25. Oktober 2018

**Experteninterview**

**Antworten zur pädiatrischen Multiplen Sklerose**

**MS bei Kindern und Jugendlichen ist seltener als bei Erwachsenen. Gibt es weitere Unterschiede zwischen pädiatrischer und adulter MS? Dr. med. Christiane Elpers betreut kleine MS-Patienten und gibt Antworten auf diese und weitere Fragen.**



Dr. med. Christiane Elpers

Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin; in der Weiterbildung zur neuropädiatrischen Schwerpunktbezeichnung

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin - Allgemeine Pädiatrie, Universitätsklinikum Münster

**Wie viele junge Patienten mit MS betreuen Sie jährlich am Universitätsklinikum Münster und sind es eher mehr Kinder oder mehr Jugendliche?**

Unser Einzugsgebiet ist relativ groß und reicht von Oldenburg und Bremen im Norden bis runter nach Frankfurt im Süden. Im Schnitt haben wir jährlich 50 Patienten in Betreuung und tatsächlich auch einige, die die Diagnose vor dem 12. Lebensjahr erhalten. In diesem sehr jungen Erkrankungsalter sind vor allem Jungen. Nach dem 12. Lebensjahr ist es dann genau umgekehrt und es sind überwiegend Mädchen betroffen – etwa im Verhältnis 2:1.

**Was sind häufige Symptome, mit denen sich Kinder und Jugendliche initial vorstellen?**

Am häufigsten führen visuelle Probleme zum Arztbesuch oder Vorstellung in der Klinik. Das reicht von einer Sehminderung bis hin zur vollständigen Amaurosis. Wir sehen aber auch Augenbewegungsstörungen wie beispielsweise eine intranukleäre Ophthalmoplegie. Je jünger die Patienten sind, desto schwieriger ist es, die Symptome zu erkennen. Gerade das typische Symptom, die Optikusneuritis, ist bei Kindern mit nur einseitiger Manifestation sehr schwer zu erkennen, weil die Seheinschränkung häufig über das andere Auge kompensiert wird. So vergeht bei den meisten Patienten rund ein Jahr von der Erstvorstellung bis zur gesicherten Diagnose.

**Was sind wesentliche Unterschiede zwischen pädiatrischer und adulter MS?**

Wir sehen im Kindesalter gerade zum Zeitpunkt der Erstmanifestation eine höhere Schubfrequenz mit mehr klinischen Ereignissen. Auch die Läsionslast ist im Vergleich zu Erwachsenen höher. Niedergelassene Kollegen sind oft beunruhigt über diese hohe Krankheitsaktivität zu Beginn und erschrocken über die MRT-Bilder, weil häufig eine hohe Anzahl an entzündlichen Veränderungen nachweisbar ist.

**Stellen sich junge Patienten also eher mit einer hohen Krankheitsaktivität vor?**

Prinzipiell lassen sich die Kriterien für eine adulte MS nicht einfach auf die pädiatrische MS übertragen. Laut der Kriterien, die für eine hochaktive MS beziehungsweise einen milden Verlauf sprechen, hätten fast alle unsere pädiatrischen Patienten eine hochaktive Verlaufsform. In den letzten Jahren sehen wir auch immer mehr Patienten mit einer geringen Läsionslast und nur wenigen klinischen Beschwerden. Da heute die MRT-Bildgebung in vielen Krankenhäusern möglich ist, haben wir zunehmend Zufallsbefunde einer MS. Das ist eine gute Ausgangsituation, weil wir dann die Therapie bei Kindern mit keinen oder nur minimalen Beeinträchtigungen starten und die MS früh therapieren können.

**Dann sollte wie bei Erwachsenen auch bei Kindern die MS-Therapie möglichst frühzeitig beginnen?**

Ja, bei einer gesicherten MS. Es gibt feste Diagnosekriterien, so dass man den Eltern nicht sagen muss: „Das ist jetzt eine Ausschluss- oder Verdachtsdiagnose.“ In der S1-Leitlinie Pädiatrische Multiple Sklerose setzt sich die Diagnostik aus der klinischen Symptomatik, MRT-Bildgebung und Liquordiagnostik zusammen. Im Gegensatz zu Erwachsenen spielt die Liquordiagnostik bei der pädiatrischen MS noch eine wichtige Rolle vor allem bei der Differentialdiagnose, denn die ist bei Kindern umfangreicher.

**Halten sich Kinder und Jugendliche nach der Einstellung an ihren Therapieplan?**

Ja, denn insgesamt sind die Betroffenen und deren Eltern froh, dass es überhaupt eine Therapie bei pädiatrischer MS gibt. Natürlich stößt die Tatsache, dass alle zugelassenen verlaufsmodifizierenden Therapien ausschließlich subkutan oder intramuskulär appliziert werden, nicht immer auf breite Zustimmung. Im Verlauf freunden sich die Patienten aber gut damit an. Am Anfang machen wir zusammen mit einer Kinderkranken- und einer MS-Schwester eine ausführliche Beratung. Dort werden die einzelnen Applikationsmöglichkeiten erklärt, und es können die Geräte ausprobiert werden. Dadurch wird aus unserer Erfahrung die Applikation der Medikamente sicherer und besser angenommen.

DE/REB/1018/0057; 10/2018

**Die Prävalenz der Multiplen Sklerose nahm bei Erwachsenen im Laufe der letzten Jahre zu. Kann für Kinder und Jugendliche auch dieser Trend beobachtet werden?**

**Nimmt die Anzahl junger Patienten mit MS genauso wie bei den Erwachsenen zu?**

Wir haben die Daten unserer Klinik ausgewertet und tatsächlich sehen wir im Verlauf der letzten zehn Jahre eine Zunahme der MS-Erkrankung im Kindesalter. Die Ursache dafür kennen wir momentan noch nicht genau. Wir vermuten, dass das Bewusstsein für die pädiatrische MS gestiegen und sich die Diagnostik verbessert hat. Insgesamt haben Autoimmunkrankheiten zugenommen und so ist anzunehmen, dass auch Umweltfaktoren oder andere äußere Einflüsse, die wir noch nicht genau benennen können, zu diesem Trend führen.

**Die Prävalenz der adulten MS zeigt ein Nord-Süd-Gefälle. Trifft das auch für die pädiatrische MS zu?**

Für die pädiatrische MS kann man das aufgrund der geringeren Prävalenz noch nicht genau sagen.

**Erwachsene sind bei steigender Prävalenz der MS immer besser miteinander vernetzt. Wie sieht das bei Kindern und Jugendlichen aus?**

Es gibt regionale Facebook-Gruppen, die sich selbst gegründet haben. Bedauerlicherweise ist es noch nicht so, dass es Selbsthilfegruppen speziell für Kinder und Jugendliche gibt. Es wäre zukünftig sehr wünschenswert, geeignete soziale Netzwerke für Kinder und Jugendliche mit MS aufzubauen. Ansonsten bieten wir in unserem Zentrum den Familien an, Kontakt zu anderen Betroffenen herzustellen und darüber haben sich auch durch die verfügbaren Medien kleine Netzwerke gebildet.

Dr. med. Christiane Elpers

Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin; in der Weiterbildung zur neuropädiatrischen Schwerpunktbezeichnung

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin - Allgemeine Pädiatrie, Universitätsklinikum Münster

DE/REB/1018/0057; 10/2018