

INHALTSVERZEICHNIS

1.	Neurologie IV - Parkinson
1.1.	allgemein
1.2.	Kardinalsymptome
1.3.	Tremor
1.4.	Bradykinese, anderes & Tests
1.5.	Klassifikation
1.6.	Therapie
1.7.	IPS-Typen
1.8.	Krawall und Epidemmi
1.9.	Path
1.10.	Kennzeichen GEGEN IPS
1.11.	Multisystematrophie
1.12.	Depression & anderes begleitendes
1.13.	MSA oder PSP
1.14.	PSP

1. NEUROLOGIE IV - PARKINSON

Schulz

1.1. allgemein.

- Parkinson-Syndrom = immer Störung der Basalganglien
- M Parkinson = idiopathisches Parkinsonsyndrom (IPS)
- 75% haben M. Parkinson, 25% haben die Symptomatik mit anderen Gründen
- Medis versagen meistens leider bei Parkinson aus anderen Gründen
- Behandlung der Symptome sehr gut heutzutage, dennoch kein Einfluß auf dem Verlauf
- Verschlechterung kontinuierlich
- James Parkinson 1755-1824 hat 1814 Krankheit beschrieben
- Tremor nur bei 50% der Leute!

1.2. Kardinalsymptome.

1	• Tonuserhöhung = Rigor
1	• Zahnradphänomen
1	– Finger auf der Bicepssehne am besten
1	– Trigger durch willkürliche Bewegung auf der anderen Seite durch den Patienten
2	• Permanente Ko-Kontraktion von Agonist und Antagonist (Unabhängig von der Dehnungsgeschwindigkeit)
2	

1.3. Tremor.

2	• Ruhetremor
2	• bei aktivierung öfters besser, manchmal auch schlechter
3	• 4-6 Hz = mittlere Tremorgeschwindigkeit
3	• essentieller Tremor ist schneller
3	

1.4. Bradykinese, anderes & Tests.

- Hemmung oder Verzögerung des Bewegungsstarts
 - Aufzug ist wieder weg, weil Loslaufen nicht klappt
 - es gibt Tricks, wie die Optische Rückkopplung zu benutzen
- The wakening, Zeit des Erwachens ist dieser DeNiro-Film
- Hypokinese: Amplituden sind klein, Schrift und Schritte
- wie viele Schritte braucht man für die 180°-Drehung
- Pull-Test positiv, wenn man an den Schultern zieht bleibt der Abfangreflex aus → FW: posturale Instabilität
- Rigidität im Schultergürtel spürbar wenn man den Patienten hin und her dreht
- Arme schwingen insgesamt vermindert
- Spirale zeichnen, am besten spontan
- Schrift wird immer kleiner → das ist das erste was die Patienten bemerken
- Camptocormie: Patienten können sich nicht aufrichten
- meistens beginnt es mit einem Glied
- Hypomimie - dieses versteinerte Gesicht

1.5. Klassifikation.

- idiopathisch: IPS
 - spontan oder vererbt (30%)
 - bei uns 5% über Mendel erklärbar
 - im arabischen Raum bis zu 50% → monogenetisch
- Symptomatisches = sekundäres Parkinsonsyndrom
 - infektiös
 - toxisch - wie diese Droge die leider alle Dopaminerge bei einmaligem Gebrauch killt - wird benutzt um bei Versuchsratten Parkinson auszulösen
 - durch Medikamente
 - * Neuroleptika
 - * Haldol prototypisch
 - * Atosil: niedrige Neuroleptika gegen Unruhe in der Nacht bei alten Leuten z.B.
 - * CA-Antagonisten anscheinend auch
 - posttraumatisch
 - vaskulär
- vaskulär nach medikamentös zweithäufigste Ursache
- eng vaskulär: lower body parkinson disease → Hände viel weniger betroffen, aber Trippelschritte und so
- Neurodegenerative Erkrankungen
 - Multisystematrophie
 - andere auf Folie

1.6. Therapie.

- M Parkinson = IPS spricht auf L-Dopa oder Apomorphin an
- Apomorphin stimuliert die Rezeptoren direkt, subcutan gespritztes Testmedikament → Kotzen und schwierig vom vertragen
- nach zwei Stunden hat man das Ergebnis
- heute besser: L-Dopa-Schmelztablette
- ON/OFF-Symptomatik bei Patienten typisch → Überbeweglichkeit/unterbeweglichkeit
- Grund: Therapeutisches Fenster ist sehr klein

1.7. IPS-Typen.

- Tremor dominanter Typ
- Akinetisch-rigider-Typ

- Äquivalenztyp - rigide & Tremor, also alles

1.8. Krawall und Epidemmi.

- meistens 50-60 Jahre bei Erkrankungsbeginn
- 100-200/100.000
- 2% der 80-jährigen oder so hat Park

1.9. Path.

- erst bei 50% Neuronenverlust überhaupt gibt es erste Symptome
- das macht eine heilende oder bremsende Therapie nicht einfacher
- Substantia Nigra hat aus chemischen Gründen besonders viele freie Radikale
- wenn jetzt genetisch eine Superoxyd-dismutase kaputt ist ist man prädispositioniert
- Neuropathologen sind nur zufrieden, wenn sie Lewy-Körper finden, also nur dann stellen sie die Diagnose
- es gibt ein paar genetische Parkinitiden, Parkinsöhne, Parkinsons die früher beginnen, nach 20 bereits → bei frühem Beginn kann evtl. ein Gentest Sinn machen
- wichtigste Mutation: LRRK2 = PARK 8 = Dardarin
- das Genprodukt Parkin ist oft defekt
- anderes α -Synuklein
- in den Lewy-Körpern: α -Synuklein-Ablagerung
- normalerweise würde Parkin für den Ubiquitin-Weg markieren oder so

1.10. Kennzeichen GEGEN IPS. ..red flags..

- fehlendes Ansprechen auf L-Dopa → normal bei 200 oder 300mg, dann würde auch bei 1000mg/d nichts ansprechen
- rasche Progression ist auch untypisch für IPS → frühe posturale Instabilität
- abnorme Okulomotorik → Blickparese, die Augen gehen nicht nach oben oder unten beim folgen des Fingers
- Vestibulookulärer Reflex aber gut, man bewegt den Kopf und nun kann der Patient der einen Fixiert doch nach oben und unten schauen
- vegetative Störungen, dauernde Synkopen und RR-Regulation sehr schlecht
- ganz ganz kalte Hände sind ein Zeichen für vegetative Probleme

- zerebelläre Ataxie auch Zeichen gegen IPS

1.11. **Multisystematrophie.**

- OHNE demenz
- Karol Woytila vermutlich

1.12. **Depression & anderes begleitendes.**

- Serotonin ist auch betroffen, dadurch kommt es oft zu einer Depression (Locus cerullus)
- Riech-beurteilung hilft, oft können die seit Jahren nicht mehr riechen
- 90% haben erhebliche Riechstörungen
- Obstipation
- Libidoverlust
- sensible Störungen meistens das erste Zeichen des Patienten

1.13. **MSA oder PSP.**

- beide bessern sich nicht auf L-Dopa
- PSP: nicht Playstation portable sondern Progressive supranukleäre Paralyse
- MSA: Multisystematrophie - Zerebelläre Symptome, Ataxie usw.

1.14. **PSP.**

- erstaunter Blick
- Augen gehen nicht nach oben
- Demenz typisch - starke Verlangsamung der Gedanken
- Applause-Sign: Klatschen sie bitte drei mal → Patienten klatschen öfters als drei mal