

# KLINISCH-PATHOLOGISCHE KONFERENZ

12.10.2011, 12.15 Uhr

Hörsaal D, Hörsaalzentrum (im Innenhof zwischen Chir. Univ.-Klinik und Univ.-Klinik f. Innere Medizin)

Diskutant: Univ.Prof.Dr. Günter Weiss, Klinische Infektiologie und Immunologie, Univ.Klinik für Innere Medizin  
?, Medizinische Universität Innsbruck

## Fall 145 64-jähriger Patient mit Übelkeit, Schwäche und Gangunsicherheit

Der bislang gesunde, pensionierte Lehrer wurde im Frühjahr 2011 mit einer zweiwöchigen Anamnese von Übelkeit mit Brechreiz, Schwäche und dreimaliger Nykturie stationär aufgenommen.

Der physikalische Status, EKG, Thoraxröntgen, ausführliches internistisches Basislabor und eine Kernspintomographie des Schädels lieferten unauffällige Befunde.

In der Ösophagogastroduodenoskopie wurde ein 5 mm großes Ösophaguspapillom abgetragen und eine Gastritis Typ B diagnostiziert. Abdominalsonographisch fiel eine Restharmenge von 500 ml auf. Der Urologe diagnostizierte ein dekompensiertes Prostatadenom und verordnete einen Alpha-Blocker, wobei der Patient die Einlage eines Blasendauerkatheters verweigert hatte.

Nach Entlassung kamen in den folgenden zwei Wochen zu den bestehenden Symptomen leichte, nächtliche Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen sowie eine Kraftlosigkeit in Armen und Beinen hinzu, die zu Gangunsicherheit und Problemen beim Schreiben führten. Nachdem er bei einer nächtlichen Miktion kollabierte und sich nicht mehr auf den Beinen halten konnte, wurde er erneut hospitalisiert.

Die körperliche Untersuchung des allseits orientierten Patienten zeigte: Temp 36,8 °C, RR liegend und stehend 120/80 mmHg, Puls 90/min rhythmisch. Kopf, Hals, Herz, Lungen, Abdomen und Haut- und Schleimhautstatus regelrecht. Neurologisch imponierten die Hirnnerven unauffällig, es bestand eine allgemeine Kraftminderung an Armen und Beinen ohne fokale Defizite, Querschnittssymptomatik, Meningismus oder Hypästhesien.

Der Patient ist verheiratet und hat zwei Kinder. Es ist ein Nikotinkonsum von 30 pack-years zu erheben. Fieber, Rückenschmerzen, Parästhesien, Hauterscheinungen, Auslandsreisen, Zeckenbisse, Arthralgien, chronischer Husten und abdominelle Schmerzen wurden verneint. Zwei Wochen vor Beginn der Erkrankung war er beim Abriss seiner Schrebergartenhütte einer erheblichen Staubbelastung ausgesetzt, welche zu zweitägigem Husten geführt habe.

Sonographisch zeigte sich unter Alphablockern eine Restharmenge von 400 ml. Thorax-Röntgen, EKG, internistisches Basislabor inklusive Harnteststreifen und Urikult, Abdominalsonographie und Schädel-MRI waren unauffällig.

Eine Lumbalpunktion erbrachte klaren Liquor mit 340 Leukozyten/ $\mu$ l (96% Lymphozyten, 2% Monozyten, 2% Plasmazellen), Glukose 43 mg/dl (40 -90) und Eiweiß 270 mg/dl (20 – 40).

Ein diagnostischer Test wurde durchgeführt.

## Lösung CPC 145:

**Diagnose:** Neuroborreliose

**Diagnost. Tests:** Serologie im Liquor

**Therapie:** Ceftriaxon (Rocephin®) für 3 Wochen, am 3. Tag wieder gehfähig

**Diskutant:** Univ.Prof. Dr. Günther Weiss, Medizinische Universität Innsbruck