Diagnostische Fallstricke

Intoxikationen – Komaursache Nr. 1

Bei bewusstlosen Patienten liegen bei ca. 50% neurologische Ursachen wie Schlaganfall und Enzephalitis oder Intoxikationen vor, der häufigsten Komaursache. Welche Fallstricke in der Diagnostik zu beachten sind, erläuterte Prof. Dr. Frank Erbguth aus Nürnberg beim DIVI 2012.

Bei der Abklärung von Bewusstseinsstörungen sollte man sich nicht verleiten lassen, besonders bei bekannten Patienten, zu schnell eine bestimmte Ursache ins Auge zu fassen und die Differenzialdiagnose zu vernachlässigen, so Erbguth. Bei einem bekannten Alkoholiker beruhte die Bewusstseinsstörung nicht wie angenommen auf einer Alkoholvergiftung, sondern war Folge eines tonischen Anfalls. Anfälle machen 5–10% aller Notarzteinsätze aus.

Begleitsymptome beachten

Wichtige Hinweisgeber für die Ursache von Bewusstseinsstörungen sind Begleitsymptome wie Tremor oder Rigor, vegetative Symptome, pathologische Atmung, Beuge- und Strecksynergismen (z.B. durch ein Hirnödem), neuromuskuläre Symptome (Faszikulationen) und neurologische Fokalzeichen (Hemi- und Hirnstammsyndrome). Eine Fokalität neurologischer

Symptome weist in der Regel auf ein primär zerebrales Geschehen hin. Rund jeder fünfte Schlaganfallpatient wird im Koma eingeliefert, berichtete der Neurologe. Aber es gibt Ausnahmen: Klinische Fokalzeichen können auch durch eine Hypoglykämie bei Diabetikern ausgelöst werden,

Nicht nur in Märchen sind Intoxikationen häufigste Ursache von Komapatienten.

die immer wieder übersehen werde, durch Urämie und manchmal auch eine Wernicke-Enzephalopathie aufgrund Thiaminmangels. Umgekehrt kann auch ohne Fokalität der Symptome eine zerebrale Ursache vorliegen, etwa eine Enzephalitis oder ein nicht-convulsiver Anfall. Nackensteife, ein typischer, aber unspezifischer Hinweis für eine Meningoenzephalitis, besteht bei komatösen Patienten nicht mehr, betonte Erbguth. Bei Verdacht auf eine Meningitis (Leitsymptom akuter, heftiger Kopfschmerz) sollte innerhalb von 6 Stunden ein zerebrales CT erfolgen und bei negativem Befund ggf. eine Lumbalpunktion.

Hilfreicher Blick ins Auge

Auch an seltene Vergiftungen sollte bei Bewusstseinsstörungen gedacht werden, z. B. Konsum von Giftpflanzen oder auch Überdosierungen von Anticholinergika. Bei letzterem kann ein Blick in die Augen hilfreich sein: Typisches Zeichen einer Anticholinergika-Intoxikation ist ein Opsoklonus mit schnellen und unregelmäßigen Augenbewegungen.

(Roland Fath)

Bewusstlosigkeit und andere Leitsymptome in der Notfallaufnahme, 12. Kongress der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, Dezember 2012, Hamburg

Studie zu gestörter Hirnentwicklung

Gestern Frühchen, heute Psychose?

Frühgeburtlichkeit wurde in den letzten Jahren vor allem mit Schizophrenie in Verbindung gebracht. Aber auch Depressionen scheinen einer gestörten Hirnentwicklung zu folgen, so eine Studie in Schweden.

Weitestgehende Transparenz und große Bevölkerungsregister machen es in Skandinavien möglich, Untersuchungen an großen Teilen der Bevölkerung durchzuführen. So konnten Wissenschaftler Daten von über 1,3 Mio. Schweden, die zwischen 1973 und 1986 in Schweden geboren wurden

und 2002 mit 16 Jahren oder älter noch dort lebten, aus drei Registern zusammenführen und auswerten. Dabei wurden Daten zu Schwangerschaftsdauer, Geburtsgewicht und -komplikationen und APGAR-Index erfasst und mit der Wahrscheinlichkeit für eine spätere stationäre psychiatrische Behandlung wegen nicht-affektiver Psychosen, unipolarer Depression, bipolarer Störung, Essstörungen, Alkohol- sowie Drogenabhängigkeit in Beziehung gesetzt.

Frühgeburtlichkeit in der 32. bis 36. Schwangerschaftswoche erhöhte das Risiko für eine spätere stationär behandelungs-

bedürftige unipolare Depression um 50%, ein noch früherer Geburtszeitpunkt führte fast zu einer Verdreifachung des Risikos unabhängig von anderen Einflussfaktoren. Auch ein niedriger APGAR-Index erhöht das Depressionsrisiko. Ebenso zeigt sich das Risiko für die anderen erfassten psychischen Störungen bei Erwachsenen erhöht, wenn sie als Frühchen zur Welt gekommen waren, zu klein für ihr Geburtsalter waren oder einen sehr niedrigen APGAR-Index bei Geburt hatten.

(Prof. Dr. Helge Frieling)

Nosarti C et al, Arch Gen Psychiatry 2012, 169: 523–30