vegetative Bahnen bleiben nicht verschont, da alle Myelinscheiden betroffen sein können. Auch hier ist die ganze Bandbreite an Symptomen möglich. Obstipation, Miktionsstörungen und Störungen der Sexualfunktionen sind häufig.
- Ein häufiges Kennzeichen der MS sind auch psychische Veränderungen, die mit einer auch unangemessenen heiteren oder euphorischen Stimmung einhergehen. Ebenso können aber auch eher depressive und dysphorische Verstimmungen auftreten. Auch sog. Zwangslachen und Zwangswinen ist möglich, d. h. diese Affekte können plötzlich und ohne erkennbaren Anlass auftreten und vom Patienten mitunter nicht kontrolliert werden.

Ausfallserscheinungen können innerhalb von Stunden variieren, was sowohl die afferenten als auch die efferenten Bahnen betrifft, also Sensibilitätsstörungen und Lähmungserscheinungen.

Fall: Charlotte R. kommt primär zur Schmerztherapie. Mit ihren anderen Beschwerden wie Sehstörungen, Gefühlsstörungen, Lähmungserscheinungen, Gleichgewichtsstörungen, hat sie gelernt zu leben. Sie muss sich damit auseinandersetzen, dass jederzeit ein neuer Schub ihren Zustand verschlechtern kann. Neben den Spastiken hat sie auch oft Gleichgewichtsstörungen. Die Pollakisurie begleitet von Inkontinenz hat sie bereits zu einem frühen Zeitpunkt der Erkrankung entwickelt, sodass sie grundsätzlich stark saugende Binden in der Unterwäsche trägt. Ihre Sehstörungen halten sich in Grenzen und meistens kann sie gut lesen oder fernsehen. Den Führerschein musste sie jedoch abgeben. Das besonders freundliche etwas alberne Verhalten, das dem jungen Assistenzarzt aufgefallen ist, scheint Ausdruck der Erkrankung zu sein.

Bei Charlotte R. ist die Diagnose gesichert, sodass zur Verlaufskontrolle und zum Ausschluss eines akuten Schubes eine Liquorpunktion und ein NMR durchgeführt wird. Der Schilling-Test zeigt ferner, dass der Vitamin-B12-Stoffwechsel gut funktioniert, eine funikuläre Myelose, die ebenfalls mit Parästhesien, Pyramidenbahnzeichen und Ataxie einhergeht, somit ausgeschlossen ist.

Wie kann geholfen werden? Da man die Ursache der multiplen Sklerose nicht kennt, kann diese auch nicht bekämpft werden. Eine Heilung der Erkrankung ist nach wie vor nicht möglich; es bleibt nur, die Symptome zu behandeln. Auch die autoimmunologische Komponente ist ja letztlich unklaren Ursprungs und gehört somit zur symptomatischen Behandlung.

Trotzdem stehen heute verschiedene Behandlungsmethoden zur Verfügung, die den Verlauf meistens positiv beeinflussen. Die eingesetzten Therapien richten sich immer nach dem Schweregrad und dem Verlauf des Schubes bzw. der Erkrankung, sodass vor der genauen Therapieauswahl die sorgfältige klinische Beurteilung notwendig ist.

Zur Behandlung des akuten Schubes werden Kortisonpräparate eingesetzt, um das Immunsystem zu bremsen. Die Symptome bilden sich dadurch rascher zurück, der Krankheitsverlauf wird allerdings nicht beeinflusst, so dass eine Dauerbehandlung nicht sinnvoll ist. Meist wird ein Kortisonpräparat für 3 bis 5 Tage intravenös und in hoher Dosierung bei gleichzeitigem Magenschutz verabreicht und anschließend ausgeschlichen.

Schubförmige Verläufe mit sehr seltenen Manifestationen werden gar nicht behandelt. Bei Verläufen mit 1 bis 2 Schüben pro Jahr wird z. B. mit Interferon- oder Immunglobulinpräparaten versucht, den Verlauf langfristig günstig zu beeinflussen.

Bei progredienten Verläufen wurde bei Interferonpräparaten von guten Erfolgen berichtet, die sich aber letztlich nicht bestätigt haben. Verschiedene Medikamente werden daher weiter erprobt.

Fall: Bei der Aufnahme bekommt Frau R. gegen die Schmerzen Diclofenac und Naloxon (nach Bedarf) sowie Carbamazepin. Gegen die spinale Spastik erhält sie Tizanidin und wegen der atonischen Blasenentleerungsstörungen Carbachol. Da wegen der starken Schmerzen die notwendige physiotherapeutische Behandlung nicht möglich ist, muss zunächst die Schmerzmedikation geändert werden. Sie erhält ein starkes Opiat in Retardform und zusätzlich Mittel gegen Verstopfung und Übelkeit, welche die häufigen Nebenwirkungen der Opiattherapie bekämpfen.

Was tut die Pflege bei Multiple Sklerose? Wie die medizinische Behandlung so hängt auch die Pflege von MS-Patienten von der aktuellen Symptomatik und dem einzelnen Patienten ab. Während bei schweren und langen Verläufen mit Tetraplegie eine Vollversorgung notwendig ist, kann bei milden Verläufen die psychosoziale Betreuung ganz im Vordergrund stehen:

- Oft ist eine gezielte krankengymnastische Betreuung und Kontrakturprophylaxe wie auch beim Apoplex notwendig (z. B. diametrale Waschungen). Da das Gleichgewicht zwischen Beuge- und Streckmuskulatur vielfach gestört ist und die Beuger stärker tonisiert sind, besteht die große Gefahr von Beugekontrakturen.
- Häufige pflegerische Probleme ergeben sich durch die Ataxie und den Intentionstremor, wodurch alltägliche Dinge wie Anziehen und Essen plötzlich fast unmöglich sein können. Die Pflegenden gehen aktivierend vor und versuchen immer die aktuellen Ressourcen des Patienten im Blick zu haben, um sie so weit wie möglich auszunutzen.
- Die Mischung aus Ataxie, Paresen und Spastiken bei gleichzeitigen Seh- und Gleichgewichtsstörungen können das Gehen erschweren und den Patienten oft stolpern lassen oder es ganz unmöglich machen und ihn an den Rollstuhl fesseln. Deshalb sind Maßnahmen der Sturzprävention und die Förderung der Bewegung im Rahmen der Ressourcen von Bedeutung.
- Bei MS-Patienten sind Blasenentleerungsstörungen häufiger als eine Harninkontinenz. Hier reicht oft das Erlernen der Trigger-Technik aus. Später kann ein Blasen- und Darmtraining erforderlich werden, das den gleichen Anforderungen entsprechen muss wie etwa bei einer Querschnittslähmung. Zusätzlich ist es wichtig, bei einer bestehenden Inkontinenz die Haut im Intimbereich bei der Körperpflege zu reinigen und zu beobachten um mögliche Hautveränderungen vorzubeugen bzw. diese schnell zu erkennen.

- Das aufmerksame Beobachten der Nahrungsaufnahme und Nachfragen ist sinnvoll, um mögliche Schluckstörungen rechtzeitig zu erkennen. Auch Ataxie und Intentionstremor können die Nahrungsaufnahme stark erschweren, so dass einfühlsame Hilfestellungen erforderlich werden.
- Unabhängig von den zuvor beschriebenen kausal wirksamen Therapieformen steht eine Reihe von symptomatischen Maßnahmen z. B. gegen Verspannung, Müdigkeit, Blasen- und Sexualfunktionsstörungen zur Verfügung. Sinnvoll ist vielfach auch regelmäßige physiotherapeutische und ergotherapeutische Behandlung, um vorhandene Fähigkeiten zu erhalten. Dabei ist auch die eigene Mitarbeit der Betroffenen im Sinne von regelmäßigem Training von entscheidender Bedeutung. Die Patienten müssen aber immer wieder zur Physiotherapie angehalten werden. Das beste Angebot kann jedoch seine Wirkung verfehlen, wenn die psychische Führung des Patienten nicht gelingt. Neben der nicht selten durch Sprech- und Sprachstörungen gestörten Kommunikation können die psychischen Veränderungen, die eine depressive aber auch eine unangemessen euphorische Stimmung bedeuten können, die Compliance des Patienten behindern.

Fall: Die Inkontinenz macht Charlotte R. ständig zu schaffen. Entweder kann sie den Urin nicht richtig halten oder es bleibt das unangenehme Gefühl, die Blase nicht richtig entleert zu haben. Ihre Einlage ist beinahe immer feucht. Da sie sich dafür sehr schämt, neigt sie dazu, sozialen Kontakten eher auszuweichen. Das Beckenbodentraining hat ihr eine Weile gut geholfen, doch als die Schmerzen so zugenommen haben, konnte sie auch diese Übungen nicht mehr adäquat durchführen, so dass sich die Symptomatik verschärfte. Die psychischen Auswirkungen der MS machen den Umgang mit Charlotte R. eher schwierig. Mal ist sie albern und in Hochstimmung, dann wieder niedergeschlagen und missmutig. Da sich für beide Zustände meist kein entsprechender Auslöser finden lässt, ist der Umgang mit ihr von Missverständnissen geprägt.

Nach einer Woche ist die richtige Mischung an Analgetika für sie gefunden. Es gibt keinen Hinweis auf einen akuten Schub. Der Aufenthalt im Krankenhaus ist wegen der eingeschränkten Mobilität in der fremden Umgebung eher schwierig und arbeitsintensiv. Auch die Probleme in der Kommunikation, auch verursacht durch ihre unkontrollierten Affekte, entspannen sich erst etwas, als ein neurologisch und psychiatrisch versierter Arzt allen Beteiligten die Schwankungen in Frau R.s Gemüt erklärt. Eine ambulante Neueinstellung durch einen kompetenten Schmerztherapeuten wäre wahrscheinlich sinnvoller gewesen. Letztendlich führt die bessere Analgesierung dazu, dass Frau R. wieder an der physiotherapeutischen Behandlung teilnehmen und davon profitieren kann. Auch verbessert das wieder begonnene Beckenbodentraining die Inkontinenzproblematik.

Seit sie die beiden sehr belastenden Probleme (Schmerz und Inkontinenz) besser in den Griff hat, hat auch der Erfolg der Physiotherapie zugenommen und sie kann wieder mehr Dinge im Haushalt alleine machen.