20. International Congress of Parkinson's Disease and Movement Disorders Internationaler Treffpunkt in Berlin

Nach San Diego/Kalifornien in 2015 und vor Vancouver/Kanada im nächsten Jahr (4. bis 8. Juni 2017) fiel die Entscheidung der International Parkinson and Movement Disorder Society (MDS) für ihren Jahreskongress 2016 auf eine europäische Hauptstadt. Deutsche Parkinson-Experten hatten den kürzesten Weg zum Kongress im CityCube in Berlin vom 19. bis 23. Juni.

Lassen sich über nicht motorische Symptome Subtypen definieren?

Morbus Parkinson ist eine sehr heterogene Erkrankung mit vielfältigen Symptomen in unterschiedlicher Ausprägung. Von der Abgrenzung verschiedener Subtypen verspricht man sich nicht nur ein besseres Krankheitsverständnis, sondern in Zukunft vielleicht auch neue Ansatzpunkte für individualisierte Therapien.

Bei der Definition möglicher Subtypen rücken nicht motorische Symptome zunehmend in den Fokus der Wissenschaftler, so PD Dr. Brit Mollenhauer von der Paracelsus-Elena-Klinik in Kassel. Ein frühes Symptom ist die Hyposmie, die sich bei 70 – 90 % der Patienten mit sporadischem Parkinson findet und häufig mit anderen nicht motorischen Symptomen kombiniert ist. Eine Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus mit exzessiver Tagesschläfrigkeit weisen bei Diagnosestellung etwa 6 % der Parkinson-Patienten auf – nach acht Jahren sind es 41 %. Dieses Symptom ist mit der Schwere der motorischen Symptome, der Dauer der Erkrankung und dem Alter korreliert und kann als Prädiktor für einen besonders schweren Verlauf herangezogen werden.

Eine REM-Schlaf-Verhaltensstörung (RBD) mit einer Häufigkeit von 30 % bei sporadischem Parkinson zeigt sich häufig schon lange vor Auftreten der motorischen Symptome und gibt Hinweise auf einen nicht tremordominanten Subtyp und einen besonders schnellen Verlust von motorischen und kognitiven Funktionen. Auch chronische Schmerzen können zur Symptomatik des Morbus Parkinson gehören. Bei 30 – 83 % der Patienten findet man eine Hyperalgesie. Außerdem wurde in Hautbiopsien eine Veränderung kleiner efferenter Nervenfasern nachgewiesen, was möglicherweise als ein Parameter zur frühen Diagnose herangezogen werden könnte, so die Neurologin. Leichte kognitive Einschränkungen (MCI) findet man bei etwa

einem Viertel der Patienten bereits bei Diagnosestellung. Als Prädiktor einer Demenzentwicklung kann hier eine verminderte β -Amyloidkonzentration im Liquor herangezogen werden. Assoziiert sind die kognitiven Einschränkungen mit höherem Alter bei Diagnose, nicht tremordominantem Subtyp, posturaler Instabilität, Gangstörungen, visuellen Halluzinationen und RBD. Auch zahlreiche autonome Symptome wie Obstipation, Symptome des unteren Harntrakts (LUTS) oder adrenerge Dysfunktion mit Hypotension können zur Parkinson-Symptomatik gehören.

In vielen Untersuchungen wird versucht, nicht motorische Symptome auch zur Unterscheidung von Subtypen heranzuziehen. Nach einer Untersuchung einer kanadischen Kohorte lassen sich drei Subtypen abgrenzen: Danach liegt bei etwa einem Drittel der Patienten ein überwiegend motorischer Typ vor, der durch eine langsame Progression gekennzeichnet ist. Bei einem weiteren Drittel mit eher ungünstiger Prognose findet man schon früh nicht motorische Symptome wie MCI, orthostatische Hypotension und RBD – die restlichen Patienten liegen dazwischen. In einer anderen Einteilung wird zwischen einem Phänotyp mit Hirnstammdominanz („late-onset Hyposmie“, Schlafstörungen und autonome Störungen), Dominanz des limbischen Systems (Depression, Angst, Fatigue, zentraler Schmerz, Gewichtsverlust) und kognitiver Dominanz (anamnestisch MCI, Apathie, Angst und kognitive Einschränkungen) unterschieden. Hier stehe man aber noch am Anfang, meinte Mollenhauer.

Maria Weiß

Symposium „Stratifying Parkinson's Disease(s): Implications for Diagnosis and Treatment. 20. International Congress of Parkinson's Disease and Movement Disorders, 20.6.2016, Berlin