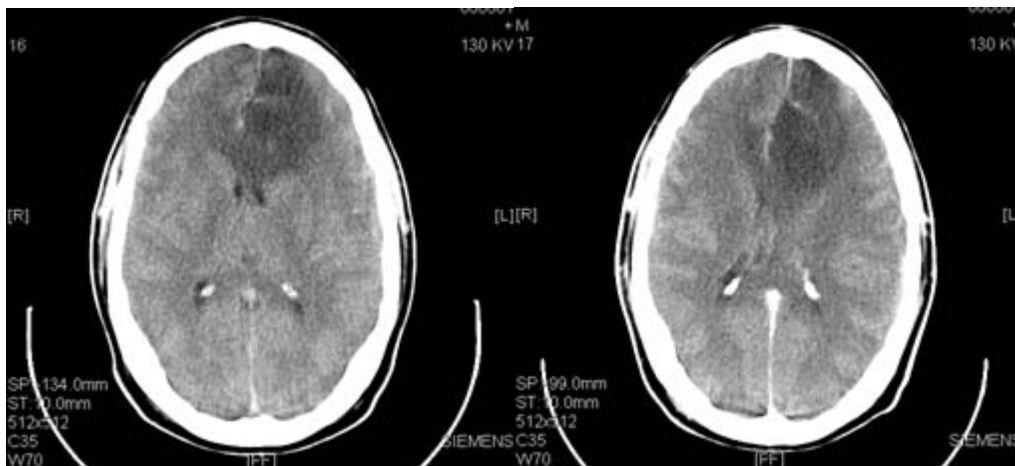


## Der interessante neurologische Fall Fall Nr. 16: Astrozytom II, fokale Epilepsie

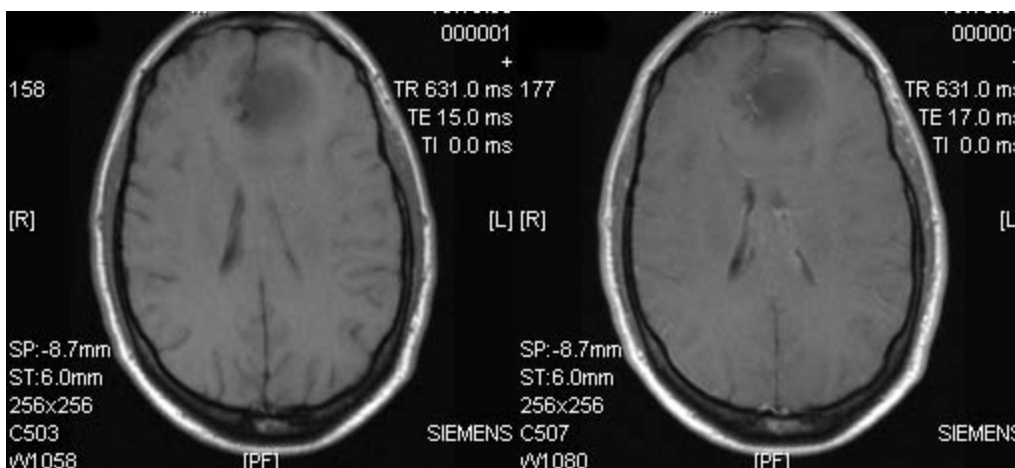
Vier Tage vor der Aufnahme in unsere Neurologische Klinik bemerkte der 33 jährige Heizungsinstallateur bei der Heimreise während der Autofahrt ein rhythmisches Zucken in der rechten Hand, welches für eine halbe Minute anhielt, und sich nach 10 und 15 Minuten wiederholte. Seit dieser Zeit litt er unter einem diffusen, dumpf drückenden Kopfschmerz, verbunden mit Übelkeit. Vom Hausarzt wurde er in eine Innere Abteilung eingeliefert. In der Computertomographie stellte sich angeblich ein raumfordernder Arteria cerebri anterior-Infarkt links dar. Zur weiteren Behandlung wurde er in unsere Klinik überwiesen.

Bei der körperlichen wie neurologischen Untersuchung konnten keine Pathologica verifiziert werden. Psychopathologisch wirkte der Patient euphorisch, bagatellisierend und deutlich kritikgemindert. Auffassung, Konzentration und mnestiche Leistungsfähigkeit waren leicht reduziert. Neurosonographisch stellten sich die extra- und intracraniellen Gefäße unauffällig dar ; über der ACA links war ein guter Fluß nachweisbar. Indess zeigte sich elektroencephalographisch eine deutliche frontotemporocentrale Funktionsstörung.

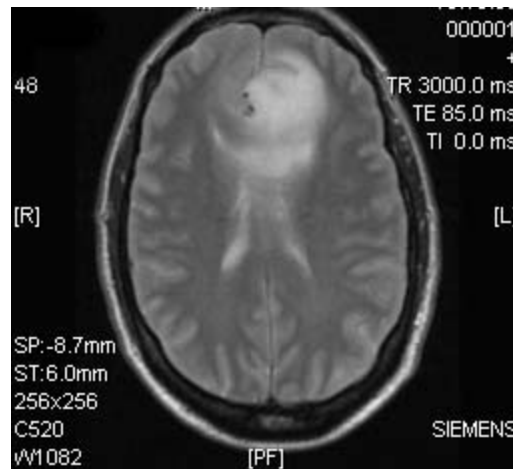


In der nativen computertomographischen Untersuchung zeigt sich eine flächige, links frontale Hypodensität mit lokalen Raumforderungszeichen. Verkalkungen sind nicht nachweisbar. In der KM-gestützten computertomographischen Untersuchung zeigt sich eine nur fragliche geringe Kontrastmittelaufnahme im Randbereich. Daneben ist eine kleine Hyperdensität rechts frontal nachweisbar.

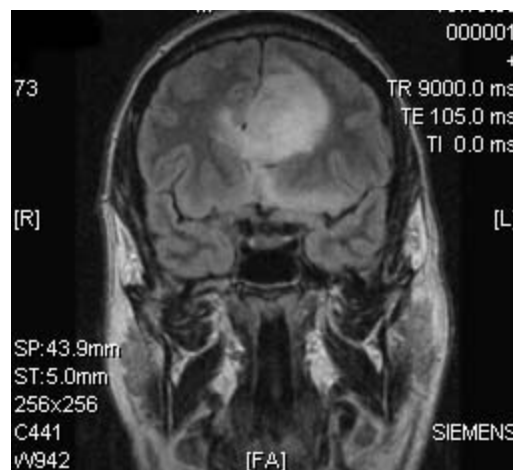
Da in nachfolgender Ansicht der Computertomographie Zweifel an der Diagnose aufkamen, wurde eine Kernspintomographie veranlasst.



In der T1-gewichteten transversalen Sequenz läßt sich eine links frontale Hypointensität nachweisen, die bis über die Mittellinie reicht. In der T1-gewichteten transversalen Sequenz nach Kontrastmittelgabe findet sich wiederum kein wesentliches Enhancement.



In der T2-gewichteten transversalen Sequenz findet sich wiederum die linksfrontale Hyperintensität, die die Mittellinie überschreitet.



In der FLAIR-gewichteten coronaren Sequenz stellt sich der lokal raumfordernde Charakter der Struktur deutlich dar. Aber auch frontobasal zieht sich lamellenförmig ein hyperintenser Ausläufer aus.

Da während der stationären Beobachtung wiederholt einfach fokale Anfälle auftraten, wurde eine symptomatische Therapie mit Carbamazepin eingeleitet, bei dem fehlenden Begleitödem wurde auf eine Steroidgabe verzichtet. Unter dem Verdacht eines Astrocytom Grad II wurde der Patient zur stereotaktischen Biopsie und weiteren onkologischen Behandlung in die Universität verlegt; histologisch bestätigte sich das Astrozytom II und der Patient wurde für eine Radiatio vorgesehen.

Bad Zwesten, Dezember 2004  
Eckardt/Gerlach