

## Zerebrale Insuffizienz

# Therapeutischer Nihilismus nicht angebracht

9. Internationale Klausenbacher Gesprächsrunde

**Z**erebral wirksame Substanzen bei Hirnleistungsstörungen in der Praxis des niedergelassenen Arztes waren das Thema. Die Zuordnung einer bestimmten Symptomatik zum Komplex der zerebralen Insuffizienz bezeichnete Dr. *Blaha*, Deggendorf, als diagnostische und therapeutische Herausforderung. Der Referent wies auf die differentialdiagnostische Problematik in diesem Bereich hin. Sie ist bedingt durch die ätiopathogenetische Vielfalt und die Buntheit des klinischen Erscheinungsbildes, das durch neurologische und psychiatrische Symptome gekennzeichnet ist. Hinzu kommt, daß bei den meisten der Betroffenen eine Multimorbidität vorliegt. Bei der Frage nach der Ursache der zerebralen Insuffizienz sind außerdem extra- sowie intrakranielle Störungsbedingungen zu berücksichtigen.

### Sorgfältige und umfassende Diagnostik

Das Diagnoseschema umfaßt die Punkte Anamnese, internistische Untersuchung einschließlich Laborparameter, neurologischer und psychiatrischer Befund sowie die Überprüfung der mentalen Funktionen. Bei der Erhebung des psychiatrischen Status ist darauf zu achten, daß man eine eventuell vorliegende Pseudodemenz, wie sie zum Beispiel bei endogenen Depressionen auftritt, von der zerebralen Insuffizienz abgrenzt.

Zur Überprüfung der mentalen Funktionen steht eine Reihe verschiedener Tests zur Verfügung. Für die Praxis relevante und durchführbare Methoden – so erläuterte Dr.

*Blaha* – sind der Hachinski-Score und der Mini Mental Status nach Folstein. Ersterer dient der Unterscheidung zwischen Multiinfarktde-  
menz (MID) und primär degenerativer Demenz vom Typ Alzheimer (SDAT). Da jedoch bei über 70jährigen Patienten meist ein Mischtyp beider Formen vorliegt, ermöglicht dieser Test bei der Mehrzahl der Patienten keine Differenzierung zwischen MID und SDAT. In der Praxis bewährt haben sich ferner der Syndrom-Kurztest nach Erzigkeit sowie der Kurztest für allgemeine Intelligenz, der sich gut zur Erfassung von Schweregraden eignet.

### Medikamenteneinnahme des Patienten überprüfen

Dr. *Reischle*, Ludwigsburg, berichtete über seine Erfahrungen bei der Therapie von Hirnleistungsstörungen in der Praxis. Er betonte, zunächst müsse immer nach einer behandelbaren Ursache der zerebralen Insuffizienz gesucht werden. Dazu gehören kardiovaskuläre Erkrankungen, endokrine und metabolische Störungen, Intoxikationen, Tumoren und anderes. Der Referent wies außerdem darauf hin, daß Hirnleistungsstörungen leichter Art oft iatrogen induziert werden, indem der Patient beispielsweise Neuroleptika, Antihypertonika, Antiarrhythmika oder Benzodiazepine erhält. Diese und andere Substanzen sind in der Lage, neurologische Ausfälle und psychiatrische Symptome zu bedingen oder zu verstärken. In solchen Fällen kann die beste Therapie im Absetzen der genannten Medikamente bestehen. Generell gilt es, bei entsprechenden Indikationen

sorgfältig abzuwägen, welche Pharmaka absolut notwendig sind und in welcher Dosis sie verabreicht werden müssen.

Zur Behandlung einer zerebralen Insuffizienz – so berichtete Dr. *Reischle* weiter – steht eine Reihe von Substanzen zur Verfügung. Mit deren therapeutischer Relevanz beschäftigte sich die Aufbereitungskommission B2 beim BGA. Von fünf untersuchten Medikamenten erwiesen sich dabei nur drei als wirksam, nämlich Dihydroergotoxin, Piracetam und Pyritinol.

### Auch geringe Fortschritte bedeuten viel

Dr. *Reischle* stellte einige Fälle aus seiner Praxis vor, bei denen er eine vierwöchige Infusionstherapie mit Piracetam (zum Beispiel Normabrain®) durchgeführt hatte. Dabei zeigte sich, daß bei fortgeschrittener Demenz vom Typ Alzheimer durch die medikamentöse Behandlung kaum etwas auszurichten war, bei leichteren Fällen dagegen auffällige Besserungen eintraten. Auch bei Multiinfarktde-  
menz waren recht günstige Ergebnisse zu verzeichnen. Die orale Fortsetzung der Piracetam-Gabe erbrachte den Eindruck einer längerfristigen Stabilisierung des Zustandes der Patienten. In diesem Zusammenhang wies der Referent darauf hin, wie wichtig bereits kleine Behandlungserfolge für den Betroffenen und seine Angehörigen sind. So kann es beispielsweise sehr viel bedeuten, wenn ein Kranker nachts ohne Hilfe den Weg zur Toilette findet, auch wenn dies nach außen nicht als spektakulärer Fortschritt imponiert.

Aufgrund seiner eigenen Praxiserfahrungen betonte Dr. *Reischle*, therapeutischer Nihilismus sei bei Hirnleistungsstörungen nicht angebracht. Dies gelte vor allem bei Multiinfarktde-  
menz und noch nicht fortgeschrittenen Formen der Alzheimer-Demenz. Nicht zu vergessen sei dabei auch die gute Verträglichkeit von Piracetam.

Dr. med. Margarete Steinhorst  
Sophienstraße 57 B  
7500 Karlsruhe 1