

GERIATRIE. ÜBERRASCHEND VIELFÄLTIG.



– KASUISTIK –



Parkinson-ähnliche Symptome bei einer 81-Jährigen

Ein Fall von Dr. med. Kerstin Amadori, Oberärztin
Medizinisch-Geriatriische Klinik AGAPLESION
FRANKFURTER DIAKONIE KLINIKEN, Frankfurt am Main

Aus der Akutneurologie eines anderen Krankenhauses wird eine 81jährige Patientin zur geriatrischen Komplexbehandlung in Ihre Station überwiesen. Die Verlegungsdiagnose gemäß Arztbrief lautet wie folgt ...

Multifaktorielle Gangstörung bei

- idiopathischem M. Parkinson vom Tremor-Dominanz-Typ
- chronischer Depression
- sensibler diabetischer Polyneuropathie
- akuter tiefer Beinvenenthrombose links
- Dranginkontinenz

- Zustand nach tiefer Beinvenenthrombose rechts 2012
- Diabetes mellitus Typ 2
- arterielle Hypertonie
- Hypothyreose
- postmenopausale Osteoporose
- Zustand nach BWK 11-Fraktur und Vertebroplastie

4 Wochen zuvor: Aufnahme in Akutneurologie nach häuslichen Stürzen bei vorbestehender Gangstörung:

- Verdacht auf **idiopathisches Parkinson-Syndrom**
- erneuter **Therapieversuch mit L-Dopa** (niedrig dosiert und unter Domperidon-Schutz, da ein früherer Versuch wegen Unverträglichkeit abgebrochen worden war)
- Interkurrente **Diarrhoen** mit **prärenalem Nierenversagen**
- Interkurrente **tiefe Beinvenenthrombose** links mit nachfolgender **oraler Antikoagulation**

- L-Dopa + Benserazid 50 + 12.5 mg: 1 – 1 – 1
- Domperidon 10 mg: 1 – 1 – 0
- Olanzapin 7.5 mg: 0 – 0 – 1
- Duloxetin 30 mg: 1 – 0 – 0
- Trospiumchlorid 15 mg: 1 – 0 – 1
- Ramipril 2.5 mg: 1 – 0 – 0
- Colecalciferol 1.000 IE: 1 – 0 – 0
- Phenprocoumon nach INR
- Metformin Pause

Was fällt Ihnen angesichts dieser (Multi-) Medikation auf?

Gleichzeitige Gabe antagonistisch wirkender Substanzen:

L-Dopa = Dopamin-Vorstufe, Indikation: Alle Formen des Parkinson-Syndroms mit Ausnahme des medikamentös bedingten Parkinsonoids

Olanzapin = Antagonist an Dopamin-Rezeptoren D1-D5, Indikation: Schizophrenie, bipolare Störungen; häufige Nebenwirkung: Parkinsonismus, zur Behandlung von Parkinson-Patienten NICHT empfohlen, da sehr häufig Verschlechterung der Symptomatik

Welche Differenzialdiagnose vermuten Sie?

Idiopathisches oder
Neuroleptika-induziertes Parkinson-Syndrom

Wie gehen Sie jetzt weiter vor?

Gezielte Anamnese:

- laut Patientin Beginn der tremordominanten Parkinson-Symptomatik erst nach Aufnahme der neuroleptischen Medikation mit Olanzapin bei paranoid-halluzinatorischer Symptomatik im Zuge einer wahnhaften Depression
- subjektiv keine relevante motorische Verbesserung unter L-Dopa

Klinisch-neurologische Untersuchung:

- **Hirnnerven:** Hypomimie, leichter Tremor des Unterkiefers, ansonsten regelrecht, keine Blickparese
- **Motorik:** leichtgradiges symmetrisches hypokinetisch-rigides Syndrom, feinschlägiger Ruhetremor des rechten Armes und der rechten Hand, keine Paresen
- **Reflexe:** Muskeleigenreflexe der Arme und Quadrizeps-Sehnen-Reflex seitengleich lebhaft, Triceps-Sehnen-Reflex beidseitig nicht auslösbar, keine Pyramidenbahnzeichen

Klinisch-neurologische Untersuchung:

- **Ästhesie und Algesie:** seitengleich intakt, Pallhypästhesie bimalleolär 2/8, Parästhesien der Fußzehen beidseits
- **Koordination:** Dys- und Bradydiadochokinese rechts > links mit Feinmotorikstörung der Hände, Finger-Nase-Versuch rechts > links tremorbedingt unsicher, ausgeprägte posturale Instabilität, Gang mit Rollator ungerichtet unsicher, kleinschrittig, gebeugt

- Rechts- und tremordominantes Parkinson-Syndrom
- Sensibles Polyneuropathie-Syndrom der Beine

Psychopathologie:

- Affekt aktuell ausgeglichen, modulierbar
- Keine psychotische Symptomatik
- Keine kognitiven Defizite
(Mini-Mental-Status-Test: 29 von 30 Punkten)

Welche apparative Zusatzdiagnostik kann Ihnen differentialdiagnostische Klarheit verschaffen?

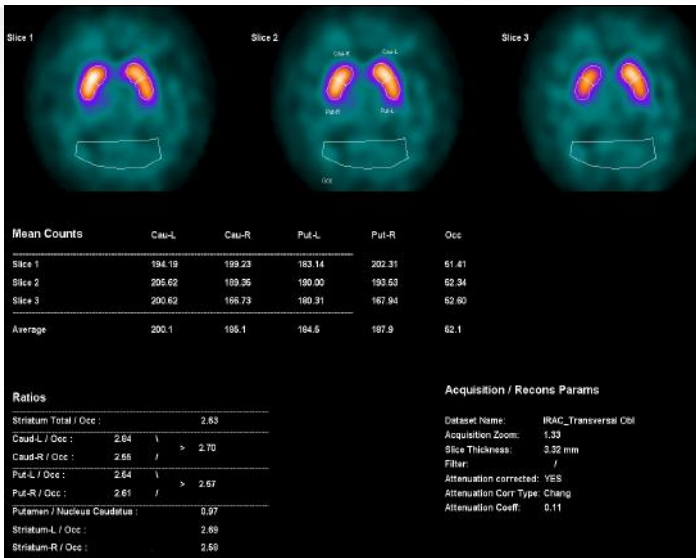
D2-Rezeptor-Szintigraphie (I-123-FP-CIT SPECT, DaTSCAN)
zur Sicherung einer Neurodegeneration der Substantia nigra in
klinisch unklaren Fällen, z.B.:

- zur Abgrenzung eines essentiellen, psychogenen Tremors
- zur Abgrenzung eines medikamentösen, vaskulären, atypischen oder psychogenen Parkinson-Syndroms
- zur Frühdiagnose
- bei zweifelhaftem Ansprechen auf dopaminerge Therapie

Die **D2-Rezeptor-Szintigraphie** ist eine Methode mit positivem Kosten-Nutzen-Verhältnis, da mit ihr (häufige!) Fehldiagnosen und teure Fehltherapie vermieden werden können.

D2-Rezeptor-Szintigraphie

Ergebnis:
völlig unauffällige und
seitengleiche
Expression der
präsynaptischen
Dopamin-Transporter
in den Basalganglien



Wie lautet Ihre Diagnose?

Neuroleptika-induziertes Parkinsonoid unter Olanzapin

Welche therapeutischen Konsequenzen
ziehen Sie daraus?

- Beendigung der Therapie mit L-Dopa
- kritische Prüfung der Indikation zur weiteren neuroleptischen Behandlung
- ggfs. Reduktion der Olanzapin-Dosis
- ggfs. Umstellung auf Clozapin oder Quetiapin
- konsequenter Verzicht auf typische Neuroleptika
- ambulante Fortsetzung der Physio- und Ergotherapie

- **Iatrogene Schädigung** als hochrelevantes, weil potentiell vermeidbares geriatrisches Syndrom!
- Daher vor jeder Neuverordnung:
 - kritische Prüfung der Indikation und Dosierung
 - Beachtung von Pharmakokinetik und -dynamik sowie Nebenwirkungs- und Interaktionspotential im Kontext der bestehenden Dauermedikation
 - Aufklärung des Patienten
 - Grundsatz *Primum non nocere* beachten!

Vielen Dank!



Die Kasuistik wurde mit freundlicher Unterstützung zur Verfügung gestellt von:

Dr. med. Kerstin Amadori, Oberärztin der Medizinisch-Geriatriischen Klinik AGAPLESION FRANKFURTER DIAKONIE KLINIKEN, Frankfurt am Main

Vielen Dank!



Abbildungsnachweis:

Abbildung „D2-Rezeptor-Szintigraphie“ mit freundlicher Genehmigung von Herrn Dr. med. Andreas Kühn, Nuklearmedizin, Radiologisches Institut, AGAPLESION MARKUS KRANKENHAUS Frankfurt am Main