

Kurzberichte aus der
internationalen medizinischen Literatur
und von Kongressen

Frontotemporale Demenz

Bei degeneriertem Vorderhirn fehlt „Theory of Mind“

Der Mensch zeichnet sich dadurch aus, dass er sich in andere hineinversetzen kann. Diese so genannte „Theory of Mind“ (ToM) ist an ein intaktes Vorderhirn gekoppelt. Bei Patienten mit frontotemporaler Demenz degenerieren weite Teile des Frontallappens, die ToM geht verloren.

Die „Theory of Mind“ (ToM), also die Fähigkeit, sich die seelisch-geistige Verfassung eines anderen Menschen vorzustellen und so Vorhersagen über Denken, Empfinden und Verhalten des Betreffenden zu machen, entwickelt sich erst im Alter von drei bis fünf Jahren zusammen mit dem sprachlichen Ausdrucksvermögen.

Das Interesse an sozialen Interaktionen sowie planvolles Handeln basieren auf einem intakten Vorderhirn. Damit sind auch Funktionen und Eigenschaften verbunden, die als Rücksicht, Mitleid, Moral und Gewissen bezeichnet werden.

Bei der frontotemporalen Demenz (FTD, Morbus Pick) findet sich eine *Atrophie des Vorderhirns* vor allem im medialen, dorsolateralen und orbitalen Frontallappen. Die Erkrankung tritt bereits vor dem 65. Lebensjahr auf. Die Symptome – so auch der Verlust der ToM – schreiten langsam voran, das Gedächtnis bleibt jedoch zunächst erhalten. Die Emotionen der Patienten verflachen, die Patienten sind enthemmt und verlieren die Einsicht, das Sozialverhalten vergrößert sich und wird inadäquat, Manierismen und Stereotypen treten auf.

Genaue Zahlen zur Häufigkeit von Morbus Pick gibt es nicht, da die Erkrankung häufig nicht bedacht und so meist zu Beginn nicht erkannt wird. Grobe Schätzungen gehen davon aus, dass Morbus Pick so häufig auftritt wie Chorea Huntington und präsenile Alzheimer-Krankheit zusammen.

Eine kausale Therapie gibt es bisher nicht. Symptomatisch können beispielsweise

- selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI, z. B. Escitalopram – Cipraxel[®]) Affekte und Antrieb verbessern sowie Impulse und Stereotypen kontrollieren,
- Carbamazepin (z. B. Tegretal[®]), Valproinsäure (z. B. Orfiril[®]) oder Propranolol (z. B. Dociton[®]) die Hyperaktivität und Disinhibition verringern und

- Memantin (Ebixa[®]) oder Acetylcholinesterasehemmer (z. B. Donepezil – Aricept[®]) die Apathie vermindern.
- Patienten, die an frontotemporaler Demenz erkrankt sind, stellen vor allem für die *Angehörigen* eine große Belastung dar. Diese müssen über die Progression der Erkrankung und über die Persönlichkeitsveränderungen aufgeklärt und zu einem ruhigen, deeskalierenden, gewaltfreien Umgang mit dem Patienten angeleitet werden. Wichtig ist es, möglichst lange die Mobilität der Patienten zu erhalten und sie zu stimulieren, aber potenzielle Gefahrensituationen wie beispielsweise PKW-Fahren zu verhindern, um Kinder, Partner und andere nicht zu gefährden.

Quelle

Prof. Dr. med. Hans Förstl, München, 4. Lundbeck Dialog ZNS, Hamburg, 12. Mai 2005, veranstaltet von Lundbeck GmbH.

Andrea Warpakowski, Itzstedt

Neurotraumatologie

Glucocorticoide bei schwerem Schädelhirntrauma unwirksam

Methylprednisolon führte bei der Behandlung des mittelschweren bis schweren Schädelhirntraumas zu einer Erhöhung der Sterblichkeit von Patienten.

Schädelhirntraumen sind eine der häufigsten Ursachen für Tod und permanente Behinderung bei jüngeren Menschen. Seit mehr als 30 Jahren werden in der Intensivmedizin bei der Behandlung von Schädelhirntraumen Glucocorticoide eingesetzt. Diese Vorgehensweise stützt sich auf ein pathophysiologisches Konzept, demzufolge Glucocorticoide in der Lage sind, das Hirnödem positiv zu beeinflussen und damit den *Hirndruck zu senken*.

Bislang publizierte randomisierte Studien wurden meist mit relativ kleinen Patientengruppen durchgeführt.

Für eine systematische Analyse wurden nun 20 000 Patienten mit Schädelhirntraumen in eine große internationale randomisierte Placebo-kontrollierte Studie aufgenommen, um die Wirkung von Glucocorticoiden bei dieser Indikation zu untersuchen. In diese Studie wurden Patienten (> 16 Jahre) innerhalb von 8 Stunden nach dem Unfallereignis eingeschlossen. Das Einschlusskriterium hierbei war ein Wert auf der Glasgow Coma Scale (GCS) von 14 oder weniger.

Die Patienten wurden initial mit 2 g Methylprednisolon (z. B. Urbason[®]) und