

NL
Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 81675 München

Herrn
Tom P.

68165 Mannheim

Briefanschrift: 81664 München
Telefon: (089) 4140-1
Stat. NLBEW
Telefon: (089) 4140-4630
Telefax: (089) 4140-
Internet:
www.neurokopfzentrum.med.tum.de/neurologie
Deppe

Datum: 29.07.2021

0

Vorläufiger Kurzarztbrief

Bei erfolgter Unterzeichnung dieses Arztbriefes durch den zuständigen Oberarzt handelt es sich um einen abschließenden Arztbericht.

Sehr geehrter Herr P. ,

wir berichten über Ihre Vorstellung in unserer Ambulanz am 21.07.2021.

Diagnosen: Linksbetontes Idiopathisches Parkinsonsyndrom vom Äquivalenztyp (EM 2020, ED 01/2021)
- Diagnosesicherheit nach modifizierten MDS-Kriterien 2015: klinisch wahrscheinlich
- Hoehn und Yahr Stadium aktuell: 1.

Epikrise/Procedere:

Die erstmalige Vorstellung in unserer Ambulanz für Bewegungsstörungen erfolgte bzgl. möglicher Teilnahmen hinsichtlich verlaufsmodifizierender Studien bei bekanntem Parkinsonsyndrom.

Sie berichteten, dass zu Beginn dieses Jahres der V.a. auf ein Parkinsonsyndrom gestellt worden war, ein DAT-Scan hatte eine passendes präsynaptisches dopaminerges Defizit (re > li) gezeigt, ein cMRT hatte einen unauffälligen Befund gezeigt. Aufgrund des jungen Erkrankungsalters sei vor kurzem eine Blutentnahme zur humangenetischen Untersuchung erfolgt, die Ergebnisse seien noch ausstehend. Initial hatten Sie zunächst zunehmende Verkrampfungen im Bereich des linken Fußes nach längerer Belastung sowie im Verlauf auch eine Beeinträchtigung der Feinmotorik der linken Hand bemerkt. Im Verlauf habe sich nun auch stellenweise ein Zittern der linken Hand bemerkbar gemacht. L-DOPA hätten Sie für 3 Tage eingenommen (Dosis 150mg/d), bei fehlender Wirksamkeit jedoch wieder abgesetzt. Zuletzt war Rasagilin empfohlen worden, welches Sie für 2 Tage eingenommen hatten, zunächst jedoch nicht weiter einnehmen wollten. Aktuell würden Sie mehrere Präparate (Mannitol, PS128 (Darmbakterien), Reishi Pilze (Linghzi)), zu denen Studien hinsichtlich eines verlaufsmodifizierenden Effekts bei der Parkinson-Erkrankung durchgeführt würden, außerhalb klinischer Studien einnehmen. Physiotherapie würden Sie aktuell nicht durchführen, Sie seien sportlich sehr aktiv (unter anderem Qigong, Rudern, Radfahren, Yoga). Hinweise auf autonome Symptome oder eine REM-Schlafverhaltensstörung ergaben sich nicht. Sie äußerten, dass passager eine leichte depressive Verstimmung bestanden hätte, die Diagnose sowie

Zukunftsperspektiven bereiten Ihnen stellenweise weiter Sorge. Weitere Vorerkrankungen seien nicht bekannt, eine Vormedikation bestünde nicht.

In der körperlichen Untersuchung zeigte sich ein linksseitig betontes akinetisch-rigides Syndrom mit passagerem leichtgradigen Ruhetremor (MDS UPDRS III aktuell: 18 Punkte). Stigmata eines atypischen Parkinsonsyndromes fanden sich nicht.

Zusammenfassend gehen auch wir von einem idiopathischen Parkinsonsyndrom vom Äquivalenztyp aus, Hinweise auf ein atypisches Parkinsonsyndrom ergaben sich insgesamt nicht. **Bezüglich einer medikamentösen Therapie empfehlen wir den Beginn einer Therapie mittels Rasagilin nach unten stehendem Schema. Der Einsatz einer dopaminergen Medikation im frühen Krankheitsverlauf ist nicht mit einer erhöhten Rate an Nebenwirkungen oder einem rascheren Verlauf assoziiert. Bezüglich der Einnahme von Studienpräparaten außerhalb von klinischen Studien und somit fehlendem Monitoring von Nebenwirkungen sehen wir dies äußerst kritisch, da es stellenweise zu schweren Nebenwirkungen kommen kann. Von einer unkontrollierten Einnahme von Präparaten außerhalb klinischer Studien raten wir insgesamt dringend ab.**

Bezüglich des Studien-Präparates Fasudil wurde eine entsprechende Vormerkung vorgenommen.

Wir bedanken uns für die Vorstellung und stehen für Rückfragen gerne zur Verfügung.


Procedere:

- ~~Therapieversuch mit Rasagilin~~ **Therapieversuch mit Rasagilin** ~~indikation~~ **indikation** ~~0-0-0~~ **0-0-0** ~~Bitte Fallsichtlinz MAO~~ **Bitte Fallsichtlinz MAO** ~~weitere Medikamente beachten (insb. SSRI, SNRI, Tri-, Tetracyklica, andere MAO-Hemmer, Johanniskrautpräparat, Pethidin).~~ **weitere Medikamente beachten (insb. SSRI, SNRI, Tri-, Tetracyklica, andere MAO-Hemmer, Johanniskrautpräparat, Pethidin).**
- regelmäßige Physiotherapie mit Durchführung großamplitudiger Bewegungen bspw. im Rahmen der BIG-Therapie
- Wiedervorstellung in 6 Wochen zur Verlaufsbeobachtung sowie ggf. Teilnahme an den Verlaufsbeobachtungsstudien DESCRIBE-PD und DiFUTURE, sofern gewünscht. Entsprechendes Infomaterial wurde ausgehändigt.
- Aufnahme in Interessentenliste zu klinischen Studien

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. P. Lingor
Oberarzt


Dr. med. J. Deppe
Assistenzarzt

Anlagen:
Originalbefunde

Anamnese: Für weitere Strecken aktuell mit Klapprad unterwegs bei Verkrampfungen des linken Fußes bei größeren Gehstrecken. Wandern funktioniere daher aktuell nicht mehr, er mache aktuell viel Sport.
Vor einigen Jahren mit FlipFlops an Südküste Frankreichs mit Entzündung des linken Fußes, seitdem immer etwas beeinträchtigend mit Verkrampfung des linken Fußes bei Belastung. Seit Sommer letzten Jahres käme es vermehrt zu Verkrampfungen des linken Fußes sowie reduzierter Motorik des linken Arms. Verkrampfen des Fußes derzeit bereits nach einigen Hundert Meter. Linksseitig zuletzt vermehrter Haltetremor der oberen Extremität bemerkt. Im Verlauf Symptomatik insgesamt langsam progredierit. Rasagilin nach 2 Tagen im Frühjahr abgesetzt. L-DOPA testweise genommen, dieses habe nach 3 Tagen (Dosis 150mg) nicht angeschlagen, sodass es abgesetzt worden sei. Im Verlauf DAT-Scan zur Bestätigung der Diagnose.
Habe im Januar die Diagnose erhalten, sei dadurch zunächst sehr belastet gewesen, habe die Situation mittlerweile jedoch besser verarbeitet.
Qigong, Rudern, Radfahren, Yoga aktuell durchgeführt.

Psychiatrisch: Suizidgedanken verneint, Stimmung jedoch im Verlauf leicht verschlechtert, passagere leichte depressive Stimmung, stellenweise Gefühl der Beklommenheit, innere Einkehr. stellenweise Weinkrämpfe, Psychische Situation habe sich verbessert im Verlauf der Zeit.

Schlaf: Durchschlafstörungen, Einschlafstörungen. kein H.a. REM-Schlaf-Verhaltensstörung

autonom: keine autonome Symptomatik

Stürze: verneint

Riechen: leichte Hyposmie subjektiv seit mehreren Jahren.

Vormedikation:

keine

Nehme aktuell Mannitol Teelöffel abends und morgens, PS128 (Darmbakterien), Reishi Pilze (Linghzi), außerhalb klinischer Studien ein, eine Stuhltransplantation werde erwogen.

Familienanamnese: Parkinson bei Tante väterlicherseits im höheren Alter.

Tox: phasenweise Konsum multipler Drogen (Party Drogen) von 25-35 Lebensjahr. Nikotinstopp vor 15 Jahren, Alkohol zuletzt phasenweise mehr, aktuell 2 Bier täglich.

Sozialanamnese: selbstständig im Immobilien-Bereich

Neurolog. Untersuchung:

Patient wach, orientiert, kooperativ. allenfalls geringer Nackenrigor, keine zervikale Fehlstellung. gewisse Hypomimie
Hirnnerven: Pupillen isokor, Pupillo- und Okulomotorik intakt, keine vertikale Blickparese, Sakkaden regelrecht, Gesichtsfeld fingerperimetrisch frei, Gesichtssensibilität und -motorik regelrecht, kaudale Hirnnerven ohne pathologischen Befund.

Motorik: kein Hinweis auf latente oder manifeste Paresen, kein Absinken in den Halteversuchen, leichtgradiger intermittierender Ruhetremor der linken oEx sowie leichtgradiger Haltetremor links, linksseitiger Rigor, verstärkt unter Bahnung.

Reflexe: Muskeleigenreflexe seitengleich mittellebhaft auslösbar, Babinski-Zeichen negativ.

Koordination: Finger-Nase-Versuch metrisch, Knie-Hacke-Versuch metrisch, linksseitige Bradydiadochokinese.

Gang/Stand: flüssiges Gangbild mit normaler Schrittlänge und Wendeschrittzahl bei vermindertem Mitschwingen des linken Arms, Zehen-, Fersen- und Seiltänzerengang sowie monopedaless Hüpfen unauffällig, Rombergstehversuch sicher gestanden, im Pull-Versuch keine posturale Instabilität.

Sensibilität: für Berührung seitengleich intakt, Normpallästhesie an den oberen Extremitäten und unteren Extremitäten (Großzehengrundgelenk bds 8/8).

MDS-UPDRS 3

3.1 Sprache: 0

3.2. Gesichtsausdruck: 1

3.3a Nackenrigor: 1

3.3b/c Rigor re/li Arm: 0/2

3.3d/e Rigor re/li Bein 0/2

3.4a/b Fingertippen re/li: 0/2

3.5a/b Handbewegungen re/li: 0/1

3.6a/b Pro/Supination re/li Hand: 0/2

3.7a/b Vorfußstippen re/li: 0/2

3.8a/b Beinbeweglichkeit re/li: 0/1

3.9 Aufstehen vom Stuhl: 0

3.10 Gangbild: 1

3.11 Blockade beim Gehen: 0

3.12 Posturale Stabilität: 0

3.13 Körperhaltung: 0

3.14 Globale Spontaneität der Bewegungen: 1

3.15a/b Haltetremor Hand re/li: 0/1

3.16a/b Intentionstremor Hand re/li: 0/0

3.17a/b Ruhetremor re/li Arm: 0/1

3.17c/d Ruhetremor re/li Bein: 0/0

3.17e Ruhetremor Lippen/Kiefer: 0

3.18: Konstanz des Ruhetremors: 1

Gesamt: 18 Punkte. Keine Dyskinesien, keine dopaminerge Therapie.