

Das maligne neuroleptische Syndrom (MNS)

Short Info zur Diagnostik und Behandlung

Diagnostik nach DSM-5:

1. Symptome treten unter Therapie mit Dopamin-Antagonisten auf (Gabe innerhalb von 72h vor ersten MNS-Symptomen)
2. Symptome:
 - a. Rigor
 - b. Hyperthermie
 - c. Diaphoresis
 - d. Dysphagie
 - e. Tremor
 - f. Inkontinenz
 - g. Bewusstseinsveränderungen
 - h. Mutismus
 - i. Tachykardie
 - j. Erhöhter oder schwankender Blutdruck
 - k. **Leukozytose**
 - l. **Laborhinweise** auf eine Muskelschädigung (CK-Erhöhung)
3. Die Symptome sind nicht Folge einer substanzinduzierten Störung, einer neurologischen oder internistischen Erkrankung.
4. Die Symptome können nicht besser durch eine andere psychiatrische Erkrankung erklärt werden (Ausschlussdiagnose).

Abgrenzung von anderen Differenzialdiagnosen essentiell:

Relevante Laborparameter: neben CK-Erhöhung und Leukozytose auch Erhöhung der Transaminasen, der alkalischen Phosphatase sowie metabolische Azidose

Differenzialdiagnose

Beschreibung:

Perniziöse Katatonie
(„katatonisches Dilemma“)

hohe Symptomüberlappung, Hinweise aus Anamnese, psychopathologischen Feinheiten

Zentrales anticholinerges Syndrom

Inhibition des Parasympathikus, Hyperthermie, Mydriasis, Mundtrockenheit, trockene, gerötete Haut, Tachykardie, Obstipation, Harnverhalt, Bewusstseinsstörung

Zentrales Serotonin- Syndrom

massive Serotonin-Erhöhung: neuromuskuläre Übererregbarkeit mit Hyperreflexie, Kloni, Tremor, psychomotorischer Unruhe, Akathisie, Koordinationsstörungen, epileptischen Anfällen, mögliche Bewusstseinsstörungen

Intoxikationen mit Kokain und Amphetaminen

Substanzanamnese, Symptome: u.a. Unruhe, Irritabilität, Insomnie, Tremor, Hyperreflexie, Mydriasis, Flush, Hypertonie, Tachykardie, Herzrhythmusstörungen, Hyperpyrexie, Verwirrtheit, Psychose, Halluzinationen

Akinetische Krise bei Parkinson-Patienten

Plötzliche, akute Verschlechterung der motorischen Symptomatik der Parkinson-Krankheit (extremer Rigor) bis zu vollständiger Akinésie, Dysphagie, eingeschränkte Sprechfähigkeit, Hyperthermie

Malignes Dopamin-Entzugs-syndrom bei M. Parkinson

hohe Symptomüberlappung, Auftreten nach abruptem Absetzen dopaminergischer Medikamente

Risikofaktoren für Entwicklung eines MNS: „CYP2D6-poor metabolizer“, Nichtkaukasische Ethnien (Afrikaner, Asiaten), Behandlung mit hochpotenten Dopamin-D2-Antagonisten, Hohe kumulative Dosen, i.m. oder i.v. Gabe, schnelle Dosiserhöhung, Kombinationstherapie mit Lithium, Antidepressiva, Anticholinergika, Dehydratation, Agitation und Erschöpfung, Positive Eigenanamnese für MNS, Katatonie



Das maligne neuroleptische Syndrom (MNS)

Short Info zur Diagnostik und **Behandlung**

Behandlung richtet sich nach MNS-Stadium

Stadium	Ausprägung	Beschreibung	Allgemeine Maßnahmen	Spezifische Maßnahmen
I	-	Durch Medikamente induzierte parkinsonoide Symptomatik	Reduktion der AP-Dosis Umstellung auf anderes AP	Biperiden p.o. 2-3x tägl. 1-2 mg, bis zu 16 mg/d
II	-	Durch Medikamente induzierte Katatonie		Lorazepam i.m./i.v./p.o. bis 8 mg/d
III	Leichtes MNS	Katatonie, Verwirrtheit, Temperatur < 38 °C, HF < 100/min	Absetzen aller Psychopharmaka (auch Bedarfsmedikation!), insb. aller AP, Monitoring der klinischen Symptomatik, Monitoring der Vitalparameter	Lorazepam i.m./i.v. alle 4-6h bis 8 mg/d Bromocriptin alle 8h bis 15 mg/d ODER Amantadin alle 8h bis 300 mg/d
IV	Mittelgradig schweres MNS	Katatonie, Verwirrtheit, moderater Rigor, Temperatur 38-40 °C, HF 100-120/min	Absetzen aller Psychopharmaka (auch Bedarfsmedikation!), insb. aller AP, i.v. Flüssigkeitssubstitution, Kühlung	Zusätzlich zu Therapie wie Stadium III: EKT
V	Schwer ausgeprägtes MNS	Katatonie, Verwirrtheit, starker Rigor, Temperatur > 40 °C, HF > 120/min	Wie oben	Zusätzlich zu Therapie wie Stadium III und ggf. EKT bei fehlendem Ansprechen: Dantrolen i.v. bis 10 mg/kg KG/d

AP Antipsychotikum, **EKT** Elektrokonvulsionstherapie

Zusätzliche allgemein-supportive Maßnahmen:

- Substitution von Flüssigkeit bei Dehydratation und Hyperthermie
- Senkung erhöhter Körpertemperatur
- Behandlung eines schwankenden Blutdrucks/Tachykardie
- Behandlung eines MNS als akuter, lebensbedrohlicher Notfall auf (neurologischer) Intensivstation
- MNS nach Absetzen des auslösenden Medikamentes i.d.R. in 7-10 Tagen selbstlimitierend

Fortführung einer antipsychotischen Therapie:

- AP mit anderem Rezeptorprofil, bevorzugt Clozapin
- Vermeiden hochpotenter AP
- Dokumentation der Überlegungen und Patientenaufklärung zum geplanten AP
- Kombinationstherapie vermeiden, v.a. mit Lithium
- „Wartezeit“ vor Neubeginn zwischen 5 Tagen und mehreren Wochen
- Sehr langsame Eindosierung des AP
- Engmaschige klinische Überwachung hinsichtlich erneuter MNS-typischer Symptome

