

Eine 52-jährige Patientin mit Abgeschlagenheit und allgemeiner Schwäche

A 52-Year-Old Patient with Abnormal Fatigue and Generalized Weakness



Autor

M. Dafotakis

Institut

Neurologische Klinik, Universitätsklinik, RWTH Aachen

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0750-2355>

Dtsch Med Wochenschr 2019; 144: 1109–1110

© Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart · New York

ISSN 0012-0472

Korrespondenzadresse

Priv.-Doz. Dr. M. Dafotakis

Neurologische Klinik, Universitätsklinik der RWTH Aachen,

Pauwelsstraße 30, 52074 Aachen

mdafotakis@ukaachen.de



► **Abb. 1** Die 52-jährige Patientin am 1. Tag nach stationärer Aufnahme.

Die 52-jährige Patientin stellte sich mit allgemeiner Schwäche und Abgeschlagenheit in der Notaufnahme vor. Seit dem Vortag bestanden ein allgemeines Krankheitsgefühl, Unterbauchbeschwerden und ein Brennen beim Wasserlassen sowie „leichte“ Kopfschmerzen und Fieber bis 39,8 °C. Bei der klinischen Untersuchung war die Patientin somnolent und psychomotorisch verlangsamt. Brudzinski-, Kernig- und Lasègue-Zeichen waren negativ, ebenso der übrige neurologische Befund. Die Laboruntersuchung ergab eine Leukozytose von 22 000/μl, ein CRP von 220 mg/dl (normal <5). Die Thrombozytenzahl betrug 55 000/μl, der INR 1,5. Der D-Dimer-Wert lag bei 3500 ng/ml (normal <500). Die Lumbalpunktion erbrachte eine leichte Pleozytose von 50 Zellen/μl bei sonst unauffälligem Status. Die initiale körperliche Untersuchung zeigt 2 Befunde (► **Abb. 1**).

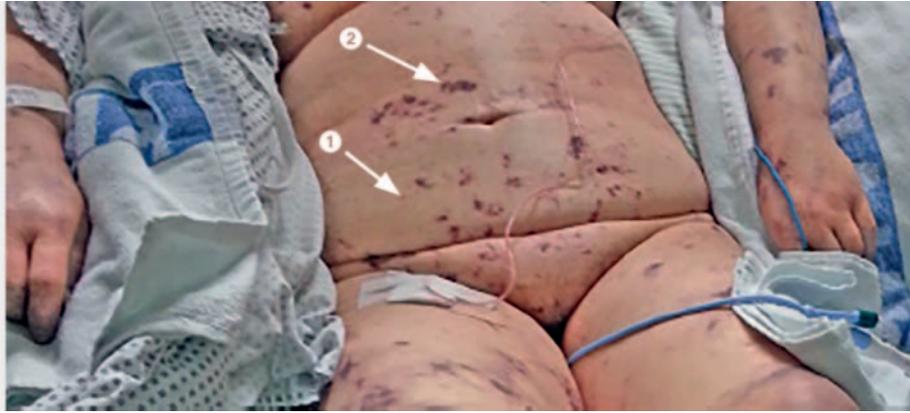
FRAGEN

- Welche sind das?
- Erlauben diese Befunde eine Diagnose?
Wenn ja, welche?
- Sind Differenzialdiagnosen möglich?
Wenn ja, welche?



Eine 52-jährige Patientin mit Abgeschlagenheit und allgemeiner Schwäche

A 52-Year-Old Patient with Abnormal Fatigue and Generalized Weakness



► **Abb. 2** Die 52-jährige Patientin am 1. Tag nach stationärer Aufnahme.

Befunde

1. Petechien
2. Sugillationen

Diagnose

- Disseminierte intravasale Gerinnungsstörung aufgrund einer Meningokokkensepsis.

Differenzialdiagnose

Neben der Meningokokkensepsis kommen andere, v. a. durch gramnegative Bakterien ausgelöste Septitiden infrage.

Erläuterung

Bei unserer Patientin konnte die Diagnose einer Meningokokkenmeningitis anhand einer positiven Blutkultur gestellt werden. Die initiale Lumbalpunktion hatte lediglich eine leichte Pleozytose von 50 Zellen/ μ l bei sonst unauffälligem Status erbracht. Erst die Verlaufspunktion einen Tag später erbrachte die typische Konstellation einer bakteriellen Meningitis (6000 Zellen, Laktat 10 mmol/l, Glukose 4 mg/dl, Protein 6,32 g/l). Die Patientin erhielt über 14 Tage Ceftriaxon und konnte nach 3 Wochen mit ambulanter Rehabilitation nach Hause entlassen werden.

Ungewöhnlich an diesem Fall ist die initiale klinische Präsentation. Die Patientin war lediglich leicht somnolent, und die typischen klinischen Meningismus-Zeichen waren allesamt negativ. Nur die psychomotorische Verlangsamung wies auf eine mögliche Beteiligung des ZNS hin,

welche sich jedoch auch regelhaft bei Sepsis-Patienten im Rahmen einer septischen Enzephalopathie nachweisen lässt, sodass der initiale Liquorbefund als Begleitmeningitis gewertet wurde.

Die klassische Trias einer Meningokokkenmeningitis besteht aus Kopfschmerzen, Fieber und einem Meningismus. In großen Kollektiven findet sich diese Trias jedoch nur bei ca. 50% aller Patienten [1]. Erweitert man das klinische Spektrum jedoch um das Symptom Bewusstseinsstörung, so weisen ca. 95% aller Patienten zumindest 2 der 4 klinischen Symptome auf [2]. Ein Exanthem bzw. Petechien oder auch Sugillationen finden sich bei der Hälfte der Patienten und kommt fast ausschließlich bei der Meningokokkensepsis vor.

Der vorliegende Fall demonstriert eindrücklich, dass die Diagnose einer Meningokokkenmeningitis neben der klassischen Klinik und dem laborchemischen Befund einer Sepsis immer auch die Untersuchung des gesamten Integuments beinhalten sollte. Eine antibiotische Therapie muss unmittelbar bei v. a. eine Meningokokkenmeningitis initiiert werden.

Erstveröffentlichung

Dieser Beitrag ist eine aktualisierte Version des Artikels: Dafotakis M. Eine 52-jährige Patientin mit Abgeschlagenheit und allgemeiner Schwäche. *Klin Neurophysiol* 2016; 47: 85–86. doi:10.1055/s-0041-107754.

Literatur

- [1] Kuhn J, Gerbershagen K, Mennel HD et al. Clinical implications of meningococcal disease. *Dtsch Med Wochenschr* 2006; 131: 209–213
- [2] Durand ML, Calderwood SB, Weber DJ et al. Acute bacterial meningitis in adults. A review of 493 episodes. *N Engl J Med* 1993; 328: 21–28