



Psychiatrische Kasuistik

Schizophrenie und Neuroborreliose?

Testen Sie Ihr Wissen!

In dieser Rubrik stellen wir Ihnen abwechselnd einen bemerkenswerten Fall aus dem psychiatrischen oder dem neurologischen Fachgebiet vor. Hätten Sie die gleiche Diagnose gestellt, dieselbe Therapie angesetzt und einen ähnlichen Verlauf erwartet? Oder hätten Sie ganz anders entschieden?

Mit Hilfe der Fragen und Antworten am Ende jeder Kasuistik vertiefen Sie Ihr Wissen.

Die Kasuistiken der letzten Ausgaben (N = neurologisch, P = psychiatrisch):

NT 5/2010

P: Bewusstseinsstörung mit fokalneurologischer Symptomatik nach EKT

NT 6/2010

N: Spinales Kavernom mit zwei unterschiedlichen Verläufen

NT 7-8/2010

P: Lithium-assoziiertes serotonerges Syndrom

NT 9/2010

N: Erneute Okulomotoriusparese nach Aneurysma-Klippung

NT 10/2010

P: Postpartale psychische Erkrankung

NT 11/2010

N: Mehrere Gehirnerschütterungen – kein Fußball mehr!

NT 12/2010

P: Hyperprolaktinämie unter antipsychotischer Therapie

Das **Online-Archiv** finden Sie auf den Homepages der Berufsverbände unter www.bvdn.de, www.neuroscout.de und www.bv-psychiater.de

Anamnese

Ein 30-jähriger Student stellte sich nachts in der Ambulanz unseres Hauses vor, nachdem der ihm vertraute Hausarzt in Urlaub gefahren sei und die Vertretung ihm zu einer psychiatrischen Behandlung geraten habe.

Der Mann berichtete, sich zu Hause nicht mehr sicher zu fühlen und unter zahlreichen körperlichen Beschwerden zu leiden, welche er auf eine Infektion mit *Borrelia burgdorferi* zurückführte. Er verspüre im Genick, hinter dem Ohr und im Oberkiefer/Gaumenbereich ein Kribbeln, diffuse Schmerzen sowie ein Knacken, welches besonders nach dem Verzehr von Kohlenhydraten auftrete. Er habe gelesen, dass Borrelien bei Stress Sphäroplasten, eine Art Überlebensform, ausbilden könnten und bei kohlenhydratarmer Ernährung in diesem niedrigaktiven Stadium verweilen würden. Nach langwieriger antibiotischer Therapie mit mäßigem Erfolg könne er nur noch durch kohlenhydratfreie Diät, die übrigens von seinem Hausarzt gebilligt werde, das Fortschreiten der Erkrankung eindämmen. Falls er nun doch einmal Kohlenhydrate zu sich nehme oder anderen Triggerfaktoren wie Kälte ausgesetzt sei, hätte er ein Gefühl „als würde alles bersten, als würde ihm eine Faust in den Rachen fassen und alles herausstemmen“. Zudem fühlte er sich von einem ehemaligen Kommilitonen bedroht. Er gab an, Angst zu haben, von diesem erschossen zu werden, da dieser einmal geäußert habe, er wolle einen Jagdschein machen.

Erste Beschwerden seien im April 2005 während seines Maschinenbaustudiums aufgetreten. Damals habe er auf Grund von Schlafstörungen seine

Klausuren nicht absolvieren können. Beim Versuch, diese später nachzuholen, habe er ein Burn-out-Syndrom und Suizidgedanken entwickelt. Er habe sich exmatrikuliert, sei zurück zu seinen Eltern gezogen und habe Anfang 2006 eine Psychoanalyse auf eigene Kosten begonnen, da er damals „noch nicht die infektiöse Genese seiner Beschwerden erkannte“. Er begann erneut zu studieren, Altgriechisch, was er aber auf Grund von Gedächtnisschwierigkeiten, Antriebsmangel und Überforderung kurz vor den Prüfungen habe abbrechen müssen.

Im Oktober 2007 habe er einen auf Borreliose spezialisierten Hausarzt konsultiert. Seine Beschwerden mit Erschöpfung und Kribbeln am ganzen Körper führte der Patient nun auf einen Zeckenstich im Sommer 2006 zurück. Eine lokale Hautreaktion wie bei einem Erythema migrans habe der Patient aber zu keinem Zeitpunkt bemerkt.

Nach positivem ELISA mit Nachweis von hohen Titern von Borrelien-spezifischen IgG bei jedoch negativen IgM-Werten diagnostizierte der Allgemeinmediziner eine Neuroborreliose – ohne eine Liquoruntersuchung heranzuziehen. Eine objektivierbare neurologische Symptomatik habe nicht vorgelegen. Mittels eines MRTs waren eine intrazerebrale Raumforderung und eine Encephalomyelitis disseminata ausgeschlossen worden. Das MRT hatte keinerlei pathologischen Befund erbracht. Eine Antibiose erfolgte mit Doxycyclin über drei Wochen und Rocephin über vier Wochen. Zu diesem Zeitpunkt habe der Patient sich etwas besser gefühlt und erneut begonnen zu studieren, Rechtswissenschaft, aber auch dieses



Studium nach kurzer Zeit abbrechen müssen. Auf eigenen Wunsch stellte sich der Patient 2008 ambulant in der Neurologie vor. Mittels einer Lumbalpunktion, die keinerlei auffälligen oder pathologischen Liquorbefund ergab, wurde eine Neuroborreliose ausgeschlossen. Ein damals vom Hausarzt vorgenommener Lymphozyten-Transformationstest (LTT) sei jedoch schwach positiv gewesen. Nach Aussage der Mutter sei der Patient zu diesem Zeitpunkt bereits klar paranoid gewesen, habe sich abgehört gefühlt und sei zum reden in den Keller gegangen.

Auf drängenden eigenen Wunsch hin hat der Patient ab September 2009 bis März 2010 eine Dreifach-Antibiose mit Ceftriaxon, Minocyclin und Clarithromycin erhalten.

Diagnostik bei Aufnahme

Die Borrelienserologie in unserer Klinik ergab positive IgG-, aber negative IgM-Werte, was aktuell für eine durchgemachte, nicht aber für eine aktive Infektion spricht. Eine erneute Lumbalpunktion ergab keinen pathologischen Liquorbefund, besonders keine intrathekale Antikörpersynthese. Auch in der körperlichen neurologischen Untersuchung fanden sich keine Auffälligkeiten. Im EEG zeigte sich eine regionale Hirnfunktionsstörung im Sinne eines leichten intermittierenden Herdbefundes rechts temporal mit assoziierten Zeichen einer leicht fokal erhöhten Anfallsbereitschaft. Im cMRT fand sich eine winzige Gliose rechts cerebellär paramedian.

Psychiatrische Vorgeschichte

Bis auf die zuvor erwähnte Psychoanalyse sind keine nervenärztlichen oder psychotherapeutischen Kontakte erfolgt. Fremdanamnestic war zu erfahren, dass der Patient in der Grundschule unter Schulangst gelitten und im Alter von sieben bis acht Jahren Suiziddrohungen geäußert habe. Später habe er nach der Flucht aus dem Zivildienst gedroht, sich die Hände zu verbrennen, falls man ihn zurückschicke.

Sozialanamnese

Die zwei Jahre ältere Schwester des Patienten sei im Magisterstress ebenfalls

psychotisch geworden und habe eine Glaukomerkrankung als Erklärungsmodell – die Mutter nennt als Diagnose eine Schizophrenie. Die Eltern des Patienten hätten sich in einer Tuberkuloseklinik kennengelernt. Die Mutter habe nach einem Autounfall mit schweren Mittelgesichtsfrakturen und multiplen Wiederherstellungsoperationen vermehrt an Infekten gelitten. Der Großvater väterlicherseits sei an einem Magenkarzinom verstorben und der Vater des Patienten leide seit Jahrzehnten unter der überwertigen Idee, ebenfalls an einem Magenkarzinom zu erkranken.

Therapie und Verlauf

Nach ausführlicher Differentialdiagnostik mit Ausschluss einer Borrelieninfektion, wurde in psychotherapeutischen und ärztlichen Gesprächen mit dem Patienten die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie erörtert. Dennoch glaubte der Patient lange, die Störung sei einzig durch eine Neuroborreliose bedingt und ging von einer unzureichenden Borreliosedagnostik aus. Eineinhalb Wochen nach Beginn der Medikation mit Amisulprid konnte eine „Kohlenhydratexposition“ stattfinden. Der Patient kann seither wieder Vollkost zu sich nehmen und auch das paranoid besetzte häusliche Umfeld aufsuchen, was er zuvor stets abgelehnt hatte.

Diskussion

In vielen Weiterbildungen wird zu Recht auf die Möglichkeit von rein psychiatrischen Erstmanifestationen neurologischer Erkrankungen hingewiesen. Eine gründliche somatische Ausschlussdiagnostik ist Standard bei einer erstmals aufgetretenen psychiatrischen Symptomatik. Nicht nur Hirntumore, sondern auch chronisch oder akut entzündliche Hirnerkrankungen wie die Encephalomyelitis disseminata oder eine Herpesencephalitis können sich vorrangig zunächst mit psychiatrischen Symptomen präsentieren [Habek 2006; Reimer 2006]. Sehr selten ist dies auch bei der Neuroborreliose beschrieben worden [Bär 2005]. Häufiger als Begleitsymptomatik anderer neurologischer Ausfälle sind in der Literatur

Depressions-, Angst- und Schmerzsymptome als psychiatrische Manifestationsformen einer Neuroborreliose erkannt worden [Blanc 2007; Fallon 1993]. Auch eine schizophrenieforme Symptomatik kann die Neuroborreliose als „neuer großer Imitator“ hervorrufen [Roelcke 1992] – und das auch ohne Vorliegen weiterer neurologischer Symptome [Hess 1999].

Anhand der diagnostischen Kriterien der DGN-Leitlinie konnte bei dem Patienten zu keinem Zeitpunkt eine aktive Borreliose nachgewiesen werden. Die IgM-Titer waren mehrfach negativ gewesen. Nur der Lymphozytentransformationstest (LTT) war zu einem früheren Zeitpunkt schwach positiv ausgefallen. Die Leitlinien zum diagnostischen Vorgehen bei einer unspezi-

Diagnostische Kriterien einer Neuroborreliose gemäß den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN)

Mögliche Neuroborreliose

Typisches klinisches Bild (Hirnnervenausfälle, Meningitis/Meningoradikulitis, fokale neurologische Ausfälle) Borrelien-spezifische IgG- und/oder IgM-Antikörper im Serum/Liquorbefund nicht vorliegend/Liquorpunktion nicht durchgeführt

Wahrscheinliche Neuroborreliose

Wie „mögliche Neuroborreliose“, jedoch zusätzlich entzündliches Liquorsyndrom mit lymphozytärer Pleozytose, Blut-Liquor-Schrankenstörung und intrathekaler Immunglobulinsynthese und Ausschluss anderer Ursachen für die vorliegende Symptomatik

Gesicherte Neuroborreliose

Wie „wahrscheinliche Neuroborreliose“, jedoch zusätzlich intrathekale Synthese Borrelien-spezifischer Antikörper (IgG und/oder IgM) im Liquor oder positiver kultureller- oder Nukleinsäurenachweis (PCR) im Liquor und Ausschluss anderer Ursachen

Anmerkung zu weiteren diagnostischen Verfahren

Antigennachweis aus Körperflüssigkeiten, PCR aus Serum und Urin, Lymphozytentransformationstests (LTT) und der „Visual Contrast Sensitivity Test“ (VCS-Test=„Graustufentest“) sind nicht zur Diagnose einer Borreliose geeignet.

Fragen

1. Symptome einer Schizophrenie wie Wahn und/oder Halluzinationen etc. treten bei welcher der genannten Erkrankungen beziehungsweise Störungen auf?

- a) Encephalomyelitis disseminata
- b) Hirntumore
- c) Sehminderung nach Katarakt oder ähnliches
- d) Depression
- e) Cannabisabusus

2. Welche der Aussagen trifft für die Neuroborreliose zu?

- a) Eine Radikulitis ist die häufigste Manifestationsform.
- b) Radikuläre Schmerzen können zunächst auch ohne begleitende Sensibilitätsausfälle und Paresen vorliegen.
- c) Bei klinischem Verdacht sollte bei negativer Serologie eine Liquoruntersuchung erfolgen.
- d) Erregernachweis im Liquor mittels Kultur oder PCR ist diagnostisches Mittel der Wahl.

- e) Ceftriaxon i. v. einmal täglich ist Mittel der Wahl, da es Doxycyclin oral in der Effektivität erheblich überlegen ist.

3. Welche der genannten Symptome sind typische Symptome des Prodromalstadiums einer Schizophrenie?

- a) Leistungsknick
- b) Sozialer Rückzug
- c) Antriebsmangel
- d) Konzentrationsstörungen
- e) Gedrückte Stimmung

4. Bei Vorliegen einer einem Prodromalstadium einer Schizophrenie ähnelnden Symptomatik sollte zunächst folgendes getan werden:

- a) Aufklärendes Gespräch mit den Eltern
- b) Vermittlung an ein Früherkennungsprogramm
- c) Zügiger Beginn einer antipsychotischen Therapie
- d) Somatische Ausschlussdiagnostik mittels cCT/cMRT
- e) Einholen einer Zweitmeinung in der Ambulanz einer psychiatrischen Klinik

fischen Symptomatik, die vom Patienten in Zusammenhang mit einem früheren Zeckenstich gesehen wird, sind jedoch sehr unterschiedlich. So ist nach DGN beispielsweise der LTT nicht zur Diagnostik einer Borreliose geeignet, die Deutsche-Borreliose-Gesellschaft e. V. hingegen weist diesem Test gerade bei unklarer Serologie eine Schlüsselrolle in der Diagnostik zu.

Nach den vorliegenden Liquorbefunden zu urteilen, hat gemäß den Kriterien der DGN zu keinem Zeitpunkt eine Neuroborreliose bei dem Pat. vorgelegen. Ungeklärt bleibt dabei allerdings der leichte intermittierende Herdbefund im EEG temporal sowie die kleine Gliosenarbe paramedian cerebellär.

Die Fallgeschichte unseres Patienten soll aber auch auf einen anderen Aspekt hinweisen: Wie sehr die Angst, an einer psychiatrischen Erkrankung wie der Schizophrenie zu leiden, Patienten an einem nicht stigmatisierten neurologischen Krankheitskonzept festhalten lassen kann. Dies im vorliegenden Fall offenbar so sehr und anscheinend überzeugend, dass Hausarzt

und Psychotherapeut diesem folgten und eine psychiatrische Vorstellung nicht initiierten. Verpasst wurde damit die Chance, die Beschwerden des Patienten als mögliche Prodromi einer schizophrenen Psychose zu erkennen.

Die Borreliose ist eine häufige Erkrankung und noch häufiger findet sich eine asymptomatische Serokonversion nach Infektion. Die Schizophrenie ist eine psychiatrische Störung mit einer Inzidenz von etwa 0,1/1000. Sie manifestiert sich bevorzugt bei jungen Erwachsenen (bei Männern im Alter von 20 bis 25 Jahren, bei Frauen von 25 bis 30 Jahren), wobei eine bis zu fünfjährige Phase mit zunächst unspezifischen Symptomen vorangeht. Natürlich könnte eine kausale Beziehung zwischen einer durchgemachten Borreliose und einer zunächst unspezifischen Prodromalsymptomatik bestehen, sehr viel häufiger wird jedoch die zufällige Koexistenz sein.

Sicher ist allgemein zu empfehlen, dass selbst dann, wenn eine neurologische Erkrankung diagnostiziert wird, bei psychiatrischen Symptomen auch eine psychiatrische Vorstellung erfolgt.

„Post-Lyme-Disease-Syndrom“ – Stellungnahme der DGN

Die Leitlinien der DGN weisen auf die kontroverse Diskussion um die Bedeutung chronischer unspezifischer Beschwerden (Chronic fatigue, fibromyalgieartige Beschwerden) bei positiver Borrelienserologie hin. Selbst wenn in der Anamnese keine eindeutige akute Borreliose eruierbar sei, werde vielfach eine „chronische Lyme-Borreliose mit unspezifischen Beschwerden“ angenommen, unter der Vorstellung, dass die akute Borreliose inapparent verlaufen sei. Eine teilweise unsachliche Berichterstattung habe, so die DGN, zu einer weit verbreiteten Angst davor geführt, dass die Lyme-Borreliose zu chronischen Schmerzen, Depression, Müdigkeit und Konzentrationsstörungen auch ohne typische neurologische Lyme-Borreliose-Symptome führen könnte. Aus dieser Angst heraus seien vermehrt serologische Untersuchungen als Screening-Tests bei Patienten mit weit verbreiteten unspezifischen Beschwerden eingesetzt worden. Dies habe angesichts der hohen Seroprävalenz in Endemiegebieten zu einer entsprechend häufigen Diagnose und Behandlung einer vermeintlichen „chronischen Lyme-Borreliose mit unspezifischen Beschwerden“ geführt. Die DGN weist darauf hin, dass klinische Verlaufsuntersuchungen und epidemiologische Studien aber zeigten, dass die genannten unspezifischen Beschwerden nach einer Lyme-Borreliose nicht häufiger auftreten als bei Kontrollpersonen oder nach anderen Erkrankungen.

Die Empfehlung der DGN lautet: „Bei einem vermeintlichen Post-Lyme-Disease-Syndrom oder bei Verdacht auf eine chronische Lyme-Borreliose mit unspezifischen Beschwerden sollte in erster Linie eine ausführliche Differenzialdiagnostik erfolgen (depressive Störung, Autoimmunerkrankung, chronische Infektion anderer Ätiologie, andere internistische chronische Erkrankung, Alkohol-/Drogenabusus).“

Zudem sollte immer nicht nur eine neurologische oder allgemein-internistische Genese einer unspezifischen psychiatrischen Symptomatik sondern auch eine psychiatrische Genese unspezifischer somatischer bzw. pseudo-neurologischer Symptome bedacht werden.

Mit Blick auf die Problematik des Festhaltens an einer Labor- und Apparatemedizin angesichts unspezifischer psychovegetativer Symptome und Beschwerden, wie sie auch unser Patient zu Anfang gezeigt hatte, ist einem kürzlich erschienen neurologischen Editorial zuzustimmen: „Es ist an der Zeit, dass die wirklich relevanten Leistungen der ärztlichen Versorgung wie ärztliches differential-diagnostisches und -therapeutisches Denken und Gespräch wieder in den Vordergrund gerückt werden.“ [Gerlhoff 2010]. □

LITERATUR

bei den Verfassern

Dr. med. Lara Rzesnitzek,

Prof. Dr. med. Malek Bajbouj

Klinik und Hochschulambulanz für

Psychiatrie und Psychotherapie, Charité –

Campus Benjamin Franklin, Berlin

E-Mail: lara.rzesnitzek@charite.de

Lösungen

Lösungen: 1abcde; 2abc; 3abcde; 4e

zu 1: Symptombilder mit gleichzeitigem Vorliegen von Wahn und akustischen Halluzinationen sind sowohl bei der Encephalomyelitis disseminata als auch bei Hirntumoren beschrieben. Im Rahmen einer Depression können psychotische Symptome wie insbesondere Verarmungs- und Versündigungswahn oder Leibhalluzinationen auftreten. Bei Sehstörungen ist etwa das „Bonnet-Syndrom“ beschrieben, bei dem es zu Pseudohalluzinationen kommt, deren Trugcharakter dem Patienten aber einsichtig ist. Unter Cannabiskonsum kann es zu sogenannten drogeninduzierten Psychosen kommen, deren Verlauf selbstlimitierend ist. Darüberhinaus scheint Cannabiskonsum zur Erstmanifestation einer Schizophrenie beitragen zu können.

Zu 2: Die Sensitivität des Erregernachweises im Liquor mittels Kultur oder PCR bei der akuten Neuroborreliose wird mit nur 10 bis 30 Prozent angegeben. Die Methode sollte deshalb nur in Ausnahmefällen, wie etwa bei Immunsuppression Anwendung finden. Ceftriaxon gilt als Mittel der Wahl dank seiner guten Liquor- und Gewebegängigkeit. Ein Unterschied im Behandlungserfolg zwischen der einmal täglichen i.v. Gabe von Ceftriaxon und einer oralen Einnahme von Doxycyclin zeigte sich aber in einer diesbezüglichen Metaanalyse acht europäischer Studien mit mehr als 300 Patienten insgesamt nicht (vgl. Kaiser 2010).

Zu 3: Das Prodromalstadium einer Schizophrenie kann bis über fünf Jahre hinweg einer Depression sehr ähnlich sehen.

Zu 4: Viele Kliniken bieten spezifische Früherkennungsprogramme und Therapien an, deshalb sollte wenn irgend möglich immer als erstes eine Vorstellung in der Poliklinik einer psychiatrischen Klinik erfolgen, die dann hinsichtlich der weiteren Differenzial- und Ausschlussdiagnostik sowie der Therapie berät oder gegebenenfalls diese zu übernehmen anbieten kann.

Anzeige

