

Cotard-Syndrom bei Schizophrenie und Demenz

Ein Fallbericht

Ralf Kozian und Udo Polzer, Stadtroda

Das Cotard-Syndrom ist eine selten auftretende Störung, die zumeist mit affektiven Störungen assoziiert wird, jedoch auch im Rahmen einer Schizophrenie und bei anderen (neurologischen oder organisch bedingten) Störungen auftreten kann. Wir berichten über den Fall eines Cotard-Syndroms im Zusammenhang mit einer langjährigen Schizophrenie und einer fortschreitenden Demenz, der unter einer kontrollierten antipsychotischen Kombinationstherapie remittierte. Systematische Therapiestudien zum Cotard-Syndrom fehlen.

Schlüsselwörter: Cotard-Syndrom, Psychose, Demenz

Psychopharmakotherapie 2017;24:272–4.

Das Cotard-Syndrom wurde von Jules Cotard (1840–1889) im Jahr 1880 erstmalig beschrieben. Es wird im französischen Sprachraum als „*déire des négations*“, bezeichnet, im englischen Sprachraum als „*nihilistic delusion*“ und im Deutschen als nihilistischer Wahn. Der Begriff „Cotard-Syndrom“ bezeichnet die Überzeugung von Patienten, tot zu sein. Paradoxe Weise werden aber auch Fälle darunter subsumiert, bei denen der Wahn besteht, unsterblich zu sein [4, 12]. Das Syndrom tritt zumeist im mittleren Lebensalter im Rahmen affektiver Störungen auf [12].

Wir berichten im Folgenden über den Fall eines Cotard-Syndroms bei einer Patientin, die seit Jahren eine schubweise auftretende paranoide Schizophrenie aufwies, zu der sich mittlerweile auch eine Demenz gesellt hatte.

Fallbeschreibung

Eine 82-jährige Patientin wurde seit vielen Jahren wegen einer schizophrenen Störung behandelt. Sie war eingestellt auf 1200 mg Quetiapin, für dessen Einnahme sie eine geringe Compliance bot. Zusätzlich bestand bei der Patientin seit vier Jahren eine Demenz mit Pro-

gredienz mit zunehmender Beeinträchtigung für die Aktivitäten des täglichen Lebens. So erzielte sie noch vor sechs Jahren im Mini-Mental-Test 22 Punkte und einen vollkommen unauffälligen Uhrentest, aktuell nach Abklingen der florid-psychotischen Symptomatik im Mini-Mental-Test 14 Punkte, im Uhrentest 5 Punkte. In einer c-CT-Untersuchung (kraniale Computertomographie) vor zwei Jahren ergab sich verglichen mit einer vorhergehenden c-CT-Untersuchung vier Jahre zuvor eine Progredienz der kortikalen und subkortikalen Atrophie; zudem eine subkortikale arteriosklerotische Enzephalopathie bei arterieller Hypertonie als Risikofaktor. Eine differenzialdiagnostisch hilfreiche Lumbalpunktion lehnte die Patientin ab, sodass nur der Verdacht auf eine Alzheimer-Demenz geäußert werden kann; aufgrund der vaskulären Läsionen schien auch eine Demenz vom Mischtyp möglich. Unter Hinzuziehung der NINCDS-ADRDA-Kriterien ergeben sich jedoch Hinweise auf eine wahrscheinliche Alzheimer-Erkrankung, denn die Patientin bot bei entsprechendem Ergebnis im Mini-Mental-Test eine fortschreitende Verschlechterung der kognitiven und mnestischen Fähigkeiten, keine Bewusstseinsstörung,

eine Manifestation nach dem 65. Lebensjahr, zudem eine Progression der zerebralen Atrophie im c-CT sowie eine zunehmende Beeinträchtigung für Aktivitäten des täglichen Lebens wie Waschen, Ankleiden, Nahrungszufuhr und Toilettengänge [8].

Die Patientin berichtete bei Aufnahme über das Hören von Stimmen, zudem hatte sie die wahnhaftige Überzeugung, dass alle tot seien, auch sie tot sei. Auf dem Boden dieser Symptomatik kam es zu einer Verweigerung der Nahrungsaufnahme. Die Patientin war ansonsten wach, noch ausreichend situativ und örtlich orientiert, zeitlich nur unsicher orientiert. Sie bot deutliche kognitive und mnestische Defizite bei allerdings nur geringer Sprachproduktion. Die Stimmung war anfangs nicht adäquat beurteilbar, die Patientin zeigte aber im Verlauf keine depressive Symptomatik, war gut schwingungsfähig und die Stimmung war aufhellbar.

Die Patientin sprach vorwiegend mit geschlossenen Augen. Im neurologischen Befund bot sich kein Meningis-

Dr. med. Ralf Kozian, Dr. med. Udo Polzer,
Asklepios Fachklinikum Stadtroda, Bahnhof-
straße 1a, 07646 Stadtroda,
E-Mail: r.kozian@asklepios.com

mus, kein Kalottenklopfeschmerz, der Achillessehnenreflex war beidseits nicht auslösbar, sonst fanden sich keine neurologischen Normabweichungen und auch keine internistischen Besonderheiten. Bei der Patientin wurde eingangs der Quetiapin-Blutspiegel bestimmt. Dieser lag bei 24,8 µg/l und damit unter dem Therapiebereich, der zwischen 70 µg/l und 500 µg/l liegt. Bei einer Dosierung von 1200 mg Quetiapin pro Tag deutete dies auf eine mangelnde Compliance für die Medikamenteneinnahme hin, was im Späteren durch Angaben der Patientin auch verifiziert werden konnte.

Im Weiteren erfolgte eine Therapie mit Lorazepam, worunter sich eine anfangs bestehende Symptomatik mit Mutismus und Bewegungsarmut zurückbildete. Zudem erfolgte eine kombinierte Therapie von Quetiapin in einer Tagesmaximaldosierung von 800 mg, wie vom Hersteller vorgesehen, sowie Zusatz von 200 mg Amisulprid pro Tag. Darunter kam es zu einer raschen vollständigen Rückbildung der wahnhaften Symptomatik, tot zu sein bzw. der wahnhaften Überzeugung, dass alle tot seien. Nach etwa vierwöchigem Aufenthalt wurde die Patientin in einem bezüglich der wahnhaften Symptomatik remittierten Zustand entlassen.

Diskussion

In einer Untersuchung an insgesamt 1321 Patienten am mexikanischen National Institute of Neurology vom März 2007 bis Mai 2009 wurde retrospektiv geprüft, in wie vielen Fällen bei neurologischen oder psychiatrischen Erkrankungsfällen ein Cotard-Syndrom aufgetreten war. Von den untersuchten Patienten hatten 63,7% eine neurologische Erkrankung, einer davon (mit einer viralen Enzephalitis) ein Cotard-Syndrom. Von den 36,3% Patienten mit einer reinen psychiatrischen Diagnose hatten drei ein Cotard-Syndrom. Dieses war kombiniert mit einer psychotischen Depression, einer Depersonalisation und einem Koro-Syndrom [12].

Früher wurde das Cotard-Syndrom als „stärkste Ausprägung der Entfrem-

dungsdepression“ aufgefasst [4]. Jedoch sind mittlerweile zunehmend Fälle beschrieben, in denen das Cotard-Syndrom bei neurologischen oder organischen nicht-affektiven Störungen aufgetreten ist [4]. So gibt es Berichte über je einen Fall in der Kombination mit einer Katatonie [1] und einem malignen neuroleptischen Syndrom [15], bei einer semantischen Demenz [9], als fluktuierendes Syndrom bei einem fortgeschrittenen Parkinson-Syndrom [13] sowie bei einem rechtshemisphäriellen Infarkt [11, 14] und einem mammachirurgischen Eingriff, wobei hier eine Therapie mit Escitalopram und Aripiprazol erfolgreich war [3]. Nicht untypisch wird in den beschriebenen Beispielen darauf verwiesen, dass die Patienten auch über den Verlust oder die Nichtfunktionsfähigkeit von Organen berichtet haben und in einer Steigerung dann vom eigenen Tod [12, 15].

Interessant ist, dass das Cotard-Syndrom auch bei einem Patienten mit rechtshemisphäriellen Infarkt beschrieben und eine Beziehung zu einem Neglect hergestellt wurde [11]. Ein Neglect liegt vor bei rechtshemisphärischen Läsionen mit Vernachlässigung der linken Körperseite, ist also im Gegensatz zum Cotard-Syndrom keine Denkstörung [7]. Als weitere Unterschiede werden in [12] genannt:

- Das Neglect ist gegenüber dem Cotard-Syndrom in der Regel an fokale Hirnläsionen gebunden (Gegenbeispiele dazu allerdings in [11, 14]).
- Neglect ist assoziiert zu neurologischen Erkrankungen, das Cotard-Syndrom ist häufiger bei psychiatrischen Erkrankungen.
- Das Cotard-Syndrom weist keine Lateralisierung auf.
- Ein Neglect findet sich in der Regel nicht assoziiert mit psychiatrischen Erkrankungen.

Im Fall der hier beschriebenen Patientin ist zu vermerken, dass bei ihr schon lange eine paranoide Schizophrenie bestand, das Cotard-Syndrom jedoch niemals im Rahmen vorheriger Erkrankungsfälle der paranoiden Schizophrenie aufgetreten ist. Es kann deshalb diskutiert werden, dass das Cotard-Syn-

drom durch den Hinzutritt der Demenz-Erkrankung hervorgerufen wurde, die entsprechend dem Verlauf des Mini-Mental-Tests als mittlerweile fortgeschritten anzusehen ist.

Die psychotische Symptomatik der Patientin bildete sich nach Zugabe von 2 mg Lorazepam pro Tag sowie einer Modifizierung der neuroleptischen Therapie in einer Kombination von 800 mg Quetiapin mit 200 mg Amisulprid restlos zurück. Bei der Patientin lag zu keinem Zeitpunkt eine depressive Symptomatik vor, wie dies bei anderen Patienten mit Cotard-Syndrom bereits zuvor in der Literatur beschrieben worden war [2, 10]. Speziell in diesen Fällen ergibt sich ein Schwerpunkt in der neuroleptischen Behandlung, wobei allerdings systematische Therapiestudien des Cotard-Syndroms fehlen. Auch aus dem Therapieerfolg (mit einem Zusatz von Amisulprid) ergibt sich ex iuvantibus, dass diese Symptomatik auf dem Boden einer psychotischen Symptomatik aufgetreten ist und somit eine Einengung eines Cotard-Syndroms auf affektive Störungen überdacht werden muss. Berrios und Luque (1995) unterschieden bereits drei Subtypen des Cotard-Syndroms [2]:

- Psychotische Depression
- Typ I ohne Depression – eher einer wahnhaften Störung entsprechend
- Typ II als Mischtyp

Madani und Sabbe (2007) favorisierten für den Subtyp der psychotischen Depression die Elektrokrampftherapie, für den Typ I des Cotard-Syndroms die neuroleptische Therapie [6].

Zudem demonstriert dieser Fall, dass bei Auftreten eines Symptom-Shifts auch an den Hinzutritt einer anderen Störung zu einer bekannten Störung (hier Demenz hinzutretend zur schizophrenen Störung) gedacht werden sollte.

Interessenkonflikterklärung

Für beide Autoren bestehen keine Interessenkonflikte.

Cotard syndrome in schizophrenia and dementia. A case report

Cotard syndrome is a rare disorder not only due to affective disorders. It can also be found in schizophrenia and neurological diseases and other organic diseases like dementia. We report on a case

of Cotard syndrome in conjunction with a long lasting schizophrenia and progressive dementia that remitted under a controlled antipsychotic combination therapy. Systematic studies on the therapy of Cotard syndrome are missing. *Key words:* Cotard-syndrome, psychosis, dementia

Literatur

- Basu A, Singh P, Gupta R, Soni S. Cotard syndrome with catatonia: Unique combination. *Indian J Psychol Med* 2013;35:314–6.
- Berrios GE, Luque R. Cotard's syndrome: analysis of 100 cases. *Acta Psychiatr Scand* 1995;91:185–8.
- De Berardis D, Brucchi W, Serroni N, Rapini G, et al. Cotard's syndrome after breast surgery successfully treated with aripiprazole augmentation of escitalopram: a case report. *Riv Psichiatr* 2015;50:95–8.
- Grover S, Jitender A, Mahajan S, Sannidhya V. Cotard's syndrome: Two case reports and a brief review of literature. *J Neurosci Rural Pract* 2014;5(Suppl 1):S59–62.
- Huber G. *Psychiatrie*. 5. Auflage. Stuttgart: Schattauer, 1994.
- Madani Y, Sabbe BG. Cotard's syndrome. Different treatment strategies according to subclassification. *Tijdschr Psychiatr* 2007;49:49–53.
- Mattle H, Mumenthaler M. *Neurologie*. 13. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 2013.
- McKhann G, Drachman D, Folstein M, et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA work group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology* 1984;34:939–44.
- Mendez MF, Ramírez-Bermúdez J. Cotard syndrome in semantic dementia. *Psychosomatics* 2011;52:571–4.
- Morgado P, Ribeiro R, Cerqueira JJ. Cotard syndrome without depressive symptoms in a schizophrenic patient. *Case Rep Psychiatry* 2015; Article ID 543191; <http://dx.doi.org/10.1155/2015/643191> (Zugriff am 26.10.2017).
- Nishio Y, Mori E. Dimensions of death in a patient with right hemisphere infarction. *Cogn Behav Neurol* 2012;25:216–23.
- Ramírez-Bermúdez J, Aguilar-Venegas LC, Crail-Melendez D, Espinola-Nadurille M, et al. Cotard syndrome in neurological and psychiatric patients. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2010;22:409–16.
- Solla P, Cannas A, Orofino G, Marrosu F. Fluctuating cotard syndrome in a patient with advanced Parkinson disease. *Neurologist* 2015;19:70–2.
- Sottile F, Bonanno L, Finzi G, Ascenti G, et al. Cotard and Capgras syndrome after ischemic stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2015;24:103–4.
- Weiss C, Santander J, Torres R. Catatonia, neuroleptic malignant syndrome, and cotard syndrome in a 22-year-old woman. *Case Rep Psychiatry* 2013;2013: 452646.

Termine

Kongresse · Symposien · Workshops

18. bis 10. Februar 2018

Würzburg

ANIM 2018

35. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin (DGNI) und der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG)

Information:

<http://www.anim.de>

19. bis 21. April 2018

Barcelona, Spanien

25. International Symposium on Current Issues and Controversies in Psychiatry

Information:

<http://www.ControversiasBarcelona.org>

3. bis 4. Mai 2018

Köln

20. Jahrestagung der Neuroonkologischen Arbeitsgemeinschaft (NOA)

Information:

www.noa-tagung.de

13. bis 16. Juni 2018

Fürth

54. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie e. V.

Information:

<http://www.epilepsie-tagung.de>

16. bis 19. Juni 2018

Lissabon, Portugal

4th Congress of the European Academy of Neurology

Information:

www.ean.org/lisbon2018

16. bis 19. Juni 2018

Wien, Österreich

31st CINP World Congress of Neuropsychopharmacology 2018

Information: <http://www.cinp.org/vienna>

1. bis 6. Juli 2018

Kyoto, Japan

WCP2018 Kyoto

18th World Congress of Basic and Clinical Pharmacology

Information:

<http://www.wcp2018.org/index.html>

25. bis 28. September 2018

Basel, Schweiz

24th Congress of the European Sleep Research Society

Information:

<http://www.esrs-congress.eu>

30. Oktober bis 3. November 2018

Berlin

91. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie

Information:

<http://www.dgnkongress.org/der-kongress/allgemein/vorschau>

28. November bis 1. Dezember 2018

Berlin

DGPPN-Kongress 2018

Die Psychiatrie und Psychotherapie der Zukunft

Information:

<http://www.dgppnkongress.de>

25. bis 28. April 2019

Lissabon, Portugal

7th World Congress on ADHD

Information:

www.adhd-congress.org

Diese und weitere Veranstaltungstermine auch unter <http://www.ppt-online.de>