

INHALTSVERZEICHNIS

1. Neurolgie 13 - Parkinson und andere Zitterkrankheiten	1
1.1. Multisystem	1
1.2. PSP	1
1.3. Diagnostik	1
1.4. Kohlenmonoxid	1
1.5. Demenz	1
1.6. Kinnfixierung	1
1.7. DaTSCAN	2
1.8. Obelix	2
1.9. Essentieller Tremor	2
1.10. weitere Park-sympt	2
1.11. Therapie	2
1.12. Intenti	2
1.13. Kleinhirn	2
1.14. Psychogenes	2
1.15. Sonstiges	2
1.16. Diag	3
1.17. Genetisch	3

1. NEUROLGIE 13 - PARKINSON UND ANDERE ZITTERKRANKHEITEN

Schulz

1.1. Multisystem.

- Johannes Paul II. hatte eventuell ein Tracheostoma
- Multisystematrophie: spricht nicht auf L-Dopa an + Ataxie
- Progressice supranukläre Paralyse: spricht nicht auf L-Dopa an + vertikale Blickparese + posturale instabilität
- Impotenz geht anderen Ausfällen oft Jahre voraus
- Alles parkensoniges: Synokleineinschlüsse immer irgendwie dabei
- Typisch bei der MSA: Autonomes versagen, RR-Abfall über 30 beim Schellong-Test

- alte Namen für die MSA: Shy-Drager-Syndrom, Striatonigrale Degeneration, olivopontozerebelläre Degeneration
- Blasenprobleme: Sowohl Restharn als auch Dranginkontinenz und beides gleichzeitig ist typisch

1.2. PSP.

- typisch unerklärliche Stürze
- bei der PSP haben die Leute ganz aufgerissene Augen, so ein erstaunter Gesichtsausdruck
- ebenfalls bei PSP willentliches Blicken nach unten und oben geht ebenso schlecht, auch gehen die Augen langsamer nach links und rechts

1.3. Diagnostik.

- Medis wie Neuroleptika müssen ausgeschlossen werden
- ebenso Vaskuläres bzw. postläsionales wie bei Muhammed Ali

1.4. Kohlenmonoxid.

- Leute die die CO-Intox überleben haben danach meistens Parkinson
- wie bei den anderen nicht auf L-Dopa-ansprechenden Erkrankungen ist ja nicht das Problem in der Subst. Nigra sondern im Striatum
- Grund: Nekrosen der Basalganglien, die sind super Hypoxieempfindlich, und bei CO-Intox sterben die sozusagen selektiv ab

1.5. Demenz.

- manchmal ist die Demenz führend oder beginnt innerhalb eines Jahres → dann ist das eine Lewykörper-Demenz
- sehr früh fluktuierende visuelle Halluzinationen
- Lewy-Leute reagieren paradox auf Neuroleptika → typisch auch völlig unterschiedliche Reaktion

1.6. Kinnfixierung.

- wie beim Papst typisch bei der MSA (oder PSP)
- kann man mit angemessener Kraft nicht überwinden = richtig steif

1.7. **DaTSCAN.**

- Park: unsymmetrisch wie Klinik, also z.B. rechts betont
- PSP und MSA sind Symmetrisch
- da wird irgendwie der Dopaamintransporter radioaktiv markiert und ein schnittbild gemacht

1.8. **Obelix.**

- Asterixis ist typisch bei Leberschaden mit hepatischer Enzephalopathie
- eher so ein Tonusverlust
- ziemlich Arrhythmisch, wie ein Vogel im Sinkflug
- langsam

1.9. **Essentieller Tremor.**

- 4% der Leute
- geht auf Alkohol weg
- Alkoentzugszittern: essentieller Tremor, aber die Gaba-Stellschraube ist verstellt
- meistens Hände aber auch Stimme bei 16% der Leute
- 25% der Patienten (mit Nennenswerter Ausprägung) müssen den Beruf wechseln
- Ursprung: Kleinhirn oder Olive
- unspezifischer Betablocker hilft prima (Propanolol) = Dociton
- Primidon (altes Antiepi) auch gut, aber macht müde, man muss also mit der Dosis experimentieren
- Gabapentin geht auch
- Thalamus-Stimulation geht auch bei schweren Fällen

1.10. **weitere Park-sympt.**

- auch Startschwierigkeit
- keinschritte
- Hypomimie
- Typen: Tremordominant, Equivalenz oder Rigider Typ

1.11. **Therapie.**

- Akinesie und Rigor spricht besser auf das L-Dopa an als der Tremor

- Typenabhängige Prognose, Tremordominant hat dabei die beste Prognose
- Budipine ist eigentlich ein gutes Medikament, aber mit Nebenwirkungen auf die QT-Zeit
- Nucleus-Subthalamicus ist der beste Ort für die Stimulation, im Thalamus geht es nach ein paar Jahren nicht mehr so gut, beim Nucleus ist das wesentlich besser, dafür ist die Platzierung problematisch
- Anticholinergika sind draußen, weil die Mittel Demenz machen

1.12. **Intenti.**

- es gibt keine Pharmakotherapie
- Physio: gewichte zur dämpfung
- Hirnstimulation problematisch
- Kleinhirnschädigung ipsilateral

1.13. **Kleinhirn.**

- Ataxie ist nicht Augenöffnungsabhängig
- Gegensatz: PNP = Afferent: Augen zu macht schlechter
- Fixationsunterdrückung des oculomotorischen Reflexes beweisend: Drehstuhl und Arme mit Doppelfaust nach Vorne, Patient wird gedreht und fixiert den Daumen, gesund kann man den Reflex unterdrücken (Test geht auch auf der Bettkante sitzend)

1.14. **Psychogenes.**

- Patienten haben keine Sturzverletzungen, obschon sie eigentlich übele haben müssten
- Ablenkung hilft, Patienten müssen mit dem Finger auf die Stirn gemalte Zahlen benennen

1.15. **Sonstiges.**

- Miller-Fischer-Syndrom = Guillan-B mit Hirnnerven und Kleinhirnbeteiligung
- Alkohol-Kleinhirn-Schaden kommt vermutlich weniger durch den Alkohol selbst, sondern durch die schlechte Ernährung mit Deckung des Kalorienbedarf durch den Alkohol selbst

1.16. **Diag.**

- Bei Ataxie immer MR, Liquor, Anamnese, Neurologische Untersuchung

1.17. **Genetisch.**

- es gibt sehr viele rezessive Erkrankungen, z.B. Friedereich
- die Leute haben eine Pyramidenbahnschädigung+, dadurch wird die zu erwartende Hyperreflexie maskiert

- Protein: Frataxin wegen der Krankheit
- nur Friedereich sollte man rezessiv kennen
- Friedereich im INTRON
- Autosomal-dominantes gibt es auch: SCA z.B., die haben dann richtige Spasti und so meistens
- alle SCA im EXON lokalisiert