

Der Praxis-Fall

Heinz Bhend

Männlicher Patient, 1952

Persönliche Anamnese

Allergie auf Amoxicilin und Cotrimoxazol. Ausgeprägter Nikotinabusus. Chronisch rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom mit zirka jährlichen Exazerbationen.

Aktuell

Der Patient meldete sich am 08.09.98 wegen akuter lumbaler Schmerzen, nachdem er eine Woche vorher umgezogen war und dabei viele Möbelstücke transportiert hatte. Er gab an, intermittierend Schmerzen in den Beinen sowie ein Hitzegefühl lumbal zu verspüren.

Befunde

Bei der problemorientierten klinischen Untersuchung zeigt sich eine deutliche Einschränkung der LWS-Beweglichkeit in alle Richtungen zu?. Die kursorische neurologische Untersuchung ergibt keine Reflexausfälle. Motorik und Sensibilität sind ungestört. Für den Patienten ist das Krankheitsbild nicht neu.

Erste Diagnose:

Akutes Lumbovertebral-Syndrom, intermittierendes lumbospondylogenes Syndrom.

Therapie und Verlauf

Nach Injektion von Piroxicam und Tramal sowie peroraler Therapie mit Diclofenac 75 mg 2×1 meldete der Patient tags darauf eine deutliche Besserung. Obwohl er zur Schonung angehalten wurde, konnte er dieser Aufforderung nicht nachkommen und trug vier Tage später bei einer Veranstaltung eine gehbehinderte Patientin zur Toilette, da kein rollstuhlgängiges WC vorhanden war.

In der Folge massiver Rückfall mit nun Schmerzen im Bereich der LWS und BWS sowie ausgeprägtem paravertebralem Hartspann. Erneute Injektion von Piroxicam und Tramal und Beginn mit Elektrotherapie.

Ab 16.09. volle Arbeitsunfähigkeit. Erneute neurologische Untersuchung am 18.09. mit intakten Reflexen und unauffälliger Motorik und Sensibilität. Erstmals positiver Lasègue bei etwa 60 Grad. Anmeldung zur Computertomographie zwecks Ausschluss einer Diskushernie. Diese Untersuchung wurde am 22.09. durchgeführt und ergab keinen Befund. In der Folge Anmeldung zur Physiotherapie, nachdem wegen ausgeprägter Druckdolenz im Bereich des lumbosakralen Überganges und des 5. Lendenwirbelkörpers eine Ampulle Depot Methylprednisolon mit Bupivacain paravertebral infiltriert worden war. Daraufhin deutliche Besserung.

Am 26.09. gab der Patient erstmals an, eine Hyposensibilität der linken Gesichtshälfte zu verspüren. Ein erneuter Neurostatus wurde nicht durchgeführt.

Am 30.09. erneute Konsultation. Der Patient wies nun eine Facialisparese links auf. Er erzählte, dass er die Situation mit einem befreundeten Arzt besprochen hätte und dabei auch einen Zeckenbiss erwähnt habe. Retrospektiv hatte der Patient etwa im Mai desselben Jahres einen Zeckenbiss erlitten. Mit dem Verdacht auf eine Neuroborreliose wurde eine Laboruntersuchung durchgeführt.

Labor vom 30.09.1998

Hb 15,6 g/dl (Norm 14,4–16,6), Leukozyten 5550 mmol/l (Norm 3200–9000), GOT 7 U/l (Norm 5–18), GPT 5 U/l (Norm 5–23), GGT 9 U/l (Norm 6–28), Differenzierung: Stabkernige 5,5% (Norm 3–18), Segmentkernige 54,5% (Norm 35–67), Eosinophile 2% (Norm 0–5), Monozyten 4,5% (Norm 1–11), Lymphozyten 33,5% (Norm 15–46).

Borreliose-Titer

Screen (IgG, IgM): 4,33 (negativ <0,75; positiv >1,0), IgG: 1,59 (negativ <1,0), IgM: 3,14 (negativ <1,0), Borrelien KBR: Titer: <0 (Referenz: <10).

Revision der Diagnose:

Neuroborreliose, deshalb notfallmässige Hospitalisation auf die medizinische Abteilung (02.10. bis 09.10.). Die Diagnose wurde dort bestätigt.

Liquoruntersuchung auf Borrelien vom 09.10.98

IgG (Elisa) 275 E, IgG (IFAT) 1/32, IgM (IFAT) 1/8. Alle Werte sind positiv ausgefallen.

Beurteilung

Retrospektiv muss das ganze Beschwerdebild als Neuroborreliose mit lumbaler und thorakaler Radikulopathie sowie Paresen des 7. Hirnnervs und des 2. Trigeminusastes links beurteilt werden.

Therapie und Verlauf

Unter i.v.-Therapie mit Ceftriaxon (täglich 2 g) während insgesamt drei Wochen bildete sich das Beschwerdebild – sowohl die Fazialisparese, der Trigeminusausfall und die lumbalen Schmerzen – zur vollständigen Restitutio ad integrum zurück.

Bei der Schlusskontrolle vom 07.12.98 und anlässlich einer Konsultation im April 99 war der Patient weiterhin vollständig beschwerdefrei. Bis zwei Jahre nach dem Ereignis, hat er auch keine Rückenbeschwerden mehr erlitten.

Laborkontrolle vom 19.03.99

BKS 2, Hb 17,0, Leukozyten 6600, Kalium 4,0, BZ 5,6, Kreatinin 101, Harnsäure 341, Borrelien-Screen vom 22.02.99: pos. (normal neg.), Testwert 2,14 (normal bis 1,0), Borrelia burgdorferi IgG negativ (neg.), Ratio 0,17 (bis 1,0), Borrelia burgdorferi IgM negativ (neg.), Ratio 0,99 (bis 1,0), Borrelien (KBR) <10 Titer (Normal bis 10).

Versicherungstechnisch

Der Fall wurde retrospektiv als Unfall (Insektenbiss) interpretiert und auch von der SUVA übernommen.

Schlussdiagnose

Neuroborreliose mit Hirnnervenbefall, zervikaler, lumbaler und thorakaler Radikulopathie.

Apropos

Kooperiert

Der Pharmagrossist Galenica und die Kudelski-Gruppe haben ein Joint-Venture für die Datensicherheit im Gesundheitswesen gegründet. Das Gemeinschaftsunternehmen verfolgt das Ziel, im Gesundheitsbereich Medien zu entwickeln und auf den Markt zu bringen, die auf der Basis der Smartcard-Technologie den Schutz sensibler Patientendaten garantieren. Mit der persönlichen elektronischen Gesundheitskarte e-prica liegt das erste Projekt vor, mit dem der Patient über die alleinige Zugriffsberechtigung auf seine eigenen Daten verfügt. Dies bei voller Transparenz über die gespeicherten Informationen, die sich anonymisiert und noch unvollständig in Datenbanken auf dem Internet befinden.

Quelle: SDA 20.2.01 / SK