

Die vegetative Symptomatik der Polyneuropathien

1 Nicht in die „psychogene Ecke“

Im Abschnitt 1 c) wird unter den Tests für eine verminderte Herzfrequenzvariabilität unter anderem der sogenannte 30/15-Test beschrieben; dieser erfaßt allerdings nicht, wie dargestellt, die „Ruhefrequenzvariabilität“, sondern die Frequenzregulation nach aktivem (modifiziert auch passivem) Aufrichten aus dem Liegen. Pathologisch ist in größeren Serien ein Wert unter 1,03 (nicht wie angegeben 1,0), die „Grauzone“ liegt zwischen 1,03 und 1,10.

Für die Erfassung der Ruhefrequenzvariabilität haben wir eine einfache Methode beschrieben (E. Kunesch und K. Reiners, *Electromyography clin. Neurophysiol.* 29:293–297, 1989), die mit Hilfe des bei vielen Neurologen verfügbaren Elektromyographie-Gerätes die rasche Quantifizierung einer autonomen Regulationsstörung gestattet. Auf Intensivstationen sind oft Monitorgeräte verfügbar, die aus Unkenntnis über die Bedeutung der Ruhefrequenzvariabilität jedoch nicht zur einfachen Erfassung genutzt werden.

Ruhetachykardie und reduzierte Ruhefrequenzvariabilität sind oft erster Ausdruck einer Mitbeteiligung des autonomen Nervensystems bei zum Beispiel Polyradikulitis (Guillain-Barré-Syndrom), in dessen Rahmen es zu schweren AV-Leitungsstörungen, Rhythmusstörungen und unerwarteten Herzstillständen kommen kann. Es ist deshalb wichtig, auf diese Symptome zu achten und den gefährlichen Komplikationen gegebenenfalls mit einem temporären Schrittmacher vorzubeugen.

Unter 1 d) wird angegeben, daß die dort beschriebenen EKG-Veränderungen auch bei akuten zentralvegetativen Erkrankungen auftreten können, also unspezifisch sind. Diese Unspezifität hinsichtlich einer auto-

Zu dem Beitrag von
Prof. Dr. med. Roland Schifferer
in Heft 23/1990

nomen Erkrankung trifft aber nicht nur für die EKG-Veränderungen zu, sondern gilt in gleicher Weise auch für fast alle anderen Kreislaufbefunde, insbesondere für den genannten 30/15-Test, der auch bei Erkrankungen mit zentralautonomer Mitbeteiligung (zum Beispiel Multisystemdegeneration, olivo-ponto-zerebellärer Atrophie, striatonigraler Degeneration oder häufiger bei Parkinson-Syndrom) sowie internistischerseits bereits bei starker Varikosis oder Herzinsuffizienz falsch-positiv (pathologisch) ausfallen kann. Eine Wertung ist deshalb nur im Rahmen des klinischen Gesamtbildes möglich.

Für viele dargestellten Tests, insbesondere die kardiovaskulären Untersuchungen gilt, daß sie unter medikamentösen Blockaden, etwa durch Betarezeptorenblocker, falsch-pathologisch ausfallen können; deshalb ist ein Test nur nach Absetzen solcher Medikamente sinnvoll.

Sicher ist es richtig, den nebulösen Begriff der „vegetativen Dystonie“ zu bannen. In den meisten Fällen wurde er aber nicht zur Bezeichnung von organisch begründeten vegetativen Funktionsstörungen verwendet, sondern eher zur Kennzeichnung psychovegetativer Befindlichkeitsstörungen, zum Beispiel im Rahmen einer somatisierten Depression. Deshalb können nicht alle früheren Fälle von „vegetativer Dysto-

nie“ jetzt unbesehen zu Fällen von vegetativer Neuropathie oder organischer zentralvegetativer Funktionsstörung „umgetauft“ werden. Wichtig ist es also, nach möglichen organischen autonomen Erkrankungen zu fahnden und nicht jeden Patienten mit vegetativen Problemen ohne eine gezielte Untersuchung mit den beschriebenen neurologischen, internistischen und gegebenenfalls urologischen Methoden in die psychogene Ecke zu drängen.

Privatdozent
Dr. med. Karlheinz Reiners
Neurologische Klinik der
Universität Düsseldorf
Moorenstraße 5
4000 Düsseldorf 1

2 Testbatterie gefordert

Dem Autor gebührt das Verdienst, das wichtige Gebiet der vegetativen Symptomatik von Polyneuropathien einem großen Leserkreis anschaulich dargestellt zu haben. Die Ausführungen zur Herzfrequenzvariabilität bedürfen jedoch einiger Anmerkungen. Man muß unterscheiden zwischen der Ruhefrequenzvariabilität und dem 30:15-Quotienten. Bei der Bestimmung der Ruhefrequenzvariabilität liegt der Patient entspannt. Ein anderer Versuch ist die Bestimmung des sogenannten 30:15-Quotienten. Dabei muß der Proband zunächst ruhig liegen und dann aufstehen. Physiologisch nimmt die Herzfrequenz im Bereich um den 15. Herzschlag nach dem Aufstehen zu und um den 30. Schlag ab. In der ursprünglichen Form des Tests wurden die RR-Intervalle am 30. und 15. Herzschlag gemessen (Ewing 1978). Später wurde der Test modifiziert, weil die Frequenzmaxima oft nicht exakt beim 15. bzw. die -minima nicht am 30. Herzschlag liegen, und die Intervalle wurden im Bereich des 30. bzw. 15. Herzschlages gemessen (Ewing 1985). Bei einer autonomen Neuropathie nimmt der Quotient ab und wird kleiner als 1. Im weiteren Verlauf, das heißt bei Zunahme der Neuropathie, kann er wieder ansteigen und den Wert 1 annehmen. Dies

entspricht dem klinischen Befund der Herzfrequenzstarre. Somit ist der 30:15-Quotient für die Verlaufsbeurteilung einer autonomen Neuropathie nicht geeignet. Die Problematik des Tests wurde von Mayer ausführlich diskutiert, insbesondere ist die Sensitivität gering.

Im internationalen Schrifttum wird die Meinung vertreten, daß nicht ein einzelner Test, sondern eine Testbatterie durchgeführt werden sollte, um eine autonome Neuropathie zu diagnostizieren. Allerdings besteht noch keine Einigkeit darüber, welche Tests im einzelnen durchzuführen sind (Ewing 1990, Ryder, Wieling). Nach unseren Erfahrungen sind die meisten Patienten in der Lage, die tiefe Respiration und das Valsalvamanöver korrekt durchzuführen.

Literatur beim Verfasser

Dr. med. Axel Muttray
Institut für Arbeits-
und Sozialmedizin
der Universität Mainz
Obere Zahlbacher Straße 67
6500 Mainz

3 Frühzeitig das Gespräch mit dem Patienten suchen

Daß R. Schiffter in seinem Artikel auf die Symptomatologie der vegetativen Neuropathien, ihre Diagnostik und ihre klinische Relevanz hingewiesen hat, ist dankenswert. Doch in seiner Gesamttendenz setzt der Artikel äußerst problematische Akzente, die den Widerspruch des klinisch tätigen Psychosomatikers herausfordern:

Richtig ist, daß der Begriff „vegetative Dystonie“ eine Scheindiagnose ist. Der Begriff „funktionelle Störung“ ist dies aber nicht – wie der letzte Absatz in dem Artikel von Schiffter nahelegt. Der Begriff „funktionelle Störung“ ist als Abgrenzungsbegriff zur strukturellen (Organ-)Schädigung äußerst wichtig. Im Lehrbuch von Thure von Uexküll wird ausführlich gezeigt, welche Standards zur psychosomatischen Diagnostik von funktionellen Störungen heute vorliegen. Funktionelle Störungen sind auch keineswegs immer „flüchtig“, sondern oft äußerst hartnäckig und beeinträchtigen die Lebensqualität der Betroffenen immens. Rein quantitativ machen sie 50 Prozent der Patienten der hiesigen Medizinischen Poliklinik aus. In ihrer Gesamtheit stellen die Patienten mit echten funktionellen Störungen auch einen quantitativ äußerst bedeutsamen gesundheitspolitischen Faktor dar.

Richtig ist, daß jeder Patient, der mit einer zunächst als funktionell imponierenden Störung den Arzt aufsucht, sorgfältig körperlich untersucht werden muß. Als Differentialdiagnose zu einer echten funktionellen Störung kommt auch eine vegetative Neuropathie in Betracht und dies in besonderer Weise, wenn eine entsprechende Grundkrankheit wie zum Beispiel Diabetes mellitus oder Niereninsuffizienz vorliegt. Falsch ist es jedoch – wie der Artikel es nahelegt – zuerst alle differentialdiagnostisch möglichen organischen Ursachen auszuschließen und erst dann ernsthaft die Frage einer psychosomatischen Genese zu klären. Dieses Vorgehen – besonders bei dem Einsatz unkritisch angewandter apparativer oder invasiver Zusatzuntersuchungen – birgt die enorme Komplikationsgefahr einer iatrogenen Fixierung des Patienten auf seine körperlichen Beschwerden und damit eine ungünstige Prognose.

Richtig ist vielmehr, bei einem auf das Vorliegen einer funktionellen Symptomatik verdächtigen Symptombot des Patienten frühzeitig mit ihm das erste Gespräch zu suchen, um allfällige pathogene psychische Konflikte möglichst rasch zu entdecken und eventuell weiter bestehende differential-diagnostische Zweifel in einem Zug-um-Zug-Verfahren in engem – auch psychologisch tragfähigen – Kontakt mit dem Patienten zu klären. Auch diese diagnostische Aufgabe gehört ebenso wie die Erkennung eventueller polyneuropathisch bedingter Störungen in die Kompetenz des Allgemeinarztes.

Dr. med. Antje Haag
Ärztin für Neurologie
und Psychiatrie
Dr. med. Ulrich Lamparter
Diplompsychologe
Arzt für Neurologie
und Psychiatrie
II. Medizinische Klinik
Psychosomatische Abteilung
Universitäts-Krankenhaus
Eppendorf
Martinstraße 52
2000 Hamburg 20

Dr. med. Antje Haag
Ärztin für Neurologie
und Psychiatrie
Dr. med. Ulrich Lamparter
Diplompsychologe
Arzt für Neurologie
und Psychiatrie
II. Medizinische Klinik
Psychosomatische Abteilung
Universitäts-Krankenhaus
Eppendorf
Martinstraße 52
2000 Hamburg 20

Schlußwort

Das vordringliche Ziel des Aufsatzes war, das Spektrum der vegetativen Symptome von Polyneuropathien einem breiten ärztlichen Publikum besser bekannt und vertraut zu machen, Aufmerksamkeit zu wecken und erste Handlungsempfehlungen zu geben. Das Echo war erfreulich groß und überwiegend positiv.

Zu den durchaus wichtigen kritischen Kommentaren will ich gern Stellung nehmen: Herr Privatdozent Dr. Reiners beklagt zu recht den ärgerlichen Fehler, den ich bei der Korrektur übersehen habe. Selbstverständlich betrifft der 30/15-Ewing-Test nicht die „Ruhefrequenzvariabilität“, sondern die nach Aufrichten aus der Ruhelage. Die Korrektur von Dr. Reiners ist so voll

zu bestätigen. Seine mit E. Kunesch publizierte einfache Methode zur Messung der Ruhfrequenzvariabilität habe ich bei meinen Literaturrecherchen leider übersehen, sie ist offensichtlich eine gut praktikable diagnostische Alternative.

Daß die Polyradikulitiden vom Typ des Guillain-Barré-Syndroms besonders bedrohliche vegetative Entgleisungen der von mir beschriebenen Systeme auslösen können, ist allenthalben bekannt und besonders für den stationär-klinisch tätigen Arzt bedeutsam. Die vegetativen Läsionsmuster sind im Prinzip aber die gleichen wie bei den anderen mehr chronischen Polyneuropathien.

Herrn Reiners Bemerkungen zu den EKG-Veränderungen ist zuzustimmen, ich habe in dem Aufsatz allerdings die zentralvegetativen Syn-