

4. Ostschweizer Notfallsymposium

Psychosomatik - Peak im Advent

Dr. med. Nina Notter
Ostschweizer Kinderspital



Advent 2015

- 13 ½ Jahre altes Mädchen
- St. n. Gastroenteritis vor 3 Wochen
- Zuweisung wegen Müdigkeit, allg. Schwäche und Myalgien
- Kein Einzelfall zu diesem Zeitpunkt...



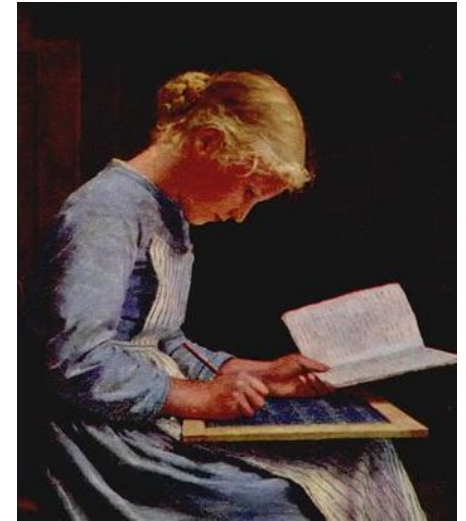
Sozialanamnese

- 10 Geschwister, alle noch zu Hause
- Familie Mitglied einer Freikirche



Sozialanamnese

- Patientin helfe sehr viel zu Hause
- Sei sehr ehrgeizig und mache sich viel Druck in der Schule
- Seit 3 Jahren oft müde, seit ½ Jahr verstärkt



Persönliche und Familien-Anamnese

- Patientin: ADS → Ritalin LA 20 mg. Sonst gesund.
- Vater: Konzentrationsstörungen → Ritalin. Depression → medikamentöse Therapie.
- Mutter: Gesund.
- Mehrere Geschwister: AD(H)S → Ritalin.
- Keine neurologischen oder muskulären Erkrankungen.



Stationäre Aufnahme

- Unklares Zustandsbild mit Myalgien und allgemeiner Schwäche
- am ehesten **postinfektiös** mit **psychosomatischer Überlagerung**
- Verlaufsbeobachtung



Nochmals genau zuhören...

- Vor 2 ½ Wochen:
Schmerzen Schultern/
Beine, Taubheitsgefühl
Fingerspitzen, Zehen
und Fersen
- Seit 2 Wochen:
Schmerzen Oberschenkel + Waden,
Kopfschmerzen → Schwäche der Beine
→ transientes Hinken



Nochmals genau zuhören...

- Vor 1 ½ Wochen:
beim HA: ausgeprägt schleppender Gang,
sparsame Mimik
Labor: Ferritin + Vitamin D ↓, Rest normal
→ Maltofer, Vitamin D, Olfen
- Vor 5 Tagen:
beim HA: Gangbild flüssiger, Einbeinhüpfen bds
problemlos



Klinisches Bild

- Neurostatus: wirkt verlangsamt; Hypästhesien an Extremitäten – mal rechts, mal links; Kraft allseits M5/M5; MER ob. Extremitäten (+)/(+), MER unt. Extremitäten -/-; Babinski -/-; deutliche Unsicherheit beim Strichgang; Zehen-/Fersengang kaum möglich (sinkt ab)
- Im Verlauf zunehmend deutliche Schwäche der unteren Extremitäten mit Areflexie





Guillain Barré-Syndrom (GBS)

- Ätiologie: AIDP, meist postinfektiös
- Klinik: Rücken-/Beinschmerzen oder periphere Sensibilitätsstörungen → distal betonte, aufsteigende schlaffe Paresen, Areflexie; evtl. Atemlähmung, ANS-/Hirnnervenbeteiligung
- Diagnostik: Liquor (zytalbuminäre Dissoziation), EPU (Demyelinisierung, verminderte NLG)
- Therapie: IVIG; Physiotherapie; supportiv
- Prognose: Gut, Remission über Wochen - Jahre



Labor-Diagnostik

- Blut: Blutbild, CRP und CK normal, Immunologie ohne Zeichen einer akuten EBV-Infektion
- Stuhl: Poliovirus-Isolierung 2x negativ
- Liquor: zytalbuminäre Dissoziation (Lc normal, Protein $\uparrow$), Glucose/Lactat normal



Spezifische Diagnostik

- SSEP: N. medianus opB, N. tibialis mit deutlich verlängerten Latenzen
- ENG (NLG): N. medianus/tibialis mit deutlich verzögerter distal motorischer Latenz, stark reduzierter Amplitude der motorischen Antwort und verlangsamter Nervenleitgeschwindigkeit
- Hochauflösender Nervenultraschall: N. medianus/ulnaris mit vergrössertem Durchmesser



Therapie / Verlauf

- **Privigen** 0.4 g/kgKG i.v. 1x/d für 5 Tage
- **Physiotherapie** (Kraft, Koordination)
 - Besserung der Neurologie innert Tagen
 - Austritt nach 8 Tagen
 - Ambulante Physiotherapie weiter
 - Kontrolle nach 3 Monaten: subjektiv beschwerdefrei, Neurostatus normal, SSEP mit nahezu Normalbefund



Take Home Messages

- „Psychische Auffälligkeiten“ + nicht klar zuzuordnende Symptome
≠ psychosomatische Beschwerden.
- Beschwerden in beschriebenen Situationen untersuchen (hier z.B. Treppensteigen).
- Assoziation auch mit Zika-Virus!

**Vielen Dank für die
Aufmerksamkeit !!**

