

Der natürliche Verlauf des Idiopathischen Parkinson-Syndroms Zweiter Teil:

Die fortgeschrittenen Stadien

– Die Braak-Stadien 4 - 6

Ihr Lieben nah und fern! Ich hoffe, Ihr seid alle gut ins Neue Jahr gekommen und schaut (gedämpft) optimistisch in die Zukunft!

Heute nehmen wir uns ein etwas schwierigeres Thema vor: Wir machen heute keinen Bogen um die fortgeschrittenen Stadien des Parkinson-Syndroms. Über Spätstadien einer Erkrankung schreibt oder liest niemand gerne. Da macht der Parkinson keine Ausnahme. Zumal es nicht im Ungewissen liegt, ob sich die Erkrankung bis dahin weiterentwickelt.

Denn das Idiopathische Parkinson-Syndrom – und nur von diesem ist die Rede – entwickelt sich leider ganz stur und unerbittlich weiter, beim einen langsamer, beim anderen schneller. Das ist anders als zum Beispiel bei der Multiplen Sklerose, bei der man nicht weiß: kommt überhaupt noch jemals ein Schub? oder kommt nächste Woche ein ganz schwerer? Auf den Parkinson kann man sich verlassen. Er ist langsam progredient.

Wissen kann manchmal gut tun, manchmal aber auch belasten. Insofern möge es jedem freigestellt sein, jetzt weiterzulesen oder etwas Schöneres zu lesen. Wenn Ihr aber weiterlest: ich habe nichts schlimmer dargestellt, als es ist, aber auch nichts verharmlost.

Eine Vorbemerkung

Alles was ich in diesen Posts schreibe, bezieht sich nur und ausschließlich auf das typische Idiopathische Parkinson-Syndrom. Dieses dürfte bei 70 oder 85 % bei uns vorliegen. Die Entstehung und die Krankheitsentwicklung des Idiopathischen Parkinson-Syndroms ist recht gut erforscht und dürfte bei uns sehr ähnlich sein.

Aber die so genannten

- **Atypischen Parkinson-Syndrome (zum Beispiel Lewy-Körperchen-Demenz, MSA = Multisystematrophie, CBD = Corticobasale Degeneration, PSP = Progressive supranukleäre Blickparese)**
- ❓ **Parkinson-Beschwerden als Medikamentennebenwirkungen**
- **durch Stoffwechselstörungen (z.B. Morbus Wilson) ausgelöste Erkrankungen**
- **durch Arteriosklerose und viele Kleinstschlaganfälle oder**
- ❓ **wiederholte Kopfverletzungen (Muhammad Ali!)**

ausgelöste Erkrankungen sind völlig anderer Natur. Sie zeigen zwar auch einige der Parkinson-Symptome, entstehen auf völlig andere Art und Weise und beginnen auch an anderer Stelle.

So sind zum Beispiel Riechstörungen und Depressionen für das Parkinson-Syndrom typisch, **für die anderen Erkrankungen nicht.**

Für diejenigen unter Euch, die eine dieser eher selteneren Formen haben, gilt vieles nicht, was ich hier über das typische Idiopathische Parkinson-Syndrom schreibe. Lest dann besser etwas Schöneres.

Jetzt wieder zurück zu den fortgeschrittenen Krankheitsstadien. Das ist ein Thema, an das wir nicht so gerne denken. Es hilft aber nicht, die Augen vor der Zukunft zu verschließen.

Zum besseren Verständnis und zur Wiederholung noch einmal ein paar Grundtatsachen:

- Beim **typischen Idiopathischen Parkinson-Syndrom** (NICHT BEI DEN ATYPISCHEN PARKINSON-SYNDROMEN!) gehen Nervenzellen dadurch kaputt, dass sie giftige Eiweißkörper in sich tragen: die so genannten **Lewy-Körperchen**.
- Die beste **Stadieneinteilung** hat ein Herr **Braak** geschaffen mit der Frage: wo im Gehirn finden sich Nervenzellen mit Lewy-Körperchen?
- Dabei konnte man feststellen, dass die Erkrankung sehr stur und sehr gesetzesmäßig abläuft und sich sehr sehr langsam **von unten nach oben** ausbreitet: sie beginnt im **Hirnstamm** und steigt irgendwann bis in die **Großhirnrinde** auf.
- Die Braak-Stadien 1 – 6 benennen, welche Hirnregionen betroffen sind, und daraus ergibt sich, welche Symptome dabei auftreten.

Also los geht's! So sieht das im Fachbuch aus (Oertel – Deuschl – Poewe: Parkinson-Syndrome und andere Bewegungsstörungen):

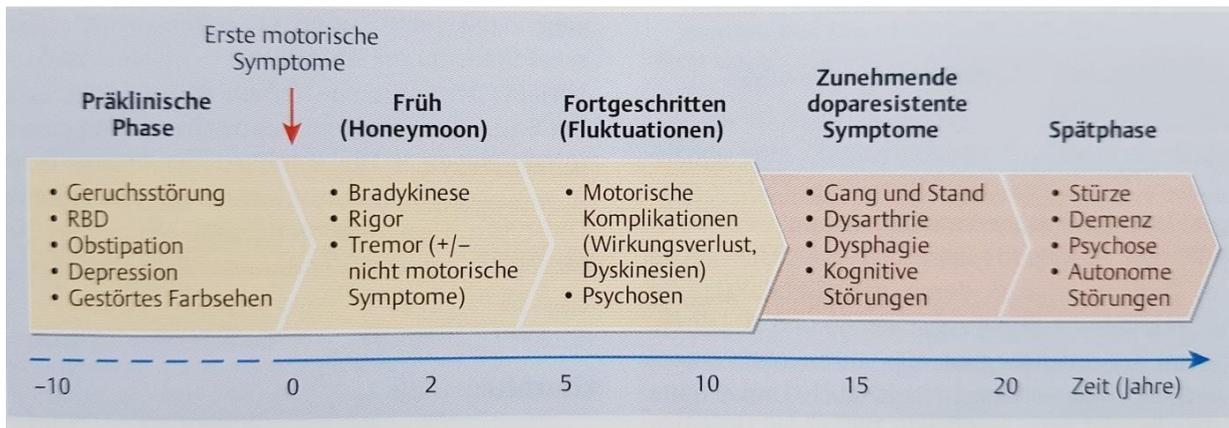
Tabelle 1.7 Braak-Stadien.

Stadium	Charakteristika
Stadium 1	Der führende pathologische Prozess ist im Bereich der viszeromotorischen Neurone des Vagus-Areals und dorsalen Glossopharyngeus-Areals und im Bulbus olfactorius und Nucleus olfactorius anterior nachweisbar
Stadium 2	Vom Hirnstamm aufsteigend treten im Bereich der bulbären Raphekerne , der Formatio reticularis und im Kernkomplex des Locus coeruleus die Veränderungen auf
Stadium 3	Lewy-Körper bzw. Lewy-Neuriten sind in der Pars compacta der Substantia nigra und in den cholinergen Kerngebieten des basalen Vorderhirns sowie in der Amygdala belegbar
Stadium 4	Die ersten kortikalen Veränderungen treten typischerweise im temporalen Mesokortex auf
Stadium 5	Von dieser Prädispositionsstelle ausgehend breiten sich die pathologischen Veränderungen auf die angrenzenden Gebiete des neokortikalen Assoziationskortex aus
Stadium 6	Es sind Lewy-Körper tragende Pyramidenzellen auch in den Sekundärgebieten und unter Umständen sogar in den Primärgebieten des Neokortex nachweisbar.
Entsprechend werden die beiden ersten Stadien als prämotorische Stadien der Parkinson-Krankheit eingestuft, die Stadien 3 und 4 als motorische Stadien der Parkinson-Krankheit angesehen und die Stadien 5 und 6 mit kognitiven Veränderungen korreliert	

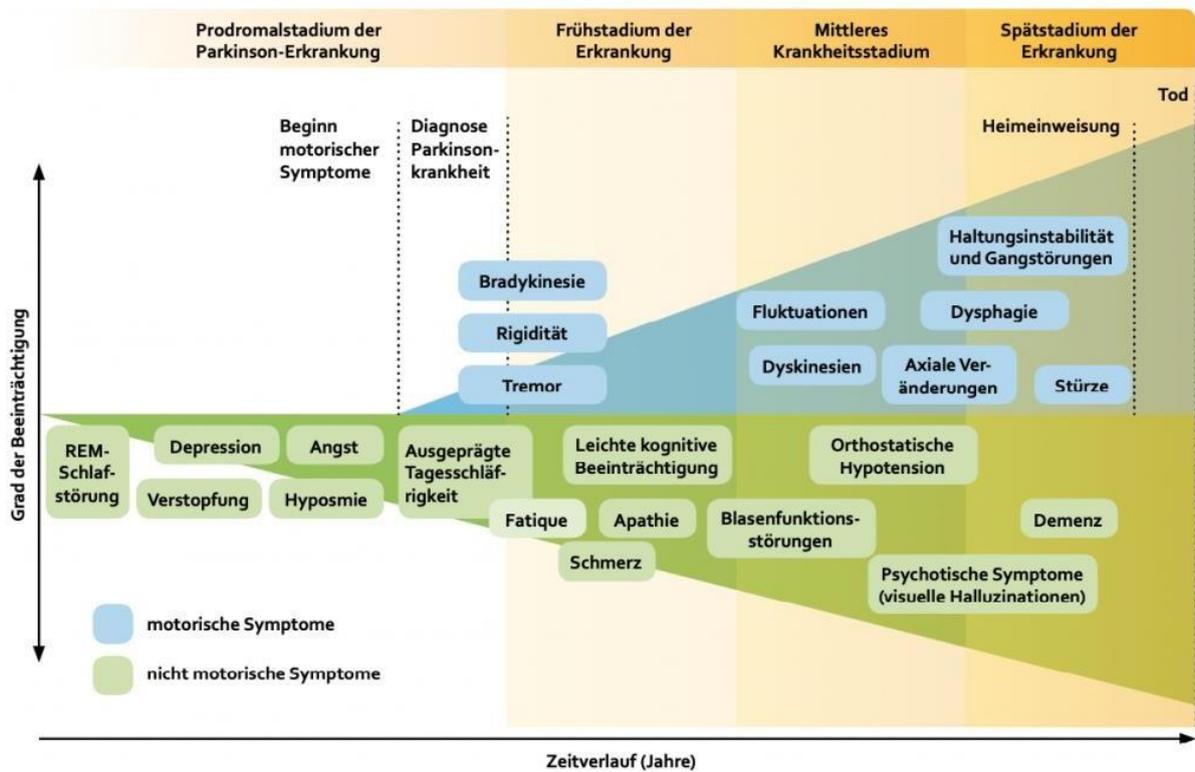
Und das Gleiche nochmals, jetzt in meiner Tabelle:

Stadium n. Braak	Betroffene Hirnstrukturen	Symptome	Behandlung
1	Hirnnervenkerne des <ul style="list-style-type: none"> n. vagus = Magen-Darm-Nerv n. olfactorius = Riechnerv 	Merkwürdigkeiten chronische Verstopfung Riechstörungen	Behandlungen meist nicht notwendig hier gibt es keine Behandlung
2	Stammhirnstrukturen: <ul style="list-style-type: none"> Locus coeruleus Formatio reticularis und andere 	Zeit der Fehldiagnosen <ul style="list-style-type: none"> chronische Schlafstörungen, u.a. REM-Schlaf-Störung Depressionen - häufig Verkennung als „Burnout“ 	Zeit der unterlassenen Behandlungen <ul style="list-style-type: none"> Vernachlässigung der Schlafhygiene, ggf. Schlafmittel unterlassene antidepressive Behandlung
3	Substantia nigra – biochemisch Dopaminmangel	Erst jetzt wird das Parkinson-Syndrom richtig diagnostiziert. Die 3 Kardinal-Symptome: <ul style="list-style-type: none"> Bewegungsstörungen: Akinese / Hypokinese / Bradykinese Muskelversteifung = Rigor 70 % Tremor 	Alle Medikamente, <ul style="list-style-type: none"> die das noch gebildete körpereigene Dopamin besser wirken lassen, oder die wie Dopamin wirken (Dopaminagonisten) oder Dopamin ersetzen (L-Dopa) wirken hier hervorragend.
4	Die ersten Lewy-Körperchen-Schädigungen im Mittelhirn (temporaler Mesocortex)	<ul style="list-style-type: none"> Die 3 klassischen Parkinsonsymptome nehmen zu bzw. werden medikamentös anspruchsvoller – Wirkungsschwankungen / on-off / Freezing Zunehmende dopamin-unabhängige Störungen: <ul style="list-style-type: none"> geringe Gangunsicherheiten – Sturzgefahr allenfalls geringe kognitive Beeinträchtigungen	Die über das Dopamin wirkenden Medikamente müssen zunehmend pünktlich eingenommen werden. Jede Unpünktlichkeit wird mit Off-/Freezing bestraft Tiefe Hirnstimulation? Duodopa-Pumpe? Bei Gangunsicherheiten: <ul style="list-style-type: none"> Konzentration auf eine Sache, z.B. beim Treppensteigen nichts sprechen / nichts tragen / keine Nebenaktivitäten Bekanntnis zum Rollator Meistens keine wesentlichen Einschränkungen intellektueller Leistungen
5	Die Hirnrinde wird erreicht, meist sekundäre Hirnareale	Parkinson-Symptomatik bleibt unverändert schwierig Dennoch: die dopaminunabhängigen Symptome geraten immer mehr in den Vordergrund kognitive Beeinträchtigung	Zunehmende Pflegebedürftigkeit
6	Zunehmend auch diffus primäre Hirnareale	kognitive Beeinträchtigung <ul style="list-style-type: none"> geht nur vereinzelt zu einer Demenz gehäuft Psychosen 	Pflegebedürftigkeit

Nochmals aus dem Fachbuch (Oertel – Deuschl – Poewe: Parkinson-Syndrome...):

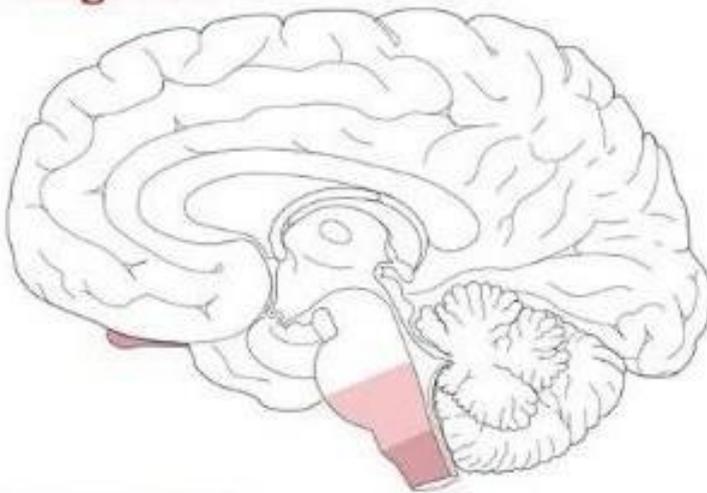


Und hier ein Schema, das ich im Internet gefunden habe.

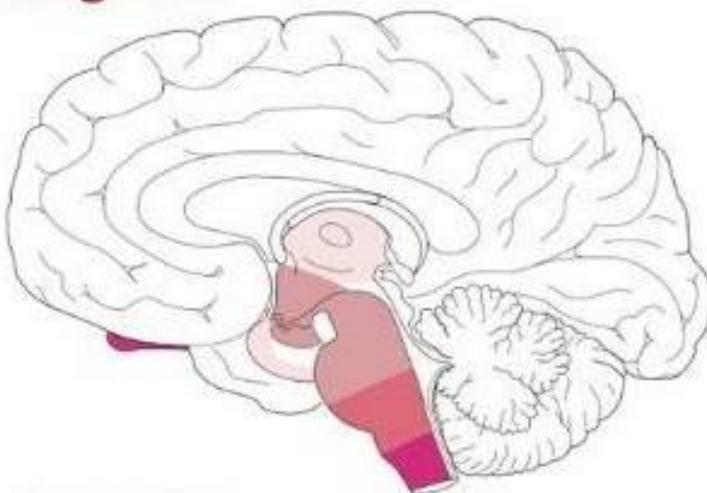


Es ist immer mehr oder weniger das Gleiche.

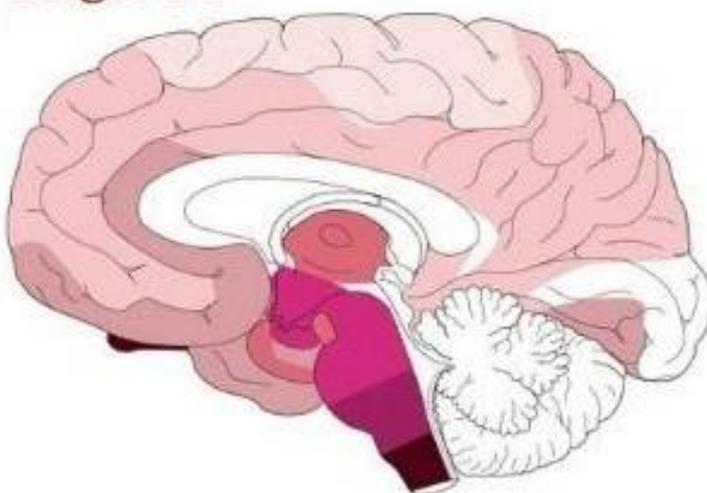
Stages 1-2



Stages 3-4



Stages 5-6



Ich sollte noch zwei Dinge erwähnen:

1. Der Verlauf ist sehr sehr langsam. Von einem Stadium zum nächsten kann man etwa (3) 5 – 6 Jahre rechnen.
2. Die Vorstellung, dass die Erkrankung irgendwann bis in die Großhirnrinde kommt, also bis dorthin, wo wir denken, ist natürlich sehr unsympathisch.

Aber: Man muss sich eines klar machen: Am dichtesten sind die wichtigen Strukturen im Hirnstamm beieinander.

Wenn man sich vorstellt, dass die **Substantia nigra** gerade einmal 7 mm groß ist und dass es katastrophale Folgen hat, wenn sie ganz ausfällt (mit einem Schlag ein Super-Parkinson – wir wären zu keiner einzigen Bewegung mehr in der Lage), so geht es weiter oben geradezu großzügig zu.

So ist ein Schlaganfall (also ein Blutgefäßverschluss mit Absterben der Nervenzellen) katastrophal im Hirnstamm, aber oft klinisch stumm im Großhirn. Ein 7 mm großer Hirnstamm-Infarkt ist mit vielen neurologischen Symptomen gefolgt, ein 30 mm großer Infarkt im Großhirn wird vielleicht gar nicht bemerkt.

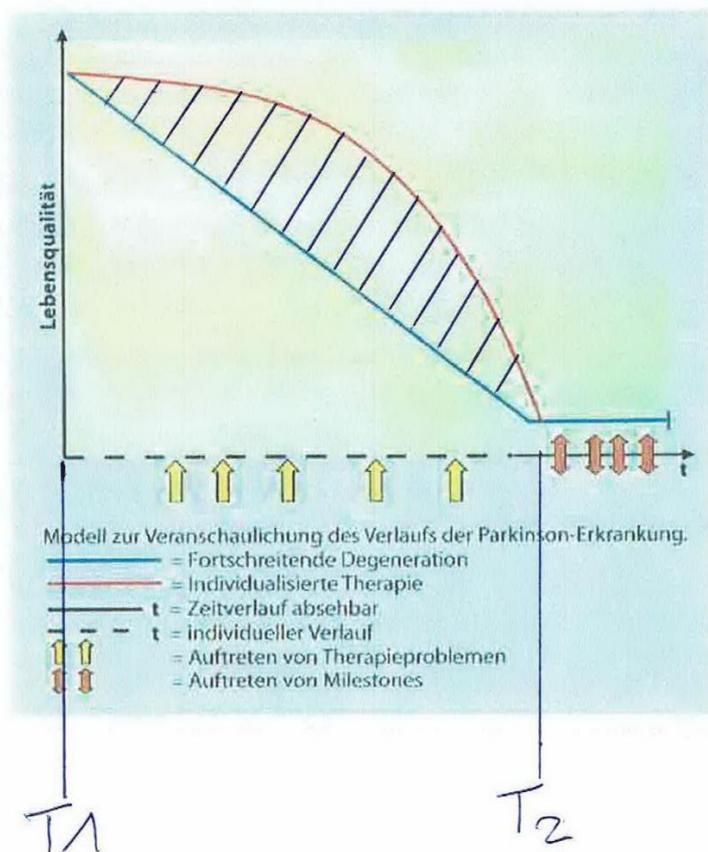
Dies gilt besonders bei den weiter vorne gelegenen Großhirnarealen. Man weiß eigentlich gar nicht, wozu diese da sind. Man sagt, dass dort vor allem der Anstand und die Ethik verankert sind. Wenn man sich unsere Mitmenschen (und manchmal auch uns selbst) anschaut, kommt man zu

dem Eindruck: Das müsste ja auf einen Mikrochip passen.

In der Tat findet man im Großhirnbereich, vor allem weiter vorne, manchmal (gutartige) Tumoren von 5 oder 6 cm Größe – völlig ohne jegliche neurologische Ausfälle.

Insofern brauchen uns die Bilder, die die Ausbreitung des Parkinson in das Großhirn, nicht wirklich beunruhigen.

Das folgende Bild sollten wir dagegen etwas genauer studieren:



T1 sei die Zeit, zu der das Parkinson-Syndrom diagnostiziert wird.

Von links oben nach rechts unten fällt eine blaue Kurve kontinuierlich ab: Die Lebensqualität. Mit Fortschreiten der Zeit wird sie immer schlechter, bis sie zum Zeitpunkt T2 fast ganz unten angekommen ist.

T2 ist durchschnittlich 20 oder 25 oder auch 30 Jahre nach T1: So lange geht der natürliche Verlauf des Parkinson-Syndroms.

Die rote Kurve zeigt uns die Lebensqualität unter einer optimalen medikamentösen Therapie: wie man sieht, kann man durch die Therapie das eigentliche Fortschreiten der Erkrankung nicht aufhalten. Aber es gelingt, die rote Kurve noch eine ganze Weile oben zu halten.

Der schraffierte Bereich stellt die durch die Medikamente gewonnene Lebensqualität dar.

Man sieht aber auch, dass irgendwann die rote Kurve recht steil nach unten geht. Dann hilft alle Therapie nicht mehr viel.

Wir wollen hoffen, dass wir das dann nicht mehr so genau mitbekommen...

Ein kleines geistliches Wort zum Abschluss

An dieses Endstadium zu denken, das macht Angst. Ich möchte dieses schwierige Thema nicht beenden, ohne nicht doch etwas zum Trost hinzuzugeben.

Da fällt mir ein Bibelves ein: Matthäus 6, Vers 34: *„Darum sorget nicht für den morgigen Tag; denn der Tag morgen wird für das Seine sorgen. Es ist genug, dass ein jeglicher Tag seine eigene Plage habe.“*

Jürgen Mette, der selbst an Parkinson erkrankt ist, schreibt hierzu in seinem Buch: „Alles außer Mikado“:

„Der dänische Philosoph Sören Kierkegaard (1813 – 1855) schrieb 1848..., dass die Sorge für morgen eine zutiefst heidnische Lebenseinstellung ist. Der Christ lebt im Heute.

„Der nächste Tag ist ein ohnmächtiges Nichts, wenn du ihm nicht selbst deine Kraft leihst... Dieser nächste Tag, dem der Heide mit Grauen entgegengieht, widerstrebend wie einer, der zu Richtstätte geschleppt wird... So verzehrt der Heide sich selbst, oder so verzehrt ihn der nächste Tag.“

Ich lebe heute! Alles andere ist „Heidenangst“, Die Sorgen kommen ja nicht mysteriös über mich – ich „mache“ sie mir. Ich generiere mir täglich eine Dosis Sorgen. ... Und das macht krank.

Auch wer sich vielleicht nicht als Christ versteht und wem das Wort „Heide“ etwas antiquiert wirkt – vielleicht kann auch der diesem Text etwas an Trost abgewinnen.

Alle Sorgen um die Zukunft – sie lassen sich nicht immer fernhalten, aber sie sollen zurückstehen hinter dem, was ich heute kann, gerne mache, noch gut machen kann.