

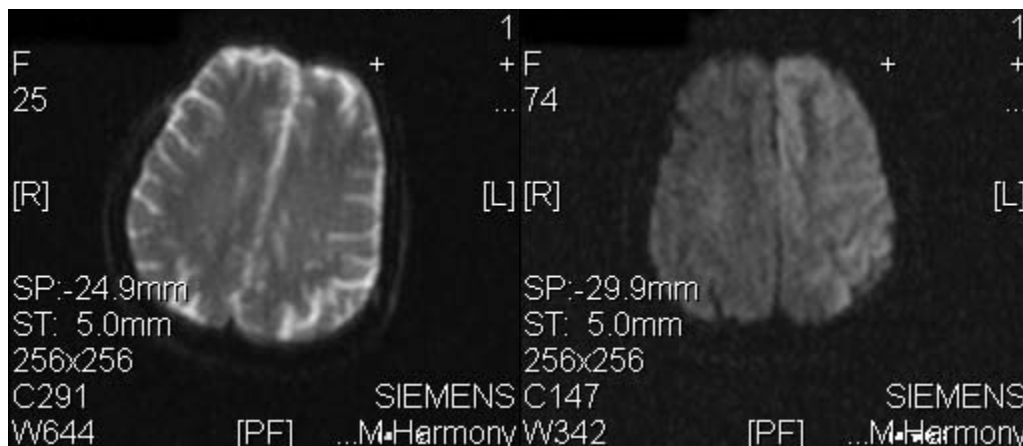
Der interessante neurologische Fall

Fall Nr. 12: Schlaganfall, raumfordernder ischämischer Hirninfarkt, ACI-Verschluss

Bei der 51-j. Frau waren anamnestisch Herzrhythmusstörungen bekannt. Ohne Prodromi war sie zuhause zusammengebrochen, auf dem Boden liegend aufgefunden und nach 3 Stunden durch den Notarzt in die Klinik gebracht worden.

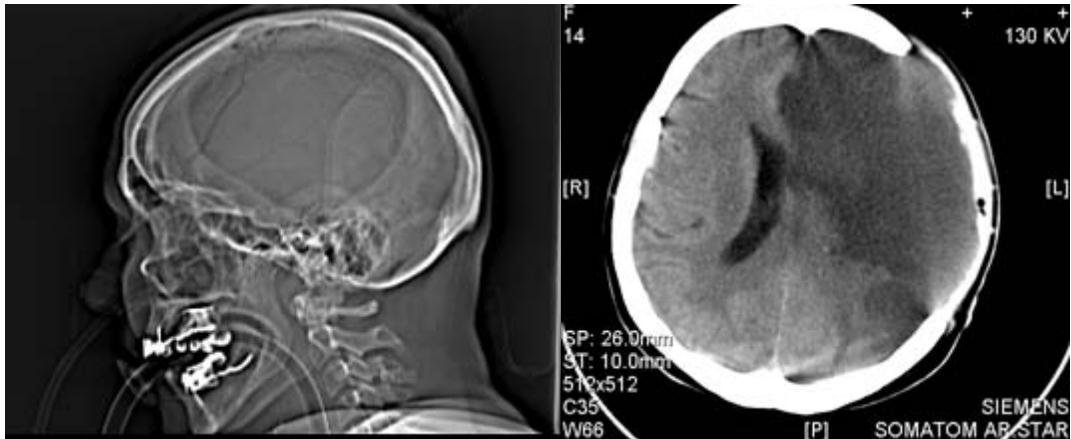
Bei der körperlichen Untersuchung fand sich eine absolute Arrhythmie bei sonst regelrechtem Status. Psychopathologisch war die Patientin wach, konnte aber infolge einer schweren Aphasie nicht aktiv kommunizieren. Bei der neurologischen Untersuchung bot sie neben einer facialis zentralen Parese eine hochgradige pseudoschlaffe Parese des rechten Arms. Sie konnte den Kopf und Blick problemlos über die Mittellinie führen und wies keine Beinparese auf.

In der sofort durchgeführten kernspintomographischen Untersuchung wurde zunächst mittels einer Häm-Sequenz eine Blutung ausgeschlossen.



In der transversalen T2-gewichteten Sequenz zeigten sich initial keine Auffälligkeiten. In der anschließend durchgeführten diffusionsgewichteten Sequenz (DWI) erkennt man sowohl im ACA- wie auch in ACM-Stromgebiet links eine flächige Hyperintensität im Sinne einer Diffusionsstörung. Der ADC war vermindert.

Es entwickelte sich ein raumfordernder ACM- und ACA-Infarkt, weshalb die Indikation zur Trepanation gestellt wurde. Zur Hirndrucksenkung wurde die Patientin noch nachbeatmet. Am dritten postoperativen Tag wurde eine computertomographische Kontrolle durchgeführt.



In dem Scoutscan erkennt man gut das Ausmaß der großzügigen Trepanation; indess zeigt sich in den transversalen Sequenzen eine komplette Infarzierung des vorderen Stromgebietes mit Mittellinienverlagerung, die die Trepanation nicht verhindern konnte.

Neurologisch war die Patientin comatös, globalaphasisch und hemiplegisch. Nach Abschluß der Frührehabilitation war die Patientin wach und konnte mit einem Sicherheitsgurt in einem Rollstuhl mobilisiert werden.

Ein Jahr nach dem Ereignis wurde die Patientin erneut in der Sprechstunde vorgestellt.

Neurologisch war sie rechtsseitig hemiplegisch mit deutlichem spastischen Tonus, globalaphasisch und konnte sich ihrer Umwelt nicht verständlich machen. Ein aktiver Transfer war nicht möglich und sie war in nahezu allen Bereichen des AdL auf die Hilfe ihres Mannes und ihrer Tochter angewiesen.

Bad Zwesten, Dezember 2004

Eckardt/Gerlach