

Der interessante neurologische Fall

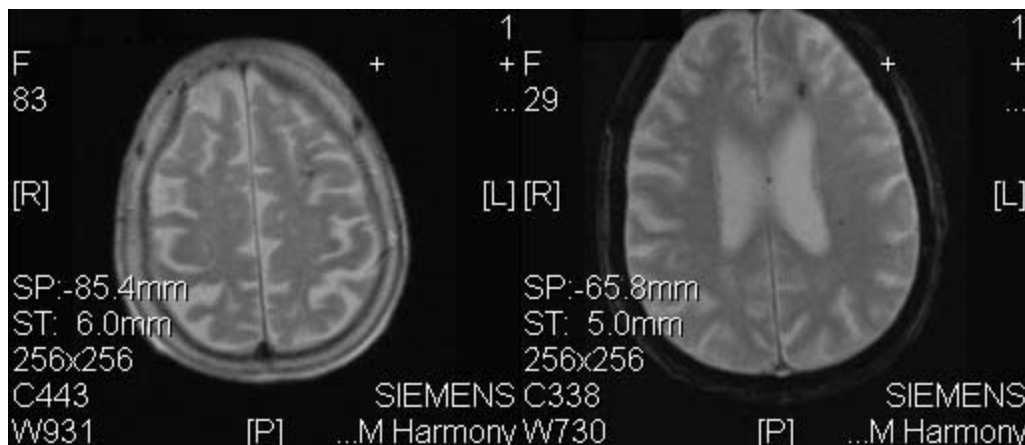
Fall Nr. 6: Schlaganfall, ischämischer Hirninfarkt, zerebrale Amyloidangiopathie

Anamnestisch war erurierbar, daß die 75j. Patientin wegen einem linkshemisphärischen Insult bereits im Juni 1999 und im Juni 2000 stationär behandelt wurde. Im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme fiel auf, daß die Patientin seit den Morgenstunden eine durchgehende Schwäche der linken Körperhälfte und Dysarthrie entwickelte. Zur weiteren Abklärung wurde die Patientin in unsere Neurologische Klinik verlegt.

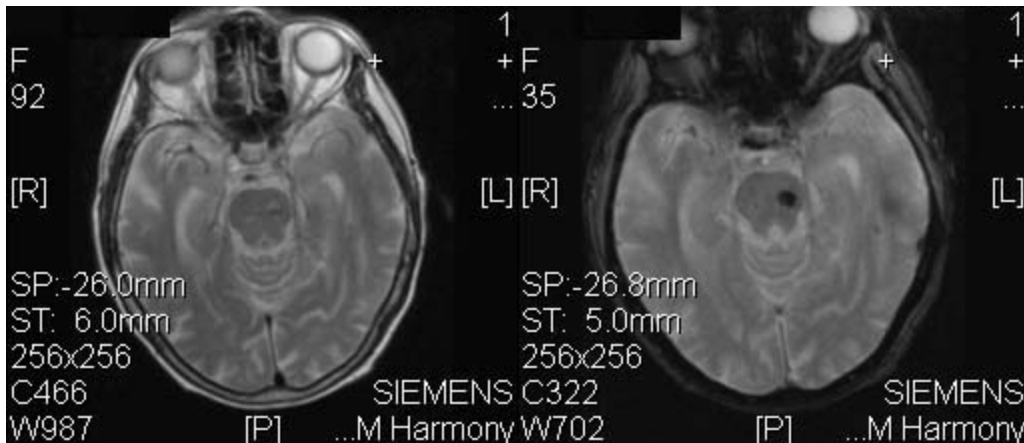
In der Familienanamnese gab es keinen Hinweis auf eine hereditäre Genese. Eigenanamnestisch war eine diabetische Retinopathie mit funktioneller Amaurosis beidseits bekannt; ein begleitender Hypertonus war mit einer Monotherapie ausreichend behandelt.

Bei der körperlichen Untersuchung der adipösen Patientin fand sich eine Struma nodosa Grad I; funduskopisch ergab sich eine Retinopathia diabetica. Psychopathologisch war die Patientin wach und allseits orientiert. Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit waren vermindert, es zeigte sich eine Umstellungserschweris. Neurologisch fand sich bei beidseits abgeschwächtem Würgerflex eine Dysarthrophonie mit bulbärer Sprache. Bei Zeichen der latenten spastischen Tetraparese fand sich eine neu aufgetretene durchgehende spastische hochgradige, funktionell plegische Hemiparese links.

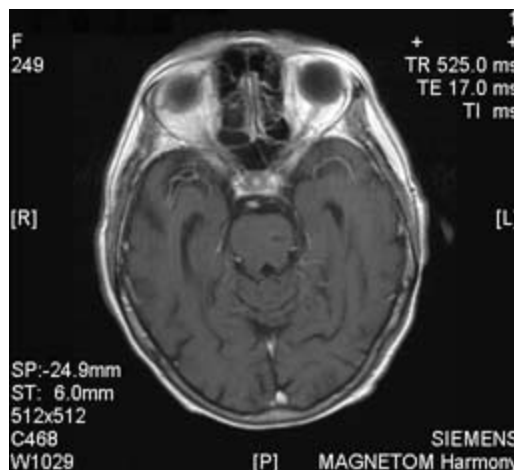
Neurosonographisch fanden sich unregelmäßig konturierte Plaques in den supraaortalen Gefäßen ohne wesentlich lumeneinengende Wirkung und Stenosierung. Serologisch lagen die Blutzuckertagesprofilwerte zwischen 165 und 240 mg%. Im Monitoring fanden sich durchwegs nur normotensive Blutdruckwerte, weder elektro- noch echocardiographisch fanden sich Zeichen der Manifestation eines arteriellen Hypertonus.



In der kernspintomographischen Untersuchung zeigt sich in den transversalen HÄM-Sequenzen supratentoriell neben multiplen Lacunen im subcorticalen Marklager einzelne hypointens erscheinende Methämoglobin-Depositionen in der corticomedulären Übergangszone.



In der T2-gewichteten transversalen Sequenz findet sich im Bereich der linken Pons eine zentral hypointense, peripher hyperintense Läsion (links), die in der transversalen HÄM-Sequenz sich ausgedehnt hypointens (rechts) darstellt, und so einem weiteren hämorrhagisch transformierten infratentoriellen lacunären Infarkt oder einer kleinen primären Blutung entspricht.



In der T1-gewichteten transversalen Sequenz stellt sich diese Läsion nach Kontrastmittelgabe zentral hypointens - der Einblutung entsprechend - und peripher Kontrastmittel aquirierend - der Schrankenstörung entsprechend - dar.

Es handelt sich um einen Hirninfarkt bei zerebraler Amyloidangiopathie, zumal sekundäre Zeichen für einen malignen Hypertonus, der eine differentialdiagnostisch erwägenswerte hypertensive Enzephalopathie erklären könnte, vollkommen fehlten. Der neuerliche rechtspontine Infarkt wurde in einer späteren –hier nicht abgebildeten- Untersuchung nachgewiesen.

Therapeutisch stabilisierte sich die Patientin zunächst auf niedrigem Niveau, mußte aber dann wegen einer respiratorischen Insuffizienz in eine internistische Abteilung verlegt werden; über den weiteren Verlauf liegen keine Abgaben vor.