



## 6.Ostschweizer Notfallsymposium

### Pitfalls aus dem Alltag



Ivan Chau, Naim Azemaj, David Czell

## Fallbeschreibung



- 76 –jährige Patientin
- Seit 6 Stunden Lähmungen der linken Hand und Taubheitsgefühl des Daumens
- Beim Frühstück bemerkte sie, dass sie die Teller und das Besteck nicht mehr halten konnte
- Seit mehreren Wochen beim Stricken und morgens beim Aufwachen ähnliche Taubheit und Lähmungen, die sich durch Schütteln der linken Hand gebessert hatten
- Kein Trauma, keine Schmerzen (auch nicht im Schulter-Nackengebiet)

## Vorerkrankungen



1. Hypertensive Kardiomyopathie (TEE 07.13 – konzentrische Hypertrophie des linken Ventrikels, diastolische Dysfunktion Grad 1, EF 66%)
2. Neuroendokriner Tumor des Magens (G1, ED 10/2013)
3. Osteoporose
4. Perniziöse Anämie (ED 1991)
5. Polymyalgia Rheumatica
6. Sigmadivertikulose

## Medikation

Pantoprazol 40mg 1-0-0, Acidum Folicum 5mg 1-0-0,  
Vitamin D3 800IE 1-0-0, Seresta 15mg 0-0-0-2, Alendronat  
70mg 1x/week

## Klinische Untersuchung



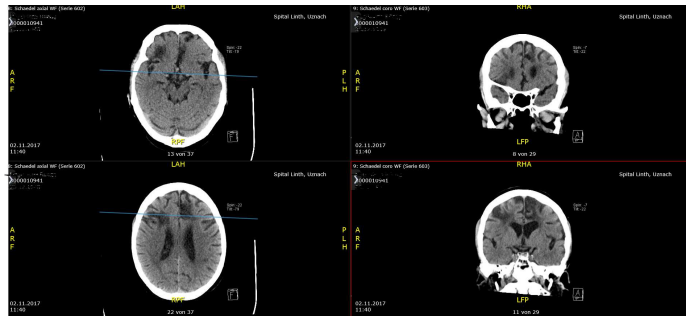
- Vitalparameter unauffällig
- Neurological: Hirnnervenstatus unauffällig. Untere Extremität inkl. Gangproben unauffällig, obere Extremität: **Hypästhesie und –algesie des Daumens (volar), 2/5 Parese der Daumen- und Fingerab- und adduktion sowie –streckung links.** NIHSS Score: 0

## Video



Differentialdiagnosen? Prozedere?

## CCT



## Neurologische Untersuchung



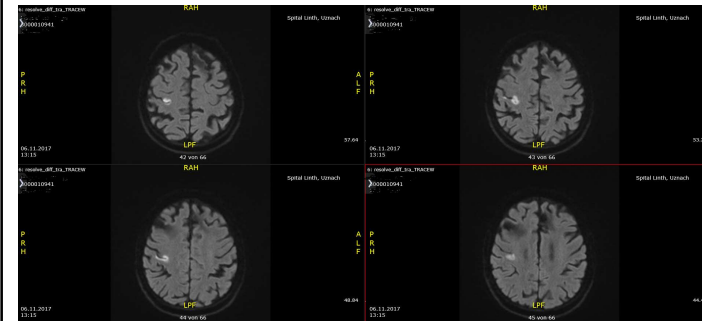
- DD periphere Läsion DD zentral
- MRI des Schädels, dann Re-Konsil mit ggf. ENMG
- Patientin gibt an, Aspirin vor 2 Wochen abgesetzt zu haben, Einnahme wegen CVI 2010

## Management



- Patientin möchte nach Hause gehen
- MRI ein paar Tage später

## MRI des Schädels



- Telemetrie auf der IMC
- R-Test
- TTE



## Neurologische Untersuchung



- Elektrophysiologie
  - Verzögerte dML, normgerechte Nervenleitgeschwindigkeit, Amplitude des Nervus medianus links
  - Keine sensible Ableitung des Nervus medianus links
- Nervensonographie
  - Leicht verdickter Nervus medianus links auf Höhe des Karpaldaches (0.13 cm<sup>2</sup>, Norm ≤ 12 cm<sup>2</sup>)

## Pitfalls and take home message



- Akute, schmerzlose fokale neurologische Defizite sind nicht typisch für eine periphere Nervenläsion → Ausschluss zentrale Ursache
- Wenn das CCT unauffällig ist, ist auch eine ambulante Behandlung möglich (Gabe von Aspirin bis zum MRI-Befund)
- In den ersten 14 Tagen ist das Re-Insult-Risiko auch bei Vorhofflimmern gering
- Anamnese!
- Karpaltunnelsyndrom ist eine häufige Diagnose mit selten akuter Verschlechterung (passen Symptome zum CTS?)