

DAS APALLISCHE SYNDROM

F. Gerstenbrand

Einleitung und historischer Überblick

Das apallische Syndrom (AS), in der anglo-amerikanischen Literatur als Vegetative State (VS) bezeichnet, stellt eine der schwersten neurologischen Erkrankungen dar. Der Begriff „apallisches Syndrom“ wurde von Kretschmer 1940 nach Analyse der Symptomatik eines Patienten mit einer akuten Encephalitis ungeklärter Ätiologie eingeführt. Eine genaue Beschreibung des AS nach Hirntrauma erfolgte 1967 durch Gerstenbrand. Der Begriff "persistent vegetative state" (PVS) wurde von Jennet und Plum 1972 unter dem Beisatz "ein Syndrom, das seinen Namen sucht" verwendet und wurde von der Enthemmung vegetativer Funktionen abgeleitet. Die Entwicklung zum Vollbild sowie der Remissionsverlauf eines VS wurden in den ersten, aber auch in späteren Publikationen nicht beschrieben. Dadurch wird die Diagnose VS mit einem Endzustand gleichgesetzt, was die im Klinikjargon mitunter verwendete Bezeichnung "vegetable" mitverschuldet hat, ein Umstand, der von der katholischen Bischofskonferenz der USA mit der Empfehlung kritisiert wurde, den Begriff „vegetative state“ durch eine "weniger diskriminierenden und herabsetzende Alternative" zu ersetzen.

Das Wort "apallisch" wird vom lateinischen Wort "pallium" abgeleitet, das in der Antike für den griechischen Übermantel verwendet wurde. Die Bezeichnung apallisch - ohne Übermantel- soll darauf hinweisen, daß ein klinisches Zustandsbild vorliegt, bei dem die Funktionen des Großhirns unter Fortbestehen der Hirnstammfunktionen ausgefallen sind, ohne dass ein größerer substantieller Schaden der Großhirnrinde bestehen muss. Die Bezeichnung „apallisch“ soll somit auf das Vorliegen eines Durchgangssyndroms mit der Möglichkeit einer völligen Rückbildung hinweisen.

Ein AS bzw. VS kann sich in 2 Formen entwickeln und zwar als Folge eines akuten schweren Hirnschadens unterschiedlicher Ätiologie (traumatisch, encephalitisch, hypoxisch, toxisch etc.) oder als Endzustand nach einem progredient verlaufenden, diffusen oder multilokulären Hirnprozeß (M. Alzheimer, Creutzfeld-Jakob Disease, etc.).

Die Symptome des AS im Vollbild bestehen in Coma vigile, dem "Wachkoma", mit Fehlen jeder Bewußtseinstätigkeit, bei ermüdungszeitlicher Schlaf-Wach-Regulation. Reize aus der Umgebung und aus dem Körperinneren bleiben ohne adäquate Antwort, können aber vegetative Reaktionen sowie motorische Primitivschablonen auslösen. Es zeigt sich eine charakteristische Körperhaltung, der Muskeltonus der gesamten Muskulatur ist in Form einer Rigido-Spaztizität erhöht, die Sehnenreflexe sind gesteigert, Pyramidenbahn-zeichen sind an allen Extremitäten auslösbar, inklusive Babinski-Phänomen. Die Patienten zeigen eine Amimie und Akinese, Salbengesicht und Hypersalivation, in seltenen Fällen besteht ein Ruhetremor an den Händen. Jede finalisierte und koordinierte Bewegung fehlt.

An motorischen Primitivschablonen zeigen sich die Schablonen des Oralsinns und Greifschablonen. Erweiterte orale Schablonen wie Mentalreflexe (ausgelöst auch aus erweiterten Zonen) sind nachweisbar, Kau-, Saug- und Schluckautomatismen laufen spontan und auf äußere Reize ab. Die Haltungsschablonen (symmetrischer und asymmetrischer tonischer Nackenreflex) sind auslösbar.

Jede höher geordnete Perzeption der sensorischen und sensiblen Funktionssysteme fehlt. Externe Reize (visuell, akustisch, haptisch etc.), ebenso körpereigene Reize werden von vegetativen Reaktionen beantwortet, je nach Intensität begleitet von Massenbewegungen der Extremitäten, des Rumpfes und der Gesichtsmuskulatur, häufig gemeinsam mit primitiven emotionellen Reaktionen.

Vegetative Reaktionen werden durch Schmerzreize und andere externe Stimuli, aber auch durch innere Körperreize, wie Cystitis oder Decubitalulcera ausgelöst. Als vegetative Antwort kann es zu Tachycardie, Blutdruckanstieg, Hyperventilation und vermehrter Schweißsekretion kommen. Mitunter stellt sich eine „chronical emergency reaction“ mit permanent erhöhtem Blutdruck und anderen vegetativen

Störsymptomen ein. Ein Ulcus ventriculi oder duodeni mit gastrointestinaler Blutung kann sich manifestieren. Blasen- und Mastdarmtätigkeit funktionieren automatisch, benötigen aber einer Versorgung und laufender Kontrolle.

Das Remissionsstadium des apallischen Syndrom nach Akutschäden des Gehirns

Bei circa 80 % aller Patienten mit einem AS nach Akutschäden des Gehirns stellt sich eine Remission ein, nach der Innsbruck-Remissionsskala sind 8 Stadien zu unterscheiden.

Stadien und Remissionsphasen rund um das Apallische Syndrom

- 1. Initialstadium:** Akutes Koma
- 2. Übergangsstadium** zum Apallischen Syndrom (drei Phasen)
 - Stabilisierung der vegetativen Funktion
 - Übergang in eine Beuge-Streckhaltung der Extremitäten
 - Aufbau von motorischen Primitivschablonen
- 3. Vollbild** des Apallischen Syndroms
 - Kein Bewusstsein
 - Kein Kontakt zur Umgebung
 - Augenbewegungsstörungen, Augen zeitweilig geöffnet
 - Motorische Primitivschablonen auf äußere Reize (z. B. Greifreflex)
 - Rigido-Spaztizität
 - Labilität der vegetativen Reaktionen
- 4. Remissionsstadium** (acht Phasen)

Phase 1

- Aufbau des Bewusstseins
- Aufbau des Kontaktes zur Umgebung
- Optisches Fixieren von Objekten
- Verminderung der Spaztizität

- Phase 2** Optisches Verfolgen von Objekten
Primitive emotionale Reaktionen
Massenbewegungen

- Phase 3** Zuwendung zur Umgebung
Normaler Schlaf-Wach-Rhythmus
Ergreifen von Gegenständen

- Phase 4 (Vollbild des Klüver-Bucy Syndroms)**
Bedingtes Sprach- und Situationsverständnis
Rasch wechselndes Affektverhalten: zornige Reaktionen, Schmeichelverhalten
Koordination und Kraftdosierung werden gezielter und sicherer
- Gute Rumpf- und Kopfkontrolle
 - Hand geben und wieder los lassen
 - Gehen mit Hilfestellung

- Phase 5** Aufbau der Sprachfunktion
Ausführen einfacher Aufträge
Orale Nahrungsaufnahme durch Füttern
Gerichteter Kontakt zur Umgebung

- Phase 6 (Korsakow Syndrom)**
Hochgradige Vergesslichkeit, emotionale Irritabilität
Euphorisch-depressive Stimmungslage (Suizidgefahr!)
Patient benennt Personen, formuliert erste Wünsche
Komplexe und koordinierte Bewegungsabläufe werden möglich
Freies Laufen

- Phase 7 (Amnestisches Syndrom)**
Emotionale Reaktionen größtenteils unter Kontrolle
Rest von motorischen Primitivschablonen
Meistens harn- und stuhlkontinent

- Phase 8 (Organisches Psychosyndrom)**
Herabgesetzte höhere und höchste Hirnleistungen
Neurologische Lokal- und Diffusausfälle unterschiedlicher Ausprägung möglich

Beim Apallischen Syndrom als Folge schwerer progredienter Großhirnschäden (Alzheimer, Creutzfeld-Jakob) bedeutet das Vollbild den Endzustand ohne Rückbildungsmöglichkeit.

10.-11. Dezember 2001 - Enquete "Vom Wieder-Erwachen
zum Wieder-Erleben"

Komarehabilitation und das „apallische Syndrom“
Der langdauernd bewusstlose Patient als Herausforderung für
Medizin und Gesellschaft.

Zeit: an beiden Tagen 09:00 – 16:00 Uhr

Ort: Wiener Rathaus, Wappensaal

Die Veranstaltung fand 2001 statt, die Anmeldedaten sind obsolet.

- Programm 10. Dezember 2001
- Programm 11. Dezember 2001
- Vortragende
- Wissenschaftliche Leitung & Veranstalter

Programm - 10. Dezember 2001 (09:00 - 16:00 Uhr)

Schwerpunkt: Medizin

VORMITTAG

Begrüssung und Eröffnung: 09:00 Uhr

Schmiedl:	Begrüssung
Pittermann:	Eröffnung
Grisold:	Grussadresse der ÖGN
Auff:	Grussadresse der ÖGNR

Vom Koma zum Wachkoma: Das Apallische Syndrom 09:40 Uhr

Vorsitz:	Kaspar
Gerstenbrand:	Einleitung und historischer Überblick
Schönle:	Internationale Sicht:

Diskussion

→ PAUSE

Ursachen, Diagnosen, Differential- und Fehldiagnosen 11:00 Uhr

Vorsitz:	Gerstenbrand
Oder:	Das traumatische apallische Syndrom
Binder:	Das nicht-traumatische apallische Syndrom
Berger:	Komazustände bei Kindern und Jugendlichen

Diskussion