INFO WoMS

Medisch-wetenschappelijk magazine van MS-Liga Vlaanderen

nr. 35 | november 2019

MS-Liga Vlaanderen vzw

Bijlage MS-Link november 2019

INFO WoMS

Medisch-wetenschappelijk magazine van MS-Liga Vlaanderen

nr. 35 | november 2019

in dit nummer

4 Sociaal-economische status en progressie in MS
Dr. Fenne VANDERVORST - Prof. Dr. Marie B D'HOOGHE - Nationaal MS Centrum Melsbroek

6 Economische belasting bij personen met MS met weinig beperkingen
Prof. dr. J. DEBRUYNE - MS polikliniek AZMM - Gent

8 Het effect van sport, yoga en kinesitherapie op de kwaliteit van leven bij patiënten die lijden aan multiple sclerose
Dr. Melissa CAMBRON MD PhD - MS Kliniek AZ Sint-Jan - Brugge

10 Inschatting versus meting van wandelafstand
Prof. Dr. Bénédicte DUBOIS - Universitaire Ziekenhuizen Leuven

12 Een preventiemodel van reserve en behoud van het brein bij multiple sclerose
Dr. B. WILLEKENS - MS-kliniek UZA - Antwerpen

14 Een Probioticum verandert de darmflora en de immuniteit bij MS
Dr. Rob MEDAER - Centrum voor Neurologie - Hasselt

16 B-cel therapieën voor multiple sclerose onderdrukken ook CD20-dragende T-cellen: een nieuw inzicht in het onderliggende ziekteproces?
Dr. Tatjana REYNDERS - MS kliniek Universitair Ziekenhuis - Antwerpen

18 Verhoogt anesthesie, invasieve chirurgie het risico op terugval van multiple sclerose?
Prof. dr. J. DEBRUYNE - MS polikliniek AZMM - Gent

20 Is er een relatie tussen MS en epilepsie?
Prof. dr. G. LAUREYS - MS-kliniek UZ - Gent

22 Verslag van het ECTRIMS congres Stockholm september 2019
Dr. M. CAMBRON MD PhD - MS kliniek AZ Sint-Jan - Brugge

MS-Liga Vlaanderen vzw

Editoriaal

MS is een uitdagende ziekte. Ze overvalt je totaal onvoorbereid. Je weet van niets en algauw heb je een oneindig lange lijst met vragen waarvan er helaas veel onbeantwoord blijven. MS treft je hele gezin, inclusief jouw partner. Relaties zijn sowieso niet eenvoudig, met of zonder MS, probeer daarom niet je relatie te vergelijken met die van een ander. Elk gezin heeft zijn vreugden, problemen en moeilijkheden waaraan moet gewerkt worden. Probeer het in balans te houden door intimiteit en liefde te behouden en door steeds met elkaar in gesprek te blijven. Zorgen om kinderwens kunnen verdriet en spanning in je relatie veroorzaken. Mannen en vrouwen met MS zijn evenwel meestal succesvolle ouders van een mooi gezin met gelukkige en gezonde kinderen, gekenmerkt door een zeer hechte familieband. De zorg voor een geliefde met MS kan fysisch en emotioneel zwaar zijn. Vrienden en familie kunnen de last op je gezin verlichten. Het brengt bovendien dikwijls mensen bij elkaar.

Stress brengt het lichaam in vecht-of vluchtmodus met hartkloppingen, hoge bloeddruk, slapeloosheid en stemmingswisselingen. Maar in veel opzichten is het leven niets anders dan stress: werk, winkelen, drukte, geldproblemen, kinderen, schoonouders, relatieconflicten, verbouwingen. De arts zegt dat je stress moet vermijden, maar hoe doe je dat (hoe doet hij dat?). Spierkrampen, pijn, vermoeidheid en slapeloosheid zijn stressreacties bij MS. Combineren van werk, gezinsleven en zelfzorg zijn moeilijk voor een persoon met MS. Maar als alles waar je dagelijks mee te maken hebt een bron van stress is, kan het goed zijn eens in je eigen hart te kijken. Kan ik neen zeggen tegen activiteiten waarvoor ik geen tijd of energie heb, wegen mijn afspraken en verplichtingen niet te zwaar, is mijn werkplek niet te veeleisend? Is er voldoende begrip van je vrienden en familieleden. Praat je met je dierbaren? Koester goede vrienden om meer tijd mee door te brengen. Praat ermee over emotionele en psychische zorgen, vaak ondersteunen ze je graag. Deel uw zorgen met de MS-specialist en zorgkundigen.

Voor een persoon met MS is het de opdracht om te accepteren, zich continu aan te passen aan het progressief evoluerend proces van fysieke verliezen. Het steeds opnieuw zoeken van een nieuw evenwicht en betekenis in je leven en daarbij het gevoel van eigenwaarde te behouden: het blijft een moeilijke opdracht voor iedere persoon met MS.

Ziehier de 35ste editie van WOMS-Info. We houden u op de hoogte over actuele onderwerpen in het MS-gebeuren. Een aantal artikelen spreken over het verband van MS met de sociaaleconomische status, problemen en belasting waar MS mee geconfronteerd wordt. Het belang van sport, gezonde levensstijl, … Wat is de link tussen de darm en MS. Nieuwe ontwikkelingen in immunologische processen in MS. De rol van anesthesie en operaties bij opflakkeringen. Komt epilepsie voor in MS. We geven ook een samenvatting van belangrijke thema's in het Ectrims congres van september in Stockholm. Kortom een nieuwe bloemlezing met items die personen met MS bezighouden.

We bedanken u bij voorbaat voor uw interesse voor deze onderwerpen.

Prof. dr. Jan DEBRUYNE

Sociaal-economische status en progressie in MS

Inleiding

De sociaal-economische status (SES) van een persoon wordt bepaald door meerdere factoren, met name door de economische status en sociologische omgevingsfactoren. Deze status, ook omschreven als de positie van een persoon op de maatschappelijke ladder, kan relevant zijn voor de uitkomst op lange termijn van chronische aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten en kanker. Tot op heden werd vooral de relatie tussen de SES en het risico op MS onderzocht. De resultaten waren niet eenduidig.
De huidige studie heeft als doel de relatie te onderzoeken tussen de SES bij aanvang van MS en de progressie op langere termijn van MS. Daarbij werd gekeken naar de tijd die personen met MS erover doen om een mijlpaal te bereiken in hun stapmogelijkheden. Daarnaast werd de evolutie naar secundair progressieve MS onderzocht.

Methoden

Voor deze observationele studie werden gegevens uit twee grote MS-databases van 2 verschillende landen opgezocht, de British Columbia MS (BCMS) database in Canada en de South-East Wales database in het Verenigd Koninkrijk. Voor het bepalen van de SES in Canada werd gebruik gemaakt van een algoritme dat zich baseert op de woonplaats van de persoon met MS. Op basis van een indeling van de populatie in geografische gebieden werd het gemiddelde inkomensniveau bepaald voor dat gebied, wat dan de SES bepaalde.
In South-East Wales gebeurde de SES-berekening op een andere manier en werden ook variabelen mee in rekening gebracht zoals het opleidingsniveau, de tewerkstelling, gezondheid en omgevingsfactoren.
Voor het meten van de progressie werd gebruik gemaakt van de EDSS-schaal (de invaliditeitschaal voor MS). Voor de studie werd de EDSS-score van 6 als meetpunt (mijlpaal) gebruikt. Een EDSS van 6 betekent dat een hulpmiddel ingeschakeld moet worden om een afstand van 100 m te stappen. Om te vermijden dat er foutieve conclusies zouden worden getrokken, werd de SES zo kort mogelijk na de diagnose bepaald.

Resultaten

In totaal werden 3113 personen met MS in de studie geïncludeerd, 2.069 in Canada en 1.044 in het Verenigd Koninkrijk. Na het samenvoegen van de resultaten en het corrigeren voor leeftijd, geslacht, behandeling en het kalenderjaar bij het begin van MS, bleek dat een hoog inkomen (en een hogere SES) het risico op het bereiken van de mijlpaal (EDSS 6) met 10% vermindert. Voor de patiënten met relapsing remitting MS bleek een hoger inkomen (en dus een hogere SES) geassocieerd met een verminderde kans op secundaire progressie.
In de patiëntengroep van South-East Wales kon ook het effect van de opleiding op de SES in rekening gebracht worden. Ook hier werd een associatie tussen een hogere SES en lagere EDSS-score over verloop van tijd teruggevonden.

Discussie

Deze studie heeft zwaktes. Zo werd het inkomen gebaseerd op de woonplaats van de persoon, niet op de gegevens van de individuele persoon. De bevindingen zijn wel consistent met de resultaten van een studie in Vlaanderen, in samenwerking met MS-Liga Vlaanderen, gepubliceerd in 2016. Via een enquête in 2009 werd aan personen met MS gevraagd om hun opleidingsniveau aan te geven evenals het kalenderjaar in te schatten wanneer zij hulp nodig hadden om 100 m te stappen. Bij de deelnemers wiens ziekte begon met opflakkeringen, bleek een hoger opleidingsniveau geassocieerd met een lager risico op het bereiken van deze mijlpaal.

Om de resultaten te verklaren kan geen eenvoudige reden ingeroepen worden. De sociaal-economische status is een complex gegeven. Sommige factoren zouden beïnvloedbaar kunnen zijn. Zo verwijzen de auteurs naar factoren die te maken hebben met levensstijl zoals roken en beweging. Gewicht, klierkoorts, zonlicht en vitamine D zijn factoren die ook het risico op MS kunnen beïnvloeden. Ook kan het optreden van andere chronische aandoeningen, naast MS, een ongunstige invloed hebben op het ziekteverloop van MS. Deze factoren zouden dan het doelwit kunnen worden van gerichte interventies.

Besluit

Deze multinationale studie toont aan dat er een omgekeerde relatie bestaat tussen de sociaal-economische status op het moment van de MS-diagnose en het bereiken van EDSS van 6 bij het stappen enerzijds en de ontwikkeling van secundaire progressie tijdens het verdere ziekteverloop anderzijds.

Dr. Fenne VANDERVORST, neurologie
Prof. Dr. Marie B D'HOOGHE, neurologie
Nationaal MS Centrum Melsbroek
Universitair ziekenhuis Brussel (VUB)

Bronnen:

1. *Socioeconomic status and disability progression in multiple sclerosis. Harding KE, et al. JNNP 2019; volume 92: e1497-1506*
2. *Self-reported levels of education and disability progression in multiple sclerosis. D'hooghe MB, et al Acta Neurol Scand. 2016 Dec;134(6):414-419.*

Economische belasting bij personen met MS met weinig beperkingen

Inleiding

Reeds bij een lage handicap hebben mensen met multiple sclerose (MS) aanzienlijke indirecte en directe zorgkosten vanwege de ziekteprogressie. Partiële werkongeschiktheid en werkloosheid dragen aanzienlijk bij aan de economische last. Deze bevindingen zijn het resultaat van een recente Spaanse studie gepubliceerd in het tijdschrift BMC Public Health (06 2019).
MS heeft een aanzienlijke invloed op de gezondheidgerelateerde kwaliteit van leven. Invaliditeit en vermoeidheid, de 2 voornaamste kenmerken van de ziekte, verhinderen het vermogen van patiënten om te werken of te studeren. Dit leidt vaak tot vroegtijdige werkloosheid. Naarmate MS vordert, hebben veel mensen bovendien de steun van zorgverleners nodig om hun dagelijkse activiteiten uit te voeren. Er is slechts beperkte informatie beschikbaar over de MS-gerelateerde economische last die door de kosten van informele zorg en verlies van werk met zich meebrengt.

Studie

Daarom werd door Spaanse onderzoekers de kostenlast van indirecte en informele zorg van 199 mensen met MS geëvalueerd. Deelnemers, gemiddelde leeftijd 43,9 jaar en 60% vrouwen, werden gevolgd in 19 MS-centra in Spanje. Onder de deelnemers hadden 172 (86,4%) PmMS relapsing-remitting MS en 27 (13,6%) hadden primaire progressieve MS. EDDS (Expanded Disability Status Scale: invaliditeitscore voor MS) werd gebruikt om de handicap van elk individu te bepalen. EDDS-scores werden uitgevoerd door een getrainde neuroloog, die de handicap van een patiënt kwantificeert op een schaal van 0 tot 10, in stappen van 0,5. EDDS wordt gebruikt om veranderingen in handicaps te monitoren tijdens het verloop van MS. Hoe hoger de EDDS-score, hoe hoger het invaliditeitsniveau.

Het team gebruikte een MS Werk-vragenlijst met 23 items (MSWDQ-23) om het niveau van de ontberingen van de deelnemers op hun werkplek te beoordelen. Het door de PmMS individueel gerapporteerd onderzoek met de vragenlijst benadrukt de mate van psychologische, cognitieve, fysieke en andere externe problemen die ze op het werk ervaren. De MSWDQ-23 scores variëren van 0 tot 100. Een hogere score komt overeen met meer significante problemen op de werkplek. De onderzoekspopulatie had een mediane EDDS-score van 2 en een mediane MSWDQ-23-score van 31,5, hetgeen duidt op een algemeen laag niveau van lichamelijke handicap. Desondanks bleek MS een duidelijke impact te hebben op het werk en de intellectuele activiteit van het individu.

Ten tijde van de MS-diagnose was 70,6% van de deelnemers nog werkzaam. Aan het begin van de studie, 9,6 jaar later, was de werkzaamheidsgraad onder de deelnemers gedaald tot 47,2%. Het pensioenpercentage steeg van 0 op het moment van diagnose tot 23,6% op het moment van studiebezoek. De meeste deelnemers gingen met pensioen op een gemiddelde leeftijd van 43,6 jaar en 95,7% van hen noemde MS-progressie als de reden voor hun werkongeschiktheid. Onder de stu-

dentenpopulatie meldde 90,9% afwezigheid wegens ziekte in het jaar vóór het studiebezoek. Gedurende dezelfde periode was 30,9% van de werkende deelnemers afwezig op het werk. Over het algemeen nam 10,1% van alle deelnemers ziekteverlof op tijdens het voorgaande jaar. Afwezigheid op het werk en vervroegde uittreding brengen verschillende indirecte kosten met zich mee. Ziekteverlof als gevolg van MS resulteerde in een gemiddelde jaarlijkse kost van € 416,6 (US $ 473,59), terwijl werkverzuim jaarlijks € 763,4 (US $ 867,83) uitmaakte. Vervroegde uittreding vanwege MS voegde een extra gemiddelde jaarlijkse kostenlast toe van € 5.810,1 (US $ 6.604,92). De jaarlijkse kosten per patiënt als gevolg van vroegtijdige arbeidsongeschiktheid of pensioen stegen tot € 1.816,8 (US $ 2.065,34).

Voor het studiebezoek volgden zorgverleners 72% van de patiënten. De onderzoekers merkten op dat de echtgenoten van de deelnemers naar verluidt jaarlijks minimaal 200 uur besteedden aan het bieden van zorg. In totaal had 28,1% van de deelnemers professionele hulp nodig voor hun dagelijkse activiteiten, zoals een persoon voor het huishouden en een fysiotherapeut. Patiënten meldden ook het gebruik van hulpmiddelen en aanpassingen. Kruk- of wandelstokgebruik werd gemeld door 10,6% van de deelnemers, 8% had aanpassing aan hun woning om te helpen bij hun dagelijkse activiteiten, waarvan bij 21,6% gebruik van niet-terugbetaalbare hulpmiddelen. De gemiddelde jaarlijkse kosten van mantelzorg, inclusief activiteiten door professioneel personeel, bedroegen € 1.328,7 (US $ 1.510,46). Het gebruik van ondersteunende apparaten betekende een jaarlijkse kost van € 736,6 (US $ 837,37).

Besluit

MS is verantwoordelijk voor een aanzienlijke economische last als gevolg van indirecte en informele zorgkosten, zelfs bij PmMS met een lage lichamelijke handicap. Een hoge werkloosheidsgraad doet zich ook voor bij invaliditeit die niet typisch geassocieerd wordt met visuele lichamelijke handicap. Minder zichtbare symptomen en moeilijkheden, waaronder cognitieve stoornissen, vermoeidheid, pijn, angst en depressie zijn redenen voor lage productiviteit en werkloosheid. Een lage EDSS blijkt bij deze PmMS geen goede graadmeter. Effectieve therapeutische interventies om de laster van vroege symptomen te verbeteren, evenals het implementeren van strategieën op de werkplek gericht op het behouden van banen, kunnen essentieel zijn om de hoge economische last van MS te verminderen. Alhoewel dit hier een Spaanse studie betreft zijn deze bevindingen goed herkenbaar en extrapoleerbaar met onze huidige situatie.

Prof. dr. J. DEBRUYNE
MS polikliniek
AZMM Gent

Bron: Economic burden of multiple sclerosis in a population with low physical disability José M. García-Domínguez et al, BMC Public Health 2019 19:909

Het effect van sport, yoga en kinesitherapie op de kwaliteit van leven bij patiënten die lijden aan multiple sclerose

De kwaliteit van leven bij patiënten met multiple sclerose (MS) wordt vaak gemeten aan de hand van vragenlijsten. Deze vragenlijsten geven een idee hoe patiënten zich voelen over hun leven op vlak van fysieke, mentale en sociale gezondheid. We weten dat sport en beweging een deel van de symptomen van MS kan verlichten. Duurtraining (aerobe training), weerstandstraining (anaerobe training) en een combinatie van beide zijn de twee belangrijkste categorieën die bestudeerd zijn, ze blijken een gunstige invloed te hebben op MS. Yoga is een oudere techniek waarbij de doelstelling is om meer evenwicht en gezondheid te brengen en ook stress, pijn en angst te reduceren. Bij kinesitherapie wordt er gefocust op de creatie van meer inzicht in de problematiek, therapeutische inspanningen en ook cardiorespiratoire technieken. Dit kan helpen bij het herstel van evenwichts- en gangproblemen. Bekkenbodemkinesitherapie kan helpen bij urinaire incontinentie. De doelstelling van dit artikel was om een vergelijkend overzicht te geven over de evidentie bij MS en het effect van verschillende technieken op de kwaliteit van leven (zowel fysiek, mentaal als sociaal). De onderzoekers bundelden de voorgaande studie over verschillende soorten inspanning samen om een beter zicht te geven op het effect.

Aerobe inspanning

Voorbeelden van aerobe inspanning zijn wandelen, fietsen en lopen. Er lijkt een klein effect te zijn op de fysieke gezondheid, een klein tot matig effect op de mentale gezondheid alsook een klein effect op de sociale gezondheid. Gecombineerd is aerobe inspanning een goed middel om zowel fysieke, mentale als sociale gezondheid bij MS te verbeteren.

Anaerobe inspanning

Voorbeelden van anaerobe inspanning zijn sprinten, gewichtstraining, touwtje springen, klimmen – kortom een stuk explosiever en intenser dan aerobe inspanning. Er bleek geen duidelijk effect te zijn van anaerobe inspanning op fysieke, mentale of sociale gezondheid.

Yoga

Hoewel yoga veel potentieel heeft, kon geen enkele studie het effect op de fysiek of mentale gezondheid in MS aantonen.

Kinesitherapie

Kinesitherapie blijkt een significant effect te hebben op de fysieke gezondheid alsook de mentale gezondheid, maar duidelijk ook op de sociale gezondheid.

Besluit

Vooral aerobe inspanning zoals fietsen, zwemmen, wandelen, lopen en kinesitherapie blijken een duidelijk gunstige invloed te hebben op de fysieke, mentale en sociale gezondheid bij patiënten met MS. Uit voorgaand onderzoek weten we ook dat aerobe inspanning helpt bij psychologische problemen zoals depressie en angst maar ook bij pijn en vermoeidheid. Ook kinesitherapie bleek een duidelijk voordeel te geven op de kwaliteit van leven door verbeterde mobiliteit, stemming en algemeen welzijn. Een voorgaande studie toonde ook dat kinesitherapie kan helpen bij evenwichts- en gangproblemen. Yoga en anaerobe training konden minder overtuigen al wil dit niet zeggen dat ze geen effect hebben. Belangrijk te melden is dat het aantal studies die yoga bij MS onderzocht beperkt is waardoor we een vals negatief resultaat kunnen hebben.

Dr. Melissa CAMBRON MD PhD.
MS Kliniek
AZ Sint-Jan Brugge

Bron:
- *The effect of exercise, yoga and physiotherapy on the quality of life of people with multiple sclerosis: Systematic review and meta-analysis*
- *Khrisha B. et al Complementary Therapies in Medicine 43 (2019) 188–195*

Inschatting versus meting van wandelafstand

De EDSS is een veel gebruikte schaal om bij de klinische opvolging van en het onderzoek bij personen met MS de beperkingen te kwantificeren. Voor een score tussen 4.0 en 7.5 is de wandelafstand doorslaggevend, alsook of er hiervoor rustpauzes of hulpmiddelen nodig zijn. Dit artikel gaat na in welke mate de door de patiënt ingeschatte wandelafstand overeenkomt met die die door de neuroloog wordt gemeten.

Inleiding

De EDSS is een veel gebruikte schaal om bij de klinische opvolging van en het onderzoek bij personen met MS de beperkingen in kaart te brengen en te kwantificeren. Nochtans zijn er aan deze schaal ook beperkingen, die best in het achterhoofd gehouden worden wanneer de schaal wordt gebruikt.

De EDSS reikt van 0, waarbij de persoon met MS geen beperkingen heeft als gevolg van MS, tot 10, waarbij de persoon overleden is als gevolg van MS. Voor een score tussen 4.0 en 7.5 is de wandelafstand doorslaggevend, alsook of er hiervoor rustpauzes of hulpmiddelen nodig zijn. Het verdient dan ook aanbeveling om de wandelafstand te meten tijdens de raadpleging. Wegens beperkingen in tijd en ruimte wordt dit echter vaak niet gedaan, en wordt een inschatting van de wandelafstand aan de patiënt gevraagd.

In andere aandoeningen kon aangetoond worden dat de inschatting van de wandelafstand door de patiënt niet altijd overeenkomt met de meting door de arts of verpleegkundige. In deze studie werd nagegaan of eenzelfde vaststelling gedaan kan worden bij personen met MS.

Doel van de studie

In deze studie wordt in een grote groep personen de door de patiënt geschatte maximale wandelafstand vergeleken met de meting in het ziekenhuis. Daarnaast wordt bestudeerd of dit resulteert in een verschillende EDSS-score en of er bepaalde patiëntkenmerken zijn die kunnen voorspellen of een persoon met MS zijn/haar wandelafstand correct of minder correct inschat.

Studiemethode

Het betreft een retrospectieve studie van 427 patiënten die tussen maart 2012 en mei 2014 een 4 weken durend revalidatieprogramma volgden in een Deens ziekenhuis.

Patiënten werden gevraagd om de maximale wandelafstand in te schatten die meestal van toepassing was. Ze moesten een keuze maken tussen meer dan 500 meter, tussen 300 en 499 meter, tussen 200 en 299 meter, tussen 100 en 199 meter, tussen 20 en 99 meter, tussen 5 en 19 meter en tussen 0 en 4 meter. Tevens moesten ze vermelden of ze hierbij steun nodig hadden aan een of twee zijden, zoals met een looprek, een kruk, een stok, een orthese. De onderzoeker mat de wandelafstand tot 550 meter door de patiënt een lijn van

32 meter te laten volgen.
In de studie werden enkel patiënten geïncludeerd met een gemeten EDSS-score tussen 4.0 en 7.5. Hierdoor werd de studiegroep verminderd van 427 patiënten naar 303, en door onvolledige data werd de analyse uiteindelijk uitgevoerd op 273 patiënten.

Studieresultaten

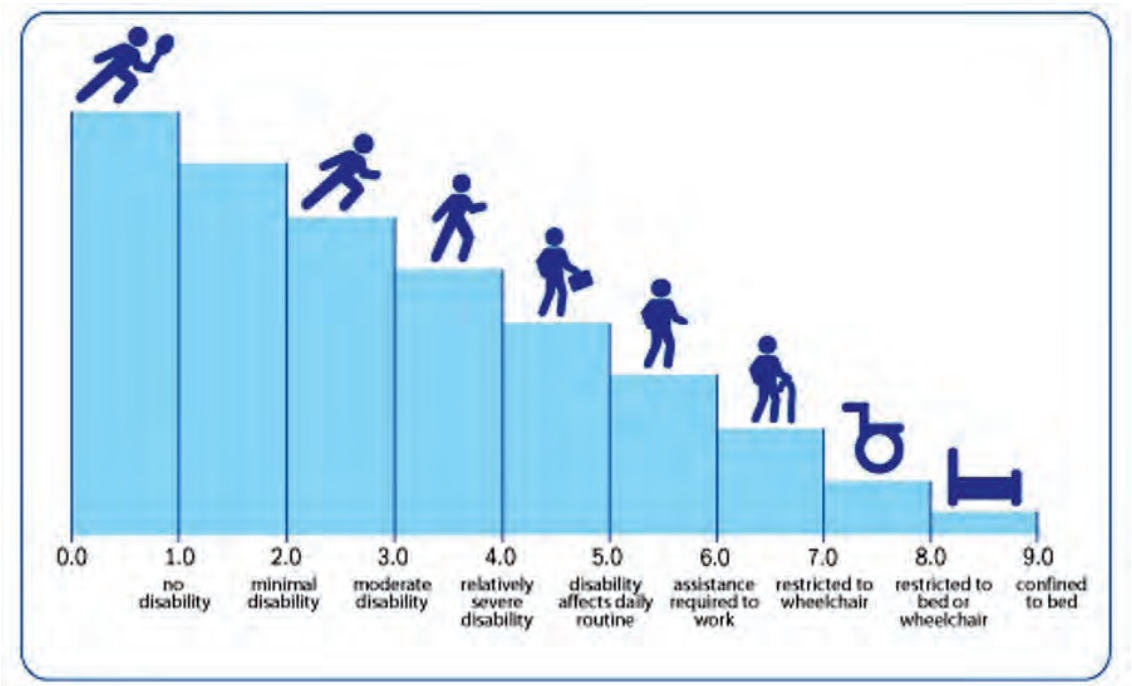
De meerderheid (67%) van de geïncludeerde patienten was van het vrouwelijk geslacht. De gemiddelde gemeten EDSS bedroeg 5.6 terwijl de gemiddelde geschatte EDSS 5.7 was. 73% van de patiënten had een progressieve vorm van MS, meestal secundair progressieve MS. De gemiddelde leeftijd bedroeg 51 jaar.
53% van de patiënten schatte de wandelafstand verkeerd in, 47% maakte een correcte inschatting. Dit leidde bij 24% van de patiënten tot een EDSS-score die minstens met 0.5 verschilde (18% lager, 6% hoger). Bij 9% leidde de verkeerde inschatting tot een verschil van minstens 1 punt op de EDSS schaal. Fouten kwamen het meest voor bij patiënten met een EDSS tussen 4.0 en 5.5.

Bespreking en besluit

Deze studie toont aan dat in een patiëntengroep met een gemeten EDSS-score tussen 4.0 en 7.5 53% zijn/haar wandelafstand verkeerd inschat. Meestal wordt de wandelafstand hierbij onderschat. Dit houdt wellicht verband met het algemeen (on)vermogen van mensen om een afstand in te schatten, maar ook met de moeilijkheid die patiënten ervaren om de huidige fysieke mogelijkheden te beoordelen. Ook het feit dat de test werd uitgevoerd in een veilige omgeving, zonder hindernissen, kan bijdragen tot het vastgestelde verschil. Niettemin moedigen deze studieresultaten aan om tijdens de raadplegingen of hospitalisaties meer aandacht te geven aan het meten van de wandelafstand.

Prof. Dr. Bénédicte DUBOIS
Universitaire Ziekenhuizen Leuven

Bron: Skjerbaek AG et al. Multiple Sclerosis Journal 2019; 25: 1653-1660



Een preventiemodel van reserve en behoud van het brein bij multiple sclerose

Inleiding

Personen met MS (PmMS) streven ernaar een volwaardig, gelukkig, productief en onafhankelijk leven te leiden, vrij van cognitieve en fysieke achteruitgang en socio-emotionele stress. Hoewel ziekteremmende behandelingen de laatste jaren de prognose verbeterd hebben, bestaat er helaas nog geen magisch medicijn dat volledig kan beschermen tegen de MS-gerelateerde functionele achteruitgang. Symptomatische behandelingen hebben wisselende effecten. Waarschijnlijk is dus de beste behandeling van handicap, het voorkomen van achteruitgang.

Concept van reserve en behoud van reserve

PmMS met hetzelfde aantal letsels op MRI hebben vaak een verschillend functioneren. Dit betekent dat sommige personen MS beter kunnen weerstaan. Hoe kan dit verklaard worden?
Ten eerste is het van belang hoeveel reserve er is voordat de ziekte begint. Dit varieert van de ene tot de andere persoon en van het ene tot andere domein (bv. evenwicht of geheugen). De basisreserve vermindert als gevolg van veroudering en de ernst van de ziekte, maar kan beschermd worden door ziekteremmende handeling (DMT) en gezonde levensstijl (zie figuur). Het is niet duidelijk of de basisreserve van een bepaalde persoon verbeterd kan worden, dus zoveel als mogelijk behouden van de beschikbare reserve lijkt de beste manier om achteruitgang te voorkomen.
Ten tweede zijn de structurele en functionele verschillen in reserve tussen personen het gevolg van erfelijke en omgevingsfactoren, waaronder voeding in het vroege leven, andere medische problemen, en intellectuele en fysieke activiteit.
Als de hersenen tijdens de ontwikkeling meer groeien, vermindert dit het risico op cognitieve of fysieke achteruitgang bij PmMS. Meer neuronen en synapsen (zenuwcellen en verbindingen) kunnen er (theoretisch) voor zorgen dat er meer functionele netwerken zijn of dat er meer mogelijkheden zijn om de netwerken aan te passen in geval van ziekte.
Enkele voorbeelden: Personen die vooraf meer cognitieve reserve hebben (hogere intelligentie) kunnen cognitieve vaardigheden beter bewaren ondanks ziekteprogressie. Op dezelfde manier zou het concept van fysieke reserve bekeken kunnen worden: indien vooraf een beter evenwicht en coördinatie bestaat, kan die persoon bij achteruitgang mogelijk minder wandelproblemen ervaren. Dit zou dus betekenen dat hierop oefenen van belang kan zijn, voordat de problemen zich voordoen. Dit concept vraagt echter nog om meer bewijzen vanuit wetenschappelijk onderzoek.

Factoren die reserve beïnvloeden

1. Ziekteremmende behandelingen (DMT)
   Het is bekend dat DMT het volume van de hersenen beter kunnen behouden en daardoor leiden tot een afname van het risico op ontwikkelen van handicap.

2. Gezonde levensstijl

Cardiovasculaire risicofactoren. Risicofactoren voor hart- en vaatziekten) hebben een negatief effect op de hersenen, ook bij MS. Het gaat hier om roken, BMI, hypertensie, diabetes, hartziekten, en verhoogd cholesterol.

Bewegen. Het is bekend dat fitheid samenhangt met het volume van de hersenen.

Voeding. In diermodellen zijn gunstige effecten aangetoond van bv. omega-3 vetzuren en diëten beperkt in calorieën. Het is echter niet eenvoudig om goede onderzoeken op te zetten die de rol van dieet willen nagaan.

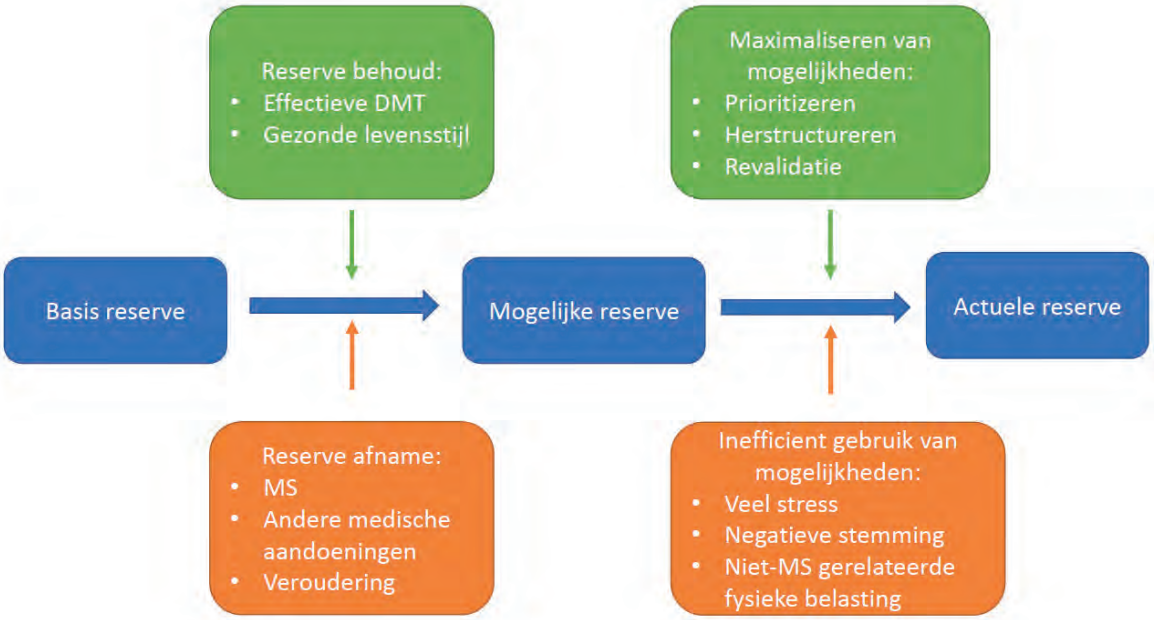
Slaap. Slaap lijkt ook een rol te spelen in het bewaren van hersenfuncties. In diermodellen heeft men aangetoond dat chronisch slaaptekort leidt tot toename van handicap. Ook is herstel van myeline gelinkt aan slaap. Veel onderzoek rond slaap- en ziekteprogressie van MS is er eigenlijk niet.

Conclusie

MS specialisten hebben niet alleen kennis nodig omtrent ziekteremmende behandelingen, maar moeten zich ook focussen op educatie van de PmMS omtrent aanhouden van een gezonde levensstijl. Zonder de actieve participatie van de PmMS zelf is dit uiteraard niet mogelijk.

Dr. B. WILLEKENS
MS-kliniek
UZA Antwerpen

Bron: Beyond rehabilitation: a prevention model of reserve and brain maintenance in multiple sclerosis. Rachel Brandstadter et al. Multiple Sclerosis Journal 2019, 25(10): 1372-1378



Een Probioticum verandert de darmflora en de immuniteit bij MS

Inleiding

Onderzoekers van de Harvard Medical School uit Boston, VS, in samenwerking met het Centrum voor Immunologie van de Universiteit van Bologna, Italië, hebben wetenschappelijk aangetoond dat het toevoegen van sommige bacteriën aan de voeding een invloed heeft op zowel de samenstelling van de darmflora bij mensen met MS, alsook op hun immuniteit. Er werden bij mensen met MS minder ontstekingscellen gevonden die een rol spelen bij MS en op het oppervlak van lymfocyten waren er minder antigenen waarvan aangenomen wordt dat zij MS activeren. De auteurs suggereren dat probiotica een rol zullen gaan spelen bij de behandeling van MS.

Patiënten en methode

9 Personen met MS (pmMS) met opflakkeringen , 13 gezonde vrijwilligers, 7 PmMS behandeld met Glatirameeracetaat en 2 onbehandelde PmMS werden vergeleken. Alle deelnemers aan de proef kregen twee keer per dag een capsule met een probioticum, een capsule met bacteriën (Lactobacillen, Bifidusbacterieën en Streptokokken), toegediend gedurende een periode van twee maanden. Er werden een heel aantal inclusie- en exclusiecriteria afgesproken zoals: geen antibiotica, geen interferon, geen immuno-suppressieve medicatie, geen reizen naar tropische landen, geen darmchirurgie, geen suikerziekte, geen andere auto-immuunziekten. Een capsule bevat een hoge concentratie bacteriën (9 miljard) en is in Europa op de markt onder de naam Vivomixx. De studie voldeed aan alle ethische criteria. Er werden bloed- en stoelgangstalen afgenomen vóór het begin, bij het stoppen en drie maanden na het stoppen van de behandeling. Het fecaal DNA werd geanalyseerd in Boston. Het stoelgangmetabolisme werd bestudeerd met de meest moderne methoden, fluorescerende cellen werden geanalyseerd voor antistoffen op hun oppervlak. Genexpressie werd geanalyseerd via een geheel nieuwe Duitse techniek. Een statistische analyse werd daarna uitgevoerd.

Resultaten

Het medicijn werd goed verdragen, alle deelnemers hielden zich aan de afspraken en namen de medicatie zoals afgesproken. Er waren geen belangrijke nevenwerkingen, geen van de patiënten deed een MS opflakkering. Zowel bij PmMS als bij controles is toediening van Probiotica geassocieerd met veranderingen in de structuur en de bacteriesamenstelling van de darm. In de darm van PmMS zag men een vermeerdering van bacteriën die normaal bij MS verminderd zijn en een daling van bacteriën waarvan bekend is dat zij meer bij MS voorkomen. Na stoppen van de therapie kwamen sommige bacteriën minder voor in de darm, zowel bij mensen met MS als bij controles. Functionele analyse toonde aan dat zowel bij PmMS als bij controles het metabolisme in de stoelgang veranderde. Belangrijke verschillen tussen de twee groepen werden evenwel niet gevonden. Het aantal witte bloedcellen en hun activatie werd bestudeerd. Sommige subtypes van witte

bloedcellen (CD14 en CD16) daalden bij PmMS maar niet bij gezonde vrijwilligers. Bij het stoppen van de therapie namen deze cellen bij PmMS weer toe. Andere subtypen van cellen zoals B-cellen, NK cellen (natural killer cells) en dendritische cellen veranderden niet gedurende de therapie. Genexpressie voor inflammatie verminderde door de behandeling zowel bij MS als bij controles. Berekeningen i.v.m. de correlatie tussen de verschillende bevindingen toonde aan dat zowel bij controles als bij PmMS er een positieve correlatie was tussen de behandeling en anti-inflammatoire immuunfactoren. Omgekeerd was er een negatieve correlatie met inflammatie bevorderende factoren. Er werd nog onderzocht of er een correlatie was tussen het metabolisme in de stoelgang en het immuunsysteem. Zowel bij MS als bij controles werd geen verband gevonden.

Discussie

Deze studie toont aan dat een supplement met een probioticum zorgt voor een andere bacteriesamenstelling in de darm van PmMS en gezonde vrijwilligers. De stofwisseling van verschillende stoffen in de stoelgang verandert.

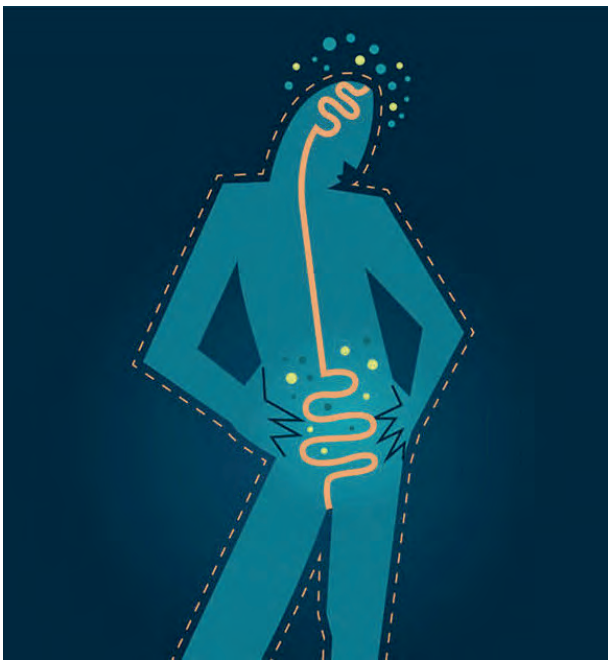
Voor wat betreft de immuniteit werden vooral veranderingen in de expressie van antigenen op witte bloedcellen vastgesteld, bij PmMS werd een anti-inflammatie respons geïnduceerd.
Deze studie geeft een beginnend inzicht in de mogelijke rol van probiotica bij de behandeling van MS. De studie heeft enkele zwakke punten, bv. het kleine aantal deelnemers en het feit dat de deelnemende PmMS eerder een stabiele ziekte vertoonden waardoor het anti-ontstekingseffect niet ten volle kon worden ingeschat. Sterke punten aan de studie zijn de homogene groep PmMS, het studie 'design' met strenge in- en exclusiecriteria.

Deze studie toont aan dat probiotica veilig kunnen worden toegediend. De bacteriesamenstelling in de darm van PmMS wordt in de goede richting gestuurd, zowel wat samenstelling als wat immuunfunctie betreft. Zowel bij MS als bij controles wordt een anti-inflammatoir immuun mechanisme op gang gebracht. Deze veranderingen verdwenen na het stoppen van de therapie. Deze studie bestudeert als eerste de invloed van een probioticum op de samenstelling van de darmflora en op de immuniteit van PmMS.

Bijkomende studies zijn nodig, zowel met relapsing remitting als met secundair progressieve PmMS, ook met probiotica met een andere samenstelling als bij patiënten behandeld met andere medicatie. Deze studie suggereert dat probiotica een gunstige bijkomende rol kunnen spelen bij de huidige behandeling van MS.

Dr. Rob MEDAER
Centrum voor Neurologie
Hasselt

Bron: "A probiotic modulates the microbiome and immunity in MS"Tankou S, et all. ANN NEUROL 2018;83:1147-1161



De link tussen darmen en zenuwstelsel in MS

B-cel therapieën voor multiple sclerose onderdrukken ook CD20-dragende T-cellen: een nieuw inzicht in het onderliggende ziekteproces?

Nieuwere efficiënte therapieën gericht op de CD20 eiwitten op het B-type witte bloedcellen blijken ook CD20 dragende T-cellen aan te vallen. Dit specifiek type witte bloedcellen werd tot nu toe weinig bestudeerd, maar zou een belangrijke rol kunnen spelen in het ziekteproces van MS.

Inleiding

T witte bloedcellen werden lange tijd als de grote spelers gezien in het ziekteproces van MS, maar de laatste tien jaar is de aandacht verschoven naar de invloed van B witte bloedcellen. B-cel therapieen, zoals rituximab (Mabthera©), ofatumumab en ocrelizumab (Ocrevus©), zijn gericht op het zogenaamde CD20 eiwit gelegen op de mantel van de B-cellen, ze zijn zeer effectief gebleken bij MS. Recent werden deze eiwitten ook teruggevonden op een selecte groep van T-cellen. Deze CD20 T-cellen worden mede onderdrukt door anti-CD20 behandeling. Hun rol in MS is niet goed gekend. Om dit beter in kaart te brengen werd de onderstaande studie uitgevoerd.

Studieopstelling

Bloedstalen en hersenvocht van een eerste groep van 25 mensen met relapsing remitting MS (RRMS) zonder behandeling, 11 mensen met RRMS gedurende 2 jaar behandeld met alemtuzumab (Lemtrada©) en 25 gezonde vrijwilligers werden verzameld. De laatste behandeling met cortisone moest een maand of langer geleden zijn. Als tweede groep werden 12 onbehandelde mensen met primair progressieve (PPMS) en 12 gezonde vrijwilligers van vergelijkbare leeftijd in de studie geïncludeerd. Ten slotte werd het navelstrengbloed van zes gezonde pasgeborenen verzameld (met toestemming van de moeder).
In het laboratorium werden de verschillende types van witte bloedcellen met behulp van hun manteleiwitten (zoals CD20) gecatalogeerd en geteld per staal. Van de CD20 dragende en niet CD20 dragende T-cellen werden vervolgens hun ontstekingspotentiaal en groeisnelheid gemeten.

Eigenschappen van CD20 dragende T cellen

Het CD20 eiwit kan zowel bij actieve als niet-actieve T-cellen op de celmantel voorkomen, maar wordt zowel in mensen met MS maar ook in gezonde vrijwilligers gezien. Dit werd niet gezien in het navelstrengbloed, wat wilt zeggen dat het CD20 eiwit pas later in de ontwikkeling gevormd wordt.
CD20 dragende T-cellen kwamen meer voor in het bloed van mensen met MS dan in het bloed van

de gezonde vrijwilligers. In beide groepen bleken deze cellen ook meer transporteiwitten te dragen dan de T-cellen die geen CD20 eiwitten dragen. Transporteiwitten kunnen cellen gemakkelijker door de bloed-hersenbarrière doen doordringen en aldus, vanuit het bloed, het centraal zenuwstelsel bereiken. Er blijkt voor deze cellen dus een natuurlijke aanleg te bestaan om zich tot in het centraal zenuwstelsel te verplaatsen. In deelnemers met RRMS werd een hogere proportie van deze cellen aangetroffen in het hersenvocht vergeleken met de niet CD20 dragende T-cellen.

De stoffen (cytokines) die door de CD20 dragende T-cellen worden gemaakt en uitgescheiden, zijn erom gekend sterke ontstekingsreacties te kunnen uitlokken. Bij zowel mensen met MS als bij gezonde vrijwilligers blijken deze CD20 dragende cellen sterker te reageren op eiwitten van de myeline, de beschermende stof rond de zenuwen (die in MS wordt aangevallen). Er zou ook een verband zijn tussen de hoeveelheid van de CD20 cellen en de hoogte van de EDSS-score (de invaliditeitschaal van MS).

Alemtuzumab (Lemtrada©) is een antilichaamtherapie tegen het CD52 eiwit op witte bloedcellen. Ze vernietigd onder meer T witte bloedcellen. Hoewel deze T-cellen zich na een tweetal jaren terug herstellen, bleek dat de kleine groep CD20 dragende T-cellen langdurig sterk onderdrukt bleven in het bloed en hersenvocht van behandelde RRMS. Deze onderdrukking bleek zelfs sterker dan de onderdrukking van de CD20 dragende B-cellen. Enkele transporteiwitten op de CD20 dragende T-cellen bleken na alemtuzumab (Lemtrada©) ook minder voor te komen dan in niet behandelde RRMS deelnemers.

Besluit

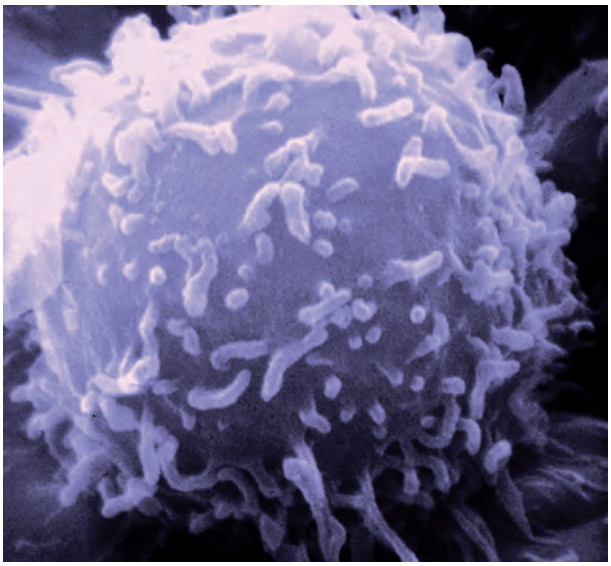
De CD20 dragende T-cellen zijn vermoedelijk een aparte tak in de stamboom van T witte bloedcellen. Ze zijn nog niet aanwezig bij de geboorte. Deze cellen en hun ontstekingsopwekkende eigenschappen komen zowel voor in mensen met MS als in gezonde vrijwilligers, maar worden in hogere aantallen gevonden in het bloed en hersenvocht van mensen met MS. Ze hebben meer transporteiwitten die de reis naar het centraal zenuwstelsel vergemakkelijken. Ze spelen vermoedelijk een rol in de ontstekingen bij MS, gezien de relatie met myeline-eiwitten, de klinische ziektescore en de langdurige onderdrukking na alemtuzumab (Lemtrada©).

Verder onderzoek naar het effect van een selectieve onderdrukking van de CD20 T cellen zou kunnen leiden tot een beter begrip van de ziekte, maar mogelijk ook tot nieuwe gerichte therapieën in de toekomst.

Dr. Tatjana REYNDERS
MS kliniek
Universitair Ziekenhuis Antwerpen

Bron: Proinflammatory CD20+ T cells in the pathogenesis of multiple sclerosis. von Essen MR et al. Brain 2019;142(1):120-132.

T en B cellen



Verhoogt anesthesie, invasieve chirurgie het risico op terugval van multiple sclerose?

Inleiding

Door te aarzelen om MS-patiënten te verwijzen voor een medische ingreep, omwille van het risico voor een nieuwe opflakkering (terugval), kunnen artsen belangrijke operaties onnodig uitstellen. Deze zorg is van grote invloed op de klinische besluitvorming. Beslissingen tot het al dan niet uitvoeren van een operatieve ingreep worden dikwijls genomen in preoperatieve neurologische consulten. Ze kunnen belangrijke operaties, mogelijk onnodig, vertragen. Het idee dat patiënten met MS mogelijk een verhoogd risico op terugval hebben na een operatie is nochtans niet noodzakelijk het geval. Dat werd in een recente studie aangetoond.

Studie

Een recente studie in het tijdschrift van Multiple Sclerosis (2019) met de gegevens van 281 patiënten en 609 operaties suggereert dat het postoperatieve MS recidief-risico niet significant verschilt van het preoperatieve recidief-risico. Van de 281 patienten werden 12 postoperatieve exacerbaties (terugvallen) geïdentificeerd. De gegevens werden gehaald uit de medische dossiers van MS-patiënten die een operatie in een tertiair centrum ondergingen (2000-2016). De kansen voor een postoperatieve terugval verschilden niet significant van de kansen voor een preoperatieve terugval, zelfs na correctie voor leeftijd en alle andere vaste tussen-patiëntvariabelen. De studie toont een pre- en postoperatieve jaarlijkse terugvalpercentage van respectievelijk 7,1 procent en 5,5 procent per patient per jaar. Deze resultaten suggereren dat chirurgie met anesthesie geen trigger is voor een MS-recidief. Een groter onderzoek is evenwel nodig om deze bevindingen te bevestigen.

De studie diende echter rekening te houden met beperkingen van het onderzoek. Patiënten met chirurgische ingrepen die minimale of geen sedatie vereisten, of bij wie door de operatie neurologische afwijkingen kunnen worden verwacht of patiënten waarbij postoperatief immunosuppressieve behandeling vereist wordt (bv. bij orgaantransplantaties) werden in de studie uitgesloten. De onderzoekers wezen er verder op dat een MS-terugval zich op veel verschillende manieren kan manifesteren. Daarom werd aandacht besteed aan het risico van over- of onderrapportage van symptomen na een chirurgische procedure. In deze studie werd een terugval gedefinieerd als 24 uur of langer durend, bij de afwezigheid van een gelijktijdig gedocumenteerde infectie of koorts. Het was niet duidelijk of de anesthesie of een andere variabele van chirurgie, zoals bv. stress op het lichaam, het terugvalrisico van een persoon kan beïnvloeden. Onzeker is of nog andere factoren, zoals de leeftijd, het terugvalpercentage kunnen beïnvloeden. De studiepopulatie omvatte veel oudere volwassenen (gemiddelde leeftijd was 49 jaar oud, variërend van 18 jaar tot 75 jaar oud). De weinige patiënten die wel postoperatieve recidieven hadden in het onderzoek (n = 12),

waren echter meestal jonger. Ze hadden meer contrast capterende letsels op de hersen MRI die wijzen op een hogere inflammatiegraad van de ziekte. Ten slotte werden de patiënten enkel gedurende 90 dagen na de ingreep gevolgd. Terugvallen buiten dit tijdskader werden niet genoteerd.

Besluit

Geen eerdere studies hebben systematisch de invloed van chirurgie of anesthesie op het risico op terugval bij MS onderzocht. Dit betekent nochtans een reële zorg in de klinische praktijk. Stellen dat blootstelling aan anesthesie of chirurgie een functionele achteruitgang van MS of een MS-terugval zou veroorzaken, is voor de overgrote meerderheid van de patiënten niet het geval. In het zeldzame geval dat een persoon met MS na de operatie neurologische symptomen ontwikkelt, kunnen de symptomen meestal worden verklaard door koorts of infectie. Deze studie toont aan dat er onvoldoende redenen zijn om noodzakelijke operaties uit te stellen bij personen met MS.

Prof. dr. J. DEBRUYNE
MS polikliniek
AZMM Gent

Bron: Relapse risk in the postoperative period: Effects of invasive surgery and anesthesia Lindsey B De Lott et al. Multiple Sclerosis Journal 2019 Jun 25:

Is er een relatie tussen MS en epilepsie?

Inleiding

Epilepsie is een aandoening gekenmerkt door het herhaald voorkomen van epileptische insulten. Epileptische insulten worden veroorzaakt door elektrische ontregeling van de hersenen, en dit voornamelijk in de hersenschors. Ten gevolge van deze elektrische ontregeling (je zou het een 'kortsluiting' kunnen noemen) vertonen patiënten meestal ongecontroleerde schokken en bewustzijnsverlies. Reeds in de 19e eeuw werd gesuggereerd dat epilepsie vaker voorkomt bij personen met MS. Waarom was toen onduidelijk, aangezien MS initieel verondersteld werd vooral de dieper gelegen, zogenaamde 'witte stof' van de hersenen aan te tasten, wat in se geen epilepsie veroorzaakt. We weten nu echter dat MS ook de hersenschors kan aantasten, en dit vooral bij meer geïnvalideerde personen met progressieve MS. Het doel van de studie was enerzijds om na te gaan of epilepsie vaker voorkomt bij MS. Anderzijds wilden de auteurs nagaan of er een relatie is tussen specifieke kenmerken van het ziektebeloop van MS en het voorkomen van epilepsie.

Studiemethode

Alle personen met MS uit het Zweedse MS-register (14.545 personen) werden vergeleken met 3 willekeurig gekozen leeftijds- en geslachtsovereengestemde personen uit het bevolkingsregister (43.635 mensen). Alle relevante klinische en ziektegegevens werden opgehaald uit het Zweedse MS-register en gegevens over epilepsie uit het globaal ziekteregister.

Resultaten

Epilepsie bleek bij 3,5% van de personen met MS voor te komen wat significant vaker is dan in de controlegroep (1,4% epilepsie). Dit bleek tevens meer uitgesproken voor progressieve patiënten (5,5%) dan voor patiënten met een vorm met opflakkeringen (2,2%). Ook ziekteduur en een hogere invaliditeitsscore op de EDSS-schaal van MS deed het risico op epilepsie duidelijk toenemen. Deze risicofactoren voor epilepsie bleven ook overeind na correctie voor mogelijk andere verklarende factoren, zoals bijvoorbeeld leeftijd.

Conclusie

Dit is de grootste studie tot heden naar de relatie tussen epilepsie en MS. Er werd geconcludeerd dat epilepsie meer frequent voorkomt bij personen met MS dan in de algemene bevolking en dat de diagnose van MS een verhoogd risico op epilepsie inhoudt. Bovendien blijkt er verhoogd risico bij langere ziekteduur, hogere invaliditeitsscores en progressieve vormen van MS.

Het is goed geweten dat epilepsie vaker voorkomt na hersenschade ten gevolge van aandoeningen zoals trauma, bloeding of beroerte van de hersenen. Aangezien ook MS de hersenen beschadigt, lijkt het dan ook logisch dat het risico op epilepsie toeneemt bij personen met MS. Echter treft MS vooral later, in zogenaamde progressieve MS, de hersenschors: een regio die van belang is bij het ontstaan van epilepsie. Dit weerspiegelt zich dan ook in het verhoogde risico op epilepsie bij progressieve MS patiënten in deze studie. Anderzijds

werd ook ziekteduur onafhankelijk van leeftijd of progressie weerhouden als risicofactor voor epilepsie. Dit zou kunnen verklaard worden door de rol van langdurige ontsteking van de hersenen als oorzaak van epilepsie. Het is inderdaad geweten dat chronische ontsteking van hersenweefsel een belangrijk rol speelt bij het ontstaan van epilepsie. Deze studie roept een aantal belangrijke vragen op die verder dienen beantwoord te worden. Kan efficiënte behandeling van MS de kans op toekomstige epilepsie helpen voorkomen? Werken bepaalde MS-behandelingen hier mogelijk meer beschermend dan andere? Is er (aangezien deze ook de hersenwerking beïnvloeden) een voorkeur bij anti-epileptische behandelingen in de context van MS? Zo werd reeds eerder gesuggereerd dat bepaalde anti-epileptische behandelingen, zoals lamotrigine en diphantoine, mogelijk een beschermend effect hebben bij MS. Een andere belangrijke vraag betreft het gekende risico bij gebruik van dalfampridine (Fampyra) op epileptische aanvallen. Aangezien dit middel vooral gebruikt wordt bij personen met een langere ziekteduur, hogere handicap en progressieve MS, dient hier met extra voorzorg gehandeld te worden. Belangrijke vragen voor verder onderzoek, we houden jullie zeker op de hoogte van de stand van zaken!

Prof. dr. G. LAUREYS
MS-kliniek
UZ Gent

Bron: Epilepsy in multiple sclerosis: A nationwide population-based register study. Burman J, Zelano J. Neurology. 2017;89(24):2462-2468.

epilepsie en MS

Verslag van het ECTRIMS congres Stockholm september 2019

AHSCT

Er wordt druk gespeculeerd over autologe hematopoiëtische stamcel transplantatie. Hierbij worden eigen stamcellen worden gemobiliseerd, waarna het immuunsysteem met chemotherapie wordt vernietigd waarna de eigen stamcellen terug worden toegediend. Men hoopt zo het immuunsysteem te wijzigen. De tot nog toe beschikbare data bij RRMS tonen wel een heel mooie reductie van de ontsteking en de opflakkeringen, doch het lijkt MS niet te genezen en kan ook de progressieve fase niet stoppen. Er wordt druk gediscussieerd over de pro's en contra's waarbij aanhangers vooral argumenteren met de hoge efficientie bij mensen met veel ontstekingsacitiviteit. Tegenstanders vinden dat er meer en meer hoog efficiënte behandelingen voorhanden zijn die ook een heel mooi effect op ontsteking en opstoten tonen maar veel minder risico's inhouden.

MESEMS

De MESEMS studie onderzoekt het effect van mesenchymale stamceltransplantatie op aanvalsfrequentie en op het aantal contrast-capterende letsels 24 weken na behandeling. Mesenchymale cellen zijn afgeleid van bindweefsel die in proefdieronderzoek een gunstig effect bleken te hebben op het immuunsysteem. Een behandeling met mesenchymale stamcellen gaf bij muizen een verbetering van EAE (iets wat op MS lijkt bij muizen). De MESEMS studie toonde evenwel geen effect op beide uitkomstmaten. De behandeling leek wel veilig te zijn, maar verder doorgedreven analyse van de resultaten van deze studie zal uitwijzen of aanvullende studies nuttig zijn.

Vitamine D

Tijdens een 'hot topic' sessie werd er gediscussieerd over de pro's en contra's van vitamine D supplementen bij MS. Lage spiegels van vitamine D in het bloed zijn geassocieerd met een hoger risico op MS. De vraag is of supplementen van vitamine D het risico op MS verlaagt of het verloop op een gunstige manier beïnvloedt. Er zijn al een aantal studies gebeurd die soms wel en soms niet een beschermend effect aantonen. Er zijn ook nog vrij veel studies die lopende zijn en waarvan we de komende jaren de resultaten verwachten. Er wordt gesuggereerd dat vitamine D vooral in een vroeg stadium van de diagnose of bij een klinisch geïsoleerd syndroom (CIS) een effect zou hebben. De meeste sprekers raadden aan in de dagelijkse praktijk aan MS-patiënten vitamine D supplementen tussen de 2000 en 5000 UI/dag te geven. De doelstelling is vaak om in het bloed niveaus van 40-60ng/ml te bereiken. Hogere waarden lijken eerder toxisch te zijn en kunnen tot complicaties leiden. Het vervangt zeker niet de noodzaak om gezond te leven, een regelmatig slaappatroon te hebben en voldoende te bewegen.

Levensstijl

Er waren opnieuw veel posters en presentaties rond MS en levensstijl waarbij men weet dat patienten met MS een verhoogd risico hebben op cardiovasculaire complicaties (zoals beroerte en hartinfarct). Hoewel er veel verschillen zijn tussen de studies blijken obesitas (overgewicht) en roken twee belangrijke factoren die prognostisch ongunstig zijn bij MS patiënten.

PROXIMUS

De PROXIMUS studie is een studie die het neuroprotectieve effect van oxcarbazepine (een anti-epilepsie geneesmiddel) evalueert bij patiënten met MS. Er werd geen verschil gezien op neurofilament light metingen in het bloed tussen de placebogroep en de oxcarbazepine groep. Het neurofilament light is een 'hippe' biomarker die iets zegt over de schade van de zenuwen zelf (niet de myeline) en in voorgaande studies een duidelijke relatie met handicap toonde. Er was geen significant effect op de MRI-metingen tussen de twee behandelingsgroepen. Er werd echter wel een significant gunstig effect gezien van oxcarbazepine op de EDSS score en wandelscore (MSWS), wat wel een positief signaal is. Bijkomend onderzoek zal nodig zijn om meer duidelijkheid te scheppen.

Vaccinatie

Over de laatste jaren werd vaccinatie vaak in een slecht daglicht gesteld omdat het mogelijk auto-immune aandoeningen zou induceren. Alhoewel de medische wereld het hier globaal niet mee eens is, blijven er bij MS-patiënten vaak ook vragen rond vaccinatie en de rol in het ontwikkelen van MS. In een grote studie uit Duitsland werden 12262 MS-patiënten, 19296 patiënten met de ziekte van Crohn, 112292 psoriasispatiënten en 79185 patiënten zonder auto-immune aandoening geanalyseerd. Men keek daarbij naar het al dan niet ontvangen van vaccinaties in de 5 jaren voordat MS werd gediagnosticeerd. Uit een eerste analyse bleek dat mensen die vaccinaties ontvingen juist een lager risico hadden op het ontwikkelen van MS in de 5 jaren erop. Ook na het verstrengen van de voorwaarden rond MS-diagnose - om te vermijden dat lang bestaande MS-patiënten toch in de analyse zaten - bleek nog duidelijker dat vaccinatie absoluut geen verhoogd risico geeft op het ontwikkelen van MS. Of dit nu betekent dat vaccinatie beschermend is naar het ontwikkelen van MS toe, is volgens de onderzoekers een brug te ver. Maar deze grote studie stelt alvast nog meer gerust dat vaccinatie zeker geen risico inhoudt op het ontwikkelen van MS.

NMO spectrum ziekte

Goed nieuws voor de mensen die lijden aan neuromyelitis optica (NMO-spectrum ziekte). NMO-spectrum ziekte is iets wat soms verward wordt met MS en vaak gelijkaardige symptomen geeft hoewel het ziekte verloop vaak veel ernstiger en agressiever is. NMO spectrum ziekte reageert vaak niet goed op een behandeling met klassiek MS-medicatie, integendeel. Op het ECTRIMS 2019 congres werden data van 3 verschillende moleculen voorgesteld (eclizumab, satralizumab, inebilizumab) die een duidelijk effect aantoonden bij NMO-spectrum ziekte, waardoor de prognose een heel stuk gunstiger wordt.

Ofatumumab

De resultaten van twee studies (ASCLEPIOS I en ASCLEPIOS II) werden gepresenteerd op het ECTRIMS 2019. Beide studies onderzochten het effect van een nieuw product 'ofatumumab' en vergeleken het met een bestaand product teriflunomide (Aubagio) bij RRMS patiënten. Alhoewel teriflunomide zeker een gunstig effect toonde, zag men rond de 50-58% reductie van het aantal jaarlijkse opstoten in vergelijking met teriflunomide. Er was ook een sterke reductie van het aantal nieuwe wittestof letsels en aantal letsels die contrast capteerden, globaal dus een heel sterk effect. Het werkingsmechanisme van ofatumumab is ons niet geheel onbekend gezien het goed lijkt op het recente product ocrelizumab (Ocrevus). Het voordeel is dat het niet intraveneus hoeft toegediend te worden maar 4-wekelijks subcutaan moet ingespoten worden.

Dr. M. CAMBRON MD PhD
MS kliniek
AZ Sint-Jan Brugge

MS-Liga Vlaanderen vzw

MS-Liga Vlaanderen vzw
Boemerangstraat 4
3900 Pelt
T 011 80 89 80
secretariaat@ms-vlaanderen.be

Dank aan het redactieteam van WOMS-info.