

Schwerpunkt: Diagnostik und Früherkennung

Die neue Leitlinie zur Parkinson-Krankheit setzt gezielt jüngste Forschungsergebnisse um, so etwa zu den Ursachen von Parkinson oder zu nicht-motorischen Frühsymptomen



Parkinson ist eine tückische Krankheit, ihre Auslöser sind vielfältig, ihr Verlauf ist kaum vorhersehbar. Die neuen Leitlinien empfehlen eine umfangreiche Differenzialdiagnostik, um die Erkrankung frühest möglich zu erkennen sowie eine frühzeitige, altersgerechte und individuelle Therapie. Fotos: Adobe Stock, privat

Die Parkinson-Syndrome sind nach der Alzheimer-Krankheit die zweithäufigste Gruppe degenerativer Erkrankungen des Nervensystems: Allein in Deutschland sind etwa 500.000 Menschen betroffen, Männer etwas häufiger als Frauen. Experten schließen eine höhere Dunkelziffer jedoch nicht aus, denn die Symptome beginnen schleichend und schreiten nur langsam fort. So können einige Jahre und sogar Jahrzehnte nach Erkrankungsbeginn vergehen, bis erste Beschwerden auftreten und erkannt werden.

Bei etwa 80 Prozent der Personen mit einem Parkinson-Syndrom liegt eine Parkinson-Krankheit vor. Die übrigen 20 Prozent setzen sich zusammen aus seltenen, genetisch bedingten Parkinson-Syndromen, sekundären Parkinson-Syndromen, die zum Beispiel durch Medikamente, Toxine, kleinere Schlaganfälle



Professor
Günther Höglinger

oder weitere seltene Erkrankungen ausgelöst werden, oder aus „atypischen Parkinson-Syndromen“, die durch andere neurodegenerative Erkrankungen verursacht werden. Unter Mitwirkung von insgesamt 19 Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Organisationen hat die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) nun eine neue, vollständig überarbeitete S2k-Leitlinie für die Diagnostik und Therapie der Parkinson-Krankheit herausgegeben – mit einigen überraschenden Neuerungen, wie Professor Günther Höglinger erklärt. Gemeinsam mit Professorin Claudia Trenkwalder von der

Deutschen Gesellschaft für Neurologie e. V. war der Klinikdirektor der Neurologischen Klinik und Poliklinik sowie des Friedrich-Baur-Instituts am Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München federführend und für die Leitlinienkoordination zuständig.

Herr Professor Höglinger, gleich zu Beginn der neuen Leitlinie wird empfohlen, künftig von „Parkinson-Krankheit“ zu sprechen. Warum?

Professor Günther Höglinger: Bislang wurden die Begriffe „Parkinson-Krankheit“ und „idiopathisches Parkinson-Syndrom“ meist als Synonym verwendet. Der Begriff „Parkinson-Krankheit“ ist allgemeiner und passt deshalb einfach besser. Denn in denen letzten Jahren wurde immer klarer, dass eine nicht zu vernachlässigende Zahl von Fällen eben nicht idiopathisch, also ohne erkennbare Ursache, auftritt, sondern

zum Beispiel durch genetische Mutationen oder durch Umweltfaktoren wie Pestizide entsteht und damit sehr wohl auf einer konkreten, erkennbaren Ursache beruht.

Schlagen die Leitlinien auch Veränderungen in Bezug auf die Parkinson-Diagnostik vor?

Ja, Diagnose und Früherkennung sind sogar ein Schwerpunkt der neuen Leitlinie. Dazu gehört zum Beispiel, fortan die Diagnosekriterien der Internationalen Parkinson and Movement Disorder Society (MDS) von 2015 zur Diagnose der Parkinson-Krankheit heranzuziehen, anstelle der hierzulande immer noch oft verwendeten „UK Brain Bank“-Kriterien. Zudem wird empfohlen, nicht-motorische Frühsymptome wie eine Riechstörung oder REM-Schlafverhaltensstörung mithilfe von gezielten Untersuchungen in die Parkinson-Diagnostik mit einzubeziehen

und die Befunde zur Prognoseabschätzung heranzuziehen. Darüber hinaus unterstreicht die Leitlinie den hohen Stellenwert einer kranialen Magnetresonanztomografie (cMRT) insbesondere zur Differenzialdiagnostik, die deshalb möglichst frühzeitig im Krankheitsverlauf erfolgen sollte. Weitere verfügbare Methoden zur Differenzialdiagnostik sind – je nach Fragestellung – die transkraniale Hirnparenchymsonografie, eine FDG-PET sowie eine Dopamin-Transporter-SPECT (DAT-SPECT). Biomarker wie die Neurofilamente sind dagegen nicht spezifisch genug und deshalb derzeit nicht zur Diagnosesicherung geeignet. Eine genetische Untersuchung sollte nur dann in Betracht gezo-

Fortsetzung auf nächster Seite



Die Parkinson-Fachklinik für die Metropolregion Nürnberg

- Zertifizierte Parkinson-Fachklinik der Deutschen Parkinson Vereinigung
- Nur 15 Minuten von Nürnberg entfernt und direkt im Grünen
- Größte Parkinsonklinik in Nordbayern mit 600 stationären Parkinson Patienten
- Bewährtes Rummelsberger Parkinson Konzept mit Kombination aus medikamentöser und therapeutischer Behandlung
- Prästationäre Vorstellung in Spezialambulanz möglich
- Spezialsprechstunde für Patienten mit Bewegungsstörungen
- Spezielle Behandlungsverfahren und Angebote wie wöchentliche Seminare
- Einsatz von Gesundheits- und Krankenpflegern, die als „Parkinson Nurse“ fortgebildet sind



Jetzt vormerken:
**Parkinson-Symposium
mit Workshops**
12. Oktober 2024
Reichswaldhalle in Feucht
bei Nürnberg



Fortsetzung von Seite 1

Gegen Zittern und Muskelsteife

Die Tiefe Hirnstimulation ist eine etablierte Behandlung zur Linderung von Symptomen der Parkinson-Krankheit

gen werden, wenn die Parkinson-Krankheit vor dem 50. Lebensjahr manifest geworden ist oder wenn mehrere Personen in der Familie von der Parkinson-Krankheit betroffen sind.

Welche Frühsymptome sind bekannt?

Frühsymptome, sogenannte Parkinson-Prodrromi, können den motorischen Kardinalsymptomen der Parkinson-Krankheit bis zu zwanzig Jahre vorausgehen. Dazu gehören zum Beispiel ein eingeschränkter Riechsinn oder eine REM-Schlaf-Verhaltensstörung. Hierbei leben Betroffene ihre Trauminhalte motorisch aus, indem sie sich im Schlaf heftig bewegen oder schreien. Ebenso können relativ unspezifische Symptome wie eine chronische Verstopfung oder eine neu aufgetretene depressive Stimmungslage erste Hinweise sein. In der Zusammenschau können diese nicht-motorischen Symptome helfen, die Parkinson-Krankheit schon in der prodromalen Frühphase zu erkennen, noch bevor die typischen motorischen Symptome auftreten.

Wie wird die Parkinson-Krankheit behandelt?

Hauptpfeiler der Behandlung ist die Dopamin-Ersatztherapie, die darauf abzielt, den Mangel an Dopamin im Gehirn auszugleichen und so die motorischen Symptome der Parkinson-Krankheit zu lindern. Neben der Dopamin-Vorstufe L-Dopa, die im Gehirn zu Dopamin umgewandelt wird, gibt es auch sogenannte Dopamin-Agonisten, die direkt die Dopamin-Rezeptoren aktivieren. Hinzu kommen Medikamente, die den Abbau von Dopamin hemmen. Auch die Darreichungsformen sind inzwischen breit gefächert. So gibt es nicht mehr nur die klassischen Tabletten, sondern auch Medikamenten-Pflaster, -Spritzen, -Sprays und -Pumpen. Neu ist die Empfehlung der Leitlinie speziell zur Pumpentherapie. Generell betont die Leitlinie die Bedeutung einer frühzeitigen, altersgerechten und individuellen Therapie.

Welche weiteren Therapieansätze gibt es?

Eine gut etablierte Therapie in fortgeschrittenen Krankheitsphasen ist die Tiefe Hirnstimulation, die eine Art „Herzschrittmacher“ für das Gehirn darstellt. Daneben gibt es auch sogenannte läsionelle Verfahren, zum Beispiel Gamma-Knife oder fokussierter Ultraschall, bei denen bestimmte Gehirnareale gezielt verödet werden können, ohne dass dazu ein operativer Eingriff nötig ist. Diese Verfahren werden jedoch bislang nur bei einer sehr kleinen Gruppe von Patienten eingesetzt, vor allem, wenn einseitiges Zittern im Vordergrund steht. Neue Therapieansätze, welche die Verzögerung des Fortschreitens der Krankheit zum Ziel haben, befinden sich aktuell in Entwicklung. *Interview: Nicole Schaezler*



Neurochirurgen des LMU Klinikums beteiligen sich im Rahmen von Studien an der Entwicklung neuartiger Technologien, mit denen die Tiefe Hirnstimulation künftig besser auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten abgestimmt werden könnte. Hier kontrollieren Ärzte die Aktivität des Schrittmachers auf dem Tablet.

Foto: LMU Klinikum München

Parkinson-Patienten leiden unter einem fortschreitenden Verlust von dopaminbildenden Nervenzellen in der Substantia nigra, einer kleinen Struktur im Mittelhirn. Es entsteht ein Mangel des Neurotransmitters Dopamin, wodurch es zu Signalstörungen im Gehirn kommt. Dies hat zur Folge, dass allmählich die Kontrolle über die Muskeln verloren geht, sodass es für die Betroffenen immer schwieriger wird, Bewegungen zu koordinieren und sie gezielt auszulösen. Dadurch leiden sie unter Zittern (Tremor), die Bewegungen verlangsamen sich (Bradykinese), die Muskeln versteifen (Rigor). Mit der Zeit wird auch der Gang zunehmend unsicher, und die Sturzgefahr nimmt zu. Zudem kann das Sprechen beeinträchtigt sein. Sehr häufig wird die Sprache leiser, monotoner und im weiteren Verlauf oft auch undeutlicher.

Unterschiedliche Wirksamkeit

Eine Heilung ist bis heute nicht möglich. Deshalb konzentriert sich die Behandlung auf

die Linderung der Symptome. Am Anfang steht meist eine medikamentöse Therapie mit dem Ziel, das Dopamin im Gehirn zu erhöhen oder dessen Wirkung nachzuahmen. Wenn die Erkrankung weiter fortgeschritten ist, gibt es die Tiefe Hirnstimulation als chirurgische Option, kurz THS oder DBS (für Deep Brain Stimulation): Es kommt ein kleiner batteriebetriebener Impulsgeber zum Einsatz, der ähnlich wie ein Herzschrittmacher funktioniert, jedoch seinen Wirkort im Gehirn hat. Dieser Stimulator, der zum Beispiel unter dem Schlüsselbein implantiert ist, steuert feine Elektroden, die über eine winzige Öffnung in der Schädeldecke unter bildgebender Kontrolle tief ins Gehirn in festgelegte Areale eingebracht werden. Dort geben sie, ohne dass es der Betroffene bemerkt, schwache elektrische Impulse ab, um ihm so zu einer besseren Bewegungskontrolle zu verhelfen. Wichtig für den Behandlungserfolg sind zum einen die präzise Platzierung der Elektroden und zum anderen die individuell passende Stimulationsintensität.

Die Tiefe Hirnstimulation gibt es bereits seit Ende der 1980er-Jahre, seit 1998 ist das Verfahren für die Parkinson-Krankheit zugelassen. Bei parkinsonähnlichen Erkrankungen, denen aber

ein anderer Krankheitsmechanismus zugrunde liegt, kommt die Tiefe Hirnstimulation dagegen nicht infrage. Ein wesentlicher Vorteil dieser invasiven Therapieform ist: Als eine Methode der funktionellen Neurochirurgie nimmt die Tiefe Hirnstimulation zwar Einfluss auf die Funktionen des Gehirns, doch kann dieser Einfluss jederzeit wieder rückgängig gemacht werden, ohne dass Gewebe geschädigt wird oder Funktionseinbußen zu befürchten sind.

Auch wenn der Behandlungserfolg inzwischen durch zahlreiche Studien belegt ist – welche genauen Wirkmechanismen den therapeutischen Effekten des Hirnschrittmachers zugrunde liegen, ist nach wie vor unklar. Es hat sich jedoch gezeigt, dass vor allem die Symptome, die gut auf Levodopa-Medikamente ansprechen, in der Regel auch gut mit der Tiefen Hirnstimulation gemildert werden können, allen voran Zittern, Steifigkeit und Bewegungsverlangsamung. Meist nehmen außerdem die unangenehmen Wirkungsschwankungen ab, die bei der medikamentösen Behandlung häufig in Kauf genommen werden müssen, und die Dosierung der Medikamente kann deutlich verringert werden. Darüber hinaus bemerken viele Patienten eine Besserung von belastenden Begleitsymptomen wie Depression und Ängste. Andererseits können psychische Veränderungen wie eine neu aufgetretene Depression, Angststörung, Manie oder Euphorie auch unmittelbare Folgen der Tiefen Hirnstimulation sein. Durch eine Anpassung der Impulsgebung lassen sich diese unerwünschten Wirkungen jedoch meist mildern oder gar beseitigen. Deutlich geringer ist der therapeutische Effekt der Tiefen Hirnstimulation dagegen bei Symptomen wie ausgeprägte Gangstörungen, Schluck- und Sprechstörungen. Und: Aufhalten lässt sich das Fortschreiten der Parkinson-Krankheit auch mit der Tiefen Hirnstimulation nicht. Die Stimulator-Einstellung kann jedoch fortlaufend an die Krankheitssymptome angepasst werden, entweder durch den Patienten selbst oder durch den behandelnden Arzt.

Schwierige Entscheidung im Einzelfall

Die Entscheidung, ob eine Behandlung mit der Tiefen Hirnstimulation die richtige Wahl ist, kann im Einzelfall schwierig sein. Am besten ist es, sich an eine spezialisierte Einrichtung zu wenden, in der die Therapieentscheidung

immer interdisziplinär unter Einbeziehung verschiedener Spezialistinnen und Spezialisten wie Neurologen, funktionelle Neurochirurgen, Neuropsychologen und Logopäden sowie Ärzten weiterer relevanter Fachdisziplinen getroffen wird, in denen die Implantation von Hirnschrittmachern zu den Schwerpunkten des Leistungsspektrums gehört – zumal Studien gezeigt haben, dass der Erfolg der Operation maßgeblich von der Erfahrung und Expertise des Operateurs abhängt.

Grundsätzlich gilt: Wird die Lebensqualität durch die Erkrankung zunehmend eingeschränkt, obwohl die medikamentöse Therapie noch eine gewisse Wirkung zeigt, ist der Hirnschrittmacher auf jeden Fall eine Option. Letztlich ist jedoch entscheidend, dass die vorherrschenden Symptome einen therapeutischen Effekt der Methode erwarten lassen und die erzielte Symptomlinderung auch wirklich zu einer nachhaltigen Verbesserung der Lebensqualität beiträgt. Natürlich spielen auch die Wünsche, Erwartungen und Lebensumstände des Betroffenen eine wichtige Rolle. Deshalb ist eine eingehende individuelle Beratung vor dem Eingriff elementar wichtig – wie auch eine gute, zugewandte Begleitung nach der Implantation unverzichtbar für den Behandlungserfolg ist.

Eine Altersbeschränkung im engeren Sinn gibt es nicht. Bei Patienten, die das 75. Lebensjahr überschritten haben, sollten Chancen und Risiken der Operation allerdings sorgfältig gegeneinander abgewogen werden. Gleiches gilt, wenn das Allgemeinbefinden durch weitere Erkrankungen beeinträchtigt ist. Wichtig zu wissen, ist schließlich auch: Mit dem Eingriff sind nicht nur die typischen Risiken einer mehrstündigen Operation verbunden, sondern der Betroffene wird einen Teil des Eingriffs sehr wahrscheinlich im Wachzustand (unter örtlicher Betäubung) erleben. Denn bislang führen nur wenige Kliniken die Operation von Beginn an in Vollnarkose durch.

Derzeit läuft die Forschung zur Optimierung der Tiefen Hirnstimulation auf Hochtouren. Ein wichtiges Anliegen der Forschenden ist zum Beispiel, die THS-Therapie künftig zielgerichteter und individueller gestalten zu können, etwa mithilfe von Hirnschrittmachern, die selbstständig registrieren, wann und in welcher Situation der Patient etwas mehr und wann er etwas weniger Stimulation benötigt. Verschiedene klinische Studien zu neu entwickelten Technologien, Stimulatoren und Elektroden laufen bereits. *Nicole Schaezler*







SCHÖN KLINIK
München Schwabing

Parkinson Fachklinik

Die Schön Klinik München Schwabing ist eine der größten zertifizierten Parkinson Fachkliniken im deutschsprachigen Raum. Wir behandeln rund 1600 Patientinnen und Patienten im Jahr nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen.

Für die individuell optimale Therapie hält unser ärztliches, therapeutisches und pflegerisches Team, darunter speziell ausgebildete Parkinson Nurses, eine Vielzahl durchdachter Behandlungskonzepte bereit.

Durch die langfristige und persönliche Betreuung unserer Patientinnen und Patienten können wir die Therapie den jeweiligen Lebensumständen, persönlichen Zielen und dem Verlauf der Krankheit anpassen.

Alles unter einem Dach

- stationäre Behandlung: medikamentöse Neueinstellung oder Umstellung
- Parkinson-Komplexbehandlung
- Medikamentenpumpen
- Indikationsstellung und Anpassung der Tiefen Hirnstimulation
- aktivierende Therapien, z. B. Physiotherapie und physikalische Therapie, Ergotherapie, Sprach- und Schlucktherapie, Neuropsychologie
- Münchner Anti-Freezing-Training, Tanzen, Yoga und Tai-Chi

KONTAKT

Prof. Dr. Andres Ceballos-Baumann
Chefarzt, Facharzt für Neurologie
Tel.: +49 89 36087-124
E-Mail: MSW-Patientenmanagement@schoen-klinik.de

Schön Klinik München Schwabing
Parzivalplatz 4 | 80804 München