

1a

Dr. Peter Schmitz-Henning

Arzt für Neurologie und Psychiatrie
Psychotherapie

Dr. Peter Schmitz-Henning · Prinz-Eugen-Straße 18 · 79102 Freiburg

Frau
Dr. med. B. Karner
Allgemeinmedizin Homöopathie
Erwinstr. 10

79102 Freiburg

Prinz-Eugen-Straße 18
79102 Freiburg
Telefon 0761/7 55 33
Telefax 0761/7 31 58

Sprechstunden
Mo-Fr 9-11 Uhr
Di, Do 16-18 Uhr
und nach Vereinbarung

Datum 18.06.2004

Betr.: **Stefanie Stüdle geb. am 07.04.1926**
wohnhaft in 79117 Freiburg im Breisgau, Moosmattenstr. 5.

Sehr geehrte Frau Dr. Karner,

vielen Dank für die Überweisung Ihrer o. g. Patientin, die sich am 14.05. und 03.06.04
erneut bei mir vorstellte.

DIAGNOSE: Zust. n. rechtshirnigem Ischämischen Insult ca. 1984.
Zust. n. OP NPP L4/5 links 1979 mit Fußheberparese.
Microangiopathische Encephalopathie.
Ausschluss Demenz.
Soziale Phobie.
Schlafstörungen multipler Genese.
Polyneuropathie, wahrscheinlich diabetogen.
Sekundäre Ambliopie rechts bei bekanntem connatalem Strabismus.

ANAMNESE: Seit gut 1 Jahr sei sie äußerst nervös, schreckhaft und unruhig. Oft
zittere sie am ganzen Körper, ohne dass man es erkennen könne. Bei größerer
Aufregung zittere der rechte Arm bzw. die rechte Hand.

Kürzlich habe sie über einige Minuten ihren ebenfalls im Haus mitlebenden Sohn nicht
erkannt. Sie habe große Angst vor Menschen, fürchte sich, alleine öffentliche
Verkehrsmittel zu benutzen, sei zunehmend sozial isoliert.

Neurologischer Status (14.05.04 und 03. bzw. 18.06.04):

Hirnnerven: Leichte Anisokorie, links kleiner rechts, Pupillen etwas entrundet, geringe
Lichtreaktion bei Zust. n. Katarakt-OP bds., geringe Konvergenzreaktion, glatte
Blickfolge. Abduzensparese rechts mit sekundärer Ambliopie bei bekanntem
connatalem Strabismus. Übrige Hirnnerven altersgemäß unauffällig.
Obere Extremitäten: Armeigenreflexe seitengleich mittellebhaft, kein Hinweis auf
manifeste oder latente Parese, unauffälliger Armhalteversuch, rechts leicht
verwackelter Finger-Nase-Versuch, unauffälliger Muskeltonus. Hypalgesie und
Hypästhesie der rechten oberen Extremität, wie schon Nov. 2001 festgestellt.
Pallästhesie 8/8 bds..

Untere Extremitäten: PSR und ASR bds. fehlend, Fuß- und Zehenheberparese links, keine sichere Seitendifferenz des Muskeltonus bds.. Absinken im Beinhalteversuch links. Hypästhesie/ Hypalgesie Dermatome L4/5 und S1 links. Vibrationsempfinden rechtes Bein o.B., links am Knie reduziert auf 2/8, malleolär aufgehoben.

Gleichgewichtsprüfungen: Romberg-Stehversuch ungerichtet positiv. Gangbild durch Fußheberparese links erheblich beeinträchtigt..

EEG (14.05.04): Mäßig ausgeprägtes EEG vom Alpha-Typ 10/sec..

Dopplersonographie (14.05.04): Kein Hinweis auf strömungsrelevante Stenose.

Uhrentest (14.05.04): Unauffällig.

Mini-Mental-Status-Test (MMST 14.05.04): Unauffällig, 19. von 20 Punkten.

Zusammenfassende Beurteilung:

Der fein- bis mittelschlägige Ruhe- und Haltetremor sistiert bei Ableitung, tritt verstärkt auf unter emotionaler Belastung. Ätiologisch dürfte es sich um ein Residualsyndrom bei Zust. n. linkshirnigem Insult handeln. Hinweise auf eine weitere Genese, wie etwa eine Läsion des Plexus brachialis, fanden sich nicht.

Testpsychologisch (Mini-Mental-Test und Uhrentest) fanden sich keine Hinweise auf eine Demenz. Der klinische Verlauf der letzten Jahre hat bei Frau Stüdle zu einer erheblichen ängstlich-überlagerten Verunsicherung geführt, in Folge zu einem sozialen Rückzug bei ausgeprägten Vermeidungsverhalten.

Procedere:

Mögliche medikamentöse Optionen des Tremors wurden besprochen, unter Abwägung von Klinik, Leidensdruck und möglichen Nebenwirkungen der Medikation aber zurückgestellt.

Zur affektiven Stabilisierung wäre die Verordnung eines gut verträglichen SSRI, wie z.B. Cipralex in einer Dosis von 5-10 mg täglich erwägenswert.

Je nach weiterem klinischem Verlauf, vor allem bei Hinweisen auf eine mögliche dementielle Entwicklung, bitte ich um regelmäßige Wiedervorstellung.

Krankengymnastik, soweit vertretbar je nach Motivation.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Schmitz-Henning

