

F. Gerstenbrand, E. Rumpl, Innsbruck

Wertig-

Das akute traumatische Mittelhirnsyndrom. Diagnose, Verlauf; prognostische Aussage. Ergebnisse der letzten 10 Jahre.

Ein akutes traumatisches Mittelhirnsyndrom ist praktisch in allen Fällen Folge einer sekundären Hirnstammschädigung infolge einer tentoriellen Herniation bedingt durch eine supratentorielle Volumsvermehrung mit Massenverschiebung.

Bei der sekundären akuten Mittelhirnsymptomatik lassen sich 4 Entwicklungsphasen abgrenzen. Bei einseitig überwiegender tentorieller Einklemmung entwickelt sich ein Mittelhirnsyndrom mit Lateralisation. Bei Fortbestehen der supratentoriellen Volumsvermehrung und Massenverschiebung stellt sich nach Eintreten der foraminellen Herniation ein Bulbärhirnsyndrom ein. Die einzelnen Phasen des akuten Mittelhirn- und Bulbärhirnsyndroms können durch die Bewußtseinslage, Körpermotorik und Haltung, durch die Hirnstammreflexe, die vestibulo-oculären Reflexe und die vegetativen Parameter wie die Atmung abgegrenzt werden.

Ein akutes traumatisches Mittelhirnsyndrom kann sich innerhalb weniger Tage nach dem Auftreten völlig ohne schwerwiegende Restzustände zurückbilden oder aber es kann sich auch ein Übergangsstadium, das in 3 Phasen verläuft, das Vollbild des traumatischen apallischen Syndroms entwickeln. Die Rückbildung aus dem Vollbild des apallischen Syndroms verläuft in einzelnen Remissionsstadien mit einer charakteristischen Symptomatik.

War man früher der Ansicht, daß sich ein apallisches Syndrom nur aus einem Mittelhirnsyndrom der Phase IV entwickeln könnte, haben Untersuchungen der letzten Jahre gezeigt, daß eine Entwicklung der Symptomatik des traumatischen apallischen Syndroms schon aus einem Mittelhirnsyndrom der Phase II möglich ist. Allerdings ist dabei nur die Körperhaltung und die Körpermotorik der Phase II zuzuordnen, in der Bewußtseinslage und in den Ausfällen der Pupillenmotorik entsprechen diese Patienten bereits dem Mittelhirnsyndrom der Phase III. Es erscheint deshalb berechtigt, das Mittelhirnsyndrom der Phase II in eine Phase II/I bzw. II/II zu unterteilen. Diese Unterteilung er-

scheint umso mehr berechtigt, da Patienten, die aus einem Mittelhirnsyndrom Phase II/II bzw. aus der Phase III in ein apallisches Syndrom übergehen, eine wesentlich günstigere Prognose aufweisen als Fälle, bei denen sich die apallische Symptomatik aus dem Vollbild des Mittelhirnsyndroms entwickelt hat. Es ergibt sich also die Möglichkeit, schon aus dem erhobenen neurologischen Befund in der Initialphase des akuten Mittelhirnsyndroms eine prognostische Aussage zu treffen, wenn der Patient aus diesen Phasen ein apallisches Syndrom entwickelt.

Beider überwiegenden Mehrzahl dieser Patienten hat sich ein traumatisches apallisches Syndrom als sogenanntes Durchgangssyndrom eingestellt, wobei die überaus günstigen Rehabilitationsergebnisse dieser Gruppen nicht nur auf die günstige Ausgangslage sondern auch auf die einheitliche Betreuung und Therapie zurückgeführt werden können. So hat sich mit dem Einsatz einer Therapie, die die Überaktivität des Sympathicus, die in der Übergangsphase bzw. des Vollbildes des apallischen Syndroms besteht, blockiert, eine deutliche Herabsetzung der sogenannten Tertiärschäden im Verlaufe eines prolongierten posttraumatischen Comas ergeben. Aus dem frühen Einsetzen einer konservativen oder +++operativen hirndrucksenkenden Therapie und dem Blockieren der Überaktivität des Sympathicus mit Beta-blockierenden Substanzen im Übergangsstadium zum apallischen Syndrom haben sich jene therapeutischen Möglichkeiten ergeben, die den Verlauf eines Mittelhirnsyndroms und seine Prognose entscheidend beeinflussen.

Kuratorium der Internationalen
Neuropsychiatrischen Symposien in Pula

20.
Neuropsychiatrisches Symposium
und Fortbildungstagung

REFERATE

herausgegeben von G. Grinschgl
G r a z



Pula/Jugoslawien, 3. – 8. Juni 1980