

Ved hjelp av MR-undersøkelser kan diagnosen multipel sklerose nå stilles hos pasienter som bare har hatt ett klinisk angrep, noe som vil føre til økt behov for slike undersøkelser

Når kan diagnosen multipel sklerose stilles?

Diagnosen multipel sklerose var tidligere kun basert på kliniske funn. I 1983 kom Poser-kriteriene, som inkluderte resultatene av nevrofysiologiske undersøkelser og spinalvæskeundersøkelser, og som krevde minst to kliniske angrep. Nå er også funn ved magnetisk resonansundersøkelse (MR) inkludert.

I dette nummer av Tidsskriftet diskuterer Midgard og medarbeidere de nye diagnostiske kriterier ved multipel sklerose (1), og Bakke og medarbeidere vurderer bruken av MR i diagnostikken (2). Alle norske universitetssykehus er representert i forfatterlistene, noe som innebærer at dette ikke er partsinnlegg, men nasjonal konsensus. I de to oversiktsartiklene legger forfatterne grunnlaget for en nasjonal, ensartet diagnostikk av denne viktige sykdom.

Hvis en pasient har hatt to eller flere typiske angrep og det er objektive holdepunkter for at det er to atskilte lesjoner som har kommet på ulike tidspunkter, kan diagnosen multipel sklerose fortsatt stilles på rent klinisk grunnlag (1). Likevel vil det bare være i spesielle tilfeller at MS-diagnosen stilles bare på bakgrunn av symptomer og funn. I de fleste tilfellene vil diagnosen i praksis bygge på et samarbeid mellom kliniker og radiolog. Dette har spesiell betydning hos pasienter som bare har hatt ett klinisk angrep.

En forutsetning for diagnosen multipel sklerose er disseminasjon i tid og sted – at det er funn fra flere deler av sentralnervesystemet, og at lesjonene har oppstått på ulike tidspunkter. Tidligere stilte vi ikke diagnosen multipel sklerose på bakgrunn av én enkelt episode. Det kan vi nå, hvis det er holdepunkt for flere lesjoner, og disse ikke har kommet samtidig. Noen enkeltepisoder, som optikusnevritt, dobbeltsyn eller forbigående ustøhet, kan gå tilbake av seg selv, mens de hos andre er første varsel om multipel sklerose.

MR-undersøkelse brukes nå for å avgjøre om en slik episode er et ledd i multipel sklerose. Studier tyder på at over 80 % av pasienter med isolerte kliniske syndromer og MR-forandringer forenlige med multipel sklerose blir diagnostisert med multipel sklerose, mens de øvrige har selvbegrensede prosesser (3).

Det er tolkingen av pasientens symptomer og kliniske utfall som gir grunnlaget for diagnosen, slik Bakke og medarbeidere presiserer (2). Multipel sklerose er verken en ren klinisk eller en ren radiologisk diagnose. Det er derfor svært verdifullt med nasjonale retningslinjer for tolkingen av MR-funn ved mistanke om denne sykdommen, men alle diagnostiske problemer ved multipel sklerose er dermed ikke løst. Det er fortsatt situasjoner der pasienten innfrir noen, men ikke alle kriteriene, og der bare det videre forløp kan gi en avklaring. Men multipel sklerose er ikke lenger en eksklusjonsdiagnose.

Med MR og nye terapeutiske muligheter er kunnskap om de differensialdiagnostiske muligheter blitt viktigere enn før. Midgard og medarbeidere gir i sin artikkel en verdifull oversikt over tilstander som klinisk kan forveksles med multipel sklerose (1). De antyder at man kan se sykdomsutviklingen an og stille diagnosen når det eventuelt kommer et angrep nummer to. Hvis spinalvæsken viser forandringer forenlige med multipel sklerose (oligoklonale bånd eller andre holdepunkter for produksjon av IgG-antistoffer i sentralnervesystemet), vil kravet til MR-dokumentasjon senkes og to

MR-lesjoner aksepteres som uttrykk for disseminasjon i sted. Men det kan gå lang tid mellom to angrep. Få pasienter vil i dag akseptere utsagn som «dette kan være multipel sklerose, men det er det bare fremtiden som kan si noe om». Derfor vil leger møte et økende og velbegrunnet behov for flere MR-undersøkelser ved mistanke om multipel sklerose. Hvis den første undersøkelsen utføres før det er gått tre måneder etter et angrep, kan vi ikke si om eventuelle lesjoner er nye. Hvis den andre undersøkelsen ikke gir holdepunkt for kontrastopptak, kan det bli nødvendig med enda en undersøkelse for å bekrefte nye T2-lesjoner (4). Det vil kreve to og kan kreve opptil tre undersøkelser å avklare diagnosen.

Det hevdes at hyppigheten av sykdommen tilsynelatende økes når de nye kriteriene er tatt i bruk (5), og det er neppe tvil om at sykdommen nå vil oppdages tidligere enn før. Tintoré og medarbeidere fant at de nye kriteriene førte til at tre ganger så mange pasienter med isolerte kliniske syndromer ble diagnostisert med multipel sklerose enn før (4). Dette er ikke uttrykk for en biologisk økning, men for raskere diagnostikk – og sannsynligvis også for at flere tilfeller av «benign multipel sklerose» blir oppdaget. Med benign multipel sklerose mener vi de tilstander der sykdommen over tid viser liten og ingen progrediering.

Hvilke konsekvenser har de nye diagnostiske kriteriene for behandlingen? Tendensen er å starte behandling med betainterferoner tidligere enn før for å bremse sykdomsutviklingen. Hvis det diagnostiseres flere tilfeller enn før, kan dette føre til økt bruk av betainterferoner. Men det er ikke fullt samsvar mellom klinisk effekt og effekt på MR-forandringer (5, 6), og effekten på inflammatorisk aktivitet er større enn på aksonal skade (7). Derfor vil MR-undersøkelser ved multipel sklerose ha avgjørende betydning både i diagnostikk og ved oppfølging av behandling.

Johan A. Aarli
johan.a.aarli@helse-bergen.no

Johan Aarli (f. 1936) er leder av Nevroklippen ved Haukeland Universitetssykehus og professor ved Universitetet i Bergen. Han har forskningsmessig bakgrunn i nevroimmunologi og er visepresident i World Federation of Neurology.

Litteratur

1. Midgard R, Beiske AG, Celius EG, Jensen D, Hovdal H, Mellgren SI et al. Nye diagnostiske kriterier ved multipel sklerose. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1345–8.
2. Bakke SJ, Lilleås F, Smievoll AI, Myhr G, Nakstad PH, Bajic R et al. Bruk av MR i diagnostikk av multipel sklerose. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1349–51.
3. Brex PA, Ciccarelli O, O'Riordan JI, Sailer M, Thompson AJ, Miller DH. A longitudinal study of abnormalities on MRI and disability from multiple sclerosis. N Engl J Med 2002; 346: 227–31.
4. Tintoré M, Rovira A, Rio J, Nos C, Grivé E, Sastre-Garriga J, Pericot I et al. New diagnostic criteria for multiple sclerosis. Application in first demyelinating episode. Neurology 2003; 60: 27–30.
5. Giovannoni G, Bever CT. Patients with clinically isolated syndromes suggestive of MS. Does MRI allow earlier diagnosis? Neurology 2003; 60: 6–7.
6. Filippini G, Munari L, Inconvaia B, Ebers GC, Polman C, Dámico I et al. Interferons in relapsing remitting multiple sclerosis: a systematic review. Lancet 2003; 361: 545–52.
7. Parry A, Corkill R, Blamire AM, Palace J, Narayanan S, Arnold D et al. Beta-interferon treatment does not always slow the progression of axonal injury in multiple sclerosis. J Neurol 2003; 250: 171–8.