

Eine Kugel kam aus dem Bauch

Anamnese

Eine Kugel komme aus dem Bauch, so beschrieb der 43-jährige Patient seinen Eindruck von der subakut aufgetretenen schmerzhaften Vorwölbung der linken Bauchwand, die zur Abklärung führte. Der ersten Blick (Abbildung 1) auf die gut sichtbare Vorwölbung der linken seitlichen Bauchwand lenkt den Verdacht zunächst auf eine rasch fortschreitende intraabdominale Raumforderung bzw. Hernie. Die bildgebende Diagnostik ergab jedoch keinen wegweisenden Befund. Beim zweiten Blick fielen bereits drei Wochen vorher aufgetretene diffuse Beinschmerzen, Taubheitsgefühl der Füße, Zehen und Finger beiderseits und eine Schwäche der Beine, vor allem beim Treppensteigen und Aufrichten aus der Hocke, auf. Analgetisch waren bereits Prednisolon, Metamizol und Ibuprofen eingesetzt worden. Vorangegangene Infekte, Zeckenstiche und Hautveränderungen wurden verneint. Bei der neurologischen Untersuchung fielen eine Areflexie der Beine und schwache Eigenreflexe der Arme auf. Die rechts lebhaft auslösbaren Bauchhautreflexe fehlten links. Motorisch fielen Paresen der Handmuskulatur, der Fuß- und Zehenheber im Kraftgrad 4 mit reduziertem Fersengang links und Unfähigkeit des Aufrichtens aus der Hocke auf. Freies Gehen war unbegrenzt möglich. Die linke Bauchwand war seitlich deutlich vorgewölbt ohne sichtbare Kontraktion bei Bauchpresse und Husten. Die Sensibilität war beiderseits an den Fingern und Fußsohlen vermindert. Die Liquordiagnostik ergab eine normale Zellzahl und ein erhöhtes Gesamteiweiß von 1.074 mg/l (Norm bis 450 mg/l) mit Blutliquorschrankenstörung. Antikörper gegen *Borrelia burgdorferi*, *Campylobacter jejuni* und Ganglioside waren nicht nachweisbar.

Diagnose

Wegen der gleichzeitig aufgetretenen sensomotorischen Störungen an allen Extremitäten und des Liquorbefundes wurde die Diagnose eines Guillain-Barré-Syndroms (GBS), einer akuten Autoimmunpolyneuropathie, gestellt. Beim GBS sind Plasmapherese und intravenöse Immunglobuline gleichwertige Therapien und werden bei mäßig schweren bis schweren Verläufen eingesetzt mit unabhängiger Gehstrecke < 5 m, rascher Progression, respiratorischen oder bulbären Symptomen



Abbildung 1: März 2018



Abbildung 2: Juli 2018

bis zu einer maximalen Krankheitsdauer von vier Wochen. Diese Indikationen lagen nicht vor. Glukokortikoide haben beim GBS keinen Effekt. Die Mortalität erreicht bei schweren Verlaufsformen fünf bis 15 Prozent. In den meisten Fällen kommt es zur langsamen Rückbildung von Paresen und Sensibilitätsstörungen über Wochen bis Jahre. 20 Prozent der Patienten behalten neurologische Defizite.

Therapie und Verlauf

Bei unserem Patienten blieb die Erkrankung ab der vierten Krankheitswoche stabil mit erhaltener freier Geh- und Stehfähigkeit. Wir verzichteten auf eine immunmodulatorische medikamentöse Therapie und konzentrierten uns auf die Physiotherapie, auch mit gezieltem Training der Bauchmuskulatur, und führten diese im Rahmen einer stationären Rehamaßnahme fort. Es kam zu einer stetigen Besserung der motorischen und sensiblen Defizite wie auch zu einer Regredienz der Schmerzen, bald ohne Analgetika-Bedarf. Vier Monate nach Krankheitsbeginn zeigte die neurologische Untersuchung nur noch funktionell nicht relevante Residuen der Erkrankung und eine komplette Rückbildung der Bauchwandparese (Abbildung 2).

Bauchwandparesen können auch bei der Gürtelrose, der Neuroborreliose und als diabetische Schwerpunktneuropathie auftreten. Ihre Erkennung

ist wichtig zur Vermeidung fehlindizierter Interventionen an asymptomatischen intraabdominalen Erkrankungen.

Literatur

- » Mumenthaler M, Stöhr M, Müller-Vahl H. Läsionen peripherer Nerven und radikuläre Syndrome. 9. Auflage. Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York; 2007:317-23.
- » Pfadenhauer K, Schönsteiner T, Stöhr M. Die thorakoabdominelle Manifestation der Neuroborreliose Stadium II. *Nervenarzt*. 1998; 69:296-299.

Autoren

Dr. Karl Pfadenhauer
Neurologie

Professor Dr. Rolf Eissele
Gastroenterologie und Onkologie

Klinikum Fürstenfeldbruck, Dachauer
Straße 30, 82256 Fürstenfeldbruck