

## **Der interessante neurologische Fall**

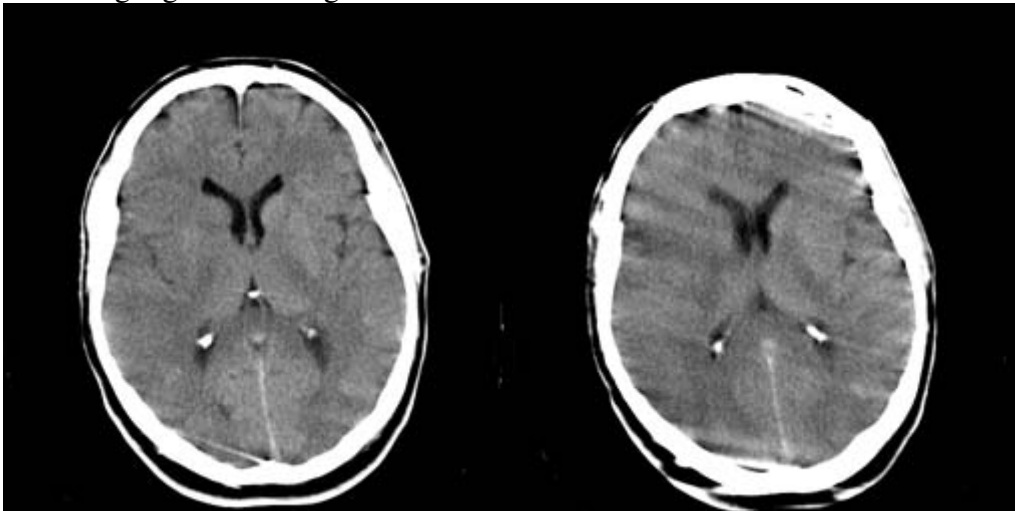
### **Fall Nr. 15: Schlaganfall, ischämischer Hirninfarkt, raumfordernder ACM-Infarkt**

Gegen 7.20 Uhr war der 46j. Patient bei der Morgentoilette zusammengebrochen und entwickelte eine durchgehende Halbseitenlähmung links verbunden mit einer Sprachstörung. Der Notarzt wies ihn eine Stunde später in unsere Neurologische Klinik ein. An cardiovasculären Risikofaktoren war ein arterieller Hypertonus und ein bis vor zwei Jahren bestehender Nicotinabusus bekannt.

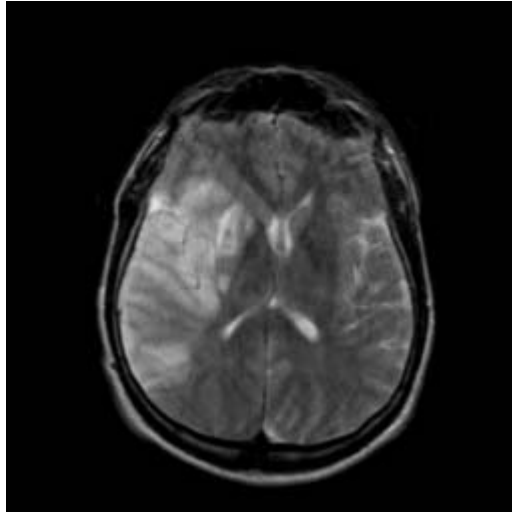
Bei der körperlichen Untersuchung fanden sich keine Auffälligkeiten. Neuropsychologisch war der Patient somnolent und wies eine globale Aphasie mit vorwiegenden Wernicke-Anteilen auf. Bei dem Linkshänder fand sich bei sonst regelrechtem Hirnnervenstatus eine diskrete faciale Parese links sowie eine durchgehende pseudoschlaffe Hemiparese ipsilateral, wobei der Arm funktionell plegisch war und das Bein auf Schmerzreize nur kurzzeitig von der Unterlage abgehoben werden konnte.

Neurosonographisch fanden sich keine atheromatösen Veränderungen der supraarotalen extracraniellen Gefäße. Im transcraniellen Duplex fand sich auch nach Kontrastmittelgabe ein fehlender Flash im ACM-Stromgebiet als Hinweis auf eine ACM-Verschluß.

Elektrocardiographisch fand sich ein Linkslagetyp mit regelrechtem Sinusrhythmus und ungestörter Erregungsausbreitung.



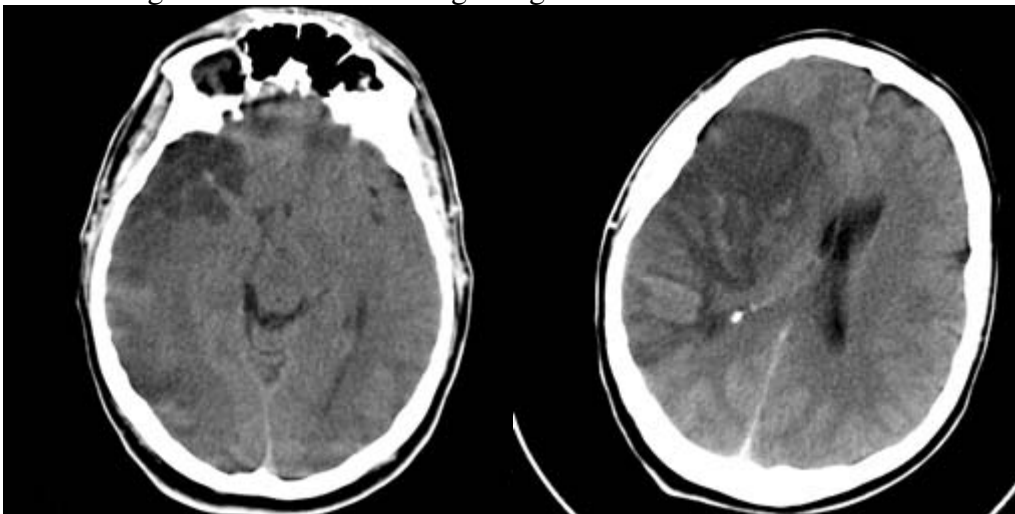
In der initialen nativen Computertomographie erkennt man einen fehlenden corticomedullären Reflex auf der rechten Seite des ACM-Stromgebietes; die Sylvische Furche ist im Seitenvergleich hier verschmälert. In der darüberliegenden Schicht erkennt man eine flauere Hypodensität, die nahezu das gesamte Versorgungsgebiet der ACM rechts einnimmt. In Anbetracht des ausgedehnten Infarktes war eine Lysetherapie kontraindiziert und es wurde ein konservatives Vorgehen festgesetzt. Vorsorglich wurde der Neurochirurg verständigt, daß ein maligner Mediainfarkt drohe. Am Folgetag wurde bei zunehmender Somnolenz eine weitere Bildgebung veranlaßt.



In den transversalen T2-gewichteten Sequenzen stellt sich die ausgedehnte Infarzierung unter teilweisem Einschluß der Stammganglien dar.

Unter intensivmedizinischer Behandlung stabilisierte sich der Patient zunächst, wurde wach und war zu einem kräftigen Faustschluß links fähig. Die Kommunikationsfähigkeit stieg an, sodaß der Patient teilweise über Schriftsprache kommunizieren konnte.

Am dritten Krankheitstag hatte sich der Patient weiter verschlechtert. Zwischenzeitlich war eine durchgehende Hemiplegie aufgetreten, eine Blick- und Kopfwendung nach rechts und eine soporöse Bewusstseinslage. Bei vegetativer Entgleisung mit Hypertension und Bradycardien erfolgte eine neuerliche Bildgebung.

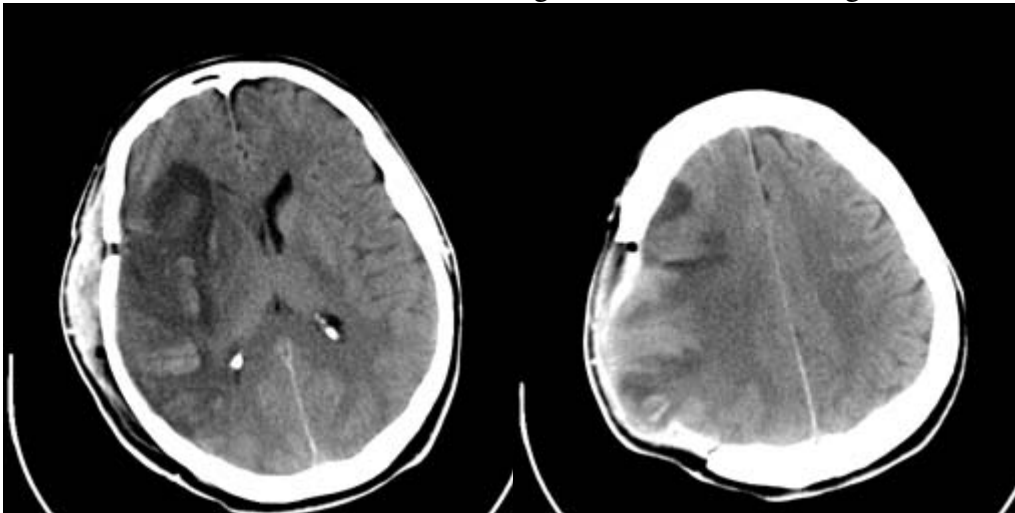


In der nativen Computertomographie zeigte sich eine ausgedehnte Hypodensität im gesamten ACM-Stromgebiet der rechten Seite mit raumforderndem mittellinienverlagerndem Charakter sowie flächige Hyperintensitäten im Sinne von blutigen Imbibierungen.

Zur großflächigen Trepanation wurde der Patient in Notarztbegleitung in die Neurochirurgie verlegt. Unter intensivmedizinischer Beobachtung stabilisierte sich der Patient und wurde am Folgetag operiert; es wurde eine Entlastungskraniektomie rechts temporoparietal und Duraerweiterungsplastik durchgeführt.

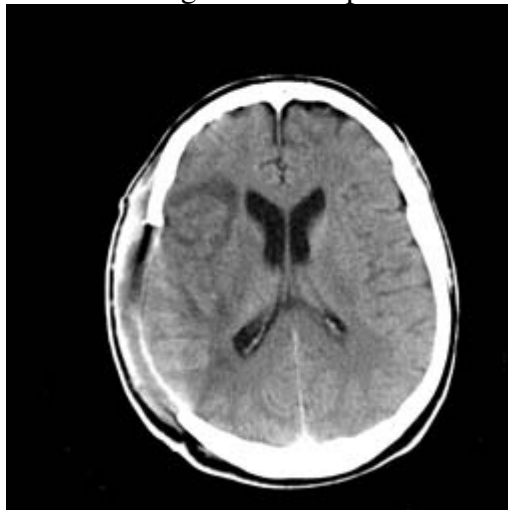


Postoperativ am 2.Tag wurde eine native Computertomographie durchgeführt. In dem Übersichtsscan erkennt man den Knochendefekt gut in seiner Ausdehnung.



In der computertomographischen Darstellung zeigt sich die Mittellinie nur noch wenig verlagert, das Ventrikelsystem ist aber noch deutlich komprimiert. Diese Entlastung erfolgte durch Herniation des geschwollenen Gehirns durch den Knochendefekt.

In der Neurochirurgie wurde eine Frührehabilitation eingeleitet. Dort fand sich in der transösopagialen Echocardiographie keine sichere cardioembolische Quelle und der Patient zur weiteren neurologische Rehabilitation verlegt. Bei Verlegung bestanden neben einer Hemiparese links noch deutliche kognitive und sprachliche Defizite.



In der computertomographischen Untersuchung erkennt man noch gut die Herniation des Gehirns durch den Knochendefekt, durch Abnahme des Ödems stellte sich nun das Ventrikelsystem entfaltet dar.

Nach Abschluß der neurologischen Rehabilitation wies der Patient noch eine subklinische Hemiparese links auf, die ihn bei der Verrichtung von Tätigkeiten des alltäglichen Lebens nicht mehr behinderte. Er zeigte ein ausgeprägtes Sozialverhalten, brachte behinderte Patienten in ihren Rollstühlen zu ihren Behandlungen, neuropsychologisch hatten sich die Störungen auf ein pseudoneurasthenisches Niveau zurück gebildet. Bei Entlassung bestand noch eine amnestische Aphasie mit gelegentlichen Wernickeanteilen, die zum Entlassungszeitpunkt eine berufliche Reintegration nicht erlaubten.

Bad Zwesten, Dezember 2004

Eckardt/Gerlach