

Bei Kälteantikörpern ist die Anämie meist nicht sehr ausgeprägt, so dass Transfusionen kaum nötig werden. Im Vergleich zu hämolytischen Anämien bei Wärmeantikörpern sind Steroide bei Kälteantikörpern schlechter wirksam. Auch myelosuppressive Medikamente wie Azathioprin oder Cyclophosphamid sowie eine Splenektomie, welche alle bei Wärmeantikörpern einen gewissen Nutzen zeigen, sind bei Kälteantikörpern wirkungslos. Einzig mit Rituximab gibt es vielversprechende Resultate, wobei weitere Studien noch folgen müssen.

Fazit

- Idiopathische autoimmunhämolytische Anämien vom Kältetyp sind mit 1:1 000 000 sehr selten.
- Viel häufiger sind sie mit malignen Erkrankungen (vor allem aus dem lymphoproliferativen Kreis) assoziiert.
- Richtungsweisend sind die Anamnese, das typische Labor mit Zeichen einer Hämolyse (Erhöhung des Bilirubinwertes, wobei dieser vor allem aus dem unkonjugierten Anteil besteht, sowie Erhöhung des

LDH-Wertes), Erniedrigung des Haptoglobinwertes und eine Retikulozytose bei meist normochrom-normozytärer Anämie mit Mikrosphärozyten im Ausstrich.

- Immnhämatologischer Nachweis und Spezifizierung von Antikörpern sichern die Diagnose.
- Therapieoptionen: v.a. Schutz der Akren vor Kälteexposition.

Verdankung

Wir danken Dr. Jeroen Goede, Oberarzt Hämatologie im Universitäts-Spital Zürich, für seine wertvolle Beratung.

Korrespondenz:

Dr. med. Katharina Mischler
Kantonsspital Glarus
Burgstrasse 99
CH-8750 Glarus
kaemi@gmx.ch

Empfohlene Literatur

- Zeerleder S. Autoimmunhämolytische Anämie – eine diagnostische und therapeutische Herausforderung. Schweiz Med Forum. 2010; 10(37):626–33.

Wahn und sexuelle Enthemmung – warum?

Michael Nörenberg^a, Frank Sahling^b, Magdalena Berkhoff^a

^a Psychiatrische Klinik Zugersee, Zug-Oberwil

^b Krankenhaus Martha-Maria Halle-Dölau, Halle, Deutschland

Fallbeschreibung

Eine 18-jährige Patientin wurde nachts gegen ihren Willen wegen eines «psychotischen» Zustandes eingewiesen, sie selbst gab keine weiteren Auskünfte. Im Befund leichte zeitliche Desorientiertheit und vermindertes Konzentrationsvermögen, im formalen Gedankengang Gedankenabreissen, im Kontakt unsicher und misstrauisch. Ihre Gesichtszüge wirkten maniert, mit Grimassieren und parathymem Lächeln, sie machte stereotype Armbewegungen.

Fremdangaben: Die Mutter berichtete von Veränderungen ihrer Tochter seit etwa einem Jahr. Diese sei vergesslicher geworden und habe sich von Mitschülern abgesondert. Häufige Wutausbrüche mit heftigen Schimpfworten, Türen zuschlagen und Treten auf Gegenstände. Sie habe ihren Bekanntenkreis geändert, begonnen, bei unseriösen Agenturen zu modeln,

und wahllos Kontakte über das Internet gesucht. Die Mutter habe dem Wunsch der damals noch minderjährigen Tochter nach einer eigenen Wohnung entsprochen, aber ihr regelmässig Lebensmittel gebracht und die Wohnung in Ordnung gehalten. Dadurch habe sie Verwahrlosungstendenzen bemerkt, z.B. Essensreste, Unordnung und schmutziges Geschirr. Sie habe die Wohnung immer wieder aufgeräumt, wodurch sich die Tochter aber kontrolliert und beobachtet gefühlt habe. Es seien verschiedene ihr unbekannte Männer in der Wohnung der Tochter ein- und ausgegangen, die Mutter habe fast täglich benutzte Kondome gefunden. Ihre Tochter habe sehr freizügige Kleidung getragen und ihre Oberweite stark betont, z.B. ihre BHs ausstaffiert. Besonders besorgt hätten die Mutter zwei Episoden: Etwa drei Monate vor der Klinikeinweisung sei sie von ihrer Tochter angerufen worden, weil diese sicher war, dass Einbrecher ihre Wohnungstür aufzubrechen

Die Autoren erklären, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag haben.

versuchten. Weder die Mutter noch die Polizei konnten jedoch Einbruchsspuren entdecken, auch die Nachbarn hätten nichts bemerkt. In einer anderen Situation habe die Patientin im Haus der Mutter einen Bekannten getroffen, diesen mit starren Augen angesehen, Angst geäußert und die Polizei gerufen. Den Polizisten seien ihre stark erweiterten Pupillen aufgefallen, der daraufhin durchgeführte Drogentest war positiv auf Amphetamine. Rückblickend seien der Mutter schon zuvor öfter erweiterte Pupillen bei ihrer Tochter aufgefallen. Schliesslich habe ihre Tochter Bargeld verlangt, das monatliche Taschengeld von 300 Franken sei bereits nach drei Tagen aufgebraucht. Die Lehrer berichteten einen deutlichen Leistungsknick und Ängstlichkeit.

Familienanamnestisch ist beim Bruder der Patientin eine psychotische Störung durch Konsum psychotroper Substanzen, differentialdiagnostisch Schizophrenie, bekannt.

Somatische Abklärungen: unauffälliges Schädel-MRI, Laborwerte inkl. HIV-Serologie unauffällig, Drogen-Screening bei Eintritt und folgend negativ.

Im stationären *Verlauf* erhielt die Patientin ein atypisches Neuroleptikum (Olanzapin), hierunter konnte sie an den Therapien teilnehmen. Ein vertiefter emotionaler Kontakt oder detailliertere Auskunftserteilung wurde nicht erreicht. Probatorisch wurde nach vier Wochen das Olanzapin stufenweise abgesetzt, was zu einer Zustandsverschlechterung führte: verstärktes, situationsinadäquates parathymes Lachen, veränderte Kleidungswahl mit sexuell aufreizendem Auftreten und teilweisem Entblößen. Leichte Zunahme von formalen Denkstörungen. Nach Wiederbeginn mit der Medikation kam es zu einer Stabilisierung, die Patientin wurde in ein begleitetes Wohnen entlassen.

Kommentar

Die beiden von der Mutter geschilderten Episoden sprechen für eine sog. «Amphetamin-Paranoia». Hierbei kommt es zur Symptomentwicklung in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit dem Konsum, d.h. einer Intoxikationspsychose [1]. Die Symptomatik kann bereits bei vereinzelt Konsum auftreten und klingt nach einigen Stunden ab. Die geweiteten Pupillen als Ausdruck der sympathomimetischen Stimulation sind typisch, die Diagnose wurde durch den Amphetamin-nachweis im Urin bestätigt.

Wie ist jedoch die übrige Symptomatik zu erklären? Unter Amphetamin-konsum kann es zu einer erheblichen Libidosteigerung kommen. Amphetamine bzw. ihre Derivate können vermehrt Dopamin in den synaptischen Spalt freisetzen, hemmen die Wiederaufnahme biogener Amine an der präsynaptischen Membran sowie über Hemmung der Monoaminoxidase deren Abbau [2]. Diese gleichzeitige vermehrte Ausschüttung, Wiederaufnahmehemmung und Abbauehemmung sind zwar

für die verschiedenen biogenen Amine unterschiedlich, gesamthaft kommt es jedoch zu hohen Konzentrationen von Serotonin, Dopamin, Adrenalin und Noradrenalin. Für die Libidosteigerung werden vorwiegend die beiden Letztgenannten verantwortlich gemacht.

Die Patientin schien jedoch eine über die Libidosteigerung und die beiden halluzinatorischen Ereignisse hinausgehende Symptomatik zu zeigen, die sich unter Gabe eines Neuroleptikums besserte und nach Absetzen wieder akzentuierte. Der Drogenurin war zu dieser Zeit seit vier Wochen negativ.

Bei Amphetaminabhängigen findet sich epidemiologisch eine hohe Komorbiditätsrate mit schizophrenen Störungen, diese wird mit bis zu 25% angegeben [3]. Die Symptome einer amphetamininduzierten Psychose klingen unter Abstinenz und Neuroleptikagabe meist innerhalb von 7 bis 10 Tagen ab, manchmal erst nach Wochen oder Monaten [3]. Hingegen bestehen bei einer komorbiden psychotischen Störung die Symptome länger, trotz kontrollierter Abstinenz. Für das Vorliegen einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis sprechen die mögliche Prodromalphase und der Symptomenkomplex aus flacher, unpassender Stimmung, Änderung des persönlichen Erscheinungsbildes, der zunehmenden Selbstversunkenheit und den Manierismen sowie dem ziel- und verantwortungslos erscheinenden Verhalten: Dies wären Symptome auch einer hebephrenen Schizophrenie. Das Alter bei Erstmanifestation ist meist zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr. Interessanterweise wurde beim Bruder der Patientin eine analoge Diagnose bzw. Differentialdiagnose gestellt.

Zusammenfassend kann eine amphetamininduzierte Intoxikationspsychose (F15.04) diagnostiziert werden. Eine zusätzliche Komorbidität mit einer hebephrenen Schizophrenie (F20.1) ist zu berücksichtigen, diese schwerwiegende Diagnose sollte jedoch erst nach weiterer Verlaufsbeobachtung unter Drogenabstinenz gestellt werden. Nach ICD-10-Definition bildet sich eine drogeninduzierte Psychose innerhalb von sechs Monaten typischerweise vollständig zurück.

Korrespondenz:

Dr. med. Magdalena Maria Berkhoff
Psychiatrische Klinik Zugersee
Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie
CH-6317 Oberwil
magdalena.berkhoff@pkzs.ch

Literatur

- Gouzoulis-Mayfrank, E. Störungen durch Amphetamine und Ecstasy. In: Voderholzer U, Hohagen F (Hrsg.), Therapie psychischer Erkrankungen 2010/11,39–41.
- Bodmer M, Nemeč M, Scoler A, Bingisser R. Intoxikationen mit Amphetaminen: Bedeutung für die Notfallmedizin. Schweiz Med Forum. 2008;8(30–31):534–8.
- Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene 2004. In: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF-online). www.uni-duesseldorf.de/AWMF.