

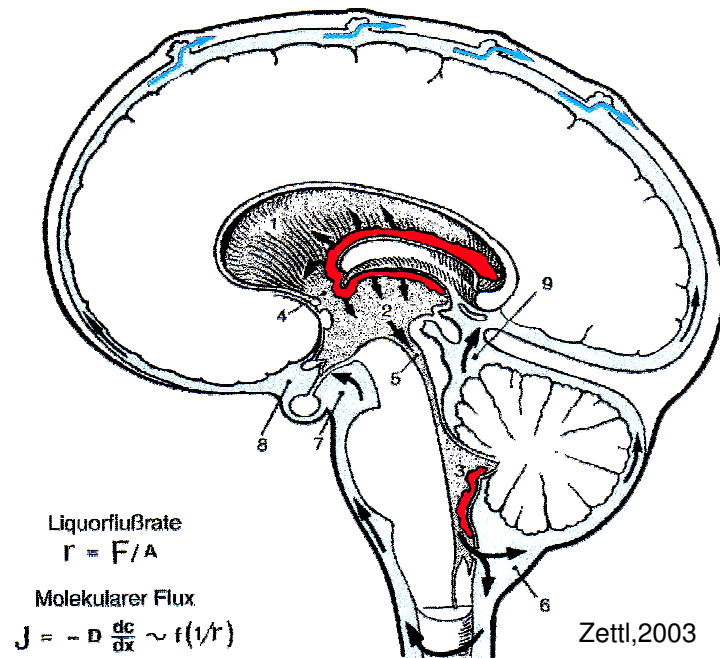
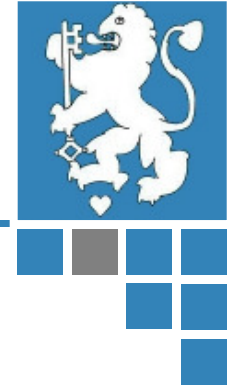
Krankenhaus Buchholz - Neurologie

Normaldruckhydrocephalus

Das klinische Bild



Konrad Luckner

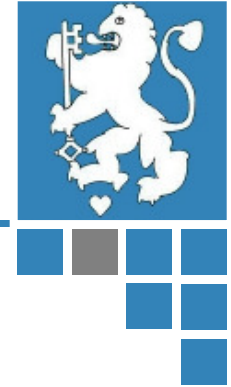


!

- Hydrocephalus:
 - Erweiterte Hirnventrikel
- **Normaldruck**hydrocephalus
 - Kommunizierende Liquorräume



Klassifikation



- Sekundärer Normaldruckhydrocephalus

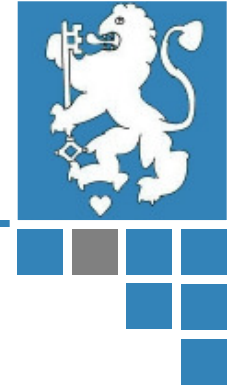
nach

- Subarachnoidalblutung
- Meningitiden
- Schädel – Hirn- Trauma

- Primärer, idiopathischer Normaldruckhydrocephalus

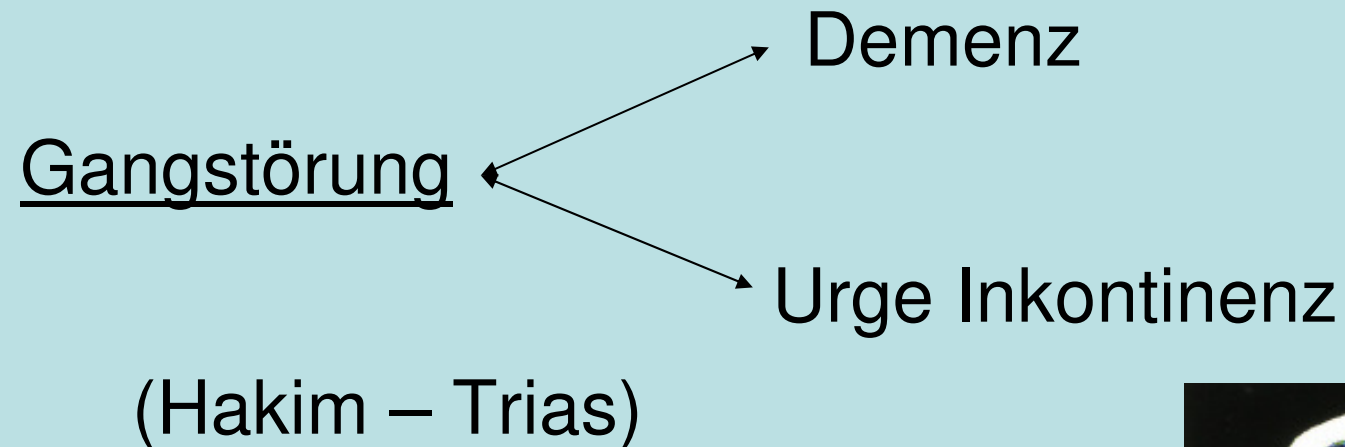
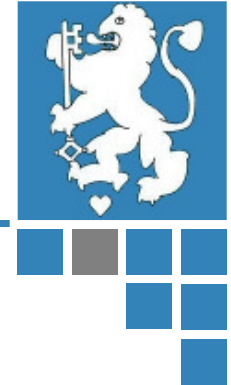


Epidemiologie



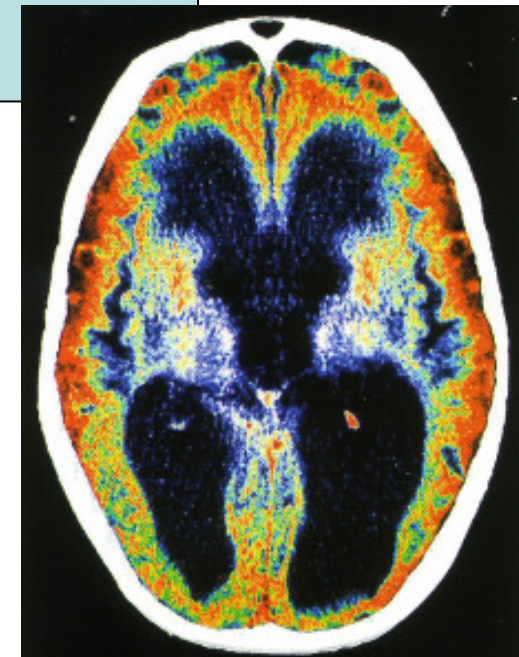
- Erkrankung des älteren Patienten:
 - ab 60.Lebensjahr
- Prävalenz 0,4% der über 65 Jährigen
- Neurologie Buchholz 2006 :
 - 41mal Entlassungsdiagnose bei 19 verschiedenen Patienten
 - Alter von 68 – 86J.; Mittel 76,5J. ; nur 2 Patienten jünger als 70J.
- 2006 ein Patient zur Shuntversorgung

Die Diagnose

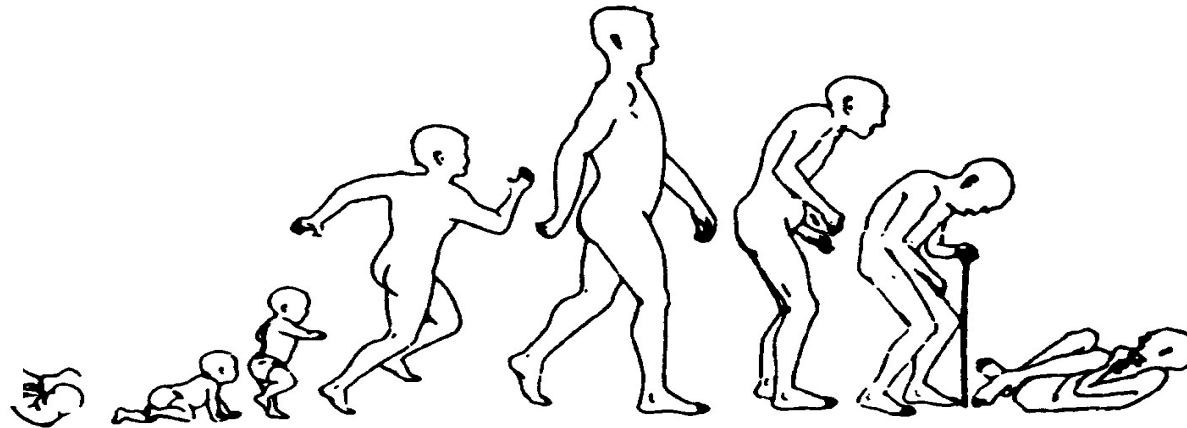
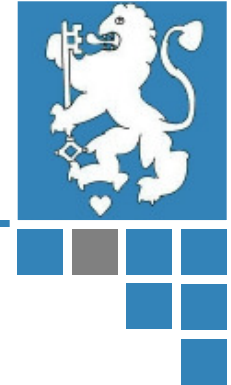


Passende Schnittbildgebung
(CCT/CMR)

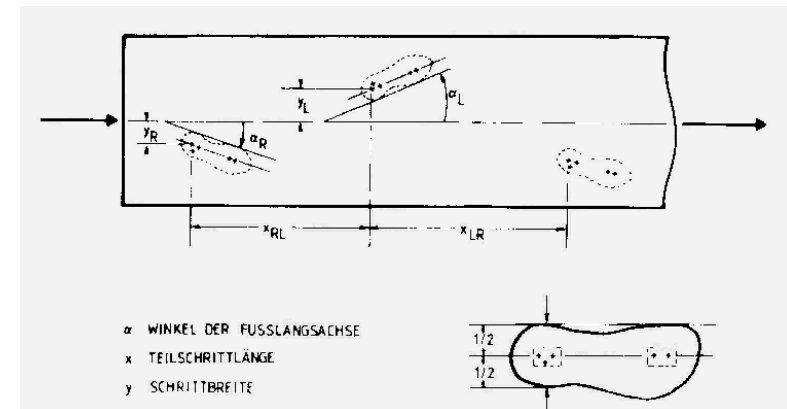
(Positive therapeutische LP)



Die Gangstörung

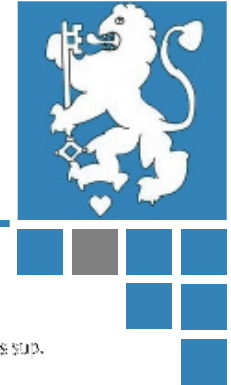


- Behinderte Schrittiniiierung
- Verbreiterte Stand- und Gangbasis
- Vergrößerter Fußwinkel
- verkürzte Schrittlänge
- Erschwertes Drehen

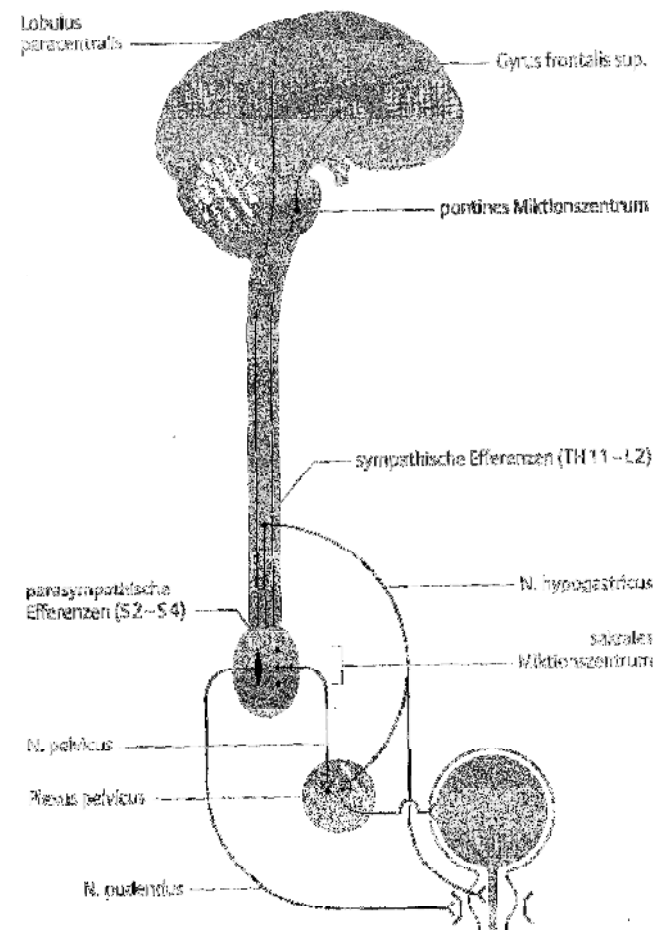


Vierегge, 1996

Die Urge Inkontinenz



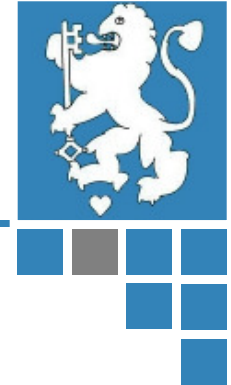
- Betrifft nur knapp 50% der Patienten
- Imperativer Harndrang
- Fehlende willkürliche Kontrolle der Blasenfunktion
 - „Unfähigkeit zum Stop“



Deuschl/Dietz, 1999



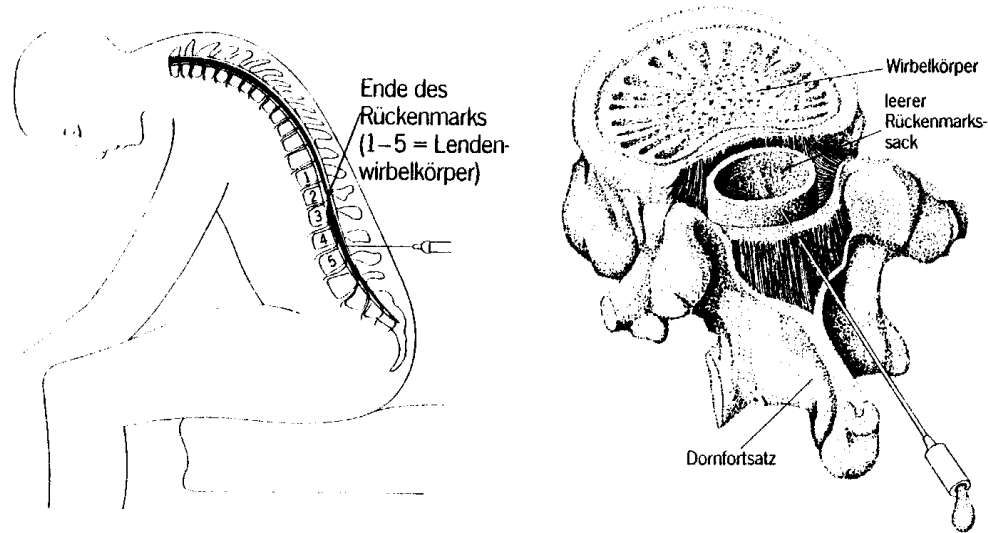
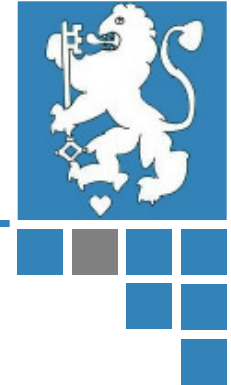
Die Demenz



- Gehört zu den „subcorticalen“ Demenzen:
 - Verlust von Antrieb und Initiative
 - Affektive Indifferenz, „Wurschtigkeit“
 - Verlangsamung von Denkabläufen und Reaktionen
- MMST, DEMTECT nicht hilfreich
- Soziale Interaktion gestört!
- 10% der behandelbaren Demenzen Folge des NPH



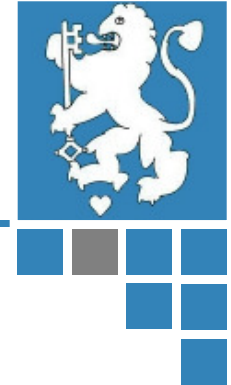
Der „Tap – Test“



- Entnahme von 30 – 50ml Liquor
- Liquoranalyse
- Besserung Urge > Gang >> Demenz(Antrieb)
- Meist 2. LP innerhalb von 5 – 20 Tagen



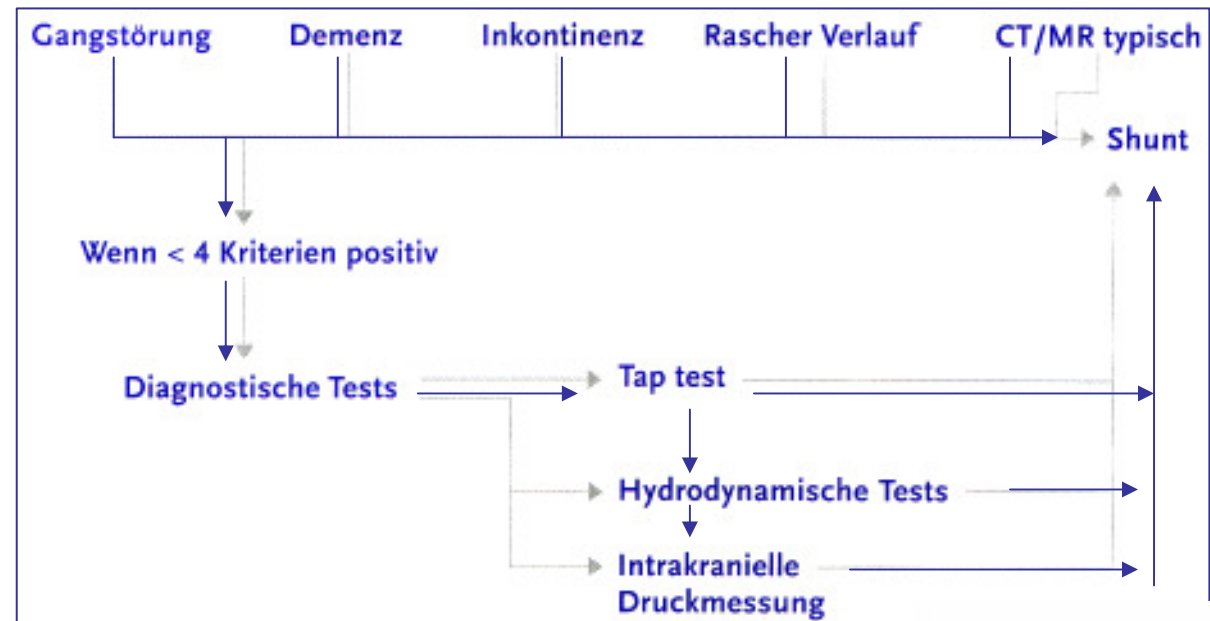
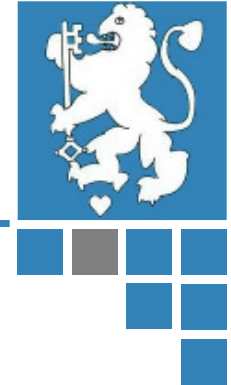
Die Differentialdiagnose



- Subcorticale Arteriolosklerotische Enzephalopathie (SAE)
- Parkinson Syndrome
- Lewy-Körperchen Krankheit
- Supranukleäre Blicklähmung
- Frontotemporale Demenz
- Depression
- Alzheimer Demenz

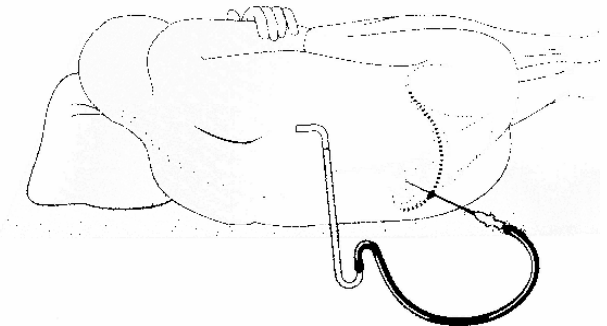


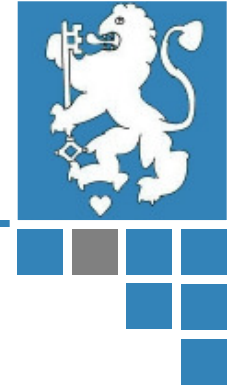
Diagnostischer Algorithmus



Nach Buchfelder. 2005

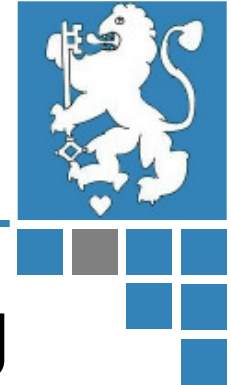
„Tap – Test“!





- Bei Erstdiagnose 2/96 70jähriger adipöser Mann
 - Vorgeschichte: 72 u 92 MI, pAVK konservativ behandelt.
 - Trias: „frontale Gangstörung, Urge Inkontinenz „gelegentlich“, verminderte Spontaneität und Initiative
 - CCT und CMR „passend“
 - 2 malige therapeutische LP (Tap-Test) positiv

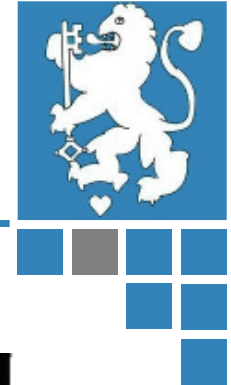




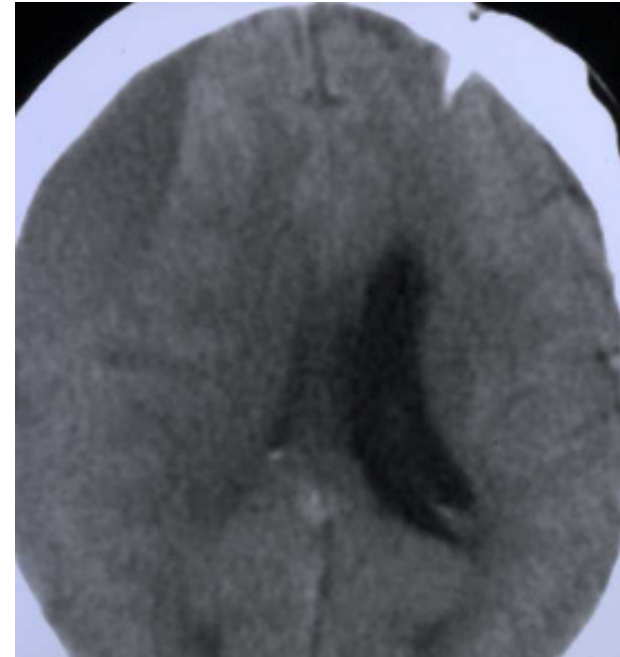
- Wiederaufnahme 07/99: „Laufen seit 1J schlechter“
 - Gehen trippelnd wenige Meter frei im Raum, klebend. Freies Drehen nicht möglich.
 - Massive Urge Inkontinenz
 - Antrieb hochgradig reduziert, sitzt, indifferent
 - Tap – Test: positiv, geht ohne Stock > 100m
 - 8/99 Ventrikulostomie, Uni-Shunt-Mitteldrucksystem.



Kasuistik

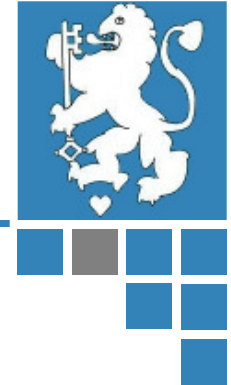


- 12/ 99 CCT:



- Progrediente zentrale Beinparese, OPS
- Trepanation, seitdem wechselnd ausgeprägte Hygrome





- Verlauf:
 - Hygrom, nicht op – pflichtig
 - 6/00 1. TIA (SAE??)
 - 12/00 VHF, Posteriorinfarkt. Cardioversion. ASS.
 - 8/02 chron VHF, Hirnstamm TIA
 - 5/04 Mediainfarkt, gute Erholung
 - 1/05 „Trias“ durchgehend schlechter
 - 5/05 SHF
 - 6/05 Ponsinfarkt, cardiale Dekompensation, Exitus letalis 10 Jahre nach Erstdiagnose

