

Hyperphagie und Hypersomnie

M. E. Liechti, E. Achermann

Eine 65jährige Bäuerin wurde uns zugewiesen wegen zunehmender körperlicher Schwäche, geistiger Schwerfälligkeit und Verlangsamung. Fremdanamnestisch habe die Patientin die währschafte bäuerliche Küche immer geschätzt, in letzter Zeit seien jedoch eigentliche Fress-Attacken aufgetreten, in denen sie bis zu sechs Joghurts hintereinander und grosse Mengen fettiger Speisen verschlinge. So war das Körpergewicht innerhalb von sechs Monaten von 100 kg auf aktuell 115 kg angestiegen. In der gleichen Zeit war es zu vermehrter Vergesslichkeit, Antriebslosigkeit und Tagesmüdigkeit mit zahlreichen Phasen von kurzen Nickerchen gekommen, in denen neu auch lautes Schnarchen aufträte, das durch z.T. längere Atempausen unterbrochen werde. Abgesehen von den aktuellen Beschwerden war die Patientin immer gesund gewesen und hatte sieben Kinder grossgezogen. An operativen Eingriffen ist einzig eine Jahre zurückliegende Hysterektomie zu erwähnen.

Im Status präsentierte sich eine 65jährige, wache, voll orientierte, adipöse Patientin (BMI 41 kg/m²) mit einem Blutdruck von 140/90 mm Hg und einem regelmässigen Puls von 80/min. Bei reinen Herztönen fand sich ein bandförmiges Systolikum über der Herzspitze, kardial war sie kompensiert, pulmonal und abdominal unauffällig. Es bestand eine beidseitige Gonarthrose. Im Habitus fielen eine stammbetonte Fettverteilung und ein leichter Stiernacken auf, im Rachen fanden sich weichteilbedingt enge Verhältnisse. Der neurologische Status war unauffällig.

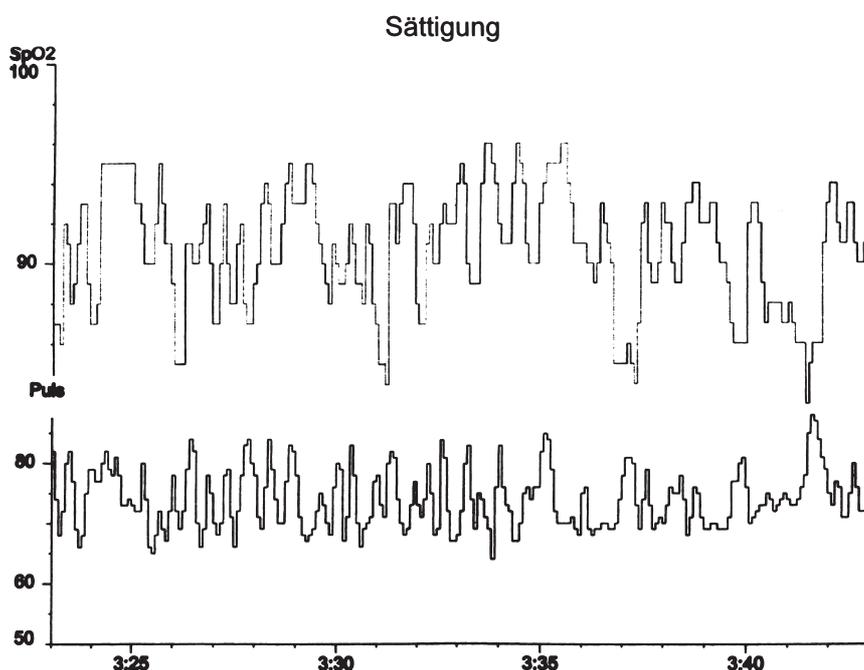
Die Blutuntersuchungen zeigten erhöhte Werte für den Nüchtern-Blutzucker (8,5 mmol/L), das HbA_{1c} (7,6%), das Cholesterin (6,4 mmol/L) und die Triglyceride (3,2 mmol/L). Das Blutbild und das übrige Routinelabor, das EKG und das Thoraxröntgenbild waren unauffällig.

Bei den beiden Hauptsymptomen Antriebslosigkeit und Gewichtszunahme dachten wir an eine Hypothyreose, wogegen jedoch der ausgeprägte Appetit und die regen Muskeleigenreflexe sprachen. Der TSH-Wert lag mit 0,91 mU/L im Sollwertbereich. Der angedeutete Stiernacken und die stammbetonte Adipositas liessen an ein Cushing-Syndrom denken. Der morgendliche Nüchtern-Kortisolwert lag jedoch mit 551 nmol/L im Normbereich, auch liess sich das Kortisol mit 1 mg Dexamethason gut supprimieren (25 nmol/L). Zum Ausschluss einer Akromegalie wurde das IGF-1 bestimmt. Auch dieser Wert war normal. Differentialdiagnostisch dachten wir bei Antriebslosigkeit und grossem Schlafbedürfnis an eine Depression. Die Stimmungslage der Patientin war jedoch ausgeglichen, und es fehlten sonstige, für ein depressives Geschehen typische Begleitscheinungen. Im Mini-Mental-Status erreichte die Patientin 27 von 30 möglichen Punkten, und sie bekundete einzig beim Rückwärtsbuchstabieren eines Wortes Mühe, was die Diagnose einer beginnenden dementiellen Entwicklung zu wenig stützte. Im Epworth-Sleepiness-Score erreichte die Patientin 19 von 24 möglichen Punkten, was bei Schnarchern mit beobachteten Atempausen eine hohe Vortest-Wahrscheinlichkeit für ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom bedeutet. In der nächtlichen Pulsoxymetrie traten pro Stunde durchschnittlich 28 Episoden mit Sauerstoff-Sättigungsabfällen von

Korrespondenz:
Dr. Eva Achermann
Medizinische Klinik
Spital Limmattal
Urdorferstrasse 100
CH-8952 Schlieren

eva.achermann@spital-limmattal.ch

Abbildung 1.
Auszug aus der 24-Stunden-Pulsoxymetrie.
Obere Kurve: Sauerstoff-Sättigung;
Untere Kurve: Pulsrate.



Urininkontinenz, und schliesslich Kopfschmerzen, Erbrechen und Sehstörungen hinzu. Bei progredientem Tumorwachstum entsteht als Folge des zunehmenden Hirndrucks eine Hirnstammschädigung mit Verwirrungszuständen, Schlafsucht und Benommenheit [6]. Rückblickend war die Hyperphagie der Patientin als Ausdruck einer Enthemmung bei Frontal- und Orbitalhirnschädigung zu werten. Der extremen Tagesmüdigkeit lagen wahrscheinlich zwei unterschiedliche Ursachen zugrunde: Einerseits der bifrontal gelegene Hirntumor, andererseits

die schlafassoziierte Atemstörung mit zahlreichen Sauerstoff-Entsättigungen während der Nacht. Die erwähnte Atemstörung führten wir in erster Linie auf ein mit zunehmender Adipositas vergesellschaftetes obstruktives Schlafapnoe-Syndrom zurück. Ob und in welchem Ausmass eine zusätzliche zentrale Atemregulationsstörung, bedingt durch den zunehmenden Druck auf den Hirnstamm, vorlag, lässt sich ohne polysomnographische Untersuchung nicht abschätzen.

Literatur

- 1 Grote L, Ploch T, Heitmann J, Knaack L, Penzel T, Peter JH. Sleep-related breathing disorder is an independent risk factor for systemic hypertension. *Am J Respir Crit Care Med* 1999;160(6):1875–82.
- 2 Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, Coditz G, Liu S, Solomon CG, Willett WC. Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. *N Engl J Med* 2001;342:790–7.
- 3 Roth C, Wilken B, Hanefeld F, Schröter W, Leonhardt U. Hyperphagia in children with craniopharyngioma is associated with hyperleptinaemia and failure in the downregulation of appetite. *Eur J Endocrinol* 1998;138(1):89–91.
- 4 Ito K, Murofushi T, Mizuno M, Semba T. Pediatric brain stem gliomas with the predominant symptom sleep apnea. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1996;37(1):53–64.
- 5 Brazzelli M, Colombo N, Della Sala S, Spinnler H. Sparing and impaired cognitive abilities after bilateral frontal damage. *Cortex* 1994;30(1):27–51.
- 6 Duus P. Neurologisch-topische Diagnostik. Anatomie, Physiologie, Klinik. 6. Auflage, 1995, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, Deutschland.