

## Der interessante neurologische Fall

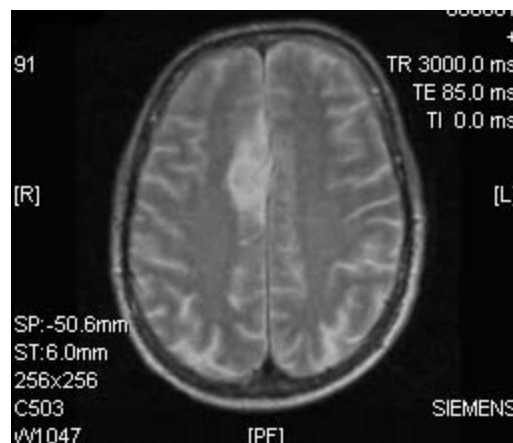
### Fall Nr. 13: Schlaganfall, ischämischer Hirninfarkt, A. cerebri anterior Infarkt

Anamnestisch berichtet der 55j. Patient, am Vortag unter Kopfschmerzen gelitten zu haben. Am heutigen Tage sei ihm aufgefallen, daß das Gehen unsicherer geworden sei, er Sprechstörungen und eine linksseitige Gesichtslähmung entwickelt habe. Fremdanamnestisch eruiert war, daß er motorisch unruhig und verwirrt sei, sich wie ein Roboter bewegt und bisweilen vor sich hin gestarrt habe; an Risikofaktoren ist ein arterieller Hypertonus bekannt. Bei der körperlichen Untersuchung finden sich hypertensive Blutdruckwerte ( 190 / 110 mmHg ).

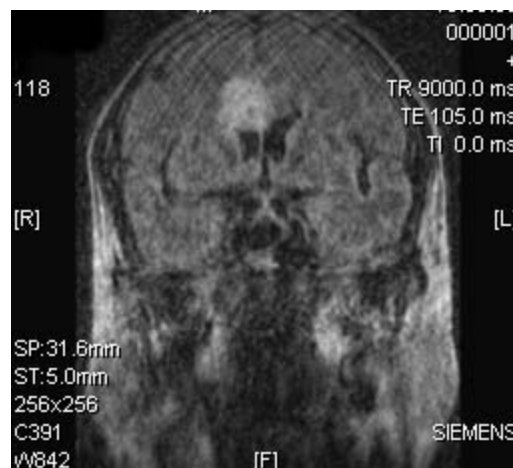
Neurologisch findet sich neben einer zentralen fazialen Parese links eine beinbetonte spastische Hemiparese links, eine Dysarthrie und eine deutliche konstruktive Apraxie. Psychopathologisch war der Patient hinreichend orientiert, bagatellierte aber seine Defizite. Daneben zeigte er eine psychomotorische Unruhe und war rasch erschöpfbar.

Neurosonographisch fanden sich unauffällige Verhältnisse der supraaortalen extra- und intracraniellen Gefäße

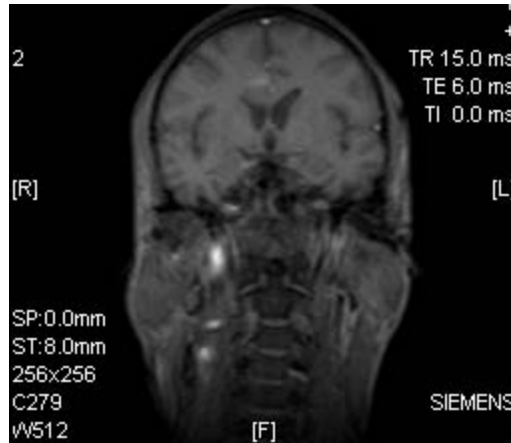
Im transthorakalen und transösophagealen Echocardiogramm fanden sich keine Pathologica. Elektroencephalographisch zeigte sich eine schwere rechtsseitige frontale Funktionsstörung mit Übergreifen auf die kontralaterale Seite.



In der kernspintomographischen Untersuchung zeigt sich in den protonendichte-gewichteten transversalen Sequenzen im Bereich der rechten Mantelkante präcentral eine ausgedehnte Hyperintensität.



In der kernspintomographischen Untersuchung zeigt sich in den FLAIR- Sequenzen in coronarer Schnitfführung bei erheblichen Bewegungsartefakten im Bereich des Versorgungsgebietes der Arteria pericallosa aus der Arteria cerebri anterior eine ausgedehnte Hyperintensität.



In der kernspintomographischen Untersuchung zeigt sich in den T1-gewichteten kontrastmittelunterstützten coronaren Sequenzen im Bereich der rechten Mantelkante eine kleine Hyperintensität.



In der kernspintomographischen Untersuchung zeigt sich in den T1-gewichteten kontrastmittelunterstützten sagittalen Sequenzen im Bereich der rechten Mantelkante eine kleine Hyperintensität.



In der kernspinaangiographischen Untersuchung zeigt sich im A2-Abschnitt der ACA rechts abrupt ein fehlendes Flußphänomen, sodaß von einer hochgradigen Stenose oder einem Verschuß ausgegangen werden muß.

Nach Sicherung der Diagnose eines Infarktes der A. pericallosa ( ACA-Infarkt ) wurde eine intensivmedizinische Behandlung eingeleitet. Bei Verlegung zur neurologischen Rehabilitation war die Hemiparese nur noch subklinisch nachweisbar, psychopathologisch war die Kritikfähigkeit wieder gegeben, einzig war der Patient noch psychomotorisch verlangsamt. Im weiteren entwickelte sich eine symptomatische fokale Epilepsie.

Bad Zwesten, Dezember 2004  
Eckardt/Gerlach