Hier steht eine Anzeige.

Anzeige

Schwere autonome Störung bei Multisystematrophie (MSA)

Negativer Prognosefaktor

Fragestellung: Wie sieht der natürliche Verlauf der MSA in den USA aus?

Hintergrund: Es handelt sich um die erste prospektive Studie zu dieser Fragestellung in den USA. Es sollte geklärt werden, welche Effekte phänotypische Varianten und autonome Dysfunktionen auf die Prognose haben.

Patienten und Methodik: Eingeschlossen wurden Patienten mit wahrscheinlicher MSA, einschließlich Parkinson-Variante (MSA-P) und zerebellärer Ataxie (MSA-C). Die Patienten wurden bis zu fünf Jahre beobachtet und über sechs Monate mit etablierten Scores (UMSARS I, UMSARS II, COMPASS) untersucht. Versucht wurde, prädiktive Faktoren für das Überleben zu finden.

Ergebnisse: Es wurden 125 Patienten rekrutiert. Die mittlere Überlebenszeit betrug 9,8 Jahre, nach Studieneinschluss jedoch nur 1,8 Jahre. Patienten mit schwerer symptomatisch autonomer Dysfunktion hatten eine schlechte Prognose.

Low PA, Reich SG, Jankovic J et al. Natural history of multiple system atrophy in the USA: a prospective cohort study. Lancet Neurol 2015; 14: 710–19

Schlussfolgerungen: Die Autoren folgern, dass die MSA eine Erkrankung mit kurzen Überlebenszeiten nach Diagnosestellung ist, der natürliche Verlauf von MSA-P und MSA-C ähnlich ist und eine schwere symptomatische autonome Dysfunktion auf eine schlechte Prognose hinweist.

– **Kommentar** von Albert C. Ludolph, Ulm

Etwas Neues?

Die Ergebnisse dieser Studie ähneln denjenigen größerer Kohortenstudien in Europa [1, 2]. Der Unterschied zu [1] ist, dass etablierte Kriterien für die MSA diagnostisch verwendet wurden. Bemerkenswert ist, dass die mittlere Überlebenszeit nach Einschluss nur 1,8 Jahre betrug. Vielleicht ist diese Tatsache doch ein Argument, wie in der Studie von Bensimon et al. [1] andere diagnostische, scheinbar weniger rigide Kriterien zu benutzen (sie stimmten mit neuropathologischen Untersuchungen zu 85 % überein); denn wenn die Diagnose so spät gestellt wird wie in dieser Studie, wird man kaum mehr eine erfolgreiche Erkrankungsmodifikation erreichen können. Auch fehlt in dieser Studie der Versuch, die Diagnose mit neuropathologischen Daten zu korrelieren. Das Einschlusskriterium „wahrscheinliche MSA“ für klinische Interventionsstudien zu verwenden, ist wohl nicht ratsam.

Referenzen:

1. Bensimon G et al. Brain 2009; 132: 156–71
2. Wenning GK et al. Lancet Neurol 2013; 12: 264–74

Prof. Dr. med. Albert C. Ludolph, Ulm

Ärztlicher Direktor, Klinik für Neurologie
Universitätsklinikum Ulm
E-Mail: albert.ludolph@rku.de