

Klinik des Morbus Parkinson unter besonderer
Beruecksichtigung der Subtypen

F. Gerstenbrand, Univ.-Klinik fuer Neurologie, Innsbruck.

Das Krankheitsbild des Morbus Parkinson mit den Kardinalsymptomen Akinese, Rigor und Tremor wurde erstmals 1817 von James Parkinson in seinem "Essay on the Shaking Palsy" beschrieben. Schon in der Literatur der Jahrhundertwende (1) wurde auf die Variabilitaet der klinischen Symptomatik und des Krankheitsverlaufes hingewiesen. Die eigene Arbeitsgruppe hat - basierend auf der Auswertung der Daten von 196 Patienten der Parkinsonambulanz der Universitaetsklinik fuer Neurologie in Innsbruck - eine Unterteilung der Parkinsonkrankheit in Subtypen, und zwar in Abhaengigkeit von der Auspraegung der Kardinalsymptome, vorgeschlagen: Aequivalenztyp (ART-Typ), Akinese-Rigor-Typ (AR-Typ) und Tremordominanztyp (T-Typ) (2, Tab.1). Davon differentialdiagnostisch abzugrenzen sind sogenannte "Borderline"-Faelle: Patienten, die zusaetzlich zur Parkinsonsymptomatik klinische Merkmale aufweisen, die verdaechtig fuer die Entwicklung einer Multisystematrophie oder eines Steele-Richardson-Olszewski-Syndroms sind. Dazu gehoeren in erster Linie cerebellaere oder Pyramidenbahnzeichen, autonome Dysfunktion sowie optomotorische Stoerungen. Ein weiterer hochverdaechtiger Hinweis ist eine fehlende, geringe oder rasch abnehmende Wirkung von L-Dopa.

In der untersuchten Gruppe von Patienten mit Morbus Parkinson war der Aequivalenztyp mit gleichmaessiger Auspraegung der Kardinalsymptome am haeufigsten vertreten (42%). Die Progredienz der Erkrankung in dieser Gruppe kann als maessig eingestuft werden.

33% der Patienten wiesen Akinese und Rigor mit nur geringem oder gar keinem Tremor auf und wurden deshalb als Akinese-Rigor-Typ bezeichnet. Die Krankheitsprogredienz in dieser Gruppe war etwas rascher als in der Aequivalenzgruppe.

In der kleinsten Gruppe (24%) mit Tremordominanz waren Frauen zweimal haeufiger als Maenner zu finden. Der Krankheitsverlauf in dieser Gruppe war langsam progredient und der globale Behinderungsgrad deutlich geringer als bei den anderen beiden Typen. Die tremordominanten Faelle koennen daher als prognostisch guenstigste Verlaufsform angesehen werden.

Depression maessiger bis schwerer Auspraegung fand sich in einem Drittel aller Patienten, wobei Frauen zweimal mehr als Maenner betroffen waren. Die Depression war signifikant haeufiger beim Aequivalenz- und Akinese-Rigor-Typ als beim Tremordominanz-Typ zu finden. Dies gilt auch fuer die Demenz, wobei der Schweregrad der Demenz nur mit dem Alter der Patienten korrelierbar war.

Die drei Gruppen unterscheiden sich nicht nur in der Auspraegung der klinischen Symptomatik, sondern auch im Effekt der chronischen L-Dopa-Substitution. L-Dopa

induzierte Dyskinesien starker Intensitaet zeigten sich deutlich haeufiger bei Patienten mit einem akinetisch-rigidem Verlaufstyp der Parkinsonkrankheit. Der Tremor-dominanz-Typ war dagegen auffallend selten von dieser Komplikation betroffen.

Die Unterteilung des Morbus Parkinson in die Subtypen Aequivalenztyp (ART-Typ), Akinese-Rigor-Typ (AR-Typ) sowie Tremordominanz-Typ (T-Typ) nach klinischen Kriterien besitzt nicht nur einen deskriptiven Wert. Die Untergruppen weisen eine unterschiedliche Krankheits-progrediens sowie Assoziation mit Depression und Demenz auf und zeigen ein unterschiedliches Verhalten bezueglich L-Dopa induzierter Dyskinesien. Es ist notwendig, diese Einteilung des Morbus Parkinson in Subtypen in die Routine aufzunehmen um einerseits eine bessere therapeutische Versorgung der Patienten zu erreichen, und andererseits Studien zur klinisch-pathologischen Korrelation zu ermoeeglichen.

Referenzen

1. Forster, E.: Paralysis agitans. II. Klinischer Teil. In: Handbuch der Neurologie, III Bd. Hrsg. Lewandowsky, p. 933. Springer Berlin 1912.
2. Gerstenbrand F., Poewe W.: Classification of Parkinson's Disease. In: Parkinson's Disease. Ed. G. Stern. Chapman and Hall, London 1986

Klinische Subtypen des Morbus Parkinson (N=196)

	ART-Typ	AR-Typ	T-Typ
Haeufigkeit	42%	33%	24%
Mittleres Alter	66a	68a	69a
Mittlerer Behin- derungsgrad (0-4)	1.6	1.7	1.0

**Sehr verehrte Frau Doktor!
Sehr geehrter Herr Doktor!**

Schering Wien möchte Sie zu diesem Symposium über
„Morbus Parkinson“
herzlich einladen.

Für Neurologen aus den Bundesländern sind Zimmer im
Vienna Plaza
1010 Wien, Schottenring 11, Tel. 0222/31390
reserviert.

Um an diesem Wochenende neben wissenschaftlichen
auch kulturelle Akzente zu setzen, beginnt das Symposium
am Freitag, den 16. November 1990, um 20 Uhr
mit dem

„Kaufmann von Venedig“
im Wiener Burgtheater.

Danach bittet Schering Sie zu einem
gemeinsamen Abendessen ins Café Central.

Der wissenschaftliche Teil
findet am Samstag, den 17. November 1990, im
„Großen Festsaal“ der Wiener Börse
statt.

Es ist geplant, eine Zusammenfassung
der einzelnen Vorträge als Beilage zur
„Wiener Klinischen Wochenschrift“ herauszugeben.

Die Firma Schering freut sich über Ihre Teilnahme
an diesem Symposium und steht für allfällige Rückfragen
jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Schering Wien Ges.m.b.H.

MORBUS PARKINSON

Symposium über „Aktuelle Aspekte in Diagnose und Therapie“

Vorsitz:
Univ.-Prof. Dr. W. Birkmayer
Univ.-Prof. Dr. F. Gerstenbrand

Zeit:
Samstag, 17. November 1990, um 9 Uhr

Ort:
Wiener Börse
Wipplingerstraße 34
1010 Wien
