Aus der Neurologischen Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München (Direktor: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Th. Brandt)

Kongenitale myasthene Syndrome: Patch Clamp-Analyse der Einzelkanalcharakteristika von vier neuen Mutationen der ε-Untereinheit des nicotinergen Acetylcholinrezeptorkanals

Dissertation zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München

> vorgelegt von Sabine Luise Gärtner aus Starnberg 2008

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München

Berichterstatter:	PD Dr. med. K. Jahn
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. med. F. Heinen Prof. Dr. med. H. Steiner
Dekan:	Prof. Dr. med. D. Reinhardt
Tag der mündlichen Prüfung:	19.Juni 2008

Es sind die kleinen Dinge, welche die Welt verändern.

# Inhaltsverzeichnis

1		Zusammenfassung	6
2		Einleitung	8
	2.1	Der nicotinerge AChR-Kanal und die Signaltransduktion an der	
		neuromuskulären Synapse	8
	2.1.1	Der nicotinerge ACh-Rezeptor	8
	2.1.2	Die Signalübertragung an der neuromuskulären Synapse	11
	2.2	CMS: Funktionsstörungen der neuromuskulären Übertragung:	
		Klinik und Klassifikation	14
	2.2.1	Vererbungsmodus und Häufigkeit	15
	2.2.2	Klassifikation	16
	2.2.2.1	Präsynaptische CMS	17
	2.2.2.2	2 Synaptische CMS	17
	2.2.2.3	Postsynaptische CMS	18
	2.2.2.4	Diagnostik	21
	2.2.2.5	5 Therapiemöglichkeiten	24
	2.3	Patch Clamp-Technik	27
	2.3.1	Patch Clamp-Setup	29
	2.3.2	Patch Clamp-Konfigurationen	30
	2.4	Zielsetzung	33
3		Material und Methoden	34
	3.1	Verwendete Zellen und DNA	34
	3.1.1	Zellen	34
	3.1.2	Mutationen	34
	3.1.2.1	Mutation ε812C>T	34
	3.1.2.2	$2$ Mutation $\varepsilon$ 1304del3	34
	3123	$3$ Mutation $\varepsilon$ 392del3	35
	3124	Mutation c652C>T	35
	3.2	Transfektion der Zellen	36
	3.3	Patch Clamp-Messungen	37
	3.4	Auswertung	38
4	0.1	Fraehnisse	40
-	41	Wildtyn	40
	4.1.1	Burst duration	<u>4</u> 0
	4.1.1	Mean open time	42
	413	Amplitude	43
	4.1.0	Reurteilung	43
	4.1. <del>4</del> 1.2	Mutation c812C>T	40 ΛΛ
	т. <u>с</u> 121	Burst duration	
	4.2.1	Mean open time	44
	т. <u>с</u> .с 1 2 2	Mean open une Δmnlitude	40
	т.2.J Л Э Л	Ampiliade Beurteilupa	40
	+.∠.4 ∕\ 3	Mutation c130/del3	40 17
	4.5	Puret duration	41
	4.J.I	Duisi uuidiivii	4/ 10
	4.3.2		40

	4 0 0		40
	4.3.3	Amplitude	49
	4.3.4	Beurteilung	49
	4.4	Mutation ɛ392del3	50
	4.4.1	Burst duration	50
	4.4.2	Mean open time	51
	4.4.3	Amplitude	52
	4.4.4	Beurteilung	52
	4.5	Mutation ɛ652C>T	53
	4.5.1	Burst duration	53
	4.5.2	Mean open time	54
	4.5.3	Amplitude	55
	4.5.4	Beurteilung	55
	4.6	Zusammenfassung der Ergebnisse	56
5		Diskussion	57
	5.1	Patch Clamp-Messungen an HEK 293-Zellen	57
	5.2	Untersuchte Mutationen	59
	5.2.1	ε812C>T	60
	5.2.2	ε1304del3	61
	5.2.3	ε392del3	62
	5.2.4	ε652C>T	62
	5.3	Relevanz der Ergebnisse für Diagnostik und Therapie von CMS	64
6		Literaturnachweise	67
7		Anhang	76
	7.1	Klassifikation der CMS nach der Konferenz der ENMC 1995	76
	7.2	Einzelkanalmessungen ɛ812C>T	78
	7.3	Einzelkanalmessungen ɛ1304del3	80
	7.4	Einzelkanalmessungen ɛ392del3	82
	7.5	Einzelkanalmessungen ɛ652C>T	84
8		Danksagung	86
9		Lebenslauf	87

# Abkürzungsverzeichnis

3,4-DAP	3,4-Diaminopyridin
Å	Angström
ACh	Acetylcholin
AChE	Acetylcholinesterase
AD(-Wandler)	Analog-Digital(-Wandler)
AP	Aktionspotential
BD	Burst Duration
Ca <sup>2+</sup>	Calcium
ChAT	Cholinacetyltransferase
CHRNE	Cholinergic Receptor Nicotinic Epsilon
	Polypeptide
CMAP	Compound muscle action potential
CMS	Congenital myasthenic syndromes
	= kongenitale myasthene Syndrome
CMS-EA	Congenital myasthenic syndrome with
	episodic apnea
ColQ	Collagenic-like tail subunit
DNA	Desoxyribonucleinsäure
DMEM	Dulbecco's modified Eagle's medium
EA	Episodic apnea
EDTA	Ethylendiamintetraessigsäure
EMG	Elektromyographie
ENMC	European Neuromuscular Center
EPC	Endplattenstrom
EPP	Endplattenpotential
EPSP	Exzitatorisches postsynaptisches Potential
FCCMS	Fast channel-CMS
GFP	Grün fluoreszierendes Peptid
HEK	Human embryonic kidney (cells)
K <sup>+</sup>	Kalium
MEPC	Miniatur-Endplatten-Strom
MEPP	Miniatur-Endplattenpotential
MOT	Mean open time = mittlere Öffnungsdauer
mRNA	Messenger Ribonucleinsäure
n	Anzahl
nAChR	Nicotinerger Acetylcholinrezeptor
Na <sup>+</sup>	Natrium
NMJ	Neuromuscular junction
	= motorische Endplatte
OPA	Operationsverstärker
Opti-MEM	Opti-modified Eagle's medium
PCR	Polymerase chain reaction

RNA	Ribonucleinsäure
SCCMS	Slow channel-CMS
SD	Standardabweichung
SFEMG	Single fiber electromyography
SFEMGSSRI	Single fiber electromyography Selective Serotonin reuptake inhibitor

# Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Struktur des nAChR-Kanals in Seit- und Aufsicht	9
Abb. 2: Öffnung des nAChR-Kanals nach Bindung von zwei Molekülen ACh	10
Abb. 3: Konformationszustände des AChR	11
Abb. 4: Erregungsweiterleitung an der NMJ	13
Abb. 5: Kindlicher Patient mit CMS-EA	14
Abb. 6: Repetitive CMAPs nach Stimulation bei SCCMS und AChE-Defizienz	23
Abb. 7: Funktionsweisen von medikamentösen Therapieformen	27
Abb. 8: Unterschiedliche Konfiguarationen bei der Patch Clamp-Technik	30
Abb. 9: Aufbau des elektrischen Schaltkreises eines Patch Clamp-Setups	32
Abb. 10: Loci der Mutationen ɛ812C>T, ɛ1304del3, ɛ392del3 und ɛ652C>T	
im Bereich der Domänen der ε-Untereinheit	35
Abb. 11: Kanalöffnungsverhalten des nAChRs beim Wildtyp	40
Abb. 12: Burst duration des Wildtyps	41
Abb. 13: Mean Open Time des Wildtyps	42
Abb. 14: Slope conductance des Wildtyps	43
Abb. 15: Kanalöffnungsverhalten des nAChRs bei der Mutation	44
Abb. 16: Burst duration der Mutation ε812C>T	44
Abb. 17: Mean open time der Mutation ε812C>T	45
Abb. 18: Slope conductance der Mutation ε812C>T	46
Abb. 19: Kanalöffnungsverhalten des nAChRs bei der Mutation ɛ1304del3	47
Abb. 20: Burst duration der Mutation ε1304del3	47
Abb. 21: Mean open time der Mutation ε1304del3	48
Abb. 22: Slope conductance der Mutation ε1304del3	49
Abb. 23: Kanalöffnungsverhalten des nAChRs bei der Mutation ε392del3	50
Abb. 24: Burst duration der Mutation ɛ392del3	50
Abb. 25: Mean open time der Mutation ɛ392del3	51
Abb. 26: Slope conductance der Mutation ε392del3	52
Abb. 27: Kanalöffnungsverhalten des nAChRs bei der Mutation ɛ652C>1	53
Abb. 28: Burst duration der Mutation £652C>T	53
Abb. 29: Mean open time der Mutation ɛ652C>T	54
Abb. 30: Slope conductance der Mutation £652C>T	55

# 1 Zusammenfassung

Bei kongenitalen myasthenen Syndromen *(Congenital Myasthenic Syndromes = CMS)* handelt es sich um angeborene Erkrankungen mit belastungsabhängiger Muskelschwäche, deren Ursache eine Funktionsstörung im Bereich der neuromuskulären Signaltransduktion ist. Präsynaptische, synaptische oder postsynaptische Defekte führen zu einer abnorm gesteigerten oder abgeschwächten Antwort an der motorischen Endplatte  $^{28,32,39}$ .

Mutationen der Untereinheiten des postsynaptischen nicotinergen Acetylcholin-Rezeptors (*nAChR-Kanal*), hier vor allem im Bereich der  $\varepsilon$ -Untereinheit <sup>7,28,29</sup>, führen zu einer strukturellen oder kinetischen Veränderung dieses ligandengesteuerten Ionenkanals und dadurch zu einer Veränderung des Endplattenpotentials (*EPP*).

In dieser Arbeit wurden die vier neu entdeckten Mutationen der ε-Untereinheit ε812C>T, ε1304del3, ε392del3 und ε652C>T mittels Patch Clamp-Methodik untersucht. Ziel war es, Veränderungen im Öffnungsverhalten der Kanäle zu erforschen und damit die pathophysiologische Bedeutung der Mutationen zu beschreiben.

Dabei zeigte sich gegenüber dem Wildtyp (mittlere Öffnungsdauer bei 100 mV: 0,0143 ms, mittlere Burstdauer 1,29 ms, slope conductance 21 pS) für die Mutationen  $\epsilon$ 812C>T (mittlere Öffnungsdauer bei 100 mV: 0,0170 ms, mittlere Burstdauer 4,15 ms, slope conductance 18 pS),  $\epsilon$ 392del3 (mittlere Öffnungsdauer bei 100 mV: 0,0164 ms, mittlere Burstdauer 6,67 ms, slope conductance 27 pS) und  $\epsilon$ 652C>T (mittlere Öffnungsdauer bei 100 mV: 0,0147 ms, mittlere Burstdauer 7,61 ms, slope conductance 4 pS) ein Slow channel-Charakter, der eine abnorme Verlängerung der Kanalöffnungszeit impliziert. Bei den untersuchten Mutationen kann dies am ehesten auf eine Strukturveränderung des porenbildenden Kanalanteils ( $\epsilon$ 812C>T) oder der Transmitterbindungsstellen ( $\epsilon$ 652C>T,  $\epsilon$ 392del3) zurückgeführt werden. Durch die elongierte Durchtrittsdauer für Ionen durch den nAChR kommt es zu einer postsynaptischen Anhäufung von Ca<sup>2+</sup>, was einen Depolarisationsblock mit klinisch myasthener Symptomatik hervorruft. Langfristig kommt es durch den erhöhten Ca<sup>2+</sup>-Anteil zudem zu einer Degeneration der postsynaptischen Region.

Für die Mutation ε1304del3 konnte ein Fast channel-Verhalten ermittelt werden (mittlere Öffnungsdauer bei 100 mV: 0,0081 ms, mittlere Burstdauer 4,11 ms, slope conductance 20 pS), das mit hoher Wahrscheinlichkeit auf der herabgesetzten Stabilität des nAChRs aufgrund von strukturellen Veränderungen im extracellulären Kanalanteil M3/M4 beruht. Die hierdurch deutlich herabgesetzte Öffnungsdauer der Kanalpore bewirkt einen verminderten Ioneneinstrom, so dass der Aufbau eines postsynaptischen Potentials und damit die Reizweiterleitung beeinträchtigt sind.

# 2 Einleitung

Kongenitale myasthene Syndrome sind seltene Erkrankungen mit belastungsabhängiger Muskelschwäche. Ursache aller Unterformen der CMS ist dabei die gestörte Informationsweiterleitung von Nerven- zu Muskelzelle an der motorischen Endplatte. Eine zentrale Rolle spielt hierbei der nAChR-Kanal als Empfänger und Übersetzer der an der neuromuskulären Schnittstelle (*neuromuscular junction = NMJ*) ankommenden Reize.

Im Folgenden soll nun näher auf die grundlegenden Mechanismen der neuromuskulären Transmission eingegangen und der Bezug zu den unterschiedlichen Subtypen der CMS hergestellt werden.

# 2.1 Der nicotinerge AChR-Kanal und die Signaltransduktion an der neuromuskulären Synapse

### 2.1.1 Der nicotinerge ACh-Rezeptor

Der nicotinerge ACh-Rezeptor (nAChR-Kanal) ist ein aus fünf homologen Untereinheiten gebildeter, ligandengesteuerter Ionenkanal. In der peripheren adulten Form besteht er aus zwei α- und je einer β-, δ-, und ε-Untereinheit ( $\alpha_2\beta\delta\epsilon$ ), der embryonale Rezeptor weist anstelle der ε- eine γ-Untereinheit auf ( $\alpha_2\beta\delta\gamma$ )<sup>62</sup>. Die fünf Untereinheiten bestehen jeweils aus einer großen N-terminalen extrazellulären Domäne (Aminogruppe; –NH<sub>2</sub>) von ungefähr 210 Aminosäuren, auf die dann drei transmembrane Domänen (M1-M3), eine lange cytoplasmatische Schleife und eine vierte transmembrane Domäne (M4) mit einer kurzen extrazellulären C-terminalen Region folgen (Carboxylgruppe; –COOH)<sup>51</sup>. Dabei bilden die M2-Ketten aller Untereinheiten gemeinsam die eigentliche transmembranöse Pore (\* in Abb. 1), M1, M3 und M4 dagegen eine Art Ummantelung des Kanals gegen die lipidhaltige Zellmembran, die der nAChR-Kanal durchbricht.



Abb. 1: Struktur des nAChR-Kanals in Seit- und Aufsicht 63

Jede AChR-Untereinheit wird durch ein separates Gen, bestehend aus 10-12 Exons, kodiert. Die Gene befinden sich auf verschiedenen Loci der Chromosomen 2 und 17 (Gene für nAChR  $\beta$ - und  $\epsilon$ -Untereinheit auf Chromosom 17p12-13;  $\alpha$ - und  $\delta$ -Untereinheit auf Chromosom 2q24-32). Die eigentliche Kanalfunktion entsteht durch die symmetrische Anordnung hydrophober Aminosäureketten im mittleren Membranbereich. Hierbei spielen Leucin (leu  $\alpha$ -251) und Valin (val  $\alpha$ -255) die bedeutendste Rolle. Ist die Kanalpore geschlossen, sind die M2-Ketten über Aminosäurebrücken (leu  $\alpha$ -251/ala  $\alpha$ -252, phe  $\alpha$ -256/val  $\alpha$ -255) miteinander verbunden und die hydrophoben Seitenketten ragen in das Kanallumen hinein. Hierdurch verengt sich die perimembranöse Durchtrittsstelle auf 6 Å. Da ein Natriumion einen Durchmesser von etwa 8 Å besitzt, wird die Passage somit verhindert. Zusätzlich finden sich negativ geladene sowie nicht-polare Anordnungen, die die lonenselektivität gewährleisten oder die Abgabe von Hydratationshüllen und damit Verkleinerung und Durchtrittsfähigkeit der Na<sup>+</sup>-Ionen verhindern <sup>48,63</sup>.

Die beiden ACh-Bindungsstellen werden im extracellulären  $\beta$ -Faltblattanteil an der Berührungsfläche der  $\alpha$ - und  $\delta$ - bzw. der  $\alpha$ - und  $\epsilon$ -Untereinheit gebildet <sup>48</sup>. Bindet hier je ein Molekül ACh, dreht sich der kanalseitige Teil des transmembranösen Kanalstücks um 15° entlang einer imaginären Längsachse. Als Drehpunkt fungiert dabei eine Disulfid-Brücke, welche innere und äußere Bereiche des extracellulären Anteils miteinander verbindet <sup>63</sup>. Da die M2-Helix der  $\alpha$ -Untereinheit mit dem lumenzugewandten Anteil der Bindungsstellen über einen sog.  $\beta_1/\beta_2$ -Loop verbunden ist, dreht sie sich infolge dieser Rotation ebenfalls um 15° in Richtung der äußeren Helices M1, M3 und M4, wodurch die Bindungen zwischen den M2-Helices instabil werden. Sie brechen auf und gehen alternative hydrophobe Interaktionen mit den außenstehenden Polypeptidketten ein. Dadurch weitet sich der Kanal im perimembranösen Bereich, so dass ein Durchtreten von Kationen möglich wird.



Abb. 2: Öffnung des nAChR-Kanals nach Bindung von zwei Molekülen ACh<sup>63</sup>

Der AChR tritt als allosterisches Kanalprotein (Allosterie = Veränderung der Raumstruktur eines Proteins unter Beeinflussung des aktiven Zentrums, z.B. durch Bindung von Agonisten) in verschiedenen Konformationszuständen auf (s. Abb. 3). Die Aktivität des Rezeptors wird dabei über Verschiebungen von Gleichgewichten zwischen Zuständen reguliert: im ruhenden, jedoch aktivierbaren Zustand (R) bleibt die Kanalpore geschlossen, im aktivierten Zustand nach Bindung von zwei Molekülen ACh ist sie geöffnet (A<sub>2</sub>R\*). Zwischen diesen beiden Endzuständen treten mehrere desensitivierte Modi auf: dabei ist die Kanalpore bei Belegung von einer (AR) bzw. beiden (A<sub>2</sub>R) Bindungsstellen geschlossen, die Affinität für den Agonisten ist jedoch verändert. Hat ein Transmitter-Molekül bereits gebunden, so ist die Bindung des zweiten aufgrund einer erhöhten Affinität erleichtert.

Der geschlossene Kanal mit zwei belegten Bindungsstellen (A<sub>2</sub>R) geht zeitlich verzögert in die inaktive Form über (A<sub>2</sub>I). Werden die ACh-Moleküle nun durch die Acetylcholinesterase (AChE) wieder abgespalten (AI), geht der Rezeptor wieder in die geschlossene Form (AR) über, die nach Absinken der ACh-Konzentration unter 10 nM in die ursprüngliche, wieder erregbare, geschlossene Konformation (R) zurückgeht.



R = geschlossene, jedoch aktivierbare Form des Rezeptors; A = Acetylcholin, R\* = offener Zustand, I = inaktivierter Zustand



#### 2.1.2 Die Signalübertragung an der neuromuskulären Synapse

Die ca. 30 µm lange motorische Endplatte stellt die Schnittstelle der neuromuskulären Reizweiterleitung im menschlichen Organismus dar. Durch ankommende Aktionspotentiale (AP) öffnen sich spannungsabhängige Calciumkanäle im Endteil des präsynaptischen Axons. Der Einstrom von Ca<sup>2+</sup>-Ionen bewirkt die Exocytose der ACh gefüllten Vesikel, wobei es zur Ausschüttung des Transmitters in den 20 bis 50 nm breiten synaptischen Spalt kommt. 6000 bis 8000 Transmittermoleküle (= 1 Quantum) werden pro 2-3 µm Synapsenfläche ausgeschüttet <sup>12</sup>.

Das postsynaptische Areal der motorischen Endplatte bildet eine durch starke Fältelung vergrößerte Oberfläche. Auf den Erhebungen befinden sich vor allem nAChR-Kanäle, in den Faltentälern spannungsabhängige Natriumkanäle in hoher Anzahl. Durch diese räumliche Trennung von liganden- und spannungsabhängigen Kanälen wird trotz der geringen Menge an ausgeschüttetem ACh eine große Effizienz bei der Reizweiterleitung erreicht.

Die Bindung von jeweils zwei Molekülen ACh an einen ACh-Rezeptor ist notwendig, um die Öffnungswahrscheinlichkeit des ligandengesteuerten Ionenkanals für einige Millisekunden deutlich zu erhöhen, so dass ein depolarisierender Kationeneinstrom in die Muskelzelle möglich wird. Ein exzitatorisches postsynaptisches Potential (EPSP) entsteht, das sich passiv über die postsynaptische Zellmembran ausbreitet. Wird dabei ein Schwellenwert von  $\geq$  -55 mV erreicht, öffnen sich die spannungsgesteuerten Na+-Kanäle in den Faltentälern. Der nun hier folgende Ioneneinstrom führt zur Ausbildung eines neuen APs, das eine Kontraktion der Muskelfasern einleitet.

Am nAChR-Kanal selbst kommt es nach dem Natriumeinstrom zu einer Konfigurationsänderung (Desensitisierung, s. Abb. 3), die zur temporären Undurchlässigkeit für weitere Ionen führt. Erst durch die Abspaltung der gebundenen Acetylcholinmoleküle wird die Desensitisierung beendet und eine neue synaptische Erregungsweiterleitung möglich.

Die hydrolytische Spaltung von ACh in Cholin und Essigsäure wird durch die in der muskulären Basallamina über eine kollagenartige Struktur (collagen tail = ColQ) verankerte AChE katalysiert, wodurch eine Unterbrechung der Reizweiterleitung erzielt wird. Cholin wird erneut in das präsynaptische Neuronenende aufgenommen und durch die Cholinacetyltransferase (ChAT) zu ACh resynthetisiert. Der Acetatrest stammt dabei aus dem Acetylcoenzym A. Durch Öffnung spannungsabhängiger Kaliumkanäle wird schließlich das ursprüngliche Membranpotential an der präsynaptischen Endigung wieder hergestellt.



Abb. 4: Erregungsweiterleitung an der NMJ<sup>3</sup>

Bei myasthenen Syndromen führen unterschiedliche Defekte in der synaptischen Kaskade zu einer Beeinträchtigung der neuromuskulären Erregungsweiterleitung und somit zu einer Herabsetzung der Muskelkraft. <sup>52,80</sup>

# 2.2 CMS: Funktionsstörungen der neuromuskulären Übertragung: Klinik und Klassifikation

Kongenitale myasthene Syndrome stellen eine heterogene Gruppe von belastungsabhängigen Muskelschwächen dar, die durch genetische Defekte in unterschiedlichen Bereichen der motorischen Endplatte hervorgerufen werden <sup>19,39,66</sup> und klinisch variable Bilder von Myasthenien erzeugen. Dabei reicht die phenotypische Ausprägung von dezenten Kraftminderungen einzelner Muskelpartien nach Belastung bis hin zu schwersten generalisierten Muskelschwächen mit infektgetriggerter respiratorischer Insuffizienz und Beatmungspflichtigkeit <sup>39</sup>. Neben Schweregrad und Verlauf variiert das Alter der Patienten bei Erstmanifestation erheblich <sup>5</sup>, so dass das Bild des floppy infants oder des Säuglings mit Trinkschwäche ebenso als Ausprägung eines CMS erscheinen kann wie eine im Erwachsenenalter aufgetretene Ptosis (sog. Late Onset-Phänotyp) <sup>26,74</sup>.

CMS-Fälle machen ca. 10% aller Myasthenien aus, zur generellen Prävalenz von CMS gibt es keine genaueren Daten. In der Mehrzahl aller Fälle kommt es jedoch zu einer klinischen Manifestation innerhalb der ersten beiden Lebensjahre, weshalb das Vorkommen von kongenitalen Myasthenien im Kindesalter häufiger sein dürfte <sup>10</sup>.



Abb. 5: Kindlicher Patient mit CMS-EA<sup>3</sup>

Ursächlich ist bei den verschiedenen Formen der CMS eine durch unterschiedliche Mutationen hervorgerufene Störung an der NMJ. Die genaue Art und Lokalisation des Übertragungsfehlers kann durch molekulargenetische Diagnostik <sup>12,69,70</sup> und experimentelle Untersuchungen festgestellt werden. Postsynaptische Mutationen, und hier insbesondere solche der E-Kanaluntereinheit, kommen am häufigsten vor. Mutationen in den Kanaluntereinheiten haben einen veränderten Aufbau des Kanals zur Folge. Je nachdem, welcher Anteil der Pore betroffen ist, wirkt sich die strukturelle Modifikation unterschiedlich auf die Kinetik des Kanals aus. Es kommt zu verringerten oder verlängerten Kanalöffnungszeiten, zur Zu- oder Abnahme der Öffnungsereignisse. Dementsprechend spricht man von Fast- oder Slow channel-Ereignissen bzw. -Mutationen. Das veränderte Öffnungsverhalten führt zu einer unkoordinierten Erregungsübertragung an der NMJ, was einen erhöhten oder verminderten Ioneneinstrom an der postsynaptischen Membran nach sich zieht. Folglich ergibt sich hier ein veränderter Einstrom von Ca<sup>2+</sup>-Ionen, der durch mangelhafte Reizung der Muskelfaser eine verringerte Muskelantwort hervorruft oder aus dem durch übermäßige Stimulation ein Depolarisationsblock mit ebenfalls reduzierter Faseraktivität resultiert. Klinisch ergibt sich hieraus das Bild einer Muskelschwäche.

### 2.2.1 Vererbungsmodus und Häufigkeit

Die Vererbung der CMS ist, wie diese Krankheitsgruppe selbst, inhomogen. Die meisten Unterformen werden autosomal-rezessiv vererbt oder treten sporadisch auf <sup>23,30,32</sup>. Eine autosomal-dominante Vererbung ist deutlich seltener, kommt dann jedoch vor allem bei den so genannten Slow channel-Syndromen (*SCCMS*) vor <sup>85</sup>.

#### 2.2.2 Klassifikation

Die Übermittlung synaptischer Signale stellt eine komplexe Transduktionskaskade dar (siehe Kapitel 2.1). Je nach betroffenem Abschnitt werden präsynaptische, synaptische und postsynaptische CMS unterschieden <sup>28,32,50,70</sup>, wobei die postsynaptischen Formen am häufigsten, die präsynaptischen am seltensten bei Patienten gefunden wurden <sup>12</sup>. Mittels elektrophysiologischer und morphologischer Untersuchungen wurden Defekte in Enzymen, Proteinen und Rezeptoruntereinheiten erkannt, die an diesem Übertragungsvorgang beteiligt sind <sup>31</sup>:

Präsynaptische CMS	Cholinacetyltransferase-Mangel
	Mangel an Vesikeln oder freigesetztem ACh
	Lambert-Eaton-like-Syndromes
Synaptische CMS	ColQ-Mutation der ACh-Esterase
Postsynaptische CMS	nAChR-Kanal-Mangel oder -Mutationen
	Veränderungen der Natriumkanäle
	Rapsyn-, MUSK-, oder Plektin-Mangel

Einteilung der CMS nach Lokalisation der Defekte in der NMJ

Gemäß der Konferenzen des ENMCs (= *European Neuromuscular Center*) gibt es eine weitere Einteilung, die durch das Beinhalten von Symptomen, diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten für die klinische Praxis von Bedeutung ist <sup>58</sup>. Sie bezieht sich auf den Vererbungsmodus: Typ I: autosomal-rezessiv, Typ II: autosomal-dominant und Typ III: sporadisch auftretend. Die einzelnen Typ-Gruppen werden weiter unterschieden (siehe Anhang: Tabelle 7.1).

### 2.2.2.1 Präsynaptische CMS

Präsynaptische kongenitale myasthene Syndrome sind durch die gestörte Bereitstellung von ACh und die dadurch mangelnde transmitter-vermittelte Stimulation der postsynaptischen Rezeptoren charakterisiert <sup>64,92</sup>.

Durch Mutationen des *CHAT* genannten Gens, welches für die Cholinacetyltransferase (*ChAT*) kodiert, kommt es zur verminderten Expression oder zur Herabsetzung der katalytischen Aktivität dieses Enzyms und somit zur ineffizienten Resynthese und Verpackung <sup>45,54,56,70,76</sup> des Transmitters. Die daraus resultierende Muskelschwäche ist in der extremen Ausprägung durch das infektgetriggerte Versagen der respiratorischen Muskulatur geprägt, welches rezidivierend zu Phasen ausgeprägter Apnoe-Anfälle führt. Diese Form der akuten Exazerbation der Myasthenie wird CMS-EA (*EA* = *episodic apnea*) genannt und kann bis zur respiratorischen Insuffizienz mit Beatmungspflichtigkeit des Patienten führen.

Des Weiteren sind auch Formen der CMS bekannt, die präsynaptisch durch Vesikelarmut oder eine reduzierte Quantenfreisetzung <sup>34,92,95</sup> entstehen und eine typische Symptomatik mit zyanotischen Anfällen bieten.

#### 2.2.2.2 Synaptische CMS

Der partielle oder vollständige Verlust der ACh-Esterase an der motorischen Endplatte ist verantwortlich für die synaptische Form der CMS <sup>30,49,68,71</sup>.

Dieser Enzymmangel entsteht durch Defekte im Bereich der katalytischen Untereinheiten oder durch Mutationen des ColQ (*= collagenic-like tail subunit*)<sup>9,30,49,68</sup>. ColQ kodiert für eine Kollagen-ähnliche Tripelhelix, welche die katalytischen Untereinheiten der AChE in der postsynaptischen Basallamina verankert und so die Voraussetzung für die Funktionstüchtigkeit des asymmetrischen Enzyms bildet.

Bereits 1977 entdeckte Andrew G. Engel diese Mutation und ihre bedeutende Rolle in der Pathogenese der myasthenen Erkrankungen <sup>25</sup>.

## 2.2.2.3 Postsynaptische CMS

Den größten Anteil der CMS stellen die postsynaptischen Störungen dar, die auf Veränderungen des nAChR-Kanals basieren und in zwei Kategorien aufgeteilt werden: Man unterscheidet die strukturell-kinetischen Mutationen des nAChR-Kanals vom postsynaptischen Rezeptormangel <sup>12,90</sup>. Dabei wird die Gruppe der strukturell-kinetischen Mutationen wiederum je nach Wirkweise in *Slow*- oder *Fast channel*-Syndrome eingeteilt, auf die im Folgenden näher eingegangen wird. Der Nachweis dieser pathogenen Rezeptormutationen war der entscheidende Schritt in der molekularen Charakterisierung kongenitaler myasthener Syndrome <sup>87</sup>.

Bei den postsynaptischen strukturellen Störungen überwiegen Mutationen in der  $\epsilon$ -Untereinheit <sup>69</sup>, was wohl auf zwei unterschiedliche Gründe zurückzuführen ist: einerseits kann durch eine kompensatorische Expression von embryonalen nAChR mit  $\gamma$ -Untereinheiten ( $\alpha_2\beta\delta\gamma$ ) eine Abschwächung der pathologischen Ausprägung mit guter Überlebensfähigkeit erreicht werden <sup>33</sup>. Außerdem weist das für die  $\epsilon$ -Untereinheit kodierende CHRNE-Gen vor allem im Bereich der Exons, die für den cytoplasmatischen Loop kodieren, einen hohen Gunain-Cytosin-Gehalt auf, was akzidentielle DNA-Umlagerungen begünstigt und somit vermehrt zu Nukleotid-Deletionen und -Insertionen führen kann <sup>12</sup>.

#### Slow channel CMS

Die durch einen autosomal dominant vererbten *gain of function*, einen pathogenetischen Funktionszugewinn, entstehenden Slow channel-Syndrome stellen den größten Anteil kinetischer Anomalien im Bereich des nAChR-Kanals dar <sup>19,37,39,61</sup>.

Ihre klinische Ausprägung zeigt sich vor allem in Form von belastungsabhängiger Muskelschwäche und Atrophien im Bereich der Fingerextensoren sowie der cervikalen und skapularen Muskulatur. Des Weiteren findet sich häufig eine milde Parese der Augenmuskeln oder eine belastungsabhängige Ermüdung anderer Muskelpartien <sup>31,39</sup>. Häufiger als bei anderen CMS-Unterformen kommt es beim SCCMS zu einem Late Onset-Phänotyp mit Erstmanifestation der typischen Symptome im Erwachsenenalter, was am ehesten durch die langsame progrediente Zerstörung der Endplatten-Morphologie durch stetig erhöhten Ca<sup>2+</sup>-Einstrom zu erklären ist (s.u.).

Die Pathogenese des SCCMS ergibt sich durch die bis auf das 20fache <sup>31</sup> verlängerte Einstromphase von Kationen, darunter auch große Mengen an Ca<sup>2+</sup>, die eine Verlängerung des Endplatten-Potentials (*EPP*) zur Folge hat. Ursache sind in den meisten Fällen Mutationen im Bereich der porenbildenden Untereinheiten des nAChR-Kanals, durch welche die Stabilität des Kanals herabgesetzt wird und die Öffnungsphase nach Stimulation durch ACh deutlich verlängert ist. Das ausgedehnte EPP überdauert die Refraktärzeit der Muskelfaser-Potentiale (*CMAPs* = *compound muscle action potentials*), was zu wiederholten Erregungen und Kontraktionen nach einer einzelnen Erregung führt. Die repetitiven CMAPs weisen dabei eine niedrigere Amplitude und einen schnelleren Amplitudenabfall auf als ein singuläres Potential <sup>28</sup>.

Durch den vermehrten Einstrom von Kationen und die dadurch hervorgerufene postsynaptische Anhäufung von Ca<sup>2+</sup>, verschiebt sich das an der Synapse herrschende Spannungspotential, so dass es zu einem Depolarisationsblock und somit zur weiteren Einschränkung der Reizübertragung an der NMJ kommen kann. Ferner induziert die Ca<sup>2+</sup> -Überladung auf Dauer eine morphologische Schädigung der postsynaptischen Region. Es kommt zur Degeneration von Zellorganellen, zur Kernapoptose und Vakuolenbildung, was letztendlich den Verlust der gefältelten Membranstruktur und dadurch die Verminderung der Rezeptorenzahl in diesem Bereich nach sich zieht <sup>12,28,31,39</sup>. Ebenso können Veränderungen der Kanaleigenschaften auftreten, durch die sich der ligandengesteuerte Ionenkanal auch in Abwesenheit oder bei niedrigen Konzentrationen des Agonisten ACh öffnet <sup>28</sup>.

Durch andere Mutationen im extracellulären Anteil des nAChR-Kanals kann es zu Veränderungen im Bereich der Transmitter-Bindungsstellen kommen, die zu einer erhöhten Affinität des Rezeptors für ACh führen. Die festere Transmitterbindung induziert wiederum eine Verlängerung der Kanalöffnung mit konsekutiv erhöhtem Kationeneinstrom<sup>27</sup>. Allen bei SCCMS nachgewiesenen Mutationen gemeinsam ist der verlängerte Einstrom von Kationen in die Muskelzelle. Hierdurch kommt es zu einer exzessiven postsynaptischen Stimulation mit nachfolgender Verminderung der neuromuskulären Erregbarkeit. Dies zeigt sich klinisch in der schnellen Ermüdung der Muskelfasern bei Belastung.

#### Fast channel CMS

Wesentlich seltener als die SCCMS treten Fast channel-CMS *(FCCMS)* auf. Sie bilden pathogenetisch den Gegensatz zu den SCCMS und basieren auf einer pathologisch herabgesetzten Erregung der postsynaptischen Rezeptoren. Hierbei kommt es zu einer stark verminderten postsynaptischen Reizantwort, die durch verschiedene Mutationen im extra- oder transmembranösen Teil der Kanaluntereinheiten entsteht <sup>13,28,33,87</sup>.

Unterschiedliche Mechanismen führen zu einer stark verkürzten Öffnungsdauer des nAChR-Kanals, die einen verminderten Einstrom von Kationen durch den ligandengesteuerten Ionenkanal mit sich bringt. Das aus dieser reduzierten Reizweiterleitung resultierende EPP zeigt im Vergleich zum EPP eines gesunden Probanden eine bis um 80 % erniedrigte Amplitude<sup>79</sup>.

Die ACh-Bindungsstellen bilden eine besonders empfindliche Struktur, die durch Mutationen in ihrer Funktion stark beeinträchtigt werden kann. Die Veränderungen in diesen extracellulären Arealen, und hier vor allem in den mit den ACh-Bindungsstellen direkt verbundenen Cystein-Loops, können zu einer Neutralisierung der negativ geladenen Andockstellen führen und somit die Verbindung zwischen positiv geladenem Transmitter und Rezeptor erschweren oder ganz verhindern<sup>31,84,98</sup>.

Die auf die transmembranösen Anteile wirkenden Mutationen verändern die Form und Flexibilität der Porenstruktur, so dass es zu einer nicht mehr synchronen oder nur noch unvollständigen Öffnungsbewegung der Kanaluntereinheiten kommt. In Folge überwiegt der geschlossene Zustand der Kanalpore deutlich <sup>31</sup>.

FCCMS werden typischerweise autosomal rezessiv vererbt und meist von einer Mutation kombiniert mit einer Nullmutation am entsprechenden Locus auf dem zweiten Allel kodiert. Nur vereinzelte Fälle sind bekannt, in denen zwei heterogene Mutationen gemeinsam auftreten <sup>83</sup> oder ein autosomal dominanter Vererbungsweg vorliegt <sup>39,94</sup>. Des Weiteren werden Fälle von *Arthrogryposis multiplex congenita* beschrieben, einer

Erkrankung, die auf einer, durch bereits intrauterin bestehenden Myasthenie bedingten, fetalen Hypokinese beruht und mit dadurch entstehenden ausgeprägten kongenitalen Gelenkkontrakturen einhergeht <sup>13,88</sup>.

Die Symptomatik der FCCMS zeigt abhängig von der aufgetretenen Mutation eine unterschiedlich schwere Ausprägung und reicht von dezenten Augenmuskelparesen bis hin zu schweren belastungsabhängigen Muskelschwächen<sup>28</sup>.

## 2.2.2.4 Diagnostik

Zur genauen Diagnostik und der exakten Zuordnung eines CMS gehören umfassende genetische, morphologische und elektrophysiologische Untersuchungen, die Verdachtsdiagnose wird allerdings durch Anamnese und klinische Symptomatik gestellt.

Dabei ist es wichtig, differentialdiagnostische Möglichkeiten auszuschließen, um im Anschluss den Patienten mit einer individuellen, wirksamen Therapie versorgen zu können. Vor allem der Ausschluss einer Myasthenia gravis durch den fehlenden Nachweis von Antikörpern gegen nAChR-Kanäle oder die rezeptorspezifische Tyrosinkinase ist wichtig, um eine unnötige und ineffektive immunsuppressive Therapie zu vermeiden <sup>47,89</sup>. Des Weiteren sollten andere Ursachen wie Motoneuronenerkrankungen oder muskuläre Dystrophien ausgeschlossen werden <sup>22</sup>. Seit ca. 1994 steht die Analyse von Mutationen durch molekulargenetische Untersuchungen an erster Stelle <sup>12,69,70</sup>.

Weist ein klinisches Merkmal auf eine bestimmte CMS-Form hin, so wird primär nach den dafür am häufigsten kodierenden genetischen Mutationen gesucht. Ergibt sich symptomatisch kein Hinweis auf einen bestimmten Subtyp, so werden die Genloci für CHRNE und RAPSN (kodiert für Rapsyn) gescreent, die bei 50 % der betroffenen Patienten eine Mutation aufweisen.

Das Untersuchungsmaterial für die DNA-Analyse kann aus einer mit EDTA versetzten Blutprobe gewonnen und mittels Polymerase-Kettenreaktion *(PCR)* aufgearbeitet werden. Dies stellt einen großen Vorteil gegenüber der Untersuchung mittels Biopsie dar, bei der das vollständige Präparat eines Intercostalmuskels von Insertion bis zum Ansatz vom Patienten entnommen werden muss <sup>12,94</sup>.

Die Ermüdung der Muskulatur nach Belastung ist ein Kardinalsymptom der CMS. Dies macht man sich im Rahmen der Diagnostik mittels Elektromyographie *(EMG)* in Form von repetitiven Stimulationen eines einzelnen Muskels zu Nutzen.

Jeweils zwei distale und proximale Muskeln des Patienten werden mit 2-3 Hz wiederholt gereizt und die dabei als Reizantwort auftretenden Muskelaktionspotentiale aufgezeichnet. Typischerweise findet sich bei Patienten mit CMS nach Muskelanspannung eine Abnahme der AP-Amplitude als Hinweis für eine gestörte Reizverarbeitung <sup>22</sup>. Diese pathognomonische Veränderung, *Decrément* genannt, spiegelt die verringerte Muskelreaktion wider und findet sich zum Beispiel typischerweise beim FCCMS oder beim nAChR-Kanal-Mangel. Bei manchen Unterformen der CMS, so bei Defekten der Transmitter-Resynthese und Vesikelbildung, wird zur Auslösung eines Decréments eine stärkere Stimulation benötigt, etwa durch einen verlängerten Reiz mit 10 Hz oder die aktive Muskelbewegung über mehrere Minuten hinweg. Trotzdem gelingt es nicht immer, die veränderte Reizantwort in allen Muskeln abzuleiten <sup>24,41</sup>.

Kann ein Decrément trotz dringenden Verdachts auf CMS nicht im EMG ausgelöst werden, wird die Stimulation mittels Nadelelektrode auf einzelne Muskelfasern übertragen. Dieses Einzelfaser-EMG (*SFEMG= single fiber electromyography*) leitet die elektrische Aktivität der singulären Muskelfasern extracellulär ab und gibt gleichzeitig Auskunft über die vorhandene Muskelfaserdichte in der motorischen Einheit. Für SCCMS und AChE-Defizienz <sup>22,39,58</sup> pathognomonisch sind die im SFEMG nach singulärer Reizung auftretenden repetitiven Muskelsummenaktionspotentiale (*CMAPs*) mit niedriger Amplitude als Hinweise für die pathologisch verlängerte Transmitterwirkung , die schließlich im Depolarisationsblock endet <sup>28</sup>.



Abb. 6: Repetitive CMAPs nach Stimulation bei SCCMS und AChE-Defizienz (nach <sup>39</sup>)

Zur weiteren Differenzierung des CMS kann neben den bereits erwähnten diagnostischen Mitteln die in-vitro-Untersuchung am Muskelpräparat genutzt werden <sup>22</sup>. Das hierzu benötigte Nerv-Muskel-Präparat wird aus der Intercostalmuskulatur gewonnen und muss vom Ansatz bis zur Insertion intakt sein.

Durch einen Stromimpuls wird an der präsynaptischen NMJ des isolierten Muskels ACh aus Vesikeln freigesetzt und der Vorgang der Reizübertragung ausgelöst. Die Potentiale und Ströme, die dadurch an der postsynaptischen Membran ausgelöst werden, können unter experimentellen Bedingungen gemessen werden. Dabei erhält man Informationen über das Miniatur-Endplattenpotential (*MEPP*), den Miniatur-Endplatten-Strom (*MEPC*) sowie das Endplattenpotential (*EPP*) und den Endplattenstrom (*EPC*). Die Dauer von MEPP, EPP und MEPC geben Hinweise auf die Dauer der Kanalöffnungszeit, die etwa beim SCCMS verlängert und beim FCCMS verkürzt ist <sup>28,31,32</sup>. Ist wie beim SCCMS eine Verlängerung der Potentiale und Ströme vorhanden, können daraus repetitive Muskelfaser-Aktionspotentiale entstehen, die ebenfalls messbar sind.

Exakte Untersuchungen der Kanaleigenschaften erfolgen, wie in dieser Arbeit durchgeführt, mittels Patch Clamp-Messungen (siehe Kap. 2.3), wobei durch die Verwendung von humanen Zellstämmen und im Labor hergestellten mutierten nAChR-Kanal-Untereinheiten die invasive Entnahme eines Muskelpräparats umgangen werden kann.

# 2.2.2.5 Therapiemöglichkeiten

In der vorliegenden Arbeit wurden Untersuchungen an neuen, CMS auslösenden Mutationen durchgeführt, wodurch die Pathogenese dieser molekularen Veränderungen genauer analysiert wurde. Mit fortschreitender Erforschung der CMS und der Funktionalität der einzelnen Kaskadenanteile verbessern sich die Therapieoptionen für die betroffenen Patienten deutlich, da die pharmakologische Therapie immer genauer auf die jeweilige Ursache der Myasthenie abgestimmt werden kann.

Das interindividuell unterschiedliche Ansprechen der Patienten auf die Medikamente erschwert dabei das Aufstellen von Therapieschemata. Oft bringt erst die Kombination verschiedener Wirkstoffe den gewünschten Effekt.

Die Möglichkeit einer kausalen Therapieoption ist zum momentanen Zeitpunkt noch nicht gegeben. Das angewandte Therapieprinzip basiert immer auf der bloßen Kompensation des Defekts, zum Beispiel auf dem Erzielen einer verlängerten Transmitterwirkung an den Rezeptoren durch Hemmung der AChE wie bei der Behandlung des FCCMS oder dem nAChR-Kanal-Mangel.

Die Wirkweisen der Therapeutika zur Behandlung von FCCMS und SCCMS seien im Folgenden kurz erläutert.

CMS	Therapie	
Cholinacteyltransferase-Mangel	AChE-Blocker	14
AChE-Mangel	Ephedrin	12
nAChR-Kanal-Mangel	AChE-Blocker, 3,4-DAP *	43
SCCMS	Chinidin, Fluoxetin	42,44
FCCMS	AChE-Blocker, 3,4-DAP	43
Rapsyn-Mangel	AChE-Blocker	11
Na <sup>+</sup> -Kanal-Myasthenie	AChE-Blocker, Acetazolamid	12
Limb-girdle-Myasthenie	AChE-Blocker	12
Präsynaptische CMS	AChE-Blocker, 3,4-DAP, Ephedrin	12

\* 3,4-DAP = 3,4-Diaminopyridin

Überblick über medikamentöse Therapieoptionen bei verschiedenen CMS-Subtypen

#### AChE-Inhibitoren

AChE-Inhibitoren gelten als breit einsetzbare Standardtherapeutika bei myasthenen Syndromen einschließlich der CMS, mit Ausnahme der SCCMS und des AChE-Mangels<sup>22</sup>. Der Prototyp der AChE-Hemmer ist das Pyridostigmin (*Mestinon*®)<sup>86</sup>. Es hat eine Wirkdauer von drei bis sechs Stunden und kann oral verabreicht werden. Des Weiteren ist Neostigmin als Medikament derselben Wirkstoffklasse zu erwähnen.

Die Steigerung der Transmitter-Effektivität wird hier durch die Hemmung des ACh-Abbaus durch die AChE erreicht. Das Pharmazeutikum bindet an das postsynaptische Enzym, das durch Carbamylierung temporär blockiert wird. So wird eine Konzentrationszunahme des Agonisten am Rezeptor durch verringerten Abbau erreicht <sup>86</sup>.

AChE-Inhibitoren kommen bei den meisten CMS-Formen in Kombination oder alleine zur Anwendung. Besonders wichtig ist diese Therapie jedoch bei der präsynaptischen CMS-EA, bei der im Rahmen einer infektgetriggerten respiratorischen Insuffizienz die parenterale Gabe von Parasympathomimetika (Neostigminmethylsulfat, Pyridostigminb-romid <sup>32</sup>) lebensrettend sein kann <sup>8</sup>.

#### 3,4-Diaminopyridin

3,4-Diaminopyridin (*3,4-DAP*) ist ein präsynaptisch ansetzender K<sup>+</sup>-Kanalblocker, der die Anzahl der freigesetzten Transmitterquanten erhöht <sup>32,39,42,75</sup>. Durch die Blockade von Kaliumkanälen wird die Repolarisation des präsynaptischen Axons nach einem ankommenden Aktionspotential verzögert und die Phase des Calcium-Einstroms verlängert <sup>53</sup>. Der Ca<sup>2+</sup>-Einstrom induziert die Exocytose, es folgt eine vermehrte Ausschüttung des Transmitters ACh in den synaptischen Spalt. 3,4-DAP kann zusammen mit AChE-Inhibitoren verordnet und die therapeutische Wirkung dadurch erhöht werden <sup>75</sup>.

#### Chinidin und Fluoxetin

Als Antiarrhythmika der Klasse IA entfaltet Chinidin seine Wirkung durch die mittellange Blockade von Na<sup>+</sup>-Kanälen <sup>77</sup>. Im Rahmen der Therapie des SCCMS wendet man sie jedoch bei den mutierten nAChR-Kanälen der postsynaptischen Membran an. Hier normalisiert Chinidin durch Bindung an den Rezeptor die Öffnungsdauer <sup>6,9,35,42,81</sup>. Allerdings kommt Chinidin erst zur Anwendung, wenn die Therapie mit AChE-Blockern oder 3,4-DAP nicht den gewünschten Erfolg bringt. Wird es eingesetzt, führt es in vielen Fällen zu einer deutlichen Verbesserung der klinischen Symptomatik und zu einer partiellen Rückbildung der abgeflachten repetitiven CMAPs <sup>31</sup>.

Ein weiteres Medikament ist der selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitor (*SSRI*) Fluoxetin, der in der Psychiatrie als Antidepressivum zur Anwendung kommt <sup>38</sup>. Zur Behandlung des SCCMS tritt es, ähnlich wie Chinidin, als lang anhaltender Inhibitor der nAChR-Kanäle auf, der die Öffnungsdauer ebenfalls effizient senkt <sup>9,44</sup>.



Abb. 7: Funktionsweisen von medikamentösen Therapieformen<sup>3</sup>

# 2.3 Patch Clamp-Technik

In dieser Arbeit haben wir die bei CMS veränderten Vorgänge an der NMJ mit Hilfe der Patch Clamp-Technik untersucht. Dabei handelt es sich um ein besonderes Voltage Clamp-Verfahren, das 1976 von Erwin Neher und Bert Sakmann entwickelt wurde. 1991 wurden die beiden Wissenschaftler hierfür mit dem Nobelpreis für Physiologie und Medizin ausgezeichnet.

Bei Ionenbewegungen durch einen Kanal kommt es durch die Umverteilung der Ladungen zu einer Veränderung der Spannung über der Zellmembran. Mittels Patch Clamp kann durch die Erfassung dieser extrem verstärkten Spannungsdifferenzen über der Zellmembran die Bioelektrizität von Zellen dargestellt werden. Hierbei bedient sich diese Methode des *Voltage Clamps*, des Festlegens einer dem Membranpotential entsprechenden Spannung, durch die elektrische Veränderungen durch Spannungsdifferenzen erfasst und somit das Öffnungsverhalten von Kanälen an lebenden Zellen beobachtet werden kann<sup>67</sup>. Die Messung des Stroms, der zur Aufrechterhaltung des festgelegten Potentials notwendig ist, wird dabei registriert. Somit können auch kleinste Ionenflüsse nach Kanalöffnungen erfasst und Schlüsse auf das Verhalten der untersuchten Kanäle gezogen werden.

Die Möglichkeit, Messungen an Zellen durchzuführen, die je nach zu untersuchender Mutation entsprechend aufgebaute Kanäle enthalten, erlaubt es, differenzierte Aussagen über die Veränderung der Kinetik zu treffen. Durch Markierung der mutierten Kanal-DNA mittels Fluoreszenz können spezifisch jene Zellen getestet werden, in welchen mutierte Kanaluntereinheiten in die Poren eingebaut wurden. Die unterschiedlichen Arten von Patch Clamp-Konfigurationen (cell-attached, whole-cell, inside-out, outside-out) bieten dem Untersucher zudem unterschiedliche Möglichkeiten, Kanäle zu untersuchen und dabei spezifisch auf verschiedene Fragestellungen einzugehen.

Durch Patch Clamp-Messungen können kleinste Potentialdifferenzen untersucht werden; es handelt sich jedoch um eine äußerst empfindliche und störungsanfällige Methode. Um die Beeinträchtigungen der Messungen durch elektrische Störfaktoren aus der Umgebung zu minimieren, wird der Messstand deshalb durch einen Faraday'schen Käfig abgeschirmt.

Aber nicht nur aus der Setup-Umgebung, auch innerhalb des Versuchsaufbaus kann es zu Störungen kommen, die eine exakte Darstellung des untersuchten Kanals erschweren: alleine durch das Anlegen von höheren Spannungen kann es zu Ungenauigkeiten kommen. Durch die Grundaktivität der Kanäle entsteht ein hochfrequentes Rauschen, das es notwendig macht, die über einem Kanal gemessenen Ereignisse nachträglich zu filtern, um eine brauchbare Aussage über die Messergebnisse machen zu können.

Eine weitere Schwierigkeit besteht zudem in der exakten Platzierung der Messpipette über dem gewünschten Kanal. Idealerweise sollte ein einzelner Kanal vollständig getroffen und so dessen Ströme untersucht werden. Wird ein Kanal nicht vollständig von der Pipettenöffnung umschlossen, kann durch den angelegten Sog kein abdichtender Giga-seal erreicht werden, wodurch die Messungen an Genauigkeit einbüßen. Das Gleiche ist der Fall, wenn mehrere Kanäle umschlossen werden, die sich in ihrer Öffnungsweise unterscheiden oder nur partiell unter der Pipettenöffnung liegen. Zusammenfassend stellt die Patch Clamp-Methodik eine ausgezeichnete Verfahrensweise dar, um das Öffnungsverhalten von Kanälen an Zellen zu erforschen. Durch die Störanfälligkeit des Messverfahrens sollten jedoch besonders im höher angelegten Spannungsbereich die erzielten Ergebnisse einer erneuten kritischen Betrachtung unterzogen werden.

#### 2.3.1 Patch Clamp-Setup

Als Setup wird der für die Versuche verwendete Messaufbau bezeichnet. Er besteht aus einem schwingungsfreien Tisch in einem Faraday'schen Käfig, auf dem ein Lichtmikroskop mit 200- bis 600-facher Vergrößerung sowie der eigentliche Messapparat installiert sind. Dieser besteht aus der Messkammer, einer mittels z.B. hydraulischem Mikromanipulator bewegten Patchpipette mit Messdraht, einem Unterdruck-Erzeuger sowie Vorund Hauptverstärker. Für Beobachtung und Aufzeichnung der gemessenen Signale wird der Aufbau durch ein Oszilloskop und einen PC mit geeigneter Software ergänzt.

Eigens für jede einzelne Messung wird im Pipettenzieher eine Glaspipette hergestellt. Durch unterschiedliche Wandstärken von 0,15 mm bis 0,5 mm werden Durchmesser der Öffnungen der Pipettenspitze und damit der Übergangswiderstand zur Zellmembran bestimmt. Um wie im vorliegenden Fall bei Einzelkanalmessungen ein optimales Ergebnis zu erzielen, werden relativ dickwandige Pipetten mit einer Stärke von 0,3 bis 0,5 mm verwendet.

Die Pipette ist mit einer Lösung gefüllt, die der die Zellen umgebenden Badlösung entsprechen kann, oder auch wie bei dieser Arbeit Kanal-aktivierende Substanzen wie z.B. ACh enthält. In diese Lösung eingebettet ist der Messdraht aus Silber, über den die gemessenen elektrischen Signale an den Vorverstärker (= Pre-Amplifier) weitergeleitet werden. Außerhalb des Faraday'schen Käfigs befindet sich ein Oszilloskop, an dem die Messungen in Echtzeit vom Experimentator verfolgt werden. Mittels AD-Wandler werden die Messergebnisse von analogen in digitale Zeichen umgewandelt, so dass die Daten auf einem mit der entsprechenden Software ausgestatteten Computer gespeichert und weiterverarbeitet werden können. Die den Kanalöffnungen entsprechenden digitalen Rohdaten werden graphisch dargestellt und können bezüglich Parametern wie z.B. Öffnungsdauer, Amplitude oder Burstlängen beurteilt werden <sup>1</sup>.

## 2.3.2 Patch Clamp-Konfigurationen

Das Patch Clamp-Verfahren kann auf unterschiedliche Arten eingesetzt werden. Je nach Fragestellung bieten sich unterschiedliche Konfigurationen an <sup>67</sup>

- a: Cell-attached
- b: Whole-Cell
- c: Inside-out
- d: Outside-out

Abb. 8: Unterschiedliche Konfiguarationen bei der Patch Clamp-Technik<sup>67</sup>

In der vorliegenden Messreihe wurde ausschließlich mit der *Cell-attached*-Konfiguration gearbeitet. Hierbei wird die Glaspipette mit der Öffnung auf die Oberfläche einer Zelle in der Badlösung aufgesetzt ohne sie zu beschädigen. Um ein optimales Anliegen der Pipettenöffnung an der Zellmembran zu erreichen, wird über einen mit einem Mundstück



oder einer Spritze verbundenen Schlauch ein Unterdruck erzeugt. Durch das Erhöhen des Abdichtungswiderstands verbessert sich die Qualität der Messung deutlich.

Dies entdeckte Erwin Neher erst 1980 und nannte den Effekt "*Gigaseal*", da er so einen Widerstand von 100 GigaΩ erreichte (*seal* = Dichtung). Idealerweise umschließt die Pipettenöffnung vollständig einen einzelnen Kanal, in diesem Fall einen nAChR-Kanal. Öffnet er sich unter dem Einfluss eines sich in der Pipettenlösung befindlichen Transmitters, kann die durch den Ionenfluss entstehende Spannungsänderung über den Messdraht erfasst werden.

Diese elektrischen Signale werden nun im Pre-Amplifier verstärkt, der im Wesentlichen aus einem Operationsverstärker (*OPA*) und einem Rückkopplungswiderstand  $R_f$  (= *feedback resistance*) besteht.

Der OPA hat die Aufgabe, eine kleine Spannung an seinem Eingang um ein Vielfaches zu verstärken. Dabei ist der Eingangswiderstand so hoch, dass praktisch kein Strom in den OPA hineinfließen kann. Daher fließt effektiv der gesamte Strom, der durch die Spannungsdifferenz zwischen Ein- und Ausgang des OPA bewirkt wird, durch den Rückkopplungswiderstand R<sub>f</sub>. Dort erzeugt er eine Spannung, die sich proportional zu diesem Strom verhält. Da es sich, wie bereits erwähnt, bei der Patch Clamp-Technik um ein Voltage Clamp-Verfahren handelt, wird das Ruhepotential der Zellmembran durch eine vom Experimentator vorgegebene Kommandospannung U<sub>soll</sub> konstant gehalten.

Kommt es nun im Bereich des Patchs zu einer Kanalöffnung mit anschließendem Ionenfluss, entsteht am Eingang des OPAs eine Spannungsdifferenz  $\Delta U$  zwischen U<sub>soll</sub> und gemessener Pipettenspannung U<sub>pip</sub>. Dies bewirkt einen Stromfluss durch R<sub>f</sub>, bis diese Spannungsdifferenz ausgeglichen ist. Die Spannung, die dabei über dem Widerstand entsteht, ist direkt proportional zum Strom, der durch die Ladungsverschiebung über dem Kanal entsteht und durch den Messdraht in der Pipette erfasst wird.

Der OPA fungiert also als Strom-Spannungs-Wandler. Die so zu messende Spannung muss allerdings noch durch den Differenzverstärker D um den Offset von U<sub>soll</sub> korrigiert werden, bevor das verstärkte Signal an den Hauptverstärker weitergeleitet wird.



Abb. 9: Aufbau des elektrischen Schaltkreises eines Patch Clamp-Setups 57

Die Kanal-Bioelektrizität folgt dem *Alles oder Nichts*-Gesetz. Die Ionenkanäle öffnen und schließen sich nach dem Zufallsgesetz mit einer bestimmten Zeitkonstanten, wobei die Stromamplitude um einen Mittelwert schwankt. Öffnet sich ein Kanal, sind die daraus resultierenden Stromimpulse im Oszilloskop als rechteckige Ausschläge zu sehen. Existiert ein weiterer, nur teilweise unter der Pipettenöffnung liegender Kanal (= Randkanal), tritt ein zusätzliches Signal auf, welches in Form von sog. *Rauschen* die Messung erschweren kann. Liegen zwei Kanäle vollständig unter der Pipettenspitze und öffnen sich zeitgleich, so summieren sich die im Oszilloskop zu sehenden Ausschläge der Stromimpulse.

Um die aufgezeichneten Signale adäquat darstellen zu können, ist es notwendig sie zu filtern, um hochfrequentes Rauschen zu reduzieren. Die Digitalisierung erfolgt anschließend in einer Frequenz, die mehr als doppelt so hoch wie die höchste in der Messung vorkommende sein muss (sog. *Nyquist*-Kriterium)<sup>67</sup>.

# 2.4 Zielsetzung

Mutationen in strategisch wichtigen Abschnitten der nAChR-Kanal-Untereinheiten führen zu strukturellen und kinetischen Veränderungen vor allem im Bereich der postsynaptischen Membran der NMJ. Hierdurch wird der Ablauf der Reizübertragung gestört, was sich klinisch in einer Beeinträchtigung der Muskelarbeit niederschlägt. Der Schweregrad und der Zeitpunkt der Erstmanifestation der Myasthenie unterscheiden sich dabei abhängig von Locus und Art der Mutation.

Neben den zahlreichen bereits erforschten Genveränderungen wurden nun vier neue Mutationen entdeckt, deren Einfluss auf die klinische Ausprägung noch nicht bekannt ist. Zur genaueren Betrachtung und exakten Beurteilung des Einflusses dieser Mutationen auf die Kanalfunktion wurden unter experimentellen Bedingungen die Untereinheiten von nAChR-Kanälen hergestellt (*Labor Prof. H. Lochmüller, Genzentrum, München*), wobei jeweils eine subunit durch das Einfügen einer neuen pathogenen Mutation in die DNA verändert wurde. Es war zu erwarten, dass die so entstehenden veränderten nAChR-Kanäle ein vom Wildtyp abweichendes Öffnungsmuster zeigen würden. Diese veränderten Abläufe der Reizübertragung wurden mittels Patch Clamp-Messungen untersucht, um die Charakteristik der Kanalöffnungen bei der jeweiligen Mutation genau zu erfassen. Die Zuordnung zu Slow- oder Fast channel-Verhalten nach Einbau jeweils einer neuen Mutation in die Kanäle war primäres Ziel dieser Arbeit.

Die Analyse des veränderten Verhaltens der nAChR-Kanäle kann die Pathophysiologie der jeweiligen entstehenden Form der Myasthenie erklären. Die weitere Erforschung des Zusammenhangs zwischen einer bestimmten Mutation und der daraus resultierenden klinischen Symptomatik stellt eine interessante und bedeutsame wissenschaftliche Arbeit dar, zu der die hier vorliegende Arbeit die Basis bilden kann.
# 3 Material und Methoden

# 3.1 Verwendete Zellen und DNA

#### 3.1.1 Zellen

Für alle Transfektionen und Messungen wurden humane embryonale Nierenzellen (*HEK* 293) verwendet. Die Zellen wurden in Dulbecco's modified Eagle's medium (*DMEM*) kultiviert, welches mit 10 % Kälberserum, 1 % Na<sup>+</sup>-Pyruvat, 100 U/ml Penicillin sowie 100  $\mu$ g/ml Streptomycin versetzt und für mindestens 36 Stunden bei 37,0 °C unter 5 % CO<sub>2</sub>- / 95 % Luft-Gehalt im Inkubator bebrütet wurde <sup>50</sup>.

Die Messung erfolgte an diesen Zellen in Petrischalen mit einem Durchmesser von 35 mm.

# 3.1.2 Mutationen

#### 3.1.2.1 Mutation ε812C>T

Die Mutation ε812C>T führt zu einem Aminosäurenaustausch im Bereich der zweiten kanalbildenden Transmembranregion (M2) der ε-Untereinheit. Betroffen hiervon ist die letzte Aminosäure A271, Alanin, die durch Valin ersetzt wird (A271V).

Im Patienten wurde ein compound heterozygotes Vorkommen mit der Frameshift-Mutation 1267delG gefunden.

# 3.1.2.2 Mutation ε1304del3

ε1304del3 beschreibt eine heterozygote In-Frame-Mutation im Bereich der kodierenden Sequenz der ε-Untereinheit. Durch die Deletion von drei Basenpaaren in Exon 12 (N436del) entfällt die Aminosäure Asparagin im Bereich der cytoplasmatischen Schleife an der Grenze von der dritten zur vierten transmembranösen Kanaldomäne (M3/M4). Die dadurch entstehende Verkürzung führt zu einer erhöhten Instabilität des nAChR-Kanals . Es kommt zur verminderten Expression der adulten und kompensatorisch zur vermehrten Ausbildung der fetalen  $\gamma$ -nAChR-Kanäle<sup>78</sup>.

Diese Mutation kann compound-heterozygot mit der Mutation £652C>T auftreten.

# 3.1.2.3 *Mutation* ε392del3

Auf Exon 5 findet sich die In-Frame-Mutation ε392del3. Hier führt das Fehlen des Basentripletts CCA an Position 392 zur Deletion der Glutaminsäure im Bereich der Disulfidbrücke in der extracellulären Domäne der ε-Untereinheit (p.Glu131\_Val132delinsAsp).

# 3.1.2.4 Mutation ε652C>T

Die ebenfalls heterozygote Missense-Mutation  $\epsilon$ 652C>T findet sich auf Exon 7 und betrifft die extracelluläre Domäne der  $\epsilon$ -Untereinheit. Hier kommt es zum Ersatz eines Arginins durch die Aminosäure Tryptophan (R218W).



Abb. 10: Loci der Mutationen ε812C>T, ε1304del3, ε392del3 und ε652C>T im Bereich der Domänen der ε-Untereinheit

# 3.2 Transfektion der Zellen

Als Transfektion wird das Einbringen von Fremd-DNA in eine lebende Zelle bezeichnet. Transfiziert werden Plasmide, die den kodierenden Bereich des gewünschten Gens (z.B. einer nAChR-Kanaluntereinheit) enthalten sowie eine Promotorsequenz, die für die Transkription des Gens nötig ist. Den Plasmiden, die die zu untersuchende Mutation enthalten, wird grün fluoreszierendes Protein (GFP) hinzugefügt, was die Erkennung erfolgreich transfizierter Zellen unter dem Mikroskop ermöglicht.

Die Transfektion wurde in Petrischalen mit jeweils  $0,5 - 2 \ge 10^5$  Zellen mittels Lipofectamin 2000 (Fa. Gibco, Karlsruhe, Deutschland) durchgeführt. Dafür wurde das DMEM-Medium abgesaugt und gegen Opti-modified Eagle's medium (Opti-MEM) ausgetauscht. 95 µl Opti-MEM pro Schale und jeweils insgesamt 2 µg DNA der Rezeptor-Untereinheiten  $\alpha$ ,  $\beta$ ,  $\delta$  und der mutierten  $\epsilon$ -Untereinheit wurde nach Zugabe von je 1 µl GFP für 5 Minuten bei Raumtemperatur inkubiert.

Nach Inkubation der DNA-Suspension wurden jeweils 9 µl Lipofectamin 2000 mit 95 µl Opti-MEM gemischt und hinzugefügt. Nach diesem Schritt erfolgte die Inkubation bei Raumtemperatur für 20 Minuten. Im Folgenden wurden pro Petrischale 200 µl der gefertigten Suspension zu den Zellen gegeben und diese bei 37 °C unter 5% CO<sub>2</sub>- / 95% - Luft-Gehalt im Inkubator bebrütet. Nach 4 Stunden konnte das Opti-MEM-Medium durch DMEM-Medium ersetzt werden. Die Messungen erfolgten durchschnittlich 24 Stunden nach Transfektion, bis dahin verblieben die Zellen unter stabilen Umgebungsbedingungen im Inkubator.

# 3.3 Patch Clamp-Messungen

Bei 400facher Vergrößerung wurden die transfizierten Zellen unter einem invertierten Mikroskop (Axiovert, Zeiss, Oberkochen, Deutschland) untersucht.

Alle Messungen wurden bei Raumtemperatur (20°C) durchgeführt, wobei die Zellen während der experimentellen Phase kontinuierlich von einer extrazellulären Badlösung umgeben waren, die aus 162 mM NaCl, 5,3 mM KCl, 0,6 mM Na<sub>2</sub>HPO<sub>4</sub>, 0,22 mM KH<sub>2</sub>PO<sub>4</sub>, 15 mM HEPES und 5,6 mM Glucose besteht, und deren pH mittels NaOH auf 7,4 eingestellt wurde.

Die für die Patch Clamp-Messungen benötigten Glaspipetten wurden aus dünnwandigen Glasröhrchen (Clark, Pangbourne, UK) mittels eines DMZ-Universal-Pullers (Zeitz, Augsburg, Deutschland) hergestellt und mit einer niedrig konzentrierten ACh-Lösung (3 µM) befüllt.

Die Einzelkanalmessungen erfolgten unter Benutzung der oben beschriebenen herkömmlichen Patch Clamp-Technik. Die Kanalöffnungen wurden mit einem Axopatch 200 B -Pre-Amplifier aufgenommen, mittels Digidata 1200 Interface (Axon Instruments, Foster City, CA, USA) digitalisiert und auf Festplatte gespeichert.

Für die Analyse wurden die Daten mit 5 kHz gefiltert und anschließend mit der pCLAMP 8 Software-Suite (Axon Instruments) analysiert.

Die Messungen erfolgten in der cell-attached-Konfiguration bei Anlage extracellulärer positiver Klemmspannungen (+40 bis +180 mV), wodurch ein Spannungsgefälle zum negativen intracellulären Ruhepotential hergestellt wurde.

# 3.4 Auswertung

Die Auswertung der Messdaten erfolgte mittels der Software-Programme fetchan, Version 6.0.6.01 (Axon Instruments, Inc., 1984 – 1999) und pSTAT, Version 6.0.5.07 (Axon Instruments, Inc., 1984 – 1997).

Fetchan ist ein Programm zur Analyse elektrophysiologischer Signale einzelner Ionenkanäle. Die Änderung der mittels Patch Clamp gemessenen Spannungen über einer Zellmembran bei Öffnung eines Kanals wird als Ereignis markiert und graphisch umgesetzt. Das Kanalöffnungsverhalten wird als Eventspur ("Events List") über den gesamten Zeitraum einer Messung dargestellt. Öffnungsdauer, Amplitude und Bursts können somit erfasst werden.

Die so verarbeiteten Daten können anschließend im Programm pSTAT statistisch ausgewertet werden. Die Öffnungswahrscheinlichkeit und -häufigkeit kann hier berechnet und Burst-Analysen durchgeführt werden. Die zusammenfassende Auswertung mehrerer Messungen und somit auch die Beurteilung der veränderten Kinetik durch eine bestimmte Mutation kann numerisch oder in Form von Histogrammen erfolgen <sup>2</sup>.

Die Auswertung der Einzeldaten kann den im Anhang beigefügten Listen entnommen werden. Berücksichtigt wurden alle Files, die aufgrund der Messqualität eine exakte Bestimmung der Kanalöffnungen zuließen. In der Dauer der Aufnahmezeit können sie variieren.

Für alle Mutationen wurden anhand der Einzelkanalcharakteristika burst duration, mean open time, Amplitude und Leitfähigkeit (slope conductane) bestimmt.

Bursts werden nach Colquhoun und Sakmann als Gruppen von Öffnungsintervallen definiert, die nur durch Schlussphasen unterbrochen werden, die kürzer sind als eine bestimmte Länge ( $t_c$ ) <sup>18</sup>. Die zwischen zwei Burst-Ereignissen liegende Zeit wird Interburst-Intervall genannt. In den in dieser Arbeit durchgeführten Messungen wurde ein kritisches Interburst-Intervall von 2 ms verwendet. Als Kanalöffnung oder offenes Intervall wird jedes gemessene Ereignis gezählt, das von nicht-offenen eingerahmt wird <sup>59</sup>. Die mittlere Kanalöffnungszeit MOT ist die durchschnittliche gemittelte Länge dieser Ereignisse.

Die Stärke des durch den Ionenstrom erzeugten Stromimpulses wird durch die Höhe der Amplitude eines Öffnungsereignisses wiedergegeben. Der Stromimpuls leitet sich, wie in 2.3.2 beschrieben, aus der anfallenden Spannungsdifferenz ab und entsteht durch den Einstrom von Ionen bei einer Kanalöffnung.

Die Leitfähigkeit C (= slope conductance) eines Kanals wird durch das Verhältnis von fließendem Strom zur angelegten Spannung während einer Kanalöffnung definiert:

 $\mathsf{R=U:I} \rightarrow \mathsf{C=I:U}[\mathsf{pS}]$ 

Sie wird in Pico-Siemens [pS] gemessen.

# 4 Ergebnisse

Für die untersuchten Mutationen wurden nach Angabe der statistischen Daten zu den analysierten Ereignissen die Analysen für Burst duration, mittlere Kanalöffnungdauer und Amplitude dargestellt. Die abschließende Beurteilung fasst die Resultate zusammen, um den Vergleich zu erleichtern.

# 4.1 Wildtyp

Ausgewertet wurden die Messungen von 13 Zellen mit insgesamt 39.124 Kanalöffnungen, die zu 2301 Bursts gruppiert waren.



Abb. 11: Kanalöffnungsverhalten des nAChRs beim Wildtyp

#### 4.1.1 Burst duration

Die Messungen (n) der Burst-Öffnungszeiten des Wildtyps erbrachten bei Spannungen zwischen +60 mV und +120 mV folgende Mittelwerte für die Burst duration:



U [mV]	60	80	100	120
n	4	10	12	9
BD [ms]	0,23	0,92	1,29	1,26
SD +/-	0,30	0,63	0,89	1,03

Abb. 12 Burst duration des Wildtyps

### 4.1.2 Mean open time

Die Messungen (n) der mittleren Kanalöffnungszeit des Wildtyps erbrachten bei Spannungen zwischen +60 mV und +120 mV folgende Mittelwerte für die Mean Open Time (MOT):



U [mV]	60	80	100	120
n	4	10	12	9
MOT [ms]	0,006	0,021	0,014	0,020
SD +/-	0,018	0,053	0,023	0,042

Abb. 13: Mean Open Time des Wildtyps

### 4.1.3 Amplitude

Die Messungen (n) der Amplituden des Wildtyps erbrachten bei Spannungen zwischen +60 mV und +120 mV folgende Mittelwerte:



U [mV]	60	80	100	120
n	4	10	12	9
Ampl [pA]	1,26	1,14	1,47	2,37
SD +/-	1,56	1,08	2,35	1,29

Abb. 14: Slope conductance des Wildtyps

Die slope conductance des Wildtyps beträgt 21 pS.

# 4.1.4 Beurteilung

Bei 100 mV ergab sich bei den durchgeführten Messungen des Wildtyps eine Burst duration von 1,29 ms ( $\pm$  0,89 ms) und eine mittlere Kanalöffnungsdauer von 0,0143 ms ( $\pm$  0,023 ms). Die Amplitudenauswertung der Einzelkanalmessungen erbrachte eine slope conductance von 21 pS.

# 4.2 *Mutation* ε812C>T

Ausgewertet wurden die Messungen von 34 Zellen mit insgesamt 105.308 Kanalöffnungen, die zu 6946 Bursts gruppiert waren.



Abb. 15: Kanalöffnungsverhalten des nAChRs bei der Mutation ɛ812C>T

#### 4.2.1 Burst duration

Die Messungen (n) der Burst-Öffnungszeiten der Mutation ε812C>T erbrachten bei Spannungen zwischen +60 mV und +120 mV folgende Mittelwerte für die Burst duration:



U [mV]	60	80	100	120
n	2	4	13	13
BD [ms]	4,26	3,53	4,15	4,17
SD +/-	5,56	3,26	5,45	9,02

Abb. 16: Burst duration der Mutation ɛ812C>T

# 4.2.2 Mean open time

Die Messungen (n) der mittleren Kanalöffnungszeit der Mutation ε812C>T erbrachten bei Spannungen zwischen +60 mV und +120 mV folgende Mittelwerte:



U [mV]	60	80	100	120
n	2	4	13	13
MOT [ms]	0,0052	0,0109	0,0170	0,0163
SD +/-	0,0291	0,0405	0,0540	0,0564

Abb. 17: Mean open time der Mutation ε812C>T

# 4.2.3 Amplitude

Die Messungen (n) der Kanalleitfähigkeit der Mutation ε812C>T erbrachte bei Spannungen zwischen +60 mV und +120 mV die folgende slope conductance:



U [mV]	60	80	100	120
n	2	4	13	13
Ampl [pA]	1,79	2,26	2,29	2,09
SD +/-	1,19	1,34	1,38	1,26

Abb. 18: Slope conductance der Mutation ε812C>T

Die Slope conductance der Mutation ɛ812C>T beträgt 18 pS.

# 4.2.4 Beurteilung

Im Vergleich zum Wildtyp besteht bei der Mutation  $\epsilon$ 812C>T eine verlängerte Burst duration von 4,15 ms (± 5,45 ms) bei 100 mV und eine deutlich verlängerte mittlere Kanalöffnungsdauer von 0,170 ms (± 0,054 ms), so dass bei dieser Konstellation von einem Slow channel-Charakter ausgegangen werden kann. Die Amplitudenauswertung der Einzelkanalmessungen erbrachte eine slope conductance von 18 pS.

# 4.3 *Mutation* ε1304del3

Ausgewertet wurden die Messungen (n) von 54 Zellen mit insgesamt 169.733 Kanalöffnungen, die zu 8597 Bursts gruppiert waren.



Abb. 19: Kanalöffnungsverhalten des nAChRs bei der Mutation ɛ1304del3

# 4.3.1 Burst duration

Die Messungen der Burst-Öffnungszeiten der Mutation ε1304del3 erbrachten bei Spannungen zwischen +60 mV und +160 mV folgende Mittelwerte für die Burst duration:



U [mV]	60	80	100	120	140	160
n	9	13	12	18	9	2
BD [ms]	5,10	4,71	4,11	6,78	7,78	7,23
SD +/-	7,544	5,361	5,140	10,879	19,721	6,231

Abb. 20: Burst duration der Mutation ɛ1304del3

# 4.3.2 Mean open time

Die Messungen (n) der mittleren Kanalöffnungszeit der Mutation ε1304del3 erbrachten bei Spannungen zwischen +60 mV und +160 mV folgende Mittelwerte:



U [mV]	60	80	100	120	140	160
n	9	13	12	18	9	2
MOT [ms]	0,0044	0,0066	0,0081	0,0165	0,0169	0,0266
SD +/-	0,0240	0,0573	0,0294	0,0617	0,0684	0,0774

Abb. 21: Mean open time der Mutation ɛ1304del3

#### 4.3.3 Amplitude

Die Messungen (n) der mittleren Kanalleitfähigkeit der Mutation ε1304del3 erbrachten bei Spannungen zwischen +60 mV und +160 mV die folgende slope conductance:



U [mV]	60	80	100	120	140	160
n	9	13	12	18	9	2
Ampl [pA]	1,15	1,52	1,89	1,89	2,41	3,55
SD +/-	0,86	0,81	1,02	0,94	1,19	1,85

Abb. 22: Slope conductance der Mutation ɛ1304del3

Die slope conductance der Mutation ɛ1304del3 beträgt 20 pS.

#### 4.3.4 Beurteilung

Im Vergleich zum Wildtyp besteht bei der Mutation  $\varepsilon$ 1304del3 eine verkürzte mittlere Kanalöffnungsdauer von 0,0081 ms (± 0,0294 ms) bei 100 mV und eine Burst duration von 4,11 ms (± 5,14 ms), so dass bei dieser Konstellation von einem Fast channel-Charakter ausgegangen werden kann. Die Amplitudenauswertung der Einzelkanalmessungen erbrachte eine slope conductance von 20 pS.

# *4.4 Mutation* ε392del3

Ausgewertet wurden Messungen (n) von 48 Zellen mit insgesamt 200.718 Kanalöffnungen, die zu 7902 Bursts gruppiert waren.



Abb. 23: Kanalöffnungsverhalten des nAChRs bei der Mutation ɛ392del3

# 4.4.1 Burst duration

Die Messungen der Burst-Öffnungszeiten der Mutation ε392del3 erbrachten bei Spannungen zwischen +40 mV und +160 mV folgende Mittelwerte für die Burst duration:



U [mV]	40	60	80	100	120	140	160
n	2	13	23	13	11	7	3
BD [ms]	4,4	5,59	8,04	6,76	8,18	7,52	6,08
SD +/-	5,97	7,91	11,35	11,90	13,44	11,70	6,40

Abb. 24: Burst duration der Mutation ɛ392del3

# 4.4.2 Mean open time

Die Messungen (n) der mittleren Kanalöffnungszeit der Mutation ε392del3 erbrachten bei Spannungen zwischen +40 mV und +160 mV folgende Mittelwerte:



U [mV]	40	60	80	100	120	140	160
n	2	13	23	13	11	7	3
MOT [ms]	0,0057	0,0117	0,0203	0,0164	0,0130	0,0192	0,0039
SD +/-	0,0291	0,0458	0,0759	0,0592	0,0547	0,0826	0,0472

Abb. 25: Mean open time der Mutation ɛ392del3

### 4.4.3 Amplitude

Die Messungen (n) der mittleren Kanalleitfähigkeit der Mutation ε392del3 erbrachten bei Spannungen zwischen +40 mV und +160 mV die folgende slope conductance:



U [mV]	80	100	120	140	160
n	23	13	11	7	3
Ampl [pA]	1,98	2,77	2,16	3,13	4,46
SD +/-	1,35	1,47	3,00	1,93	1,98

Abb. 26: Slope conductance der Mutation ɛ392del3

Die slope conductance der Mutation ɛ392del3 beträgt 27 pS.

#### 4.4.4 Beurteilung

Im Vergleich zum Wildtyp besteht bei der Mutation ε392del3 eine deutlich verlängerte Burst duration auf 6,67 ms bei 100 mV und einer mittleren Kanalöffnungsdauer von 0,0164 ms, so dass dieser Konstellation ein Slow channel-Charakter zugesprochen werden kann. Die Leitfähigkeit liegt bei 27 pS.

#### 4.5 *Mutation* ε652C>T

Ausgewertet wurden Messungen (n) von 34 Zellen mit insgesamt 145.694 Kanalöffnungen, die zu 5669 Bursts gruppiert waren.



Abb. 27: Kanalöffnungsverhalten des nAChRs bei der Mutation ɛ652C>T

#### 4.5.1 Burst duration

Die Messungen der Burst-Öffnungszeiten der Mutation ε652C>T erbrachten bei Spannungen zwischen +40 mV und +140 mV folgende Mittelwerte für die Burst duration:



*Abb.* 28: Burst duration der Mutation ε652C>T

### 4.5.2 Mean open time

Die Messungen (n) der mittleren Kanalöffnungszeit der Mutation ε652C>T erbrachten bei Spannungen zwischen +40 mV und +140 mV folgende Mittelwerte:



U [mV]	40	60	80	100	120	140
n	2	9	10	6	9	5
MOT [ms]	0,0118	0,0197	0,0236	0,0147	0,1161	0,1023
SD +/-	0,0479	0,1024	0,0763	0,0694	0,1866	0,1594

Abb. 29: Mean open time der Mutation ɛ652C>T

### 4.5.3 Amplitude

Die Messungen (n) der mittleren Kanalleitfähigkeit der Mutation ε652C>T erbrachten bei Spannungen zwischen +40 mV und +140 mV die folgende slope conductance:



U [mV]	40	60	80	100	120	140
n	2	9	10	6	9	5
Ampl [pA]	1,20	1,28	1,40	1,23	1,81	1,50
SD +/-	0,70	0,70	0,63	0,64	0,78	0,84

Abb. 30: Slope conductance der Mutation ɛ652C>T

Die slope conductance der Mutation ɛ652C>T beträgt 4 pS.

#### 4.5.4 Beurteilung

Im Vergleich zum Wildtyp besteht bei der Mutation ε652C>T eine deutlich verlängerte Burst duration auf 7,61 ms bei 100 mV und einer mittleren Kanalöffnungsdauer von 0,0147 ms, so dass dieser Konstellation ein Slow channel-Charakter zugesprochen werden kann. Die Leitfähigkeit liegt bei 4 pS.

# 4.6 Zusammenfassung der Ergebnisse

Bei den Patch Clamp-Messungen der in dieser Arbeit untersuchten Mutationen konnten zusammenfassend folgende Ergebnisse erarbeitet werden:

Die Mutationen ε 812C>T, ε392del3 und ε652C>T sind aufgrund ihrer verlängerten Öffnungszeiten und Burst duration den SCCMS-Mutationen zuzuordnen. Ihre Genloci befinden sich auf den Abschnitten, die für die ACh-Bindungsstellen oder den transmembranösen porenbildenden Anteil kodieren. Sie führen zu strukturellen Abweichungen, die eine veränderte Kinetik mit einer verlängerten MOT zur Folge haben.

Die Mutation ɛ1304del3 weist eine deutlich verkürzte mittlere Kanalöffnungsdauer als der Wildtyp-Kanal auf. Durch das Auftreten dieser Mutation kommt es zu Veränderungen im extracellulären Anteil des nAChRs, der eine verkürzte Öffnung mit geringerem lonendurchfluss zur Folge hat.

# 5 Diskussion

Kongenitale myasthene Syndrome stellen in ihrer klinischen Ausprägung und ihrem Manifestationszeitpunkt eine heterogene Gruppe von Erkrankungen dar <sup>12,19,39</sup>. Das Auftreten von belastungsabhängigen Symptomen wie Ptosis, Extensorenschwäche der Hände oder infektgetriggerter Dyspnoe kann bereits im frühen Kindesalter erfolgen oder, meist in abgeschwächter Form, beim adulten Patienten als *Late Onset*-Erkrankung manifest werden <sup>22,26,39,74</sup>. Gemeinsam ist allen Formen der myasthenen Syndrome eine Störung der Reizweiterleitung an der NMJ, die durch eine veränderte Kinetik des nAChR entstehen.

In der vorliegenden Arbeit konnte mittels Patch Clamp-Technik auf Einzelkanalniveau die kinetische Charakterisierung von vier neuen Mutationen der ε-Untereinheit des nAChR dargestellt werden. Dabei fanden sich Veränderungen des Kanalöffnungsverhaltens im Sinne von Slow- und Fast channel-Verhalten.

Im Folgenden sollen die erarbeiteten Ergebnisse im Kontext mit der vorliegenden Literatur besprochen werden.

# 5.1 Patch Clamp-Messungen an HEK 293-Zellen

Bei den in dieser wie auch in vielen anderen Arbeiten dieser Art verwendeten Zellen handelt es sich um humane embryonale Nierenzellen (HEK 293). Die mittels des menschlichen Adenovirus 5 künstlich transformierte Epithelzellreihe wächst adhärent unter Serumzugabe und eignet sich besonders gut zur Untersuchung von Zelleigenschaften wie z.B. der Kanalkinetik. Der besondere Vorteil dieser Zellreihe ist neben der schnellen Teilungsrate die einfache DNA-Transfektion mittels Ca<sup>2+</sup>-Zugabe oder unter Verwendung spezieller Plasmide <sup>40,46</sup>. Die Markierung erfolgreich transfizierter Zellen mittels grün fluoriszierendem Protein (GFP) ermöglicht im vorliegenden Fall die gesonderte Untersuchung von Kanälen mit mutierten Untereinheiten. Bei der Beurteilung der Ergebnisse sollte beachtet werden, dass die Fluoreszenz nur die erfolgreiche Transfektion einer Zelle mit mutierter DNA anzeigt, die korrekte Kanalzusammensetzung ( $\alpha_2\beta\delta\epsilon$ ) aber nicht immer gegeben sein muss, wodurch Kanäle mit grundsätzlich veränderter Struktur und Kinetik entstehen können.

Wie bereits ausführlich in Kapitel 2.3 erörtert, handelt es sich bei der Patch Clamp-Methodik um ein sehr gutes, jedoch auch störanfälliges System. Bereits geringe Änderungen können deutliche Messungenauigkeiten ergeben. Gerade im Bereich höherer Spannungen (> 120 mV) zeigten sich Schwankungen, die durch die unphysiologisch hohe Erregung der Zellen zu veränderten Ergebnissen führen können. Die zu erwartende lineare Strom-Spannungs-Beziehung war in diesen Fällen nicht mehr exakt nachzuweisen.

Auch bei starkem Rauschen durch hohe Grundaktivität der Zellen ist eine genaue Auswertung der Einzelkanalströme erschwert. Niederamplitudige Kanalöffnungen sind dann oft trotz Filter nicht mehr eindeutig zu erkennen.

Durch das Durchführen der Messungen in einer störungsarmen Umgebung unter Benutzung eines Faraday'schen Käfigs wurden äußere Beeinflussungen minimiert. Trotzdem waren externe elektrische Störungen, wie z.B. durch elektrische Geräte oder Leitungen, zum Teil nicht vollständig abzuschirmen.

#### 5.2 Untersuchte Mutationen

Die durch Mutationen hervorgerufenen Veränderungen von Genen auf der Desoxyribonucleinsäure (DNA) beeinflussen die Transkription zu Ribonucleinsäure (RNA) oder behindern die weitere Zusammensetzung der kodierenden Exons zu messenger RNA (mRNA). Die im Anschluss erfolgende Proteinbildung (Translation) ist dann in vielen Fällen gestört. Im Falle von CMS resultiert hieraus eine gestörte Struktur und Kinetik des nAChR-Kanals.

Man unterscheidet die auftretenden Mutationen nach deren ursächlicher Wirkungsweise. Verschiebt sich beispielsweise das normale Triplett-Basenleseraster durch Deletion (= Auslassen einer Base) oder Insertion (= Hinzufügen einer Base), so spricht man von einer *Frameshift-Mutation*. Frameshift-Mutationen werden wiederum in *Out of frame*und *In frame*-Mutationen, wie zum Beispiel die im Experiment verwendeten Mutationen  $\varepsilon$ 1304del3 oder  $\varepsilon$ 392del3, unterteilt. Die Besonderheit der In-frame-Mutationen besteht in dem weiterhin korrekt ablaufenden Leseraster, da nicht nur eine, sondern drei Basen oder ein Vielfaches davon ausfallen und somit die Triplett-Form der DNA gewahrt bleibt. Dadurch kann ein Protein kodiert werden, dem eine Restfunktion des ursprünglichen Eiweißes erhalten geblieben ist. Bei Out of frame-Veränderungen hingegen entsteht kein funktionstüchtiges Endprodukt.

Wird eine Base nicht ausgelassen, sondern bei der Translation durch eine andere Base ersetzt, kann dies eine *stille*, eine *Nonsense*- oder eine *Missense*-Mutation zur Folge haben. Bei der stillen oder auch stummen Mutation besteht trotz neu eingesetzter Base die regelhafte Codierung für ein Protein. Dies ist aufgrund der teils mehrfach bestehenden unterschiedlichen Codierungen für eine einzigen Aminosäure möglich.

Nonsense-Mutationen zeichnen sich durch die Entstehung von *Stoppcodons* durch den Basenaustausch aus. Dies führt zu einem Abbruch der Translation oder bei Mutationen im Bereich der Introns zu Fehlern beim Splicing und somit bei der Entstehung der mRNA. Eine Missense-Mutation verursacht durch den Einbau einer neuen Base anstelle der ursprünglichen Base ein funktionsuntüchtiges Protein. Dies ist zum Beispiel bei den in dieser Arbeit untersuchten Mutationen  $\epsilon$ 812>T und  $\epsilon$ 652C>T durch den Ersatz von Alanin durch Valin, bzw. von Arginin durch Tryptophan, der Fall.

Im Folgenden sollen die Auswirkungen der in dieser Arbeit untersuchten neuen Mutationen auf das Kanalöffnungsverhalten des nAChRs erörtert werden. Bereits erforschte Mutationen können dabei einen Anhalt für die mögliche Pathophysiologie auf der molekularen Ebene geben.

#### 5.2.1 ε812C>T

Bei dieser Mutation wurden Einzelkanalcharakteristika im Sinne eines SCCMS gemessen. Die Mutation ε812C>T wirkt sich auf den transmembranösen Anteil des nAChR aus. Durch ihren Locus auf der porenbildenden Domäne M2 führt sie durch das Ersetzen eines Alanins durch Valin im abschließenden transmembranösen Anteil der Domäne wohl zu einer Veränderung der strukturellen Porenbeschaffenheit. Wie bereits von anderen Mutationen bekannt, kann der Austausch von Aminosäuren zu einer Änderung des transmembranösen Kanalanteils führen, so dass eine veränderte Permeabilität für unterschiedliche Ionen entsteht. <sup>16,20,36,55,73</sup>. Dies beruht vermutlich darauf, dass durch eine neu eingebrachte Aminosäure der hydrophobe Charakter der Kanalpore abgeschwächt werden kann. Durch das Auseinanderweichen der hydrophoben, in das Porenlumen hineinragenden Seitenketten der Aminosäuren wird der Durchmesser der Öffnung erweitert und so der Durchtritt für Ionen erleichtert. Zudem verlangsamen Mutationen in der M2-Region zu einem verlangsamten Porenschluss <sup>27,61,73</sup>. Ebenfalls beschrieben wurden Mutationen der M2-Domäne, die zu einer erhöhten Affinität des nAChRs zu ACh führten <sup>20</sup>.

Auf der Basis dieser Erkenntnisse lassen die Ergebnisse unserer experimentellen Untersuchungen der Mutation ε812C>T in dieser Arbeit vermuten, dass solche Mechanismen auch in diesem Fall eine tragende Rolle spielen könnten. Der Slow channel Charakter der Mutation wäre somit zu erklären.

#### 5.2.2 £1304del3

Bei dieser In Frame-Mutation ergaben die Messungen Einzelkanalcharakteristika im Sinne eines FCCMS. Die Kanalöffnungen sind deutlich verkürzt durch das schnelle Abdissoziieren der Transmitter-Moleküle und die verringerte Stabilität des AChR<sup>78</sup>.

Das durch die Mutation ε1304del3 ausgelöste Fehlen von drei Basenpaaren auf dem Exon 12 verursacht eine Deletion der Aminosäure Asparagin im Bereich der Domänengrenze M3/M4 im extracellulären Anteil des nAChRs. An dieser cytoplasmatischen Schleife führt die Veränderung zu einer verringerten Stabilität des Kanalaufbaus<sup>78,93</sup>.

Bereits in anderen Arbeiten wurde beschrieben, dass Mutationen im Bereich der langen cytoplasmatischen Schleife zwischen M3 und M4 sowohl zu einer verminderten Expression von AChR an der motorischen Endplatte (sog. Low-Expressor-Mutation) als auch zu kinetischen Veränderungen im Sinne eines Fast-Channel-Syndroms führt<sup>60</sup>.

Dies beruht einerseits auf der entstehenden Instabilität zwischen den Domänen M3 und M4, andererseits auch auf der dadurch beeinträchtigten Verbindung der benachbarten Untereinheiten  $\alpha$  und  $\varepsilon$ , wodurch eine abnorme Kinetik entsteht <sup>21</sup>. Neben der mangelnden Stabilität des mutierten Kanals kommt es zu einer verminderten Expression des nAChRs auf der Zelloberfläche, was zu einem kompensatorischen Auftreten der fetalen Rezeptorform  $\alpha_2\beta\delta\gamma$  führt <sup>21,78</sup>.

Bei der untersuchten Mutation ε1304del3 ist ein Fast channel-Charakter festzustellen. Nachdem sich die aufgetretene Deletion an dem für die Kanalstabilität äußerst wichtigen M3-M4 Loop auswirkt, kann gemutmaßt werden, dass die deutlich verkürzten Öffnungszeiten der mutierten AChR ebenfalls auf eine bestehende Instabilität der Rezeptorstruktur zurückzuführen sind.

#### 5.2.3 £392del3

Bei dieser Mutation haben wir Einzelkanalcharakteristika im Sinne eines SCCMS gemessen.

Im Bereich des durch eine Disulfidbrücke (welche von zwei Cysteinen gebildet wird) gebildeten Loops im extracellulären, NH<sub>2</sub>-nahen Abschnitt der ε-Untereinheit liegt die In Frame-Mutation ε392del3. Es wurden bereits vielfach Mutationen in diesem Bereich beschrieben, die ein SCCMS auslösen <sup>29</sup>. Durch die Deletion eines Basentripletts kommt es bei der hier untersuchten Mutation zum Ausfall der Glutaminsäure.

Ebenso wie die Mutation  $\epsilon$ 652C>T befindet sich die Mutation  $\epsilon$ 392del3 in der Region der  $\epsilon$ -Untereinheit, die zusammen mit der  $\alpha$ -Untereinheit die ACh-Bindungsstelle bildet. Auch bei dieser Mutation liegt ein Slow channel-Verhalten vor, so dass die Hypothese naheliegend ist, dass die Deletion des Glutamats ebenfalls eine strukturelle Veränderung in der Bindungsregion erzeugt, die eine erhöhte Affinität des Rezeptors für seinen Transmitter zur Folge hat.

#### 5.2.4 ε652C>T

Die Mutation ɛ652C>T ergab bei den Einzelkanalmessungen Charakteristika im Sinne eines SCCMS.

Die Aktivierung des AChRs an der postsynaptischen Membran der NMJ wird durch Bindung von zwei Molekülen ACh ausgelöst. Die Bindungsstellen im Rezeptor werden von den extracellulär gelegenen Anteilen der Untereinheiten  $\alpha$  und  $\delta$ , bzw.  $\alpha$  und  $\epsilon$  gebildet. Umgestaltungen in der Struktur dieser Areale führen zu Veränderungen der ACh-Bindungsstellen und dadurch zu einer Verminderung oder Verstärkung der Affinität zu einem Transmitter <sup>15,72,97</sup>. Die bei einer erhöhten Transmitter-Affinität auftretenden wiederholten Öffnungen des Kanals während der ACh-Bindung ermöglichen den vermehrten Durchtritt von Ionen, die zu einem Depolarisationsblock führen können <sup>82</sup>. Durch die Mutation  $\epsilon$ 652C>T kommt es zum Austausch eines Arginins gegen Tryptophan im extracellulären Anteil zwischen der transmembranösen M1-Domäne und dem NH<sub>2</sub>-Ende der  $\epsilon$ -Untereinheit. Die ACh-Bindungsstelle kann dadurch strukturell und in ihrer Affinität verändert sein. Die untersuchten Kanäle mit dieser Mutation weisen einen Slow channel-Charakter auf, was durch eine erhöhte Affinität des Rezeptors zu ACh und eine daraus resultierende längere Kanalöffnungszeit erklärbar wäre.

#### 5.3 Relevanz der Ergebnisse für Diagnostik und Therapie von CMS

Die große Variabilität der Symptome und das relativ seltene Auftreten der verschiedenen Unterformen der CMS machen diese Krankheitsbilder zu einer großen diagnostischen und therapeutischen Herausforderung. Der Leidensdruck der Patienten, die oft sehr lange Zeit auf eine sichere Diagnose verbunden mit einer adäquaten Therapie warten müssen, kann erheblich sein, vor allem wenn schwerwiegende klinische Symptome auftreten. Hinzu kommt die Bedeutung der Diagnose für bislang asymptomatische Geschwister des Betroffenen: da die Möglichkeit einer Late Onset-Symptomatik besteht, ist hier eine molekulargenetische Testung auch bei unauffälliger Klinik angeraten.

Je nach Lokalisation des Defektes im Bereich der neuromuskulären Endplatte unterscheiden sich die einzelnen Unterformen der CMS hinsichtlich Verlauf, Prognose, Vererbbarkeit und Behandlungsmöglichkeiten, so dass eine exakte Zuordnung zu einer molekulargenetischen Abnormität von großem diagnostischen und therapeutischen Nutzen ist.

Verschiedene elektrophysiologische Untersuchungen geben einen Einblick in die Pathophysiologie der kongenitalen myasthenen Syndrome und ihrer klinischen Ausprägung. Mittels Patch Clamp-Analyse können jedoch auf Zellebene die Auswirkungen von Mutationen im Bereich der nAChR-Untereinheiten auf das Kanalöffnungsverhalten exakt untersucht werden. Die Zuordnung der von neuen Mutationen hervorgerufenen Erkrankungen zu einer definierten Fast- oder Slow channel-CMS-Subgruppe wird somit möglich und erleichtert im klinischen Alltag die Entscheidung der Medikamentenauswahl zur Behandlung des betroffenen Patienten. Auch werden durch die pathophysiologischen Zusammenhänge neue Ansatzpunkte für pharmakologische Therapieoptionen offensichtlich.

Im Gegensatz zu der früher notwendigen Intercostalmuskel-Biopsie ist heute die Diagnostik mittels molekulargenetischer Tests aus Blutproben deutlich erleichtert. Besteht aufgrund klinischer Symptome der dringende Verdacht auf eine angeborene Muskelschwäche des CMS-Formenkreises, kann durch Untersuchungen der am häufigsten von Mutationen betroffenen Genloci oftmals eine gesicherte Diagnose gestellt werden. Durch die Erforschung neuer Mutationen können diese Analysen ausgeweitet und somit sukzessive der Katalog der potentiellen veränderten DNA-Abschnitte vervollständigt werden.

In mehreren Studien wurde bereits der Zusammenhang zwischen vorliegendem Phänotyp und molekulargenetisch festgestelltem Genotyp untersucht <sup>4,7,17,65,91</sup>. Die Problematik bei diesen klinischen Studien ergibt sich zu allererst durch das relativ seltene Auftreten der CMS. Isolierte Mutationen finden sich zudem häufig nur in einem einzelnen untersuchten Individuum oder einer Familie. Zeigt sich eine Mutation in mehreren Patienten, so tritt sie häufig in heterozygoten Formen oder kombiniert mit einer zweiten compound-heterozygoten Mutation auf. Sogar bei betroffenen Geschwistern mit demselben Genotyp kann die Ausprägung der klinischen Symptomatik erheblich in ihrem Schweregrad variieren. Nur bei vereinzelten Mutationen konnte bislang eine ethnisch erhöhte Prävalenz festgestellt werden, so dass aufgrund der erhöhten Anzahl untersuchter Patienten eine aussagekräftige Geno-Phänotyp-Korrelation möglich ist <sup>4</sup>. In vielen Fällen kann jedoch trotz einer bestehenden klinischen Symptomatik keine Mutation auf den bisher bekannten Genloci gefunden werden, was dafür spricht, dass es noch zahlreiche weitere, bisher unerforschte Mutationen geben muss.

Molekulargenetische Untersuchungen haben gezeigt, dass die Mehrzahl der postsynaptischen Mutationen, welche die Majorität der CMS verursachenden Mutationen bilden, die ε-Untereinheit des nAChRs betreffen<sup>69</sup>. Im Rahmen dieser Arbeit wurden vier neue Mutationen auf dem für ε kodierenden Gen CHRNE erforscht. Durch die mittels Patch Clamp untersuchten Veränderungen des Öffnungsverhaltens des mutierten nAChRs konnte eine Zuordnung der neuen Mutationen zu Slow- oder Fast channel-Subgruppen erfolgen. Bei nun bekanntem Genlocus und daraus resultierenden Veränderungen des Kanalöffnungsverhaltenes kann in weiteren klinischen Studien die Zuordnung zu einem pathognomonischen Phänotypen versucht werden.

Aufgrund der Vielzahl der bisher entdeckten Mutationen, deren zum Teil gemeinsames Auftreten in einem Individuum und nicht zuletzt der großen Variabilität der resultierenden Klinik scheint eine spezifische Phänotyp-Genotyp-Korrelation als wenig wahrscheinlich. Durch die Erweiterung des Katalogs bekannter Mutationen und ihrer Auswirkungen verbessern sich jedoch die Chancen, durch molekulargenetische Untersuchungen einen klinisch an CMS erkrankten Patienten einer exakten Untergruppe zuzuordnen und dadurch seine Therapieaussichten wesentlich zu verbessern.

# 6 Literaturnachweise

- 1. Fetchan Introduction. In: Axon Instruments I, editor. pCLAMP 8: User's Guide for Fetchan and pSTAT. USA: 1999: 57-70.
- 2. pCLAMP 8: User's Guide for Fetchan and pSTAT. USA: 1999.
- 3. Congenital myasthenic syndromes. MDA Quest 2001; 8(3).
- Abicht A, Stucka R, Song IH, Kugler K, Baumgarten-Walczak A, Stier C, Pongratz D, Mortier W, Müller-Felber W, Rudel R, Lochmüller H. Genetic analysis of the entire AChR å-subunit gene in 52 congenital myasthenic families. Acta Myologica 2000; 19:23-28.
- 5. Abicht A, Lochmuller H. Kongenitale myasthene Syndrome. In: Rieß O SL, editor. Neurogenetik. Stuttgart: 2002: 512-516.
- Abicht A, Muller-Felber W, Fischer P, Jakob I, Kurz L, Rudel R et al. Congenital myasthenic syndromes: clinical and genetic analysis of 18 patients. Eur J Med Res 1997; 2(12):515-522.
- Abicht A, Stucka R, Schmidt C, Briguet A, Hopfner S, Song IH et al. A newly identified chromosomal microdeletion and an N-box mutation of the AChR epsilon gene cause a congenital myasthenic syndrome. Brain 2002; 125(Pt 5):1005-1013.
- Abicht A, Stucka R, Song IH, Karcagi V, Kugler K, Baumgarten-Walczak A et al. Genetic analysis of the entire AChR epsilon-subunit gene in 52 congenital myasthenic families. Acta Myol 2000; 19:23-28.
- Andreux F, Hantai D, Eymard B. Congenital myasthenic syndromes: phenotypic expression and pathophysiological characterisation. Rev Neurol (Paris) 2004; 160(2):163-176.
- 10. Anlar B, Ozdirim E, Renda Y, Yalaz K, Aysun S, Topcu M et al. Myasthenia gravis in childhood. Acta Paediatr 1996; 85:838-842.
- Banwell BL, Ohno K, Sieb JP, Engel AG. Novel truncating RAPSN mutation causing congenital myasthenic syndrome responsive to 3,4-diaminopyridine. Neuromuscul Disord 2004; 14:202-207.
- Beeson D, Hantai D, Lochmuller H, Engel AG. 126th International Workshop: Congenital Myasthenic Syndromes, 24-26 September 2004, Naarden, The Netherlands. Neuromuscul Disord 2005; 15:498-512.

- Brownlow S, Webster R, Croxen R, et al. Acetylcholine receptor delta subunit mutations underlie a fast-channel myasthenic syndrome and arthrogryposis multiplex congenita. J Clin Invest 2001; 108:125-130.
- Byring RF, Pihko H, Shen XM. Congenital myasthenic syndrome associated with episodic apnea and sudden infant death. Neuromuscul Disord 2002; 12:548-535.
- Chen J, Arbach A., Akk G. Activation kinetics of recombinant mouse nicotinic acetylcholine receptors: mutations of alpha-subunit tyrosine 190 affect both binding and gating. Biophys J 1995; 69(3):849-859.
- Cohen BN, Labarca C, Davidson N, Lester HA. Mutations in M2 alter the selectivity of the mouse nicotinic acetylcholine receptor for organic and alkali metal cations. J Gen Physiol 1992; 100(3):373-400.
- Colomer J, Müller J, Vernet A, Nacimeinto A, Pons M, Gonzalez V, Abicht A, Lochmüller H. Dramatic, long-term improvement of a slow-channel congenital myasthenic syndrome with fluoxetine. Neuromuscul Disord 2006; 16:329-333.
- Colquhoun D SB. Fast events in single channel currents activated by acetylcholine and its analogues at the frog muscle end-plate. J Physiol (Lond) 1985; 369:501-557.
- Croxen R, Newland C, Beeson D, Oosterhuis H, Chauplannaz G, Vincent A et al. Mutation in different functional domains of the human muscle acetylcholine receptor alpha subunit in patients with slow-channel myasthenic syndrome. Human Molecular Genetics 1997; 6(5):767-774.
- De Bertrand J, Galzi A, Devillers-Thiéry S, Bertrand S, Changeux JC. Mutations at two distinct sites within the channel domain M2 alter calcium permeability of neuronal alpha 7 nicotinic receptor. Proc Natl Acad Sci 1993; 90:6971-6975.
- 21. Ealing J, Webster R, Brownlow S, Abdelgany A, Oosterhuis H, Muntoni F et al. Mutations in congenital myasthenic syndromes reveal an subunit Cterminal cysteine, C470, crucial for maturation and surface expression of adult AChR . Human Molecular Genetics 2002; 11(24):3087-3096.
- 22. Engel AG. Myasthenic Syndromes. In: Engel AG, Franzini-Armstrong C, editors. Myology: Basic and Clinical. New York: 1994: 1798-1835.
- 23. Engel AG, Franzini-Armstrong C. Myasthenic Syndromes. Myology: Basic and Clinical 1994; 2. Auflage:1798-1835.
- 24. Engel AG, Lambert EH. Congenital myasthenic syndromes. Electroencephalogr Clin Neurophysiol Suppl 1987; 39:91-102.

- 25. Engel AG, Lambert EH, Gomez MR. A new myasthenic syndrome with end-plate acetylcholinesterase deficiency, small nerve terminals, and reduced ace-tylcholine release. Ann Neurol 1977; 1(4):315-330.
- Engel AG, Lambert EH, Mulder DM, Torres CF, Sahashi K, Bertorini TE et al. A newly recognized congenital myasthenic syndrome attributed to a prolonged open time of the acetylcholine-induced ion channel. Ann Neurol 1982; 11(6):553-569.
- Engel AG, Ohno K, Milone M, Wang HL, Nakano S, Bouzat C et al. New mutations in acetylcholine receptor subunit genes reveal heterogeneity in the slow-channel congenital myasthenic syndrome. Hum Mol Genet 1996; 5(9):1217-1227.
- Engel AG, Ohno K, Shen XM, Sine SM. Congenital myasthenic syndromes: multiple molecular targets at the neuromuscular junction. Ann N Y Acad Sci 2003; 998:138-160.
- 29. Engel AG, Ohno K, Sine SM. Congenital myasthenic syndromes: recent advances. Arch Neurol 1999; 56(2):163-167.
- Engel AG, Ohno K, Sine SM. The spectrum of congenital myasthenic syndromes. Mol Neurobiol 2002; 26(2-3):347-367.
- 31. Engel AG, Ohno K, Sine SM. Congenital myasthenic syndromes: A diverse array of molecular targets. J Neurocytol 2003; 32(5-8):1017-1037.
- 32. Engel AG, Ohno K, Sine SM. Congenital myasthenic syndromes: progress over the past decade. Muscle Nerve 2003; 27(1):4-25.
- 33. Engel AG, Ohno K, Sine SM. Sleuthing molecular targets for neurological diseases at the neuromuscular junction. Nat Rev Neurosci 2003; 4:339-352.
- Engel AG, Walls TJ, Nagel A, Uchitel O. Newly recognized congenital myasthenic syndromes: I. Congenital paucity of synaptic vesicles and reduced quantal release. II. High-conductance fast-channel syndrome. III. Abnormal acetylcholine receptor (AChR) interaction with acetylcholine. IV. AChR deficiency and short channel-open time. Prog Brain Res 1990; 84:125-137.
- 35. Fukudome T, Ohno K, Brengman JM, Engel AG. Quinidine normalizes the open duration of slow-channel mutants of the acetylcholine receptor. Neurore-port 1998; 9(8):1907-1911.
- Gomez CM, Gammack J. A leucine-to-phenylalanine substitution in the acetylcholine receptor ion channel in a family with the slow-channel syndrome. Neurology 1995; 45(5):982-985.
- 37. Gomez CM, Maselli R, Gammack J, Lasalde JA, Tamamizu S, Cornblath DR et al. A beta-subunit mutation in the acetylcholine receptor gate causes severe slow-channel syndrome. Ann Neurol 1996; 39:712-723.
- Göthert M, Bönisch H, Schlicker E, Helmchen H. Psychopharmaka. In: Forth W, Henschler D, Rummel W, Förstermann U, Starke K, editors. Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie. Jena: Urban & Fischer Verlag München, 2001: 335-374.
- 39. Hantai D, Richard P, Koenig J, Eymard B. Congenital myasthenic syndromes. Curr Opin Neurol 2004; 17(5):539-551.
- 40. Harald zur Hausen. Induction of specific chromosomal abberations by Adenovirus Typ 12 in human embryonic kidney cells. J Virol 1967; 1(6):1174-1185.
- 41. Harper CM. Electrodiagnosis of endplate disease. In: Engel AG, editor. Myasthenia gravis and myasthenic disorders. New York: Oxford University Press, 2002: 65-84.
- 42. Harper CM, Engel AG. Quinidine sulfate therapy for the slow-channel congenital myasthenic syndrome. Ann Neurol 1998; 43(4):480-484.
- 43. Harper CM, Engel AG. Treatment of 31 congenital myasthenic syndrome patients with 3,4-diaminopyridine. Neurology 2000; 58(3):A395.
- 44. Harper CM, Fukodome T, Engel AG. Treatment of slow-channel congenital myasthenic syndrome with fluoxetine. Neurology 2003; 60(10):1710-1713.
- 45. Hart ZH, Lambert EH, Engel AG, Lindstrom JM. A congenital familial myasthenic syndrome caused by a presynaptic defect of trensmitter resynthesis or mobilisation. Neurology 1979; 29:556-557.
- Harvey M.Schein et al. Transformation induced by simian virus 40 in human renal cell cultures. Morphology and growth characteristics. PNAS 1962; 48:1164-1172.
- 47. Hoch W, McConville J, Helms S, et al. Auto-antibodies to the receptor tyrosine kinase MuSK in patients with myasthenia gravis without acetylcholine receptor antibodies. Nat Med 2001; 7:365-368.
- 48. Hucho F, Tsetlin VI, Machold J. The emerging three-dimensional structure of a receptor. The nicotinic acetylcholine receptor. Eur J Biochem 1996; 239:539-557.
- 49. Hutchinson DO, Walls TJ, Nakano S, Camp S, Taylor P, Harper CM et al. Congenital endplate acetylcholinesterase deficiency. Brain 1993; 116 (Pt 3):633-653.

- 50. Jahn K. Mohammadi B, Krampfl K, Abicht A, Lochmüller H, Bufler J. Deactivation and desensitization of mouse embryonic- and adult-type nicotinic receptor channel currents. Neuroscience Letters 2001; 307:89-92.
- 51. Karlin A, Akabas MH. Toward a structural basis for the function of nicotinic acetylcholine receptors and their cousins. Neuron 1995; 15:1231-1244.
- 52. Klinke R, Silbernagl S. Lehrbuch der Physiologie. 2nd ed. 2000.
- 53. Koch HJ. 3-Aminopyridin und 3,4-Diaminopyridin. Österreichische Apotheker Zeitung 2004; 12/04.
- 54. Kraner S, Laufenberg I, Strassburg HM, Sieb JP, Steinlein OK. Congenital myasthenic syndrome with episodic apnea in patients homozygous for a CHAT missense mutation. Arch Neurol 2003; 60(5):761-763.
- 55. Meaton J, Labarca C, Eterovi VA: M2 mutations of the nicotinic acetylcholine receptor increase the potency of the non-competitive inhibitor phencyclidine. Journal of Neuroscience Research 2000; 61(1):44-51.
- 56. Maselli R, Chen D, Mo D, Bowe C, Fenton G, Wollmann RL. Choline acetyltransferase mutations in myasthenic syndrome due to deficient acetylcholine resynthesis. Muscle Nerve 2003; 27:180-187.
- 57. Mergler S. Patch Clamp Technik. 2006. Ref Type: Internet Communication
- 58. Middleton LT. 34th ENMC International Workshop: Congenital myasthenic syndromes, 10-11 June 1995. Neuromuscul Disord 1996; 6(2):133-136.
- 59. Milone M, Hutchinson DO, Engel AG. Patch-clamp analysis of the properties of acetylcholine receptor channels at the normal human endplate. Muscle Nerve 1994; 17(12):1364-1369.
- 60. Milone M, Ohno K, Fukudome T, Shen XM, Brengman J, Griggs RC et al. Congenital myasthenic syndrome caused by novel loss-of-function mutations in the human AChR epsilon subunit gene. Ann N Y Aca Sci 1998; 841:184-188.
- 61. Milone M, Wang HL, Ohno K, Fukudome T, Pruitt JN, Bren N et al. Slow-channel syndrome caused by enhanced activation, desensitization and agonist binding affinity due to mutation in the M2 domain of the acetylcholine receptor alpha subunit. J Neurosci 1997; 17:5651-5665.
- 62. Mishina M, Takai T, Imoto K, Noda M, Takahashi T, Numa S et al. Molecular distinction between fetal and adult forms of muscle acetylcholine receptor. Nature 1986; 321:406-411.

- 63. Miyazawa A, Fujiyoshi Y, Unwin N. Structure and gating mechanism of the acetylcholine receptor pore. Nature 2003; 423:949-955.
- 64. Mora M, Lambert EG, Engel AG. Synaptic vesicle abnormality in familial infantile myasthenia. J Neurol 1987; 37:206-214.
- 65. Müller JS, Stucka R, Neudecker S, Zierz S. Schmidt C, Huebner A, Lochmüller H, Abicht A. Characterization of a novel splicing mutation leading to a congenital myasthenic syndrome. Neurology 2005; 65:463-466.
- 66. Nichols P, Croxen R, Vincent A, Rutter R, Hutchinson M, Newsom-Davis J et al. Mutation of the acetylcholine receptor epsilon-subunit promoter in congenital myasthenic syndrome. Ann Neurol 1999; 45(4):439-443.
- 67. Numberger M, Draguhn A. Patch-Clamp-Technik. 1 ed. Heidelberg, Berlin, Oxford: Spektrum Akademischer Verlag GmbH, 1996.
- 68. Ohno K, Brengman JM, Felice KJ, Cornblath DR, Engel AG. Congenital end-plate acetylcholinesterase deficiency caused by a nonsense mutation and an A-->G splice-donor-site mutation at position +3 of the collagenlike-tail-subunit gene (COLQ): how does G at position +3 result in aberrant splicing? Am J Hum Genet 1999; 65(3):635-644.
- 69. Ohno K, Engel AG. Congenital myasthenic syndromes: gene mutations. Neuromuscul Disord 2002; 12:807-811.
- 70. Ohno K, Engel AG. Congenital myasthenic syndromes: genetic defects of the neuromuscular junction. Curr Neurol Neurosci Rep 2002; 2(1):78-88.
- 71. Ohno K, Engel AG, Brengman JM, Shen XM, Heidenreich F, Vincent A et al. The spectrum of mutations causing end-plate acetylcholinesterase deficiency. Ann Neurol 2000; 47(2):162-170.
- Ohno K, Wang HL, Milone M, Bren N, Brengman JM, Nakano S et al. Congenital myasthenic syndrome caused by decreased agonist binding affinity due to a mutation in the acetylcholine receptor epsilon subunit. Neuron 1996; 17(1):157-170.
- 73. Ohno K, Hutchinson DO, Milone M, Brengman JM, Bouzat C, Sine SM, Engel AG. Congenital myasthenic syndrome caused by prolonged acetylcholine receptor channel openings due to a mutation in the M2 domain of the epsilon subunit. Proc Natl Acad Sci U S A 1995; 92:758-762.
- 74. Oosterhuis H, Newsom-Davis J, Wokke J. The slow channel syndrome. Two new cases. Brain 1987; 110:1061-1079.

- Quiram PA, Ohno K, Milone M, Patterson MC, Pruitt NJ, Brengman JM et al. Mutation causing congenital myasthenia reveals acetylcholine receptor beta/delta subunit interaction essential for assembly. J Clin Invest 1999; 104(10):1403-1410.
- Schmidt C, Abicht A, Krampfl K, Voss W, Stucka R, Mildner G et al. Congenital myasthenic syndrome due to a novel missense mutation in the gene encoding choline acetyltransferase. Neuromuscul Disord 2003; 13(3):245-251.
- 77. Schütz W. Pharmakologie des kardiovaskulären Systems: das Herz. In: Forth W, Henschler D, Rummel W, Förstermann U, Starke K, editors. Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie. Jena: Urba & Fischer Verlag München, 2001: 429-478.
- Shen XM, Ohno K, Sine SM, Engel AG. Subunit-specific contribution to agonist binding and channel gating revealed by inherited mutation in muscle acetylcholine receptor M3-M4 linker. Brain 2005; 128(2):345-355.
- Shen XM, Ohno K, Tsujino A, et al. Mutations causing severe myasthenia reveals functional asymmetry of AChR signature Cys-loops in agonist binding and gating. J Clin Invest 2003; 111:497-505.
- 80. Sieb JP, Kraner S, Köhler W., Schalke B, Steinlein OK. Myasthenia gravis und myasthene Syndrome. Deutsches Ärzteblatt 2000; 97(51-52):3496-3500.
- 81. Sieb JP, Milone M, Engel AG. Effects of the qunoline derivatives quinine, quinidine and chloroquine on neuromuscular transmission. Brain Res 1996; 712:179-189.
- Sine SM, Ohno K, Bouzat C, Auerbach A, Milone M, Pruitt JN et al. Mutation of the acetylcholine receptor alpha subunit causes a slow-channel myasthenic syndrome by enhancing agonist binding affinity. Neuron 1995; 15(1):229-239.
- 83. Sine SM, Shen XM, Wang HL, et al. Naturally occuring mutations at the acetylcholine receptor binding site independently alter ACh binding and channel gating. J Gen Physiol 2002; 120:483-496.
- 84. Sine SM, Wang HL, Bren N. Lysine scanning mutagenesis delinestes structure of nicotic receptor binding domain. J Biol Chem 2002; 277:29210-29223.
- 85. Sitzmann FC. Neuromuskuläre Erkrankungen. Pädiatrie. Thieme, 2002: 875-876.
- Starke K. Pharmakologie cholinerger Systeme. In: Forth W, Henschler D, Rummel W, Förstermann U, Starke K, editors. Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie. Jena: Urban & Fischer Verlag München, 2001: 147-174.

- 87. Uchitel O, Engel AG, Walls TJ, Nagel A, Bril V, Trastek VF. Congenital myasthenic syndrome attributed to an abnormal interaction of acetylcholine with its receptor. Ann N Y Acad Sci 1993; 681:487-495.
- Vajsar J, Sloane A, MacGregor DL, Ronen GM, Becker LE, Jay V. Arthrogryposis multiplex congenita due to congenital myasthenic syndrome. Pediatr Neurol 1995; 12(3):237-241.
- 89. Vincent A, McConville J, Farrugia ME, Newsom-Davis J. Seronegative myasthenia gravis. Semin Neurol 2004; 24:125-133.
- Vincent A, Newsom-Davis J, Wray D, Shillito P, Harrison J, Betty M et al. Clinical and experimental observations in patients with congenital myasthenic syndromes. Ann N Y Aca Sci 1993; 681:451-460.
- 91. von der Hagen M, Schallner J, Kaindl A, Köhler K, Mitzscherling P, Abicht A, Grieben U, Korinthenberg R, Kress W, von Moers A, Müller J, Schara U, Vorgerd M, Walter M, Müller-Reible C, Hübner C, Lochmüller H, Huebner A. Facing the genetic heterogeneity in neuromuscular disorders: Linkage analysis as an economic diagnostic approach towards the molecular diagnosis. Neuromuscul Disord 2006; 16:4-13.
- 92. Walls TJ, Engel AG, Nagel A, Harper CK, Trastek VF. Congenital myasthenic syndrome associated with paucity of synaptic vesicles and reduced quantal release. Ann N Y Acad Sci 1993; 681:461-468.
- 93. Wang HL, Ohno K, Milone M, Brengman J, Evoli A, Batocchi AP et al. Fundamental Gating Mechanism of Nicotinic Receptor Channel Revealed by Mutation Causing a Congenital Myasthenic Syndrome . The Journal of General Physiology 2000; 116(3):449-462.
- 94. Webster R, Brydson M, Croxen R, Newsom-Davis J, Vincent A, Beeson D. Mutation in the AChR ion channel gate underlies a fast channel congenital myasthenic syndrome. Neurology 2004; 62(7):1090-1096.
- 95. Wokke JHJFG, Molenaar PC, Van den Oord C.J., Oen B.F., Busch H.F. Congenital paucity of secondary synaptic clefts (CPSC) syndrome in two adult sibs. Neurology 1989; 39:648-654.
- Wolber P. Konformationszustände des nicotinischen ACh-Rezeptors. Wikipedia . 20-9-2005. Ref Type: Internet Communication
- 97. Yu XM, Hall ZW. Extracellular domains mediating epsilon subunit interactions of muscle acetylcholine receptor. Nature 1991; 352:64-67.

98. Zhong W, Gallivan JP, Zhang Y, Li L, Lester HA, Dougherty DA. From ab initio quantum mechanics to molecular neurobiology: a cation-tao binding site in the nicotinic receptor. Proc Natl Acad Sci U S A 1998; 95:12088-12093.

## 7 Anhang

#### 7.1 Klassifikation der CMS nach der Konferenz der ENMC 1995

Тур	Vererbung	Symptome	Diagnostik
<b>Typ la</b> : Familiäre infantile Myasthenie	Autosomal- rezessiv	<ul> <li>Auftretend in der frühen Kindheit</li> <li>Ptosis, Ophtalmoparesen, Trink- schwäche, Atemprobleme evtl. mit in- fektgetriggerten Apnoen</li> <li>Allgemein milder Verlauf</li> </ul>	<ul> <li>Verringerte Reizantwort</li> <li>im EMG bei repetitiver</li> <li>Stimulation mit 2–3 Hz</li> <li>nach Beanspruchung</li> <li>des Muskels</li> <li>Normale Sehnenreflexe</li> </ul>
<b>Typ lb</b> : Limb- Girdle- Myasthenie	Autosomal- rezessiv	<ul> <li>Auftretend im Jugendalter</li> <li>Symmetrische Schwäche der stammbetonten Extremitätenmusku- latur</li> </ul>	<ul> <li>Verringerte Reizantwort</li> <li>im EMG bei repetitiver</li> <li>Stimulation mit 2–3 Hz</li> <li>Die Augenmuskeln sind</li> <li>nie betroffen</li> </ul>
<b>Typ Ic</b> : AChE- Mangel	Autosomal- rezessiv	<ul> <li>Auftretend in den ersten 2 Lebensjah- ren</li> <li>Schwäche der Augen- und Ge- sichtsmuskulatur</li> <li>Verspätetes Erreichen der "motori- schen Meilensteine"</li> <li>Verzögerte Lichtreagibilität der Pupil- len</li> </ul>	<ul> <li>Verringerte Reizantwort im EMG bei repetitiver Stimulation mit 2–3</li> <li>AChE-Mangel</li> <li>Zweifaches CMAP nach singulärer Stimu- lation</li> </ul>
<b>Typ Id</b> : nAChR- Kanal- Mangel	Autosomal- rezessiv	<ul> <li>Auftretend in den ersten 2 Lebensjah- ren, m &gt; w</li> <li>Ptosis, Ophtalmoparesen, Trink- schwäche, keine Exazerbationen; allgemein gutartiger Verlauf</li> </ul>	- Verringerte Reizantwort im EMG bei repetitiver Stimulation mit 2–3 Hz ohne Ermüdung des Muskels

Typ II: SCCMS	Autosomal- dominant	<ul> <li>Auftretend in jedem Lebensalter</li> <li>Verschieden starke Ausprägung</li> <li>Schwäche der Hals- und Schulter- muskulatur sowie der Hand- und Fin- gerextensoren. Gelegentlich Beteili- gung der bulbären Muskulatur und reduzierte Sehnenreflexe</li> </ul>	<ul> <li>Verringerte Reizantwort</li> <li>im EMG bei repetitiver</li> <li>Stimulation mit 2–3 Hz</li> <li>nach Beanspruchung</li> <li>des Muskels</li> <li>Zweifaches CMAP</li> <li>nach singulärer Stimulation</li> </ul>
Typ III:	sporadisch	- Auftretend vor dem 12. Lebensjahr - Muskelschwäche nach Belastung	- Nachweis eines De- fekts im Bereich der NMJ

Patch-C	Clam	ıp-Ausw	ertung						
File	mV	Mean Open Time (MOT) [ms]	MOT Abwei- chung <u>+</u>	Burst Dura- tion (BD) [ms]	BD Abwei- chung <u>+</u>	Number of events	Numbers of burst	Amplitude [pA]	Amplitude Ab- weichung <u>+</u>
0331705B	140	0,00478	0,03483	8,153	8,650	1419	59	3,290	1,595
03317016	120	0,02927	0,09310	6,614	6,924	3487	158	3,089	1,741
03317020	120	0,00290	0,01748	2,911	4,311	1997	142	2,680	1,307
03317023	60	0,00171	0,00883	1,379	1,238	1379	176	2,189	1,502
03317024	80	0,00260	0,01190	2,134	1,717	1780	165	2,703	1,490
03317025	100	0,00372	0,00912	1,947	1,662	3342	310	3,160	1,673
03317026	120	0,00589	0,02284	2,485	2,006	1838	161	2,831	1,501
0331705A	140	0,00648	0,03745	5,848	7,913	1008	57	3,459	1,715
0331725A	100	0,00777	0,03699	3,160	2,385	3126	228	2,228	1,198
0331725B	100	0,00661	0,03294	3,206	2,813	9731	715	2,366	1,276
03318001	140	0,00120	0,01196	3,079	4,368	95	7	2,521	1,583
03318003	100	0,00404	0,02877	5,401	5,940	1206	53	2,126	1,124
03322000	140	0,00075	0,00653	1,828	2,075	271	29	1,968	1,209
03324000	180	0,00310	0,02913	3,696	3,132	1284	80	3,072	1,349
03324001	160	0,00122	0,01380	3,284	2,759	928	57	2,979	1,402
03326003	100	0,01237	0,06100	5,643	8,117	2130	113	2,440	1,310
03326004	80	0,01912	0,07960	5,889	6,043	1570	74	2,152	1,163
03326005	120	0,00648	0,04585	5,020	9,862	527	35	3,395	1,637
03326007	160	0,00387	0,03132	7,208	19,070	515	18	2,799	1,209
0332604A	80	0,02159	0,06816	5,341	4,765	2148	99	2,157	1,196
03015000	100	0,00668	0,02251	1,349	0,946	879	173	1,327	1,370
03015001	120	0,00780	0,02138	1,496	0,943	1237	168	2,648	1,842
03015002	100	0,00322	0,01627	1,558	1,214	817	135	1,426	1,308
0301500A	100	0,00763	0,02603	1,508	1,094	724	139	1,343	1,361
0301501A	120	0,00910	0,03132	2,067	3,312	2394	269	2,669	1,677
03017000	100	0,00269	0,01367	1,337	1,304	1161	205	1,568	1,322
03017001	120	0,00405	0,01696	1,782	3,199	1312	175	2,384	1,644
03017002	140	0,01549	0,03661	1,065	1,399	2083	491	0,522	0,757
0301703A	100	0,02844	0,12242	6,707	13,531	868	44	3,575	1,864
03017004	80	0,00038	0,00238	0,780	0,511	390	61	2,044	1,500
0301702A	140	0,01313	0,03613	1,612	2,115	1580	274	1,034	1,090
03019004	140	0,00104	0,00768	1,450	1,197	995	101	1,726	1,113
03019005	160	0,00299	0,01435	2,393	4,029	2526	191	1,748	0,986
0301905A	160	0,00777	0,04145	6,635	6,572	1931	65	1,837	0,830
03023000	120	0,01085	0,04188	3,640	5,049	4118	256	0,628	0,596
03023001	120	0,01284	0,05933	5,212	7,458	4454	176	1,108	0,836
03023003	80	0,04957	0,20113	12,666	104,670	336	160	1,289	0,888
03023004	100	0,07280	0,15345	7,823	10,192	3471	117	2,810	1,310
0302305A	120	0,00480	0,02049	2,771	2,388	594	45	2,127	1,196

# 7.2 Einzelkanalmessungen ε812C>T

File	mV	Mean Open Time (MOT) [ms]	MOT Abwei- chung <u>+</u>	Burst Dura- tion (BD) [ms]	BD Abwei- chung <u>+</u>	Number of events	Numbers of burst	Amplitude [pA]	Amplitude Ab- weichung <u>+</u>
03023007	160	0,00352	0,02613	5,386	7,130	1102	50	1,520	0,879
03023008	180	0,00986	0,06703	9,340	19,300	1146	47	1,540	0,777
0302300A	120	0,01546	0,05761	6,824	8,712	10000	306	0,687	0,594
0302302A	60	0,00876	0,04927	7,142	9,882	4716	133	1,391	0,872
0302304A	100	0,02115	0,06969	4,815	6,853	1830	92	3,939	1,726
0302304B	100	0,04335	0,11824	9,476	14,847	8200	211	2,036	1,052
03028001	120	0,03159	0,09606	6,506	7,365	2625	99	1,363	0,844
0302801A	120	0,07125	0,20922	9,586	55,689	4374	187	1,575	0,930

Patch-C	p-Ausw	ertung							
File	mV	Mean Open Time (MOT) [ms]	MOT Abwei- chung <u>+</u>	Burst Dura- tion (BD) [ms]	BD Abwei- chung <u>+</u>	Number of events	Numbers of burst	Amplitude [pA]	Amplitude Ab- weichung <u>+</u>
03403000	180	0,00840	0,06867	11,367	32,773	1139	52	1,417	1,325
03403001	200	0,01368	0,09448	12,691	28,778	1104	41	2,350	1,178
03403003	100	0,00324	0,01623	2,746	4,033	3703	279	1,425	0,791
03403004	120	0,00857	0,04196	5,607	9,021	3896	138	2,113	0,886
03403005	80	0,00856	0,05578	6,593	10,208	2484	102	1,598	0,954
03403008	140	0,00496	0,02093	3,663	4,471	2480	139	1,843	0,974
03405005	120	0,02683	0,09789	8,879	9,589	3216	87	2,101	1,111
0340505A	120	0,00971	0,05660	5,363	7,792	1053	44	2,083	1,165
03001001	120	0,00027	0,00438	6,770	7,240	168	5	2,129	0,962
03001003	80	0,00892	0,03475	6,436	7,599	2757	96	2,357	0,896
03001005	40	0,00499	0,03691	8,543	10,954	3540	75	2,335	0,871
03001006	60	0,00225	0,02647	8,043	11,929	640	34	1,800	1,467
03001007	80	0,00958	0,05631	8,324	8,113	968	27	1,994	0,939
03001008	100	0,00034	0,00544	2,800	3,553	345	29	1,841	1,068
0300110A	100	0,00179	0,01342	4,503	5,686	385	19	2,525	1,291
03001011	120	0,01564	0,08491	17,588	16,585	2360	32	1,387	0,920
0300106A	60	0,00195	0,01921	3,852	8,557	772	61	1,724	1,187
0300207A	100	0,00602	0,03358	5,206	9,774	494	16	1,759	0,592
03003000	20	0,00657	0,03686	8,588	7,439	1283	26	1,301	0,621
03003001	40	0,00539	0,03432	18,149	18,464	6877	68	0,809	0,588
0300303A	80	0,00377	0,03545	5,207	10,227	273	14	1,547	0,946
03004001	60	0,00263	0,02314	5,829	10,416	1891	77	0,901	0,766
03004002	80	0,00444	0,03191	3,761	3,976	1473	131	0,840	0,868
0300402A	80	0,00302	0,01928	2,022	2,480	313	38	1,207	1,085
03005001	100	0,00924	0,04966	14,212	10,665	2977	37	0,827	0,483
03005004	120	0,02452	0,08662	11,074	17,699	1502	25	2,075	0,699
03005005	80	0,01272	0,06320	8,248	10,553	2041	48	1,344	0,576
03005006	60	0,00108	0,01009	2,852	3,382	1243	71	1,002	0,565
0300500A	120	0,00478	0,03443	9,727	9,914	838	13	0,822	0,543
03005010	160	0,05098	0,13931	7,227	7,189	835	28	5,210	2,819
0300504A	120	0,01622	0,05974	4,469	7,771	2468	118	1,559	0,779
0300504B	120	0,00948	0,03056	2,824	3,452	7604	505	1,807	0,910
0300504C	120	0,03731	0,09947	6,201	7,030	7461	250	1,401	0,706
0300505A	80	0,00357	0,01321	2,402	3,042	2010	150	1,789	0,870
0300505B	80	0,00504	0,01979	2,365	3,707	1279	91	1,687	0,818
0300508A	-60	0,00195	0,01656	3,079	5,684	1037	68	0,461	0,466
03006000	80	0,01005	0,04800	7,193	8,744	1159	29	1,438	0,581
03006002	120	0,00502	0,03536	5,000	1,984	180	5	1,940	0,794
03006004	160	0,00216	0,01546	5,379	5,273	3726	123	1,898	0,877

#### 7.3 Einzelkanalmessungen ε1304del3

File	mV	Mean Open Time (MOT) [ms]	MOT Abwei- chung <u>+</u>	Burst Dura- tion (BD) [ms]	BD Abwei- chung <u>+</u>	Number of events	Numbers of burst	Amplitude [pA]	Amplitude Ab- weichung <u>+</u>
03006005	180	0,00433	0,02907	7,153	8,695	3153	87	1,785	0,854
03006008	60	0,00179	0,01089	1,052	1,386	1801	302	0,652	0,703
03006009	80	0,00306	0,01637	1,650	1,987	3074	440	0,576	0,666
03006010	100	0,00234	0,00947	1,203	1,246	1964	239	2,041	1,260
03006011	120	0,00688	0,03627	2,757	4,298	2758	302	1,057	0,853
03006012	140	0,01082	0,04253	4,810	18,195	8854	354	2,044	0,780
03006013	100	0,01767	0,04143	2,206	1,920	1745	203	2,096	1,355
03006014	120	0,01728	0,03861	2,626	4,228	3205	342	2,579	1,577
03006015	100	0,00540	0,01641	1,945	3,449	2819	254	2,227	1,229
03006016	80	0,00289	0,01438	1,515	1,102	1599	140	1,739	0,937
03006017	140	0,02682	0,07326	4,038	8,499	2561	236	1,840	1,193
0300613A	100	0,01329	0,03124	2,037	1,644	1787	226	2,126	1,406
0300614A	120	0,04323	0,13103	7,087	32,188	8502	416	1,839	0,998
0300617A	140	0,02000	0,05864	3,895	5,443	3774	331	2,029	1,263
03007002	60	0,00237	0,01523	3,281	4,691	2592	170	1,556	1,019
03007003	80	0,01004	0,04917	5,485	6,702	3163	134	1,674	0,970
03007004	100	0,02585	0,11652	6,679	7,954	361	14	1,595	0,968
03008000	120	0,01892	0,10394	10,782	39,600	3196	88	2,638	0,975
0300801B	100	0,00423	0,02684	3,835	5,634	2272	115	1,793	0,902
03008002	60	0,00387	0,02202	2,953	4,174	1962	131	1,071	0,759
0300803B	120	0,00499	0,02192	4,198	4,249	1089	45	2,743	0,989
03008006	120	0,02387	0,07245	6,477	6,583	1477	35	1,930	0,803
0300800A	120	0,01549	0,05096	4,947	6,054	2522	100	2,437	1,010
0300800B	120	0,01312	0,04503	3,921	4,797	2371	153	2,198	1,196
0300801A	100	0,00736	0,03418	4,539	6,124	2190	98	1,693	0,839
0300802A	60	0,01784	0,07490	12,361	16,174	905	14	0,827	0,633
0300802B	60	0,00626	0,03683	5,711	7,187	1330	44	0,808	0,617
0300808A	140	0,01662	0,08158	21,485	28,526	9454	69	1,657	0,756
0300900A	20	0,00319	0,03103	9,145	11,746	1327	39	1,581	0,798
03009002	140	0,01068	0,07062	3,606	14,175	1051	100	3,012	1,736
03009003	140	0,01753	0,07578	6,822	10,515	2086	85	2,772	1,131
0300902A	140	0,00478	0,01958	2,300	2,164	405	37	3,122	1,747
0300903A	140	0,04005	0,17264	19,479	85,504	2410	63	3,326	1,112

Patch-C	lar	p-Ausw	ertung						
File	mV	Mean Open Time (MOT) [ms]	MOT Abwei- chung <u>+</u>	Burst Dura- tion (BD) [ms]	BD Abwei- chung <u>+</u>	Number of events	Numbers of burst	Amplitude [pA]	Amplitude Ab- weichung <u>+</u>
03908000	120	0,00238	0,01720	3,947	4,711	214	15	1,949	1,255
03908001	100	0,02422	0,08803	10,246	25,060	3728	93	4,387	1,875
03908002	80	0,00546	0,02731	3,398	3,541	1071	80	2,892	1,846
03908003	60	0,06576	0,14134	8,505	16,334	9953	309	1,521	1,441
03908004	40	0,00598	0,03160	5,036	8,234	2060	107	2,144	1,408
03908005	140	0,01414	0,05810	7,568	9,087	1806	92	4,415	2,679
0390802A	80	0,02585	0,09081	6,764	6,260	905	33	3,287	1,656
0390803A	60	0,02524	0,08023	5,434	11,884	5985	294	2,326	1,583
0390805A	140	0,01625	0,07007	7,087	8,098	1110	63	4,423	2,851
03909000	60	0,00532	0,04616	10,133	12,757	478	21	4,370	2,512
03909001	80	0,00405	0,02992	4,670	5,921	1497	103	3,053	1,811
03909003	40	0,00541	0,02664	3,758	3,705	2417	165	1,966	1,823
03909004	60	0,00725	0,04147	5,445	6,055	2814	145	2,903	2,045
03909005	80	0,02016	0,11650	21,315	29,739	560	13	4,382	1,850
03909006	100	0,00114	0,01710	3,529	3,583	708	48	3,269	1,948
03909008	160	0,01780	0,06790	7,442	8,395	1820	103	4,178	2,159
03909009	120	0,05771	0,17066	11,402	28,011	10000	513	2,639	1,457
03909010	100	0,02441	0,09101	6,701	10,112	1737	76	4,288	1,644
0390910A	100	0,01932	0,06781	5,116	8,081	1204	64	3,465	1,501
0390910B	100	0,02053	0,06108	4,606	4,017	3391	205	3,295	1,622
03909011	80	0,00530	0,04947	10,570	8,083	223	10	2,378	1,437
03912001	100	0,00532	0,03097	3,954	4,758	1853	138	2,249	1,592
03912002	80	0,02897	0,09671	6,742	8,354	1166	45	1,257	1,205
03912004	60	0,00402	0,02585	4,620	5,464	1612	97	2,325	1,353
03912005	120	0,00744	0,04982	5,817	7,815	1251	72	1,262	19,396
0391202A	80	0,03978	0,10887	10,393	10,728	2155	56	1,016	1,128
0391202C	80	0,03447	0,10480	7,397	11,944	5031	200	1,024	1,125
0391202D	80	0,04160	0,13129	21,141	25,129	6497	101	0,799	1,079
0391202E	80	0,02539	0,10383	10,561	16,222	3549	109	1,021	2,200
0391202F	80	0,04151	0,12113	12,350	17,239	10000	216	2,624	1,247
0391204A	60	0,00119	0,01123	1,909	3,110	189	22	2,164	1,468
0391205A	120	0,00154	0,01342	1,623	1,952	99	13	2,159	1,487
03913000	80	0,00170	0,01241	3,000	2,978	253	22	2,671	1,615
03913002	60	0,00469	0,02502	3,400	4,628	308	26	1,729	1,114
03915000	60	0,00568	0,02880	2,458	3,709	769	83	1,376	1,577
0391500A	60	0,00617	0,03269	1,289	4,434	6512	1236	1,302	1,637
03917000	60	0,01774	0,09294	9,132	9,443	420	19	5,570	2,640
0392006A	120	0,00503	0,04433	12,735	23,275	1956	43	3,767	1,605
03920007	100	0,00380	0,03738	9,769	9,361	618	16	2,867	1,679

# 7.4 Einzelkanalmessungen ε392del3

File	mV	Mean Open Time (MOT) [ms]	MOT Abwei- chung <u>+</u>	Burst Dura- tion (BD) [ms]	BD Abwei- chung <u>+</u>	Number of events	Numbers of burst	Amplitude [pA]	Amplitude Ab- weichung <u>+</u>
03920008	80	0,02920	0,10372	9,035	8,441	784	26	2,984	1,707
03920010	140	0,01782	0,09089	5,973	14,770	5111	323	1,542	1,586
03920011	120	0,04337	0,15513	13,712	27,128	3460	105	1,589	1,536
03920012	120	0,00698	0,04114	3,863	6,357	2250	162	1,436	1,502
03920013	100	0,00288	0,01783	2,351	4,135	1568	168	2,179	1,776
03920014	80	0,00283	0,02494	3,022	7,068	1638	133	1,286	1,443
03920015	60	0,00552	0,03896	6,679	6,375	543	24	2,338	1,609
0392008A	80	0,03743	0,12959	11,576	17,218	1030	23	3,121	1,734
0392012A	120	0,00221	0,01622	2,384	2,794	588	61	1,050	1,439
0392013A	100	0,01857	0,09141	8,416	17,051	4670	195	1,882	1,587
0392014A	80	0,00580	0,04313	4,014	7,985	1816	125	1,662	1,466
0392014B	80	0,00807	0,06116	5,267	16,457	1525	94	1,615	1,585
03923000	80	0,00084	0,09955	4,715	4,284	233	13	2,334	1,586
03923001	100	0,00265	0,02163	5,837	6,275	1285	63	2,597	1,476
03923002	160	0,00316	0,02656	4,673	4,408	796	48	2,752	1,796
03923005	140	0,02342	0,08331	10,759	21,835	5047	103	4,848	1,811
03923006	160	0,00456	0,03043	4,714	7,671	415	22	4,743	2,108
03923007	120	0,00832	0,04409	10,315	11,595	2717	54	4,458	1,789
0392305A	140	0,04568	0,14521	11,762	12,170	2666	71	1,969	1,696
03928000	120	0,00501	0,03293	19,924	29,600	1773	17	1,979	0,672
03928001	80	0,00040	0,00294	3,521	2,703	176	14	1,188	0,734
03928002	100	0,00162	0,01685	3,198	3,586	466	31	1,546	1,024
03928003	140	0,01100	0,06213	4,133	3,698	106	9	2,026	1,408
03928006	80	0,00040	0,00401	3,379	3,748	265	17	1,346	0,743
03928007	100	0,00418	0,02639	5,550	12,669	567	17	1,752	0,692
03928008	120	0,00246	0,01671	4,242	4,647	2066	96	1,472	0,884
03928015	80	0,05287	0,13500	12,433	23,780	10000	136	1,345	0,611
03928016	100	0,08693	0,20187	17,368	45,965	10000	109	2,228	0,668
0392801A	80	0,00028	0,00239	1,054	0,959	70	12	0,962	0,652
0392803A	140	0,01007	0,06821	5,357	12,275	525	34	2,662	1,500
0392814A	60	0,00156	0,01270	4,423	7,558	2268	105	0,599	0,535
0392814B	60	0,00252	0,01791	13,744	11,131	494	8	0,354	0,519
0392815A	80	0,05431	0,14684	8,712	22,335	10000	204	1,324	0,620

03N05009

03N05010

80

60

0,05672

0,01683

0,13819

0,05021

9,628

3,503

14,268

6,088

10000

6380

194

346

1,270

0,830

#### Patch-Clamp-Auswertung Mean Burst BD Amplitude Open мот Dura-Number Abwei-Numbers Amplitude Ab-File m٧ Time Abweition of chung of burst [pA] weichung (MOT) chung <u>+</u> events (BD) <u>+</u> <u>+</u> [ms] [ms] 03N01000 60 0,01615 3,720 8,339 3124 139 0,834 0,503 0,00181 03N01001 80 0,00209 0,01482 3,431 8,915 2053 108 1,051 0,559 231 03N01002 100 0,02785 0,03135 7,893 10,311 10000 0.963 0,509 03N01003 120 0,00188 0,01556 3,863 8,181 2011 99 1,237 0,625 03N01004 -100 0,00751 0,03662 3,643 4,896 2804 148 1,389 0,731 899 49 1,470 03N0109A 100 0,00090 0,00914 3,810 6,504 0,855 03N01010 120 0,00262 0,01982 4,795 6,596 1622 65 1,363 0,743 03N01011 140 0.03541 0.15946 18,768 89,452 4144 113 1,223 0.762 03N02000 120 0,00739 0,03748 6,062 7,517 2835 126 3,047 1,637 03N02001 140 0,00641 0,03258 5,669 5,877 2728 118 1,838 1,095 03N02004 60 0,01053 0,05289 7,405 10,487 1634 61 1,899 1,040 03N02006 80 0,00188 0,01718 7,300 6,780 603 18 2,003 0,969 <u>7,</u>336 03N02007 7,040 523 60 0.00163 0.01653 18 1,775 0.859 03N02008 40 0,00087 0,01075 6,208 3,888 365 13 1,395 0,806 03N02011 60 0,00362 0,02398 5,763 6,026 1636 64 1,279 0,774 03N02012 80 0,03303 0,09322 7,669 11,741 5180 710 1,956 0,745 76 03N0212A 80 0,06155 0,16949 18,538 28.486 5306 2,106 0,679 03N0301A 100 0,00106 0,13890 3,856 5,147 1010 52 1,715 0,738 03N0302A 120 0,02877 0,09589 7,448 7,812 3382 1222 1,954 0,806 03N03003 140 0,02029 0,07612 5,804 12,322 4940 178 1,440 0,642 03N0303A 140 0,11593 17,567 5823 1,242 0,23321 15,833 87 0,544 03N03004 100 0,00296 0,01981 2,527 5,099 2503 173 1,006 0,601 03N03005 0,00194 0,01461 3,547 5,970 1546 86 0,828 80 0,507 120 03N0306A 0,00302 0,02974 9,745 13 2,029 0,729 6,138 390 03N03007 120 0,28040 0,40478 71,768 133,348 3637 80 2,563 0,758 03N03008 65,220 140 0,12876 0,29583 36,933 3449 89 1,776 1,171 0,01047 0,06442 11,002 03N03009 60 5,039 2224 93 0,908 0,534 03N03014 0,00127 0,01607 5,754 7,778 804 24 1,501 0,610 80 03N03015 100 0,03724 0,14118 21,194 27,693 2402 39 0,932 0,516 15,232 03N03018 40 0.02273 0,08503 14,092 4173 59 1,014 0.589 03N04001 0,00804 0,05896 62,425 85,684 2095 6 1,056 0,494 80 03N04003 0,04128 0,13804 11,900 7,501 945 1,352 60 19 0,752 03N0401A 14,263 1142 14 0,01096 0,06864 14,604 0,834 80 0,668 43 03N0403A 60 0,07210 0,23257 28,155 92,116 2113 1,223 0,698 0,12212 96,282 03N05005 60 0.01907 30,375 1482 24 1,448 0.549 0,0<u>7581</u> 03N05007 100 0,01839 6,580 9,732 5653 175 1,291 0,608 03N05008 120 0,12253 0,29019 30,547 52,318 6261 136 1,145 0,581

#### 7.5 Einzelkanalmessungen ε652C>T

0,547

0,563

File	mV	Mean Open Time (MOT) [ms]	MOT Abwei- chung <u>+</u>	Burst Dura- tion (BD) [ms]	BD Abwei- chung <u>+</u>	Number of events	Numbers of burst	Amplitude [pA]	Amplitude Ab- weichung <u>+</u>
03N0508A	120	0,32426	0,40601	42,110	73,747	6826	89	1,401	0,536
03N0508B	120	0,27377	0,38000	40,638	67,749	10000	128	1,556	0,625
03N0509A	80	0,05823	0,17143	14,873	21,151	9047	144	1,372	0,534

#### 8 Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Herrn PD Dr. med. Klaus Jahn, der mich als Betreuer und Doktorvater über die gesamte Zeit meiner Arbeit gefordert und gefördert hat, und mir immer mit einem offenen Ohr zur Seite gestanden ist.

Ebenfalls danken möchte ich Herrn Prof. Dr. med. Michael Strupp, der mir die Aufnahme dieser experimentellen Dissertation ermöglichte.

Herrn Professor Dr. Hanns Lochmüller und seinem Team aus dem Genzentrum München danke ich für die gute Zusammenarbeit und das zur Verfügung stellen des genetischen Materials für den experimentellen Teil dieser Arbeit.

Bei meinen Eltern, Heidi und Richard Gärtner, möchte ich mich an dieser Stelle besonders bedanken für ihre Motivation und Konsequenz, mit der sie mir über den gesamten Zeitraum des Verfassens dieser Arbeit hinweg den Rücken gestärkt haben.

## 9 Lebenslauf

Schul	ausbildung:	
	2001:	Ärztliche Vorprüfung
	2002:	Erster Abschnitt der ärztlichen Prüfung
	2004:	Zweiter Abschnitt der ärztlichen Prüfung
	2005:	Ärztliche Approbation
	1999 - 2000:	ERASMUS-Stipendium: Auslandssemester an der Universidad Miguel Hernandez, Alicante, Spanien
	1998 - 2005:	Studium der Humanmedizin an der medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität, München
Studi	um:	
	01.09.2005 – 31.03.2007	Assistenzärztin in der pädiatrischen Weiterbildung Margaritenhospital, Schwäbisch Gmünd
	seit 01.04.2007	Assistenzärztin in der chirurgischen Weiterbildung Klinik Mühldorf, Mühldorf am Inn
Beruf	:	
	wohnhaft:	Herzog-Friedrich-Straße 6a D-84453 Mühldorf am Inn
	Staatsangehörigkeit:	deutsch
	Geburtsort:	Starnberg
	Geburtsdatum:	28.07.1979
	Name:	Sabine Luise Gärtner

1989 - 1998:	Carl-Spitzweg-Gymnasium, Germering
1998:	Erlangung der allgemeinen Hochschulreife
1985 - 1989:	Grundschule München und Germering