

Wie wirksam ist welche Bewegungsform bei Morbus Parkinson?

In einem Cochrane-Review wurde die Wirksamkeit von Bewegungsangeboten für Menschen mit Morbus Parkinson untersucht. Des Weiteren evaluierten die Experten, ob bestimmte körperliche Aktivitäten für die Patienten mit besonderen Vorteilen verbunden sind. In den Review flossen 156 randomisierte kontrollierte Studien (RCT) (n = 7939), die ein Bewegungsangebot mit keiner Bewegung oder mit anderen Bewegungsangeboten verglichen. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer lag zwischen 60 und 74 Jahren. Die meisten von ihnen waren leicht bis mittelschwer erkrankt und hatten keine schweren kognitiven Beeinträchtigungen.

Die Auswertung der verfügbaren Evidenz aus den RCT ergab, dass strukturierte Bewegungsangebote – von Tanzen, Bewegung im Wasser (z. B. Gangtraining oder Wassergymnastik), Kraft- und Ausdauertraining bis hin zu Tai Chi, Yoga und Physiotherapie – leichte bis starke

Verbesserungen des Schweregrads von Bewegungssymptomen und der Lebensqualität bewirken. Die mit der Krankheitsprogression zunehmenden Symptome, wie z. B. Bewegungsverlangsamung, Zittern, Muskelsteifigkeit und Gleichgewichtsprobleme und der Koordination können mit Physiotherapie oder anderen Bewegungsangeboten gelindert werden. Bislang war unklar, ob bestimmte Arten von Bewegung besser wirken als andere.

Die meisten Bewegungsangebote wirken

Den Autoren zufolge bringen die meisten Bewegungsangebote klinisch bedeutsame Verbesserungen im Schweregrad motorischer Symptome. Dazu gehörten Tanzen, Gang-, Gleichgewichts- und Funktionstraining, multimodales Training mit einer Kombination mehrerer Bewegungsformen sowie Körper-Geist-Training wie z. B. Tai Chi oder Yoga. Ähn-

liche Verbesserungen beim Schweregrad der Bewegungssymptome erzielten Bewegung im Wasser, Krafttraining und Ausdauertraining. Für die Bestimmung des genauen Ausmasses der Symptomverbesserungen reichte die Datenlage jedoch nicht aus.

Was die Lebensqualität betrifft, waren klinisch bedeutsame positive Effekte für Bewegung im Wasser zu beobachten. Das gelte wahrscheinlich auch für andere Arten von Übungen, wie Ausdauertraining, Körper-Geist-Training, Gang-, Gleichgewichts- und Funktionstraining sowie multimodales Training. Auch hier reichte die Datenlage jedoch nicht, um das genaue Ausmass der Verbesserungen zu bestimmen, so die Autoren. *PS/vh* ●

Quelle: Ernst M et al.: Physical exercise for people with Parkinson's disease: a systematic review and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2023;1(1):CD013856. Published 2023 Jan 5. doi:10.1002/14651858.CD013856.pub2.

Modifizierte Atkins-Diät hilfreich bei Epilepsie-Therapie

Für Patienten mit therapieresistenter Epilepsie kann eine Lebensstiländerung, beispielsweise mit der modifizierten Atkins-Diät, zusätzlich zur medikamentösen Standardtherapie, möglicherweise dazu beitragen, die Anfallsrate zu senken. Die modifizierte Diät besteht aus der Kombination der Atkins- und der ketogenen Diät, die Sojaprodukte, Rahm, Butter, Öle, grünes Blattgemüse, tierisches Protein inklusive Eier, Huhn, Fisch und Speck enthält. Das versuchten in einer Studie 160 erwachsene und adolescente Epilepsie-Patienten mit einer Erkrankungsdauer von > 10 Jahren und mindestens 27 Anfällen pro Monat trotz ausdosierter Medikation. Die Patienten erhielten während 6 Monaten randomisiert entweder die Stan-

dardtherapie allein oder zusammen mit der modifizierten Atkins-Diät. Die Teilnehmer im Diät-Arm erhielten eine Liste mit erlaubten Nahrungsmitteln, Menüvorschlägen und Rezepten. Die Kohlenhydratmenge war dabei auf 20 g/Tag begrenzt.

Nach 6 Monaten war bei einem Viertel (26%) der Patienten mit zusätzlicher Diät die Anfallshäufigkeit auf die Hälfte signifikant gesunken, in der Kontrollgruppe war das nur bei 3% der Fall. 4 Patienten aus der Diätgruppe waren nach Studienende anfallsfrei, in der Kontrollgruppe niemand. Hinsichtlich Lebensqualität, Verhalten und Nebenwirkungen schnitt die Diätgruppe ebenfalls besser ab. Limitierend ist jedoch die Tatsache, dass An-

fälle durch die Patienten selbst oder durch ihre Betreuer dokumentiert wurden und so vielleicht nicht alle Anfälle angegeben wurden. Zudem konnten 33% der Teilnehmer wegen schlechter Verträglichkeit der Diät, keiner Wirkung oder COVID-19 die Studie nicht beenden. Die Verträglichkeit der kombinierten Diät sei gemäss Letztautorin Dr. Manjari Tripathi, New Delhi, Indien, jedoch besser als die stringente, reine ketogene Diät, die ihre Wirkung in dieser Indikation bereits früher unter Beweis gestellt hat. *vh* ●

Quelle: Manral M et al.: Safety, efficacy, and tolerability of modified Atkins diet in persons with drug-resistant epilepsy: a randomized controlled trial. *Neurology.* 2023;10.1212/WNL.000000000206776.

Neue S2k-Leitlinie «Diagnostik und Therapie myasthener Syndrome»

In der Myasthenia gravis (MG) haben in vergangenen Jahren wesentliche zulassungsrelevante Therapieentwicklungen stattgefunden. Daraus ergeben sich differenzierte diagnostische Methoden und Therapiestrategien. Die Diagnose von MG und myasthenen Syndromen basiert auf dem anamnestisch und dem im Untersuchungsbefund erhobenen Bild einer objektivierbaren belastungsabhängigen Muskelschwäche. Die Diagnose wird gesichert durch positive Befunde in der Auto-Antikörper-Diagnostik und/oder Elektrophysiologie und/oder pharmakologischen Testung.

Differenzialdiagnostisch sind autoimmune myasthene Syndrome von kongenitalen myasthenen Syndromen (CMS) abzugrenzen, die genetisch bedingt sind.

Ziel der Therapie der MG ist die bestmögliche Krankheitskontrolle. Dabei orientiert sich die Therapie der MG primär an der Krankheitsaktivität/-schwere sowie am Antikörper (Ak)-Status mit Unterteilung in die Acetylcholin-Rezeptor (AChR)-, muskelspezifische Kinase (MuSK)-, bzw. Lipoprotein-related protein (LRP) 4-positive sowie seronegative MG.

Ursache der autoimmunen MG ist ein Verlust

von funktionsfähigen nikotinischen AChR (nAChR) an der motorischen Endplatte durch verschiedene Auto-Antikörper.

Die Myasthenia gravis gehört zu den dynamischsten Erkrankungsbereichen hinsichtlich der Therapieentwicklung. Therapeutisch wurden bei der gMG mit der Klasse der C5-Komplementinhibitoren sowie der Klasse der neonatalen Fc-Rezeptor-Modulatoren (FcRn) nicht nur neue Therapietargets entwickelt, sondern damit auch neue Therapiestrategien. *red* ●

Quelle: Pressemitteilung Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)