



Apallisches Syndrom

-historische Entwicklung, Gegenwart und Zukunft

von Univ.Prof. Dr. Dr. h. c. Franz Gerstenbrand

E. Kretschmer hat 1940 über eine Patientin mit apallischem Syndrom nach Hirnentzündung berichtet. Die schweren Ausfälle haben sich weitgehend zurückgebildet. Der von ihm eingeführte Begriff apallisch, abgeleitet vom lateinischen Wort Pallium für den griechischen Übermantel, sollte zum Ausdruck bringen, dass es trotz der Schwere der Erkrankung bei den Patienten nur zum Ausfall aller Funktionen des Großhirns ohne Zerstörung größerer Hirnanteile gekommen ist.

Von F. Gerstenbrand wurden 1967 Details des Verlaufs des traumatischen apallischen Syndroms mit Initialphase (akutes Mittelhirnsyndrom), Übergangsstadium, Vollbild und Remissionsstadium beschrieben. Brian Jennett und Fred Plum haben 1971 ohne Kenntnisnahme der "nicht englischen Literatur" über ein identisches Krankheitsbild berichtet und dieses als "Persistent Vegetative State" bezeichnet. Nach Erfahrungen an einer größeren Anzahl von Patienten mit Rückbildungsmöglichkeiten musste der Zusatz "Persistent" gestrichen werden. Im klinischen Jargon hatte sich in der Zwischenzeit für diese apallischen Patienten der Begriff "vegetable" als Negativurteil eingebürgert.

Möglichkeit der Rückbildung

Prinzipiell ist das apallische Syndrom nach einem Akutschaden des Gehirns (Hirnverletzung, Encephalitis, Sauerstoffmangel durch Herzstillstand, Schlaganfall, etc.) mit jeder Möglichkeit einer Rückbildung und das apallische Syndrom nach einem progredienten Gehirnprozess (Creutzfeld-Jakob'sche Erkrankung, Alzheimer-

Pick'sche Erkrankung, Huntington' Chorea etc.) als Endzustand zu unterscheiden.

Das apallische Syndrom, auch Wachkoma genannt, zeigt sich im Coma vigile, einer speziellen Bewusstseinsstörung, meist mit Fehlen von Wahrnehmungsvermögen, ermüdungszeitlicher reguliertem Schlaf-Wachrhythmus (3 Stunden Schlaf, 1 Stunde Wachsein), Störungen der Augen-, Gesichts- und Körpermotorik (fehlendes optisches Fixieren, Beugehaltung von Armen und Beinen, etc.), motorischen Primitiveschablonen (Kau-, Saug-Automatismen, Greifschablonen etc.) und massiv enthemmten vegetativen Funktionen.

Zunehmender Kontakt

Bei circa 80 % der Patienten mit einem apallischen Syndrom kommt es zur Remission, die in 8 Phasen abläuft und in der 3. - 5. Phase von einer Klüver-Bucy Symptomatik geprägt ist (Ergreifen von Gegenständen, zum Mund führen, Versuch das Objekt wahllos zu schlucken). Im weiteren Rückbildungsverlauf kommt es zum Aufbau der gerichteten Motorik und zum zunehmendem Kontakt zur Umgebung.

Oft auch Ausfälle

Bei Patienten nach Hirnverletzung, Hirnentzündung aber auch nach Hirnblutungen etc. können sich bereits in den ersten Rückbildungsphasen Ausfälle durch lokale Schäden in Form einer Halbseitenparese, Sprachstörungen, Gangunsicherheit etc. zeigen, und zu mehr oder weniger ausgeprägten Restausfällen führen. Verletzungen des Stirnhirns und des Schläfenlappens verursa-

chen Verhaltensstörungen wie Antriebslosigkeit, Reizbarkeit etc.

Für Jeden konsequente Reha!

Jeder Patient mit einem apallischen Syndrom nach einem Akutschaden des Gehirns benötigt eine konsequente Rehabilitation, die als Frührehabilitation im Initialstadium einzusetzen und nach einem individuellen Programm abzulaufen hat, erstellt nach einer Bilanzierungsuntersuchung mit cerebralem MRI, EEG, evozierten Potentialen etc. Schon im Initialstadium, dem akuten Mittelhirnsyndrom (Streckkrämpfen, massiven vegetativen Störungen etc.)

müssen eine hochkalorisierte Ernährung, sowie alle Maßnahmen zur Verhinderung von Sekundärschäden, wie Gelenkskontrakturen, Folgen eines Bed-Rest-Syndroms (Muskelatrophie, Polyneuropathie). Wichtig dabei ist die Vertikotherapie (Heraussetzen, Stehbrettbehandlung). Eine spezielle Physiotherapie ist zum Aufbau der Motorik nach festem Programm einzuleiten.

Angehörige einbeziehen

Logopädie, Ergotherapie, sowie Cognito-therapie haben zur Rückbildung der höheren und höchsten Hirnleistungen systematisch Verwendung zu finden. Ange-

SPRACHTHERAPIE INTENSIV - in Lindlar

mit Freude, vielseitig, anspruchsvoll; mehrere Logo-Termine pro Tag, Ergo und KG. Haben Sie Spaß am Erfolg? Ihr schnelles Vorankommen ist *unser* Ziel!

Partner/Innen, Familienmitglieder und Freunde sind herzlich willkommen!

Seit 1991 Erfahrung in über 1700 Intensivtherapien; Therapie für alle auf Rezept; starke Entwicklungsschübe selbst bei langjähriger Dysarthrie, Aphasie und neur. Störungen; Wohnunterbringung in einem der 26 freundlichen Apartments des Wohnparks. Therapie: Alle Kassen, BGs, Beihilfe und Privat, Wohnkostenübernahme durch die Kassen möglich; auch Selbstzahler und Privat. Achtung Beihilfeberechtigte: Unser Zentrum gilt auch als beihilfefähige Privatklinik nach § 30 GEWO. Wir sprechen gern mit Ihnen, selbstverständlich ohne jede Verpflichtung für Sie und senden Ihnen gern unsere ausführliche Informationsmappe zu. Bitte weitersagen! Ist dies für Sie oder Ihren Partner eine neue Chance? Dann rufen Sie uns doch sofort an, nach acht und vor 18 Uhr.

Tel. 02266 - 9060 FAX 906-88

Logopädisches Behandlungs- und Rehabilitationszentrum für Patienten mit Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen
Kamperstr. 17-19 51789 Lindlar, Deutschland
e-mail: LogoZentrumLindlar@t-online.de
homepage: www.LogoZentrumLindlar.de
Therapeutischer Leiter: Dr.paed.Volker Middeldorf



hörige, Freunde und Berufskollegen sind frühzeitig in das Rehabilitationsprogramm (therapeutische Gemeinschaft) einzubeziehen. Eine systematische Nachkontrolle der Patienten nach ihrer Entlassung ist unter Verwendung verschiedener Zusatzuntersuchungen für länger Zeit notwendig.

Phase B Frühreha

Für die Rehabilitation von Patienten mit einem apallischen Syndrom nach Akutschäden des Gehirns ist ein speziell ausgerüstetes Zentrum unerlässliche Voraussetzung. So rasch als möglich muss der apallische Patient von der Intensivstation zur Rehabilitation transferiert werden. Eine derartige Spezialbehandlungsstation für apallische Patienten soll über 12-16 Betten mit entsprechenden Zusatzmöglichkeiten für Physiotherapie, Logopädie etc., verfügen. Es sollen die Möglichkeiten für die Kontrolle einfacher Untersuchungen wie EEG, EMG-NLG und ein Labor im Zentrum vorhanden sein. Ein enge Zusammenarbeit ist, mit einer gut ausgerüsteten Neurologischen Klinik

oder Abteilung, ausgerüstet mit cerebralen MRI, notwendig.

Mindestens sechs Monate Frühreha!

Die Prognoseerstellung bei Patienten mit einem apallischen Syndrom nach Akutschäden des Großhirns ist frühestens nach 3 Monaten zu diskutieren. Eine endgültige Prognosestellung kann frühestens nach 6 Monaten erfolgen, mit dem Wissen, dass sich der Beginn einer Rückbildung eventuell auch erst nach 9 Monaten zeigen kann. Für die Prognoseerstellung müssen neben einer exakten klinischen Untersuchung alle modernen Zusatzuntersuchungen durchgeführt werden.

Nach Stillstand wieder Fortsetzung

Bei manchen Patienten mit einem apallischen Syndrom kann die Rückbildung in den ersten 3 Phasen zum Stillstand kommen, allerdings ist mitunter nach einer Zwischenzeit von mehreren Wochen die Fortsetzung der Remissionsverlauf möglich. Patienten mit einem apalli-

Professor Gerstenbrand ist weltweit unbestritten einer der Forscher und Wissenschaftler, der sich am längsten und intensivsten mit der Diagnostik und Behandlung des Wachkomas auseinandergesetzt hat.

In seinen zahlreichen Arbeiten zum Wachkoma hat er die Grundlagen für die heutige neurologische Frührehabilitation gelegt. Sein Phasenmodell der Wiedergewinnung des Bewusstseins gibt der heutigen Frührehabilitation wesentliche Impulse in der Beurteilung von Patienten und in der Formulierung gezielter Rehabilitationsschritte.



schen Syndrom, die keine oder den Stillstand einer Rückbildung nach den ersten drei Remissionsphasen aufweisen, ist die Unterbringung in eine spezielle Abteilung für aktivierende Dauerpflege notwendig.

Diskussion "End of Life"

Eine derartige Abteilung soll in direktem Zusammenhang mit der Rehabilitationsab-

teilung für apallische Patienten organisiert sein, vor allem auch um einzelne Patienten in die Aktivrehabilitation rückverlegen zu können. Diskussionen über aktive "End of Life" Maßnahmen sind in Zentral-, Süd- und auch Ost-Europa nicht möglich. Sie werden jedoch im westlichen Teil Europas und in Amerika bereits offen und ohne großen Widerspruch diskutiert.

DIE KLINIKEN SCHMIEDER

gratulieren dem Verband Schädel-Hirnpatienten in Not e.V. sehr herzlich zum 10-jährigen Bestehen. Wir wünschen Ihnen weiterhin viel Erfolg bei Ihrer verdienstvollen und notwendigen Arbeit.



50 Jahre Fortschritt in der Neurologischen Rehabilitation

**10-jähriges Jubiläum „Schädel-Hirnpatienten in Not e. V.“
und
1. Gemeinsames Fachsymposium
Betroffene, Angehörige, Medizin, Therapie, Pflege,
Sozialpolitik sowie fachlich Interessierte**

Veranstaltungsort: Amberger Congress Centrum (ACC)

Samstag, 23. September 2000:

09.30 Uhr – ACC: Fortsetzung des Fachsymposiums

9.30 Uhr

„Langzeitreha aus Sicht der Bundesarbeitsgemeinschaft Phase F“

Dr. Martin Willkomm, Ärztl. Direktor des DRK-Therapiezentrum Middelburg und Geschäftsführender Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Phase F

10.00 Uhr

Neurologische Rehabilitation – Aktuelle Entwicklungen und Ansatzpunkte auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation –BAR-

Bernd Steinke, Geschäftsführer der bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen, Kostenträger und Rehabilitationsträger (BAR)

10.30 Uhr

„Apallisches Syndrom - historische Entwicklung, Gegenwart und Zukunft“

Univ.Prof. Dr. Dr. h. c. Franz Gerstenbrand

Professor Gerstenbrand ist weltweit unbestritten einer der Forscher, der sich am längsten und intensivsten mit der Diagnostik und Behandlung des Wachkomas auseinandergesetzt hat. In seinen zahlreichen Arbeiten zum Wachkoma hat er die Grundlagen für die heutige neurologische Frührehabilitation gelegt. Sein Phasenmodell der Wiedergewinnung des Bewusstseins gibt der heutigen Frührehabilitation wesentliche Impulse in der Beurteilung von Patienten und in der Formulierung gezielter Rehabilitationsschritte.

11.00 Uhr

„Neuere Forschungsergebnisse bei Patienten im Wachkoma“

Prof. Dr. Dr. Paul Walter Schönle, Sprecher des Fachbeirates im Verband, Ärztl. Direktor Kliniken Schmieder Allensbach

11.30 Uhr

„Neurologische Langzeitrehabilitation“

Priv.Doz. Dr. med. Volker Hömberg, Bundesvorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation, Ärztl. Leiter NTC Düsseldorf

12.00 Uhr – Zusammenfassung und Bewertung

Dr. med. Günther Joka,

Stellv. Vorsitzender „Schädel-Hirnpatienten in Not e. V.“

- aus ärztlicher Sicht

Walter Ullmer, Stellv. Vorsitzender „Schädel-Hirnpatienten in Not e. V.“

- aus ethischer Sicht

12.30 Uhr - Einladung zum Jubiläums-Büfett im Foyer, Restaurant und Terrasse des ACC.

Gespräche und Austausch

WACHKOMA



und danach
"Ich lebe, fühle und spüre"

BUNDESVERBAND
FÜR SCHÄDEL-HIRNVERLETZTE
PATIENTEN IM WACHKOMA
"APALLISCHES DURCHGANGS-
SYNDROM" UND ANGEHÖRIGE

AUSGABE SEPTEMBER
3/00



Kinderversorgung



Regionalgruppen



Phase G



aktivierende
Behandlungspflege



Angehörigenforum



Notrufzentrale



Therapie



Frühreha



Politik

10 Jahre Schädel-Hirnpatienten in Not e.V.
Ein Schicksal bewegt Welten
Jubiläumsausgabe