

## Der interessante neurologische Fall

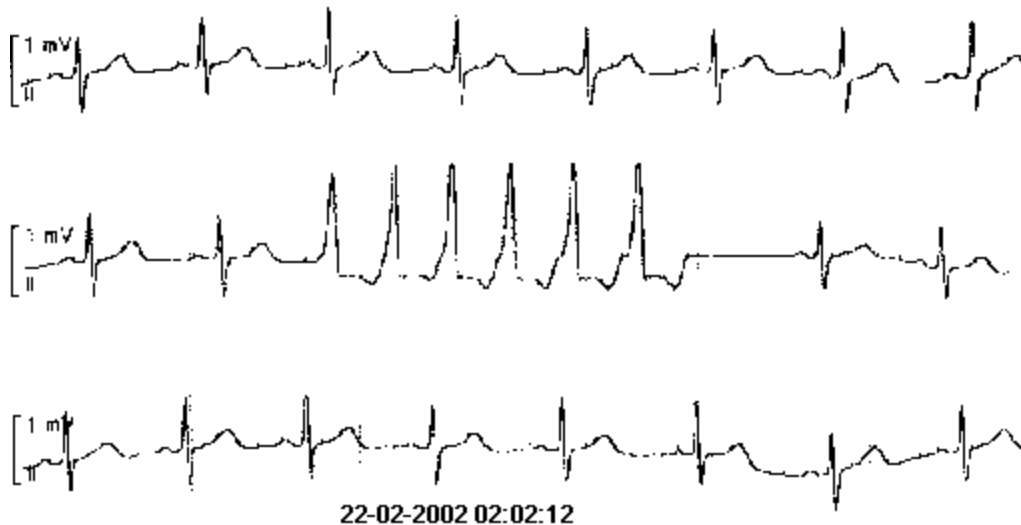
### Fall Nr. 5: Guillain-Barre-Syndrom, autonome Mitbeteiligung

Ein 60 j. Mann kommt zur Aufnahme in unsere Neurologische Klinik und gibt an, seit circa einem Monat unter Dysaesthesien der Fingerspitzen zu leiden, die sich nach zwei Tagen auf die Zehenspitzen ausgedehnt hätten. Im weiteren Verlauf seien die Missempfindungen aufgestiegen, von den Füßen bis mittlerweile zu den Oberschenkelmitten, von den Händen bis zum Handgelenksbereich. Daneben bestünde eine generalisierte, distal betonte Muskelschwäche, die jetzt das Laufen sehr erschwert hätten.

Bei der **körperlichen Untersuchungen** finden sich wie **psychopathologisch** keine Auffälligkeiten. **Neurologisch** zeigt sich ein regelrechter Hirnnervenstatus. Es besteht eine motorische schlaffe Tetraparese mit erloschenen Muskeleigenreflexen. Die Oberflächensensibilität ist handschuh- und strumpfförmig an den Extremitäten vermindert, die Tiefensensibilität an den unteren Extremitäten deutlich, an den oberen Extremitäten beginnend erloschen.

**Liquordiagnostisch** zeigte sich eine typische zytoalbuminäre Dissoziation mit normaler Zellzahl und einem Gesamteiweiß von 122 mg % ohne auchtochtone Immunglobulinsynthese.

**Elektro-neurographisch** waren initial die F-Wellen rarefiziert, verlängert bzw. nicht mehr nachweisbar und die distalen motorischen Latenzen mäßig verlangsamt. In der zunächst täglichen **Lungenfunktionsprüfung** fand sich kein Hinweis auf eine restriktive oder obstruktive Lungenfunktionsstörung noch eine Einschränkung der Vitalkapazität. **Serologisch** lagen die Routineparameter im Normbereich, auch **immunologisch** ergaben sich unauffällige Parameter.



In der **langzeitelektrocardiographischen Untersuchung** zeigte sich eine nicht anhaltende Kammer-tachycardie in Form einer breit abgesetzten Sechssersalve, die als Ausdruck der autonomen Mitbeteiligung gewertet werden musste. Die weiterführende **cardiologische nichtinvasive Diagnostik** mittels Ergometrie, transthorakale Echocardiographie und EKG blieb unauffällig.

Wir diagnostizierten eine akute inflammatorische demyelinisierende Polyneuropathie (AIDP, akutes Guillain-Barre-Syndrom) und behandelten mit Immunglobulinen (IVIG). Unter engmaschigem Monitoring konnten keine weiteren Kammer-tachycardien beobachtet werden. Unter diesem Vorgehen gewann der Patient wieder die Möglichkeit, sich auf Stationsebene zu mobilisieren und konnte im ADL-Bereich selbstständig in die Rehabilitation verlegt werden.