

Malignes neuroleptisches Syndrom

von
Hans-Jörg Assion, Hans-Peter Volz (Hrsg.)

1. Auflage

Thieme 2004

Verlag C.H. Beck im Internet:
www.beck.de
ISBN 978 3 13 133171 7

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei beck-shop.de DIE FACHBUCHHANDLUNG

Tab. 4.2 Symptome der perniziösen Katatonie (PK) (modifiziert nach Mann et al. 2003)

1. Prodromalphase
 - Durchschnittsdauer: 2 Wochen
 - Stimmungsschwankungen, Angst, Depression, Euphorie, Schlafstörungen, Halluzinationen (laut Stauder [1934], nicht vom Beginn anderer Schizophrenie-Formen unterscheidbar)
2. Hyperaktive Phase
 - Durchschnittsdauer: 1 Woche (1 Tag bis mehrere Wochen)
 - Extreme motorische Erregung
 - Verweigerung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
 - Bewusstseinsstrübung
 - Körperliche Funktionsstörungen, v. a. Herz-Kreislauf-Regulationsstörungen
 - Katatone Symptome
 - Hyperthermie
[Cave: In circa $\frac{1}{3}$ der Fälle kommt mittlerweile, evtl. in Abhängigkeit von der nun früher zum Einsatz kommenden Neuroleptika-Therapie, die primär stuporöse Verlaufsform zur Ausprägung]
3. Endstadium: Dauer: < 4 Tage
 - Stupor, schlaffe oder rigide Muskulatur, Koma, kardiovaskuläres Versagen, Tod

chen Symptom Schwerpunkten darstellt, das ätiologisch durch eine verminderte dopaminerge Transmission der die Basalganglien mit dem thalamo-kortikalen Regelkreis verbindenden Schaltkreise gekennzeichnet ist.

Diese Annahme beruht neben der vermuteten gemeinsamen Ätiologie auch darauf, dass Zustände, die syndromal der perniziösen Katatonie entsprechen, durch vollständig unterschiedliche Erkrankungen ausgelöst werden können. Neben der Schizophrenie und anderen psychischen Erkrankungen, wie z. B. den affektiven Störungen, sind dies zerebrovaskuläre Störungen (z. B. eine Basilarisvenenthrombose oder eine hämorrhagische Infarzierung des anterioren Cingulums), der Normaldruckhydrozephalus (NPH), bestimmte Epilepsieformen, Hirntumoren, Hirntraumen, Infektionen, metabolische Störungen (z. B. Hyperthyreose, M. Addison) oder toxische Störungen.

Daraus ergibt sich, dass das klinische Erscheinungsbild unter ätiologischer Betrachtung unspezifisch ist. Daneben zeigten Goford u. Carroll (1995) sowie Koch et al. (2000), dass ein hoher Anteil (100 bzw. 93,8%) der Patienten, die an ei-

nem MNS litten, gleichzeitig die Kriterien für eine perniziöse Katatonie erfüllten. Ferner demonstrierten White u. Robins (1991, 2000), dass Patienten mit einer Katatonie bei Neuroleptika-Gabe einem erhöhten Risiko einer MNS ausgesetzt sind.

Allerdings teilen nicht alle Experten diese Ansicht. Vielmehr wird auch die Position vertreten, dass es sich beim MNS und der perniziösen Katatonie um zwei getrennte diagnostische Entitäten handelt, die klinisch voneinander differenziert werden können, obwohl Fieber mit einer häufig vorhandenen Oberflächen-Kerntemperatur-Differenz, Tachykardie und Hypertonie, Akinese sowie eine Erhöhung des Muskeltonus sowohl bei der perniziösen Katatonie als auch dem MNS vorkommen. Das ist als so genanntes **katatones Dilemma bekannt** (s. Einleitung). Auch wenn deutlich erhöhte Werte der Kreatin-Phosphokinase (CPK) festgestellt werden, stellt sich die Frage, ob dies im Rahmen einer perniziösen Katatonie oder durch häufig notwendige Fixierungen sowie intramuskuläre Injektionen bedingt ist.

Eine genaue klinische Beobachtung hilft allerdings in manchen Fällen weiter. So beginnt die perniziöse Katatonie mit **extremer psychotischer Unruhe**, während das MNS schon zu Beginn durch deutliche Muskelrigidität gekennzeichnet ist (Castillo et al. 1989; Fleischhacker et al. 1990). Allerdings sei auf die primär stuporöse Verlaufsform der perniziösen Katatonie (Tab 4.2) sowie auf die Tatsache hingewiesen, dass Patienten mit psychomotorischer Unruhe – wie in der hyperaktiven Phase der perniziösen Katatonie (Stadium 2), manchmal auch schon in der Prodromalphase (Stadium 1) – üblicherweise Neuroleptika erhalten, so dass sich dann eine entwickelnde Muskelsteifigkeit nicht mehr differenzialdiagnostisch verwerten lässt.

Ausgeprägte Angstsymptome sind für die perniziöse Katatonie typisch, während man beim Vorliegen eines MNS eher den Eindruck gewinnt, der Patient wolle mitarbeiten, werde aber hieran durch seine Muskelrigidität gehindert. Was die Bewegungsstörungen betrifft, so werden bei der perniziösen Katatonie eher choreatiforme Stereotypen oder langsame, einfache Hyperkinesien und rhythmische Kreisbewegungen der Arme beschrieben (Scheidegger 1929; Scheid 1937), während beim MNS ein grobschlägiger Tremor dominiert. Fleischhacker et al. (1990) weisen darauf hin, dass zu Beginn der Symptomatik die Differenzialdiagnose noch relativ leicht gestellt werden kann. Allerdings gelangen die Patienten zu meist erst in einem späteren Krankheitsstadium