

Kasuistik vom Dezember 2022

Überraschende Wendung

Die 30jährige Patientin wurde stationär eingewiesen, weil die Anfallssituation unklar war. Es sollte geklärt werden, ob Anfälle auftreten und um welche Art von Anfällen es sich handelt.

Die Patientin berichtete, in Wachphasen nachts ein rechtsbetontes Zittern der Arme und Beine, teils des ganzen Körpers zu bemerken, sie könne dann nicht aufstehen, da ihr schwindelig und schwarz werde vor Augen, eine Frequenz ließ sich nicht eruieren. Manchmal stürze sie auch, vor allem im Bad, dies bekomme sie nicht mit, trage daher einen Sturzhelm, wenn sie aufstehe. Schwerwiegende Verletzungen habe sie sich hierbei noch nicht zugezogen.

Die Bezugsbetreuerin berichtete dagegen, noch keine epileptischen Anfälle bei der Patientin beobachtet zu haben. Der letzte Anfall sei im Mai dokumentiert worden, dieser sei als dissoziativer Anfall eingeschätzt worden.

Aus der Vorgeschichte erwähnenswert ist, dass die inzwischen 30jährige Patientin mit einer mittelgradigen intellektuellen Entwicklungsstörung im Alter von zwei Jahren einen ersten Anfall erlitt. Die damalige Diagnostik ergab im cMRT eine Pachygyrie links parieto-occipital, die Liquoruntersuchung fiel unauffällig aus. Im weiteren Verlauf kam es zu wiederholten Status epileptici. Eine fokale strukturelle Epilepsie wurde daher aktuell nicht angezweifelt.

Zunächst erfolgte eine Beobachtung auf Station. Es wurden mehrere Anfälle von der Patientin angegeben und auch videographisch erfasst. Hier zeigte sich, dass sie während der Anfälle jederzeit reagieren konnte, teilweise auf den Boden sank und dort über eine halbe Stunde mit geöffneten Augen liegen blieb, so dass von dissoziativen Anfällen ausgegangen wurde.

Zur Objektivierung der Anfallssituation erfolgte ein Langzeit-Video-EEG, in dem sich völlig überraschend eine hohe Anfallsfrequenz von bis zu 87 epileptischen Anfällen in 24 Stunden herausstellte. Die sichtbare klinische Symptomatik war hierbei blande, es wurde lediglich ein leichtes Zucken des rechten Armes gesehen, was jedoch mit den anamnestischen Angaben der Patientin („rechtsbetontes Zittern der Arme und Beine“) übereinstimmte. Wir mussten daher unsere Fehleinschätzung einräumen und änderten nun die Epilepsiemedikation.

Zusammenfassend gingen wir von epileptischen, aber auch dissoziativen Anfällen aus. Dass es zu Fehldiagnosen, vor allem bei Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung kommt, wurde bereits mehrfach beschrieben. Gründe hierfür sind zahlreich, z. B. Schwierigkeiten in der Kommunikation oder auch bei der Durchführung von Untersuchungen. Daher scheint es besonders wichtig, in der Behandlung von Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung offen für viele Möglichkeiten zu bleiben und die eigene Einschätzung immer wieder zu überprüfen.

Anja Grimmer