Klinik für Neurologie
Direktor:
Prof. Dr. Klaus Faßbender

Universitätsklinikum des Saarlandes
http://www.uks.eu/neurologie

Parkinson-Krankheit <G 20>

Morbus Parkinson

Definition

Die Parkinson-Krankheit (im Deutschen auch als Schüttellähmung bezeichnet) entsteht durch einen Verlust von Zellen im Gehirn, die den Botenstoff Dopamin bilden. Es entwickelt sich eine zunehmende Steifigkeit (Rigor) der Muskeln, welche Veränderungen von Gangbild und Körperhaltung bewirken. Häufig tritt ein Zittern (Tremor) insbesondere der Hände auf. Die Krankheit ist nach dem englischen Arzt Dr. James Parkinson benannt, der die Erkrankung 1817 erstmals beschrieben hat.

Häufigkeit, Symptome

Morbus Parkinson ist eine Erkrankung des höheren Lebensalters, lediglich 10% der Patienten erkranken vor dem 40. Lebensjahr. In der Regel fällt die Erkrankung zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr auf. Die Häufigkeit der Krankheit liegt bei 1-2 Fällen pro 1000 Einwohnern.

Die Erkrankung beginnt oft mit uncharakteristischen Beschwerden wie Muskel-Steifigkeit oder Schulter/Arm-Schmerzen, die nur selten zum Aufsuchen eines Arztes führen. Steht dagegen das Zittern im Vordergrund des Beschwerdebildes, wird der Arzt schon frühzeitig aufgesucht.

Der typische Parkinsontremor tritt bei entspannter Muskulatur auf. Der Rigor bewirkt charakteristische Änderungen der Körperhaltung (leicht vornüber gebeugt, Arme leicht angewinkelt) und des Gangbildes (kleinschrittig, schlurfend, die Arme schwingen vermindert mit). Typisch ist die stärkere Ausprägung auf einer Körperseite. Auch die Mimik wird spärlicher. Häufig wird auch eine frühzeitig begleitende depressive Symptomatik beobachtet.

Diagnostik

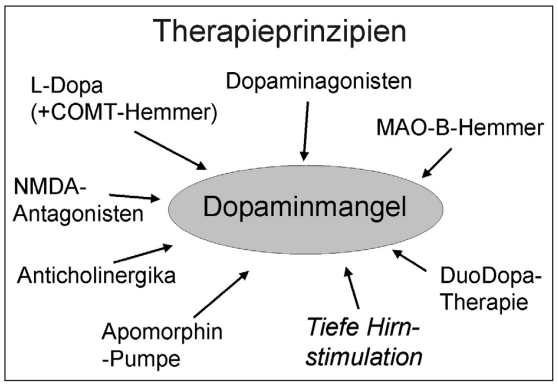
Wesentlich für die Abgrenzung gegenüber anderen ähnlichen Erkrankungen ist der Ausschluss der Beteiligung weiterer Funktionssysteme, d.h. anderer motorischer Bahnen, Störungen des vegetativen Nervensystems, der Augenbewegungssteuerung oder der Systeme zur Haltungskontrolle. Kernspintomographie-Untersuchungen sind nur zur differentialdiagnostischen Abklärung hilfreich. Mittels Positronen-Emmissions-Tomographie (PET) kann der Dopamin-Mangel, der der Erkrankung zu Grunde liegt, direkt nachgewiesen werden. Jedoch ist auch diese Untersuchung sehr teuer und nicht überall verfügbar. SPECT-Untersuchungen helfen, ähnliche Erkrankungen abzugrenzen.

Therapie

Die medikamentöse Therapie zielt zum einen auf die Beseitigung des Dopamin-Mangels durch Gabe von L-Dopa oder Dopaminagonisten. Weiterhin können bestimmte Medikamente den Dopamin-Abbau selbst hemmen. Weitere Medikamente zielen auf das relative Überwiegen anderer Überträgersysteme. Wann welches Medikament zum Einsatz kommt, ist von Lebensalter, Stadium und Ausprägung der Erkrankung sowie Begleiterkrankungen abhängig. Mit Fortschreiten der Erkrankung muss die medikamentöse Therapie immer wieder angepasst werden. Im späteren Stadium können sogar durch Medikamente ausgelöste Überbeweglichkeiten auftreten, die mit Phasen von schlechter Beweglichkeit wechseln können. Spätestens dann ist der Zeitpunkt gekommen, eine operative Therapie zu erwägen.

Es gibt prinzipiell zwei Methoden der operativen Therapie: Einerseits die Methode, in bestimmten Hirnregionen umschriebene Schädigungen zu setzen (läsionelle Verfahren) und andererseits die Methode, bestimmte Regionen elektrisch zu stimulieren. Da die Effekte der Stimulationsmethode (Tiefenhirnstimulation, DBS) jederzeit rückgängig gemacht werden können und den Wirkungen des läsionellen Verfahrens überlegen sind, spielt letzteres heute keine Rolle mehr.

Voraussetzung für den Erfolg der operativen Therapie ist eine gute Kooperation zwischen Neurologen und Neurochirurgen bei Diagnostik, Durchführung der Operation und anschließender Weiterbetreuung.



Sprechstunde für Bewegungsstörungen,
DBS-Sprechstunde:
PD Dr. U. Dillmann, PD Dr. J. Spiegel,
Dr. J. Burmann, Dr. F. Wollenweber
Neurologie-Ambulanz:
Sr. S. Schneider, Tel. (06841) 16-24138
Neurochirurgie-Ambulanz:
Tel. (06841) 16-24412