

EINGEGANGEN 26. Nov. 2001

UNIVERSITÄTS
FREIBURG KLINIKUM



Neurologische Universitätsklinik und Poliklinik
Neurozentrum • Breisacherstrasse 64 - D-79106 Freiburg

Gemeinschaftspraxis

Drs. med. Schmitz-Henning/A. Knorz

Prinz-Eugen-Str. 18

FÄ f. Neurologie u. Psychiatrie

79102 Freiburg

Neurologische Universitätsklinik
und Poliklinik

- NEUROZENTRUM -

Ärztlicher Direktor

Universitätsprofessor Dr. Dr. h.c. C.H. Lücking

Telefon: Zentrale: 0761 / 270-5001

Ambulanz: 5345

Telefax: 0761 / 270-5390

19.11.01 wenz/meh

N/ Frau Dr. med. B. Karner, FÄ f. Allgemeinmedizin, Erwinstr. 10, 79102 Freiburg
N/ Frau Dr. Wenzel, Hauspost

Frau Stefanie STUEDLE, geb. 07.04.26

Wh. Moosmattenstr. 5, 79117 Freiburg

Ambulante Vorstellung am 15.11.01

- Diagnosen:**
- **Transienter Verwirrheitszustand ungeklärter Ätiologie (ICD 10: R 41.0)**
 - **Bandscheiben-OP LWK 4/5 1979**
 - **Nicht insulinpflichtiger Diabetes mellitus**
 - **Kolon-Karzinom 1990**
 - **Gebärmutterkrebs 1970**

Sehr geehrter Herr Kollege,

die 75-jährige Patientin stellte sich in unserer Ambulanz zur weiteren Abklärung eines vor ca. 3 Wochen aufgetretenen transienten Verwirrheitszustandes vor. Frau Stuedle berichtet, daß sie nach einem Arztbesuch plötzlich desorientiert zu Zeit, Ort und Situation und teilweise auch zur Person gewesen sei. Nach einigen Minuten sei sie wieder komplett asymptomatisch gewesen. Bereits vor ca. 18 Jahren sei eine ähnliche Episode aufgetreten, auch damals sei diese folgenlos vorübergegangen. Auslösende Ereignisse kann die Patientin nicht ausmachen. Frau Stuedle meint zudem, daß sie unter zunehmenden Gedächtnisstörungen leide. Ein CCT von Anfang Oktober hatte lediglich einen kleinen lakunären Infarkt im Bereich Crus posterior der Capsula interna links gezeigt, jedoch kein Hinweis für Atrophien oder eine ausgeprägte SAE.

Medikation bei Vorstellung: ASS 300 1-0-0, Iscover 1-0-0, Glucophage 850 mg 1-0-0, L-Thyroxin 75 µg 1-0-0, Magnesium.

Neurologischer Befund: Pupillen leicht anisokor, entrundet, nur geringe Lichtreaktion (Katarakt-OP bds.). Hypakusis rechts, ansonsten Hirnnervenstatus unauffällig. Muskeleigenreflexe der oberen Extremitäten seitengleich mittellebhaft, PSR linksbetont abgeschwächt, ASR rechts mittellebhaft, links abgeschwächt. Zeichen nach Babinski bds. negativ. Armhalteversuch regelrecht, im Beinhalteversuch Absinken links. Hüftbeuger links Kraftgrad 4+/5, Kniestrecker links 4+/5, Fußheber links 2/5, -senker links 4+/5. Tonus der Muskulatur regelrecht. Hypästhesie und -algesie der rechten oberen Extremität sowie des gesamten

Unterschenkels und Fußes links (lt. Patientin seit Bandscheibenvorfall 1976). Pallästhesie der oberen Extremitäten 8/8, der unteren Extremitäten distal rechts 5/8, links 0/8, proximal rechts 7/8, links 3/8. Patientin präsentiert einen Ruhe- und Haltetremor, der unter Ablenkung vollständig sistiert. Feinmotorik regelrecht, Fingernase- und Kniehackeversuch unauffällig. Romberg-Stehversuch ungerichtet positiv, Gangbild durch Fußheberparese links gekennzeichnet.


Neuropsychologischer/psychischer Untersuchungsbefund: Wache, allseits orientierte Patientin. Affektiv schwingungsfähig, kein Anhalt für inhaltliche oder formale Denkstörungen. Mini-Mental-State 29/30 Punkten (Fehler bei Gedächtnistest).


Elektroencephalogramm vom 15.11.01: Kein pathologischer Befund.

Ultraschalldiagnostik der hirnversorgenden Arterien: Extrakraniell ohne pathologischen Befund.

Beurteilung und Procedere: Zusammenfassend konnte die Ursache des kurzzeitigen Verwirrheitszustandes nicht abschließend geklärt werden. Es fand sich elektroencephalographisch jedoch kein Hinweis für eine erhöhte Anfallsbereitschaft oder eine generalisierte Hirnfunktionsstörung. Dopplersonographisch konnten hämodynamisch relevante Stenosen der hirnversorgenden Gefäße ausgeschlossen werden. Im Hinblick auf die von der Patientin berichteten Gedächtnisstörungen wurde ein Mini-Mental-State durchgeführt, der kein Hinweis für eine dementielle Erkrankung zeigte. Womöglich hat dem Verwirrheitszustand eine Blutzuckerentgleisung bei bekanntem Diabetes mellitus oder eine kurzfristige cerebrale Minderperfusion im Rahmen einer Herzrhythmusstörung oder eines Blutdruckabfalles zugrunde gelegen. Wir empfehlen daher die Durchführung eines Blutzuckertagesprofils sowie eines Langzeit-EKG's und einer Langzeit-Blutdruckmessung.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen


PD Dr. F.X. Glocker
Oberarzt der Klinik


Dr. S. Wenzel
ÄiP