

DE SYMPTOMEN VAN MS

Het is niet onze bedoeling hier uitgebreid alle klinische tekenen van MS te bespreken; dit boek is immers geen medisch leerboek. Toch kunnen wij die kwestie hier ook moeilijk onbesproken laten, want het grote publiek is thans dank zij pers en T.V. goed geïnformeerd, zodanig zelfs dat het niet zelden gebeurt dat een zieke naar het spreekuur komt en zich daar de diagnose hoort bevestigen die hijzelf al had vermoed.

Aanvankelijke ziekteverschijnselen

De eerste ziekteverschijnselen doen zich voor onder de vorm van zeer diverse symptomen, die geïsoleerd of gelijktijdig optreden, nu eens op een bruuske en dan weer op een haast onmerkbaar voortschrijdende wijze, en nu eens in de vorm van discontinue opflakkingen en dan weer in de vorm van een zeer geleidelijke verergering.

Motorische stoornissen zijn de vaakst voorkomende verschijnselen, vooral in gevallen waar de ziekte op redelijk late leeftijd is begonnen. Er valt in veranderlijke mate een verlies van kracht vast te stellen, gaande van het gewoon rap moe worden bij het uitvoeren van bepaalde handelingen, tot een totaal motiliteitsverlies. De aanvankelijke verschijnselen kunnen eender welk lichaamsdeel treffen, maar meestal begint het in de benen.

Uit een aandachtige ondervraging kan vaak worden opgemaakt dat de sensitieve stoornissen frequent zijn, maar dat de patiënten er aanvankelijk niet veel aandacht aan hebben geschonken. Soms zijn de eerste tekenen tintelingen, een gevoel van zwaarte, benepenheid, branderigheid, stramheid of ongevoeligheid. Die stoornissen kunnen gelokaliseerd zijn in lichaamsstreken die overeenstemmen met een bepaalde zenuw of met een welbepaalde zenuwwortel (de ischiaszenuw bv.), waardoor het kan gebeuren dat neuritis wordt gediagnostiseerd.

Indien het gaat om stoornissen die te wijten zijn aan een aantasting van het cerebellum, dan klaagt de patiënt over evenwichtsverlies en over onzekerheid bij het stappen, vergelijkbaar met wat zich voordoet als men teveel alcohol heeft gedronken. Het is niet uitzonderlijk dat MS-patiënten ervan beschuldigd worden dat ze teveel hebben gedronken, temeer daar sommige zieken last hebben van draaierigheid, en ze zich om zich te verplaatsen moeten vasthouden aan de muren. Verder kan men bij hen ook een gebrek aan precisie in hun bewegingen vaststellen, bevende handen als ze iets willen vastnemen, of moeilijkheden om een woord goed te articuleren.

Gezichtsstoornissen en meer bepaald een bruuske verslechtering van het gezichtsvermogen van één oog of van beide ogen (neuritis retrobulbaris), gepaard gaand met pijn achter in de oogholten bij het bewegen van de ogen, doen zich vaak vele jaren vóór het eigenlijk

uitbreken van de ziekte voor. Neuritis retrobulbaris is een aantasting van de gezichts-zenuw zelf, die dus niet het gevolg is van een letsel in de hersenen. Die ziekte kan zich voordoen in de vorm van een op zichzelf staande aandoening, die dan nooit evolueert tot MS. Maar sommigen beschouwen die ziekte op zichzelf ook als MS, met name een vorm van MS die gekenmerkt is door één enkel symptoom (monosymptomatische vorm). Meer dan tachtig procent van de patiënten die getroffen worden door neuritis retrobulbaris, zullen binnen de tien jaar die daarop volgen nog andere MS-symptomen krijgen indien men met KST reeds hersenletsels kan vaststellen op het ogenblik waarop de diagnose van neuritis retrobulbaris kan worden gesteld. Als op dat ogenblik met KST nog geen hersenletsels te zien zijn, dan is er maar 50% kans dat de patiënt later ook MS krijgt.

Het dubbelzien (diplopie) kan in 15% van de gevallen een van de eerste symptomen zijn; dat dubbelzien doet zich vooral voor tijdens perioden van vermoeidheid. Het feit dat men, in de plaats van één enkel duidelijk omljnd voorwerp te zien, er twee ziet die elkaar gedeeltelijk overlappen, is het gevolg van een verlamming van de zenuw waarmee men de ogen kan bewegen. Diplopie is dus niet te wijten aan een aantasting van de oogzenuw.

Nog een ander symptoom tenslotte dat vaak voorafgaat aan de exteriorisering van andere klinische tekenen is vermoeidheid. Die vermoeidheid uit zich over het algemeen in plots niet meer verder kunnen, een gevoel van lood in de benen. Die grote vermoeidheid ebt meestal weg na een tijdje rusten.

Uitzonderlijk gebeurt het ook dat MS begint met een algemene aantasting van de cognitieve functies en met stoornissen van de persoonlijkheid, zonder dat dit gepaard gaat met enig ander neurologisch verschijnsel. Vaak gebeurt het dan dat die jonge patiënten als hysterisch worden beschouwd. Met KST vindt men letsels in de witte stof, waarvan men denkt dat ze de connecties verbreken tussen de hersenstam en de cortex in de frontale en pariëtale streken. Hun karakteristieke topografie zou verklaren waarom de ziekte zich onder deze ongewone vorm aankondigt. Die letsels, samen met de anomalieën die in het CSV worden vastgesteld, maken dat men voor die patiënten met zekerheid een MS-diagnose kan stellen.

Latere symptomen

Naarmate de ziekte evolueert, duiken de ziekteverschijnselen die zich aanvankelijk hebben voorgedaan weer op, en worden die verschijnselen steeds uitdrukkelijker.

Naast motorische problemen krijgen de patiënten ook af te rekenen met stramheid (spasticiteit), ritmische spiertrekkingen in de benen of in de voeten (clonus), onvrijwillige bruske bewegingen waarbij een arm of een been zich buigt of strekt (spasmen), enz.

De sensibiliteitsstoornissen gaan meestal gepaard met pijn. Behalve in geval van trigeminusneuralgieën gaat het slechts zelden om echte pijn, maar meestal om allerhande

zeer onaangename gewaarwordingen die de patiënt als pijngevoelens interpreteert. Het feit dat ze zo lang blijven aanslepen en ze niet te lenigen zijn met klassieke pijnstillers, maakt dat de patiënt het psychologisch hard te verduren krijgt.

Bij aantasting van het cerebellum kan de patiënt wegens evenwichtsstoornissen zich nog slechts met moeite of zelfs helemaal niet meer verplaatsen, terwijl zijn benen nochtans hun normale kracht behouden. Tremorproblemen waarmee de patiënt aanvankelijk slechts af te rekenen krijgt wanneer hij iets wil vastnemen, doen zich later ook voor in rusttoestand, en in de erge gevallen blijft het lichaam voortdurend bewegen, zodat de zieke zelfs niet meer zelfstandig kan eten.

Als de getroffen plek het deel van het CZS is tussen de hersenen en het ruggemerg (nl. de hersenstam), dan zijn de problemen gelokaliseerd in het hoofd : schokkend bewegende ogen (nystagmus), slecht articulerende explosieve spraak (dysartrie), ongesynchroniseerde oogbewegingen (diplopie), trigeminusneuralgieën, gelaatsverlamming, slikproblemen, en in de ergste gevallen zelfs ademhalingsstoornissen.

Na verloop van enkele jaren krijgen de patiënten bij wie er op het ruggemerg sclerosehaarden waar te nemen zijn, moeilijkheden bij het urineren (retentie) of bij het ophouden van de urine (incontinentie). Afgezien van een neiging tot constipatie, zijn er niet vaak problemen met de ingewanden.

Bijzondere verschijnselen

Neuritis retrobulbaris (neuritis optica)

Neuritis retrobulbaris is het verlies van het centraal gezichtsvermogen met behoud van het perifeer gezichtsvermogen. Bij de patiënt doet zich dat voor onder de vorm van een zwarte vlek die maakt dat hij het voorwerp waarnaar hij wil kijken, niet ziet. Die neuritis kan ook worden aanvoeld als de indruk die men heeft als men door een vuil venster kijkt. Meestal tast ze één enkel oog aan, maar soms is ze bilateraal. Ze komt meestal bruusk tot uiting, of dan toch met een snel voortschrijdende geleidelijkheid. Vaak gaat zij gepaard met pijn bij het bewegen van de ogen. Na enkele weken komt er een spontane recuperatie, soms algeheel, soms gedeeltelijk. Bij ongeveer één vierde van de patiënten begint MS met deze neuritis. In de helft van de gevallen blijft het vervolgens bij deze geïsoleerde opflakking, en doen er zich later geen neurologische verschijnselen meer voor. De toediening van corticoïden leidt tot spoedige recuperatie, maar op lange termijn doet het er niet toe of de zieken deze behandeling toegediend kregen of niet. Er valt aan te stippen dat men door intraveneus gedurende enkele dagen hoge dosissen in te spuiten, betere resultaten bereikt dan door het geneesmiddel in tabletvorm enkele weken lang in lage dosissen te laten innemen. En het is wel interessant te noteren dat deze behandeling het later heroptreden van andere neurologische symptomen lijkt te vertragen, zodat er ook langere tijd verloopt alvorens een MS-diagnose kan worden gesteld.

Internucleaire oftalmoplegie

Deze barbaarse naam werd gegeven aan een neurologisch syndroom dat gekenmerkt is door een typische verlamming van de ogen doordat een sclerotische haard zich heeft gevormd tussen twee nucleï die instaan voor de motiliteit van de ogen. Die verlamming komt tot uiting wanneer de patiënt zijdelings wil kijken, zowel links als rechts, maar niet als de patiënt recht voor zich uit kijkt. Dit duidt op het bestaan van een letsel in een welbepaalde streek van het centraal zenuwstelsel (nl. in de hersenstam, die de verbinding vormt tussen de hersenen en het ruggemerg). De vaststelling van een internucleaire oftalmoplegie is van grote waarde om een MS-diagnose te kunnen uitspreken, want er zijn weinig andere pathologieën die gelijkaardige symptomen vertonen.

Teken van Lhermitte

Lhermitte, een Franse neuroloog, heeft een specifiek verschijnsel beschreven dat zich vaak voordoet bij MS, want bij nagenoeg één derde van de zieken kan dit verschijnsel worden waargenomen. Bij een beweging van de nek, bij het bewegen van de bovenrug of bij het stappen over een hobbelige bodem, voelt de patiënt plots een elektrische ontlading die langs de ruggegraat naar beneden schiet, en ook naar de armen of benen, of naar zowel armen als benen. Dat verschijnsel doet zich ook - maar dan zeer zelden - voor bij andere aandoeningen van het halsmerg, zodat men hier steeds in de eerste plaats moet denken aan een mogelijk geval van MS.

Myelitis transversa

"Myelitis transversa" is een inflammatoire aandoening van het merg die eenzelfde klinisch beeld geeft als wanneer het merg werd doorgesneden. Die aandoening situeert zich veelal in de dorsale streek, en leidt tot een totaal verlies van de sensibiliteit en de motriciteit van de onderste ledematen, evenals tot een verlamming van de ingewanden en van de urineblaas. Meestal is de doorsnijding niet compleet, en het is onder die vorm dat zij een voorteken kan zijn van MS. Ongeveer 15% van de personen die myelitis transversa krijgen, krijgen later ook MS.

Syndroom van de nutteloze hand

Sommige zieken krijgen af te rekenen met een hand die ze niet meer in staat zijn ruimtelijk te positioneren en die over geen onderscheidingsvermogen meer beschikt, zodat ze zich niet meer op correcte wijze van die hand kunnen bedienen. Zij zijn er niet toe in staat met die hand een muntstuk in hun zak te herkennen, of in een tas een voorwerp te zoeken. De

spierkracht van die hand is nochtans normaal. Dat verschijnsel is van voorbijgaande aard en duurt slechts enkele maanden, maar later kan het opnieuw opduiken.

Paroxystische symptomen

Een van de kenmerken van de klinische symptomen bij MS is dat die symptomen van zeer korte duur kunnen zijn, en ze na enkele uren kunnen verdwijnen. Eertijds werden die symptomen vaak bestempeld als hysterie. Meestal gaat het om verlies van sensibiliteit, spraakmoeilijkheden, evenwichtsstoornissen, dubbelzien, doofheid, moeheid, jeuk, enz.

Pijn

De helft van de zieken klagen over pijn. In 50% van de gevallen houdt die pijn rechtstreeks verband met de ziekte, bij één derde van de patiënten gaat het om tendinomusculaire pijn, en in een klein aantal gevallen (5 %) om pijn van psychologische oorsprong.

Diverse klinische studies zijn het erover eens dat patiënten die klagen over pijn, neiging vertonen tot depressie en stress. Het blijft evenwel een onbeantwoorde vraag te weten of het feit dat sommigen meer pijn voelen te wijten is aan hun psychologische voorbeschiktheid op dat gebied, dan wel of het precies de pijn is die hun moreel aantast. Hoe dan ook, het staat vast dat pijn, vooral als ze chronisch is, voor sommige patiënten een ware handicap kan vormen op sociaal vlak.

Pijn veroorzaakt door MS kan ofwel chronisch zijn, ofwel zich voordoen in de vorm van crisissen met een veranderlijke duur en intensiteit.

Bij de helft van de patiënten wordt vastgesteld dat ze chronische pijn hebben. Er bestaat geen duidelijk aangetoonde correlatie met de handicap. Pijnklachten zijn frequenter bij vrouwen, en hoe ouder de patiënten, hoe hoger het percentage van personen die klagen over pijn. De pijnklachten betreffen vooral de extremiteiten, en de pijn wordt beschreven als een permanent brandend gevoel, dat evenwel draaglijk is en dat verschillende intensiteitsgraden vertoont. De pijn wordt over het algemeen heviger bij warmte en 's nachts.

Ook over pijn onderaan in de rug wordt vaak geklaagd. Die pijn straalt soms uit tot in de dijen, maar zelden tot onder de knieën. De pijn verergert bij lang rechtstaan of bij lang zitten. Zeer vaak is de pijn het gevolg van een ontkalking van de ruggengraat. De pijn wordt draaglijker door in bed te blijven liggen, door een lombostaat te dragen of door calcium in te nemen.

Bij pijn die zich voordoet in de vorm van crisissen, gaat het meestal om

trigeminusneuralgieën of om pijnlijke spasmen.

Trigeminusneuralgieën (zo genoemd omdat ze zich voordoen in de streek van een zenuw waarvan de drie vertakkingen de aangezichtszenen vormen) komen frequent voor bij oudere personen. Maar als die neuralgieën zich voordoen bij iemand van jongere leeftijd, dan kan dat wijzen op MS. Men noemt die neuralgieën eveneens "pijntrekkingen in het aangezicht", omdat het gaat om zeer hevige pijscheuten die zich voordoen in de vorm van repetitieve reeksen van zeer kortstondige elektrische ontladingen. Zij kunnen veroorzaakt worden door in het aangezicht een welbepaald punt aan te raken. Deze pijnen behoren tot de allerpijnlijkste neuralgieën, zo pijnlijk dat sommige zieken om die reden zelfmoord hebben gepleegd. Thans beschikken wij over efficiënte medicijnen, en als die ooit geen verlichting brengen, kan men met een kleine chirurgische ingreep deze pijnen tegengaan. Daar waar deze neuralgieën bij oudere personen zich bijna altijd aan één enkele kant van het aangezicht voordoen, is het bij MS niet zelden zo dat afwisselend één van de beide gelaatshelften wordt getroffen.

Wat de pijnlijke spasmen betreft : die spasmen treffen verscheidene spieren in een arm of een been, duren enkele seconden tot enkele minuten en zijn bijzonder pijnlijk. Deze spastische verschijnselen doen zich op bruske wijze voor, meermaals per dag, maar verdwijnen na enkele weken. Over het algemeen doet er zich gelijktijdig een sterke spiercontractuur voor. Deze spasmen zijn zeer spectaculair en de zieke wordt er heel sterk door geïmpressioneerd. Het is dus goed om weten dat zij zich over het algemeen later nooit meer zullen voordoen.

Spasticiteit

Onder spasticiteit bedoelen wij een zeker aantal symptomen, waaronder de belangrijkste stramheid, spasmen en clonus zijn. Stramheid en spasmen doen zich voor in de vier ledematen, maar bij clonus zijn het bijna altijd de enkels die worden getroffen. Wanneer de patiënt gaat rechtstaan, "danst" hij als het ware wegens een snelle en regelmatige opeenvolging van flexie- en extensiebewegingen van de voeten. Dat verschijnsel kan het lopen sterk bemoeilijken en kan een gevaar inhouden bij het besturen van een wagen, doordat de getroffene moeilijk kan remmen of ontkoppelen.

In een zeker stadium van de ziekte komt spasticiteit vaak voor en treft ze wel 90% van de patiënten. Het gaat om een spasticiteit die verschilt van die welke zich voordoet naar aanleiding van een vasculair hersenletsel of een medullair traumatisme. Kenmerkend is dat bij MS de spasticiteit mettertijd varieert, naar gelang van de spontane evolutie van de ziekte, maar ook onder de invloed van andere factoren zoals stress, temperatuur, urineretentie, doorligwonden, enz.

De behandeling is moeilijk, want de medicijnen die werkzaam zijn tegen spasticiteit, doen

vaak tevens de spierkracht afnemen. En het is zo dat in sommige gevallen de zieke zijn spasticiteit, en meer bepaald zijn stramheid, aanwendt als een soort hulpmiddel om overeind te kunnen blijven. Een vermindering van de spasticiteit is in dat geval eerder een nadeel dan een voordeel. Al te vaak vergeet men dat spasticiteit te wijten is aan uitwendige factoren, en dat een efficiënte preventieve behandeling dus bestaat in het vermijden van urineretentie, pijnlijke doorligwonden, enz.

Vermoeidheid

Vermoeidheid is een symptoom dat weinig aandacht krijgt, hoewel het toch een van de voornaamste kenmerken van de ziekte is. Vermoeidheid is een frequent verschijnsel bij MS-patiënten, want slechts 8 % van de zieken klagen er niet over. Voor 70 % van de patiënten is vermoeidheid een van de meest hinderlijke symptomen, die zich vooral doet voelen als het zeer warm is. Bij vermoeidheidscrisissen verergeren vaak (80 %) ook de andere symptomen. Als men de zieken zeer zorgvuldig ondervraagt, stelt men vast dat de helft van hen perioden van grote vermoeidheid hebben gekend lang voor de eerste tekenen van MS zich hebben voorgedaan. Een vlaag van vermoeidheid duurt over het algemeen enkele uren, maar in sommige gevallen kan een patiënt er een hele dag lang mee af te rekenen hebben. 40 % van de zieken kennen dagelijks een vlaag van vermoeidheid. Er is geen duidelijk verband met de vorm waarin de ziekte zich voordoet, maar toch lijkt vermoeidheid vaker voor te komen bij de progressieve chronische vormen van MS. Er valt te noteren dat in de minst erge gevallen, vermoeidheid vaak de voornaamste klacht vormt, ook in gevallen die geen andere neurologische verschijnselen vertonen. Het vermoeidheidsprobleem is dus een belangrijke handicap die de fysieke, psychologische en sociale moeilijkheden die de patiënten ondervinden, in hoge mate verergert.

De neurofysiologische mechanismen die verantwoordelijk zijn voor dat symptoom dat zo specifiek is voor MS, zijn niet precies gekend. Wel weet men dat wanneer het CZS een bevel doorstuurt om bijvoorbeeld een bepaalde beweging te doen uitvoeren, er een zekere hoeveelheid energie wordt geproduceerd die zich via de zenuwen zal voortplanten tot in de spieren die de beweging moeten uitvoeren. De natuur is voorzichtig en, ter compensatie van eventueel onderweg verlorengaan impulsenergie en om een eventueel nodige onvoorziene inspanning te kunnen leveren, is de hoeveelheid energie die wordt uitgestuurd veel hoger dan die welke normaal zal nodig zijn voor de aangesproken spier om de bestelde beweging uit te voeren. In de fysiologie heeft men aan dat verschijnsel de naam gegeven van "reservefactor". Een aanvaardbare hypothese bestaat erin dat als de myelinschede van een zenuw op verscheidene plaatsen aangetast is, een belangrijke hoeveelheid uitgestuurde energie onderweg verloren gaat. In dat geval kan de reservefactor dan misschien wel ruim genoeg zijn om de beweging toch uit te voeren; maar elke inspanning zal als zeer vermoeiend worden ervaren omdat bij elke beweging ook de reserve-energie volledig wordt opgebruikt.

Geassocieerde stoornissen

Urinaire problemen

Drie vierden van de zieken krijgen af te rekenen met urinaire problemen. Dat hoog percentage vindt zijn verklaring in het feit dat de urineblaasfunctie bestuurd wordt vanuit drie van elkaar verwijderd gelegen zenuwcentra : een van die centra ligt in de voorste hersenkwabben, een tweede ter hoogte van de junctie van het merg en van de hersenen, en het derde in het laagste ruggemergedeelte. Die drie centra zijn onderling verbonden met lange zenuwbanen die een grote kwetsbaarheid vertonen en vaak worden aangetast door sclerosehaarden.

De vaakst voorkomende stoornis is de dwingende drang tot urineren, wat niet zelden samengaat met - vooral nachtelijke - incontinentie (enuresis). Een groot aantal zieken klaagt tevens over een frequente behoefte tot urineren (pollakiurie).

Het gebeurt slechts zeer uitzonderlijk dat MS de totale onmogelijkheid om de blaas te ledigen veroorzaakt. Wel komt het nogal vaak voor dat de blaas slechts ten dele kan worden geledigd (retentie). Die retentie doet zich voor bij nagenoeg de helft van de zieken, vooral dan bij mannen. Zij moeten dan vaker urineren, en doordat er steeds een hoeveelheid urine in de blaas achterblijft, ontstaan er gemakkelijker urinaire infecties. Voordat we over antibiotica beschikten, sloegen die infecties soms over op de nieren, wat dan het leven van die patiënten in gevaar kon brengen. Die verwickelingen zijn thans gelukkig zeldzaam geworden, wat niet belet dat urinaire stoornissen een uitermate vervelend probleem blijven stellen op sociaal vlak.

In uitzonderlijke gevallen (5 à 10 %) kunnen die urinaire problemen de eerste tekenen van de ziekte vormen, doch over het algemeen krijgen MS-patiënten pas na een tiental jaren met die problemen af te rekenen. Die urinaire stoornissen zijn daarentegen wel zeer frequent bij patiënten met motorische en sensitiviteitsstoornissen in de benen, patiënten dus bij wie het merg is aangetast. Hoe erger de mate van verlamming van de benen, hoe meer ze van die urinaire problemen te lijden hebben.

Mechanisch gesproken zijn de problemen met de urineblaas het gevolg van ofwel een excessieve contractiliteit van de blaasspier (hyperreflexie), ofwel een gebrek aan coördinatie (dyssynergie) tussen de ringvormige spier (sfincter) die de uitgang van de blaas afsluit, en de blaascontracties bij het urineren. Om te urineren moet die sfincter zich immers ontsluiten in coördinatie met de contractie van de blaas.

De totale teloorgang van de contractiliteit van de blaas (atonie) is een uitzonderlijk verschijnsel. De normale inhoud van een volle urineblaas is 300 à 500 ml. De blaas vult zich heel geleidelijk, en vanaf het ogenblik dat de blaas ongeveer 250 ml urine bevat,

begint een gezonde persoon een drang tot urineren te voelen, en die drang wordt bij een inhoud van meer dan 300 ml tot een dringende behoefte. Gezonde personen kunnen die drang een tijdlang bedwingen, maar MS-patiënten kunnen dat vaak niet en moeten dan telkens heel dringend naar het toilet.

Met sommige technieken kunnen wij de werking van de blaas en van de sfincter bestuderen, en kunnen we dus de precieze oorzaak van de mictiestoornissen kennen. Bij de meeste zieken gaat het om een hyperreflexie van de blaasspier die zich al contracteert als er nog maar kleine hoeveelheden urine in de blaas aanwezig zijn. Die hyperreflexie gaat dan vaak (in 50 % van de gevallen) gepaard met dyssynergie van de sluitspier, wat retentie veroorzaakt.

De medische behandeling van de urinaire problemen bestaat in de toediening van medicijnen die inhiberend inwerken op de blaasspier, en die zodoende de onweerstaanbaarheid van de drang en de pollakiurie doen afnemen. Hier dient evenwel aan toegevoegd te worden dat die inhibitoren minder efficiënt werken bij patiënten met incomplete blaaslediging.

Om dit laatste probleem tegen te gaan, schrijft men medicijnen voor die de sluitspier ontspannen en een meer volledige lediging mogelijk maken. Die medicijnen werken jammer genoeg niet altijd, en dan moet men wel zijn toevlucht nemen tot af en toe sonderen, iets dat men aan de patiënt kan aanleren zodat hij het zelf kan doen. Die techniek wordt thans meer en meer courant toegepast.

Indien alle medische behandelingen falen, kan men via het natuurlijk kanaal of transcutaan-suprapubicaal een permanente sonde aanbrengen als voorlopige maatregel in afwachting van een heelkundige ingreep op de sfincter of kan men de urine-afvoer zelfs transdermaal derivieren.

Stoornissen van de darmfuncties

Hoewel de helft van de MS-patiënten te lijden krijgen van darmfunctiestoornissen, zijn er maar weinig patiënten die daarover klagen.

In feite zijn de mechanismen waardoor die stoornissen worden veroorzaakt vergelijkbaar met die welke leiden tot problemen met het urineren, en zijn ze gekenmerkt door spontane en abnormale contracties van het rectum en door zwakte van de anussfinctercontractie. Bovendien is ook de darmtransit vaak verstoord wegens een aantal redenen, zoals de aantasting van het sympatisch zenuwstelsel, de nevenwerkingen die door sommige geneesmiddelen worden veroorzaakt, een ontoereikende vochttoevoer en een geringe fysieke activiteit.

Jammer genoeg is het zo dat wij redelijk goed de pathofysiologie van de urinaire

stoornissen kennen, maar niet die van de darmstoornissen, zodat wij zeer beperkt zijn in onze mogelijkheden om ze te kunnen behandelen. Een eerste stap bestaat erin een strikte voedingshygiëne op te leggen wat de maaltijduren betreft, en de inname van drank en plantaardige vezels voor te schrijven die bevorderend inwerken op de darmtransit. Een tweede stap is de toediening van medicijnen die de stoelgang bevorderen en die samen met hoeveelheden vocht moeten worden ingenomen. Indien die behandeling faalt, zullen laxativa en suppositoria moeten worden voorgeschreven.

De onweerstaanbare drang om snel naar het toilet te moeten gaan of incontinentie komen gelukkig niet vaak voor. Daarin kan verbetering worden gebracht door toediening van stoffen of medicijnen die constipatiebevorderend werken.

Sexuele stoornissen

Pas recentelijk is men de sexuele problemen bij MS gaan bestuderen. Dat soort onderwerpen is lange tijd een sociaal taboe gebleven, en het is nog niet lang geleden dat daar openlijk over gesproken wordt, zowel door patiënten als door de medici. Destijds dacht men dat hypersexualiteit het vaakst voorkomend probleem was, wat evenwel niet werd bevestigd.

In een recente enquête hebben slechts 23 % van de mannen en 40 % van de vrouwen die aan MS lijden verklaard dat zij op sexueel gebied geen problemen hebben. Bij 23 % van de mannen en 15 % van de vrouwen was er een verminderde sexuele activiteit, en bij 54 % mannen en 45 % vrouwen was er helemaal geen sexuele activiteit meer. Er doen zich op dit gebied dus veel vaker problemen voor dan men destijds wegens gebrek aan informatie dacht.

Gewoonlijk duurt het na het begin van de ziekte nog verschillende jaren voor de eerste sexuele stoornissen zich voordoen, maar 15 % van de patiënten hebben ook reeds bij de eerste diagnosestelling te lijden van enkele problemen op dat gebied.

De fysiologie van de sexuele activiteit van de man is over het algemeen beter gekend. Bij de beide geslachten wordt die activiteit geregeld door het vegetatief zenuwstelsel, maar ook psychologische factoren spelen een belangrijke rol.

Vijfenzestig procent mannen klagen over sexuele stoornissen, en twee derden hebben een te slappe erectie; bij één derde is de libido sterk afgenomen, omdat het sexuele hen niet meer zo zeer interesseert, of omdat ze altijd moe zijn.

Bij de vrouwen zijn er bij minstens 50 % sexuele problemen, die te wijten zijn aan verminderde gevoeligheid in de dijen en in de genitale streek. Waar ze het meest last van ondervinden zijn gevoeligheidswijzigingen, doordat de gevoeligheid overslaat in pijn. Eén

derde komt niet meer tot een orgasme en klaagt, zoals de mannen, over een gebrek aan libido en over het feit dat het seksuele hen niet meer interesseert. Over pijn bij seksuele betrekkingen (dyspareunie) wordt zelden of nooit uitdrukkelijk geklaagd.

Zowel bij vrouwen als bij mannen kunnen diverse neurologische stoornissen een praktisch probleem vormen, bijvoorbeeld stramme spieren, krampen, pijn, incontinentie, het dragen van een urinesonde, enz. Die stoornissen oefenen ook op psychologisch vlak een negatieve invloed uit, want al die omstandigheden kunnen maken dat de zieken zich weinig aantrekkelijk en soms zelfs afstotelijk voelen. En tenslotte moeten wij niet uit het oog verliezen dat MS-patiënten doorgaans grote dosissen geneesmiddelen moeten innemen, en dat sommige van die geneesmiddelen, zoals de antispastische middelen en de antidepressiva, een afremmende invloed op de seksuele activiteit kunnen uitoefenen.

Nagenoeg de helft van de zieken verklaren dat ze bijna of helemaal geen interesse voor het seksuele meer hebben, en dat ze kort na het begin van de ziekte veel minder betrekkingen zijn beginnen hebben. De jongste zieken hebben het daar het moeilijkst mee; maar patiënten die door hun ziekte al zwaar gehandicapt zijn, lijken niet veel belang meer te hechten aan dit aspect.

Daar de fysiologie van de seksuele activiteit van de man ons beter bekend is, is het wel nuttig een onderscheid te maken tussen de impotentie die het gevolg is van de onderbreking van de zenuwbanen en de impotentie waarvan de oorzaak in psychologische factoren ligt. Neurofysiologische en radiologische onderzoeken, evenals metingen van de bloedcirculatie in de penis hebben aangetoond dat in veruit de meeste gevallen de seksuele problemen van somatische en niet van psychologische oorsprong waren. Men heeft die problemen willen verhelpen met plaatselijke inspuitingen met papaverine (een vasodilatator), of met de inplanting van een prothese. Over het algemeen voelen de patiënten zich opgelucht als ze te horen krijgen dat hun seksuele problemen rechtstreeks verband houden met hun ziekte.

In sommige landen bestaan er gespecialiseerde centra; er wordt aan de beide partners aangeraden om samen naar de raadpleging te komen, zodat gezamenlijk kan worden overlegd over de psychologische begeleiding en over de overwogen maatregelen van praktische aard.

Psychiatrische stoornissen

MS-patiënten kunnen vaak kortstondige humeurschommelingen vertonen en zijn vaak onstabiel en angstig. Twee derden van de zieken krijgen in de loop van een jaar te lijden van een of ander symptoom, en in één derde van die gevallen gaat het om stoornissen die ernstig genoeg zijn om als een zware zenuwzinking te worden beschouwd. Bijna de helft van alle zieken maken in hun leven een depressieve periode door, en alternerende perioden van opgewektheid en depressie (manisch-depressieve psychose) zijn niet

zeldzaam. Die episoden van manische agitatie kunnen zich ondermeer voordoen bij toediening van cortisone. Affectieve stoornissen zijn frequent tijdens de opflakkingen van de ziekte en bij patiënten die lijden aan de progressieve vorm van MS. Die stoornissen vertonen evenwel geen evenredigheidsverband met de ernst van de handicap.

MS-patiënten blijken gemakkelijker ten prooi te kunnen vallen aan psychiatrische aandoeningen dan gezonde personen, of zelfs personen die gehandicapt zijn door andere ziekten. Nochtans vertoonden die patiënten, vóór ze MS kregen, op het stuk van voorbeschiktheid voor psychologische stoornissen dezelfde vatbaarheidsgraad als een normale populatie. De ontwikkeling van vlekvormige sclerosehaarden op de hersenen schijnt die psychische stoornissen dus in de hand te werken. Eigenaardig genoeg valt er nochtans geen correlatie vast te stellen tussen de ernst van de psychische stoornissen en het aantal of de lokalisatie van die met KST vastgestelde letsels. Stress daarentegen lijkt een doorslaggevende factor te vormen bij de verschijning van psychiatrische stoornissen. Door de hersenaantastingen lijken de zieken dus kwetsbaarder te worden en minder bestand te zijn tegen de uitwendige factoren die psychische stoornissen kunnen veroorzaken.

Destijds was men de mening toegedaan dat euforie en onverschilligheid typisch waren voor MS. In feite is dat slechts bij 10 % van de patiënten het geval. Die stoornissen van het humeur houden verband met veranderingen die zich voordoen in de persoonlijkheid, veeleer dan met een affectief probleem. In tegenstelling tot hetgeen zich voordoet bij andere psychische stoornissen, bestaat er een correlatie tussen het aantal met KST vastgestelde letsels en de euforie of de onverschilligheid. Die letsels zijn meer bepaald gelokaliseerd in de centrale en achterste delen van de hersenen, evenals in de periventriculaire streken. Die storingen kunnen in de ergste gevallen soms gaan tot een totaal gebrek aan controle over de emoties, met alternerend lachen en huilen. Men denkt dat dit een gevolg is van een onderbreking van de connecties tussen de frontale hersenkwabben waar de zetel van onze emotiviteit is gelegen, en de rest van de hersenen.

Ook transitoire psychosen (en meer bepaald paranoïatoestanden) werden beschreven. Klinisch komen zij op dezelfde wijze tot uiting als bij andere psychiatrische patiënten. Wel doen ze zich op een iets latere leeftijd voor. Zij lijken verband te houden met de met KST vastgestelde letsels die zich lokaliseren ter hoogte van de temporale uitsteeksels.

Zoals wij reeds eerder zegden, is het uitzonderlijk dat psychiatrische stoornissen de eerste tekenen zijn waarmee een MS zich aanmeldt.

Stoornissen van de intellectuele functies

De waan als zouden MS-patiënten helemaal niet te lijden hebben van intellectuele stoornissen, dus stoornissen van de cognitieve functies, houdt ook niet langer meer stand.

Thans wordt aangenomen dat 50 % tot 60 % van alle patiënten ervan te lijden krijgen, zowel zij die de vorm van de ziekte hebben die met periodieke opflakkingen evolueert, als zij die aan de progressief voortschrijdende vorm van de ziekte lijden.

Het vaakst getroffen zijn de geheugencapaciteit en het vermogen tot abstract denken, terwijl het spraakvermogen gespaard blijft. Het klinisch beeld verschilt van dat van de preseniele dementie (ziekte van Alzheimer) waar zich een aantasting voordoet van het leervermogen, van het globaal geheugenvermogen en van het spraakvermogen, terwijl het bij MS gaat om stoornissen van het concentratievermogen, van de memorisering en van de psychomotorische functies. In feite is de lokalisering van de letsels zeer verschillend, daar het bij Alzheimer de cellen van de hersenschors zijn die worden aangetast, terwijl MS de witte stof aantast. Bij de eerstgenoemde ziekte spreekt men dus van corticale dementie, en bij de laatstgenoemde van subcorticale dementie. De bij MS vastgestelde cognitieve stoornissen vertonen meer gelijkenis met die van personen die lijden aan de ziekte van Huntington, een ziekte die het ook op de witte stof heeft gemunt.

Ook al is de aantasting van de intellectuele functies bij MS vaak zeer discreet, toch belet dit niet dat dit dikwijls een probleem vormt voor de verrichting van het werk, voor de sociale contacten en voor de dagelijkse activiteiten.

De evolutie van die intellectuele stoornissen is nauw verbonden met de progressie van de ziekte. Men kent geen gevallen waarin die stoornissen de eerste verschijnselen vormden die de ziekte aankondigden. Een slechter werkend geheugen en een vermindering van de aandacht doen zich vooral voor bij zieken die zich al in de progressieve fase bevinden. Deze beide symptomen lijken minder vaak voor te komen bij MS-vormen waar na elke opflakking een remissie volgt. Het onmiddellijk geheugen, d.w.z. het vermogen om ogenblikkelijk iets te memoriseren, is bij deze vormen van de ziekte doorgaans niet aangetast, behalve tijdens een periode van opflakkingen. Maar het zich herinneren van recente feiten (van enkele weken tot enkele maanden geleden) gaat vaak minder goed. Over de mogelijkheid om zich feiten te herinneren die zich vele jaren geleden hebben voorgedaan, beschikken wij over weinig gegevens, maar over het algemeen lijken zich daar geen problemen voor te doen.

Er bestaat een correlatie tussen de lokalisatie van de hersenletsels en de stoornissen in het geheugen voor recente feiten. Letsels in de witte stof leiden tot een aandachtsverlies, tot problemen om de te memoriseren zaken op te slaan, en tot een gebrek aan motivatie. Daarentegen berokkent de ziekte minder schade aan het vermogen om opgeslagen informatie te onthouden en aan het spraakvermogen, twee vermogens waarvan de zetel in de cortexstreek is gelegen.

De bij MS-patiënten vastgestelde cognitieve tekortkomingen uit zich op zeer uiteenlopende wijzen. Bij zieken met een langzaam progressieve vorm van MS bestaat het fundamenteel deficit, dat zich van bij de aanvang laat vaststellen, in een vermindering van

de snelheid en van de capaciteit om informatie in de hersenen te verwerken. Hoewel het onmiddellijke geheugen in die fase nog intact kan zijn, gebeurt het dat taken die complexere processen impliceren wel reeds problemen stellen. Naarmate de ziekte evolueert, wordt de hersenschors van de voorhoofdskwabben geleidelijk geïsoleerd en worden de connecties tussen dat cortexgedeelte en de andere centra geleidelijk verbroken wegens de demyelinisatie van bepaalde zones. De patiënt verliest dan het vermogen om zijn geheugenopslagmechanismen en zijn informatie-oproepsystemen behoorlijk te doen functioneren. Men weet inderdaad dat een aantasting van de voorhoofdskwabben, welke ook de reden van die aantasting weze, leidt tot een verlies van de inhibitie, van de controle over de gedragingen.

In de praktijk klagen de patiënten erover dat ze vergeten wat ze van plan waren te doen, dat ze moeilijk terzelfder tijd met twee verschillende zaken kunnen bezig zijn, en dat zij de automatismen verloren zijn die het ons zo gemakkelijk maken om vele fundamentele handelingen uit het dagelijkse leven moeiteloos te verrichten. De minste handeling vergt van hen een grote inspanning om zich te concentreren op hetgeen ze moeten doen.

Affectieve en intellectuele stoornissen komen bij MS dus wel veel vaker voor dan men vroeger wel dacht. Jarenlang heeft men er weinig of geen aandacht aan besteed, misschien omdat men wou vermijden een toch al moeilijk te dragen fysieke handicap nog lastiger te maken door hem nog te verergeren met een psychologische of intellectuele dimensie. Gelukkig begint men daar nu anders over te denken. Wij mogen immers niet vergeten dat die affectieve en intellectuele stoornissen een bijkomende hinder vormen, een hinder waar met behandelingen iets tegen te doen valt, evengoed bij MS-patiënten als bij andere personen die problemen hebben op het gebied van bijvoorbeeld humeurigheid of aandachtsstoornissen.

Wel is het zo dat, zoals voor de revalidatie van de motorische functies, de wijze waarop neuropsychologische revalidatie wordt toegepast op MS-patiënten verschillend moet zijn van de wijze waarop patiënten met hersenletsels van traumatische of vasculaire oorsprong worden gerevalideerd. Het is dus primordiaal eerst met zekerheid uit te maken waaraan het gebrekkig cognitief functioneren precies te wijten is, om dan de revalidatie op de verhelping van de oorzakelijke factor toe te spitsen.

Tenslotte mag men zeker ook niet uit het oog verliezen dat bij MS de correlatie tussen gemoedsgesteldheidsstoornissen of verstoorde cognitieve functies en de KST evidentier is dan bij een fysieke handicap. Recente studies met interferon hebben aangetoond dat er al spoedig na het begin van de therapie verbetering komt in de behandelde stoornissen. Dat is dan ook de reden waarom in de protocollen van therapeutische tests thans meer en meer ook aandacht wordt besteed aan de beschrijving van de vastgestelde uitwerkingen op de cognitieve en affectiviteitsfuncties.

Stoornissen van het perifere zenuwstelsel (PZS)

Het is een klassieke bewering te zeggen dat MS strikt beperkt is tot het centraal zenuwstelsel (CZS). Toch stelt men met anatomische controles en neurofysiologische onderzoeken bij MS-patiënten soms vast dat er ook in het perifere zenuwstelsel anomalieën aanwezig zijn, met name een vermindering van de dikte van de myeline en een tragere conductiesnelheid.

De cellen die instaan voor de aanmaak van myeline zijn niet dezelfde voor het CZS (oligodendrocyten) als voor het perifere zenuwstelsel (PZS) (cellen van Schwann). Als men ze onder de microscoop bekijkt, ziet men geen verschillen in de structuur : in de twee gevallen heeft de myeline het uitzicht van een spiraalvormig en zeer nauw aansluitend membraan. En ook op elektrofysiologisch vlak zijn die twee soorten cellen allebei gekenmerkt door een grote weerstand en een geringe capacitantie (isolerend vermogen).

Het enige verschil is van biologische aard : de voornaamste eiwitten waaruit ze zijn samengesteld zijn niet dezelfde. De divergentie is dus evenwel niet totaal, want sommige eiwitten zijn wel dezelfde. Men zou dus kunnen aannemen dat bij sommige gevallen van MS, één van die gemeenschappelijke eiwitten antigenisch zou werken en daardoor zowel de centrale als de perifere myeline zou aantasten. Het is wel interessant hier aan te stippen dat er ook een immunitaire aandoening van het PZS bestaat (nl. de ziekte van Guillain en Barré) en dat men bij sommige van die patiënten met KST duidelijk kan zien dat ook de centrale myeline is aangetast.

Maar hoe dan ook is het zo dat neurofysiologische studies uitwijzen dat indien bij MS wordt vastgesteld dat ook het PZS immunitaire agressies ondergaat, aan dat perifere stelsel geen belangrijke schade wordt toegebracht en de werking van dat stelsel slechts zeer matig wordt verstoord. Daarom kan men in de praktijk stellen dat MS enkel te maken heeft met het CZS.

Stoornissen van het sympatisch zenuwstelsel

In principe tast MS het sympatisch zenuwstelsel niet aan. Maar de werking van dat stelsel wordt wel voor een deel geregeld door zenuwcentra die gelegen zijn in de hersenen en in het ruggemerg. Het is dus mogelijk dat de zich daar vormende sclerosehaarden secundair ook aanleiding kunnen geven tot stoornissen in het sympatisch stelsel.

Sommige studies hebben in feite uitgewezen dat er bij nagenoeg de helft van de MS-patiënten door het hart of de bloeddruk abnormaal wordt gereageerd op diverse stimuli. En in uitzonderlijke gevallen uiteten die anomalieën zich ook in de vorm van klinische stoornissen. Er bestaat evenwel geen verband tussen die stoornissen en de duur van de ziekte, of de vorm of de ernst ervan.