

Ihr Patient Herr H. H., geb. am 10.10.1960, wohnhaft Bodenfeldstr. 17 in 35043 Marburg, hat sich auf Empfehlung bei mir am 14.02.2007 vorgestellt. Ich darf Ihnen berichten und mich für die Vorstellung des Patienten bedanken.

Diagnose(n): Dringend behandlungsbedürftige und schwerere Polyneuropathie, verbunden mit einer vegetativen Polyneuropathie.
Zusätzliche Enzephalopathie.
Fachfremd Z. n. massiver Lungenembolie (1/2005) und Z. n. Peritonitis im Rahmen einer Sigmadivertikelperforation.

Anamnestisch erwähnte der Patient, dass er wohl seit 1972 u. z. erstmals auftretend unter einem zunehmenden Haarausfall und unter Gedächtnisstörungen leide. Er hatte auch einen Infekt mit im Rahmen eines Zeckenstichs. Nach Angaben des Patienten sei der Liquor jedoch unauffällig gewesen. Eine Lyme-Borreliose konnte seinerzeit nicht sichergestellt werden. 1989 kam es dann zu einer massiven Exazerbation seiner Erkrankung. Zu den angegebenen Beschwerden gesellten sich dann Drehschwindelattacken sowie Sprachprobleme, so dass sich der Patient nicht mehr regelrecht artikulieren konnte und dann auch Bewusstseins Einschränkungen, teilweise mit Bewusstseinsverlust, so dass eine stationäre Behandlung notwendig wurde. Der Patient gab an, dass er dabei auch stark verlangsamt gewesen sei. Er hatte dann auch einen regelrechten Schlafzwang. Daneben eine zunehmende Kraftlosigkeit, Störung der Feinmotorik, Taubheitsmissempfindungen an Händen und Füßen und eine regelrechte Wesensveränderung durchgemacht, wobei man ihm seinerzeit ungerechterweise mitteilte „er sei ein komischer Kauz“. Auch ein Schweregefühl wie ein Stein auf dem Kopf bedrängt ihn sehr. Auch Sehstörungen, und ein Tinnitus, der im August 1990 erstmals auftrat, traten in den Vordergrund seiner Beschwerden. Es handelt sich dabei um einen Pfeifton. Durch einen größeren operativen Eingriff im Zahnbereich, wobei sich starke Eiterherde im Kiefer fanden, konnte das Beschwerdebild dann doch stabilisiert werden, u. z. nach den zahnärztlichen Eingriffen 1997

im November und 1998 im Januar. Bis heute verblieben dem Patienten allerdings erhebliche Behinderungen. Diese sind aktuell bis heute. Erhebliche Erschwernisse beim Ausformulieren von Sätzen, Gedächtnisstörungen, konzentrationale Störungen und Merkfähigkeitsverringern, auch eine starke chronische Müdigkeit besteht. Ausgesprochene Denkstörungen, eine Muskelschwäche und eine Störung der Sensibilität mit Kribbeln an Armen und Beinen. Dabei auch Wortfindungsstörungen in vermehrtem Maße auftretend und Verlangsamung der Reagibilität. Häufige Infektanfälligkeit. Der Tag- und Nachtrhythmus gestört. Es besteht auch eine gewisse Stimmungslabilität und dann dieser beschriebene Tinnitus. Man hat den Patienten, allerdings befristet, im Jahr 1998 pensioniert. Es erfolgten dann, unbegreiflicherweise für mich, immer wieder Kontrollen und Feststellungen, inwieweit doch einen Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit erzwungen werden kann.

Kernspintomogramme aus dem Jahre 1990, Computertomogramme aus dem Jahr 1981, auch Kernspintomogramme aus dem Jahr 2001 (von allerdings nicht überragender Qualität) wurden mir vorgelegt. Es zeigten sich hier im Wesentlichen Leukariosen, vermehrt im Bereich der linken Hirnregion, jedoch auch deutliche gliotische Veränderungen und Verbreiterungen und Vergrößerungen der Hirnwindungsfurchen. In einem qualifizierten Spect, welches der Patient mitbrachte, zeigten sich außerdem entsprechend den kernspintomographisch gesicherten Befunden noch erhebliche Störungen der Perfusion, vor allem in den basalen Regionen des Gehirns (Dr. Hörre, Plochingen, 2006). Hier vor allem, wie auch von Dr. Hörre beschrieben, hochparietal und frontal diffuse Veränderungen der Hirnperfusion und im cerebellären Bereich, teilweise auch und vermehrt in den basalen Hirnabschnitten.

Eine Multiallergie ist bekannt und auch durch entsprechende Teste nachgewiesen.

Bei der klinischen Untersuchung des Patienten, der zweimal knapp dem Tod entkam, als er eine Peritonitis durchmachte im Rahmen einer Darmperforation, die zweimal operativ behandelt werden musste, letztendlich dann in eine dritten Operation mit einer Rückverlagerung Sigmas wegen Dehistenz 1 Jahr später einmündete. Erwähnt werden muss noch, dass der Patient 2005 eine massive Lungenembolie durchmachte, u. z. von einer tiefen Beinvenenthrombose links ausgehend. Seit dieser Zeit steht der Patient unter Marcumar. Der deutlich adipöse Patient, der jedoch sehr mobil war, bot ein Organisches Psychosyndrom mittleren Schweregrades mit einer allgemeinen Einschränkung der kognitiven Leistungsfähigkeit, wobei im Vordergrund auch die angegebenen Wortfindungsstörungen stehen, auch eine Einschränkung der flüssigen Sprache. Teilweise Schwerbesinnlichkeit und Verzögerungen auffällig, wenngleich die Reagibilität wechselnd war. Deutlicher Beckenschiefstand mit relativer Beinverkürzung links. Beim Dunkelgang breitbeiniger Gang mit Gehabweichung nach rechts. Händedruck nicht ausdauernd und auch kräftig, kurzfristig. FNV etwas unsicher. Internistisch Cor perkutorisch etwas erweitert bei Blutdruckwerten von jetzt 145/85 mmHg. Keine pathologischen Geräusche über den Herzklappen feststellbar. Keine Zeichen einer Herzinsuffizienz, im Besonderen keine Ödeme, keine vergrößerte Hepar, keine pulmonale Stauung. Bei der erweiterten neurologischen Untersuchung fiel eine Hemihypästhesie links auf. Arm- und Beinreflexe different, u. z. die Beinreflexe deutlich rechts lebhafter, die Armreflexe links lebhafter. Pyramidenzeichen jedoch negativ, mit Ausnahme des rechts nicht auslösbaaren Bauchhautreflexes. Der Patient war zahnlos. Es fanden sich Tätowierungen der Mundschleimhaut, vorwiegend im Unterkieferbereich. Das Vibrationsempfinden von proximal nach distal zunehmend eingeschränkt, sonst nach distal zunehmend Hyperästhesie für alle Sensibilitätsqualitäten.

Im Elektroenzephalogramm Darstellung eines pathologischen allgemeinveränderten EEG's, deutlich rechts betont, vermehrt mit Unregelmäßigkeiten im Bereich der Frontal- und Temporalregion rechts bei mäßig ausgeprägten Allgemeinveränderungen und nicht ausgeprägtem Lidschlusseffekt.

Hr. ... geb. am 10.10.1960

Seite 3

Im Elektromyogramm Objektivierung der von mir bereits klinisch vermuteten generalisierten distal- und beinbetonten Denervierung, also der Polyneuropathie, die mittelschwer und chronifiziert ist. Die sensible Nervengeschwindigkeit des N. medianus verzögert auf einen Wert von 34 m/s (normale Werte 55 bis 65 m/s).

Die Messung evozierter Potentiale andererseits waren bei cranialer Stimulation und Ableitung aus dem Abductor V waren ebenfalls pathologisch verlängert, u. z. bei linkshirniger Stimulation und Ableitung rechts auf einen Wert von 22,1 ms und links auf 23,4 ms (normale Werte 20 ms).

Die Messung der Durchblutungsgrößen waren dank der Einnahme von Marcumar nicht zu beanstanden. Es fanden sich keinerlei Zeichen einer Minderdurchblutung des Cerebrums. Danach ganz klare Feststellung von mir, dass die bei dem Patienten durchgemachten Störungen, die teilweise zunächst wie nach einem apoplektischen Suld aussahen im Zusammenhang mit den gliotischen Veränderungen des Cerebrums zu sehen sind und nicht durchblutungsbedingt im Sinne einer Mangeldurchblutung interpretiert werden dürfen.

Ich habe jetzt folgende Medikamente verordnet, die regelmäßig und konsequent genommen werden sollten: Natil (3 x 1), Metylcobolamin (2-1-2), B-Komplex Hevert (3 x 1), Tebonin forte Tropfen (3 x 25 Tropfen). Der Patient wird sich mit mir in Verbindung setzen bei therapieresistenten Beschwerden oder ungeklärten Auffälligkeiten. Wünschenswert ist weiterhin wegen der bekannten Immunschwäche des Patienten ein Aufenthalt in einem vernünftigen Klimabereich, etwa an der Nordsee oder Ostsee.

Für den eher sehr arbeitswilligen Patienten besteht natürlich weiterhin und wohl zeitlebens, wie ich annehme bei der Schwere der Erkrankung, Arbeitsunfähigkeit, so dass die bereits gewährte Pension zeitlebens ausgesprochen werden muss. Weitere und laufende Kontrolluntersuchungen würden den Patienten, der sehr sensibel ist, sehr belasten, u. z. durch Vertrauensärzte.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. B. Mackert
(Neurologe)