

Dramatische neurologische Symptomatik verschleiert das Bild einer Invagination

Ramisch, E. ¹; Schettler, K-F.²; Eberhardt, H.²; Pietzsch, S.³; Herterich, R.²; Blank, Ch. ¹; Kinderkrankenhaus St. Marien Landshut; ¹Neuropädiatrie, ²Pädiatrie – Intensivmedizin, ³Gastroenterologie

Einleitung: Besonders bei Kleinkindern können neurologische Symptome wie Somnolenz und Krampfanfälle das klinische Bild bei einer Invagination dominieren und somit zu einer Fehldiagnose führen. Ein unauffälliger Sonografiebefund kann zu einem Fallstrick werden.

Kasuistik: 22 Monate altes Mädchen mit rezidivierendem Erbrechen und reduziertem Allgemeinzustand am Aufnahmetag. Z.n. Sturz auf den Hinterkopf in der Badewanne! Am Vortag dreimalig unauffälliger Stuhlgang, kein Durchfall und kein Hinweis auf Blut.

Befund: stabile Vitalparameter, Temp 36,8°C (rekt), GCS 10, blass, Turgor reduziert, halonierte Augen. Cor, Pulmo, HNO unauffällig. Abdomen weich, Darmgeräusche spärlich in allen 4 Quadranten, kein Druckschmerz, keine Abwehrspannung. Resistenz im rechten Oberbauch!

Im Verlauf somnolentes Kind mit ausgeprägtem Opisthotonus!

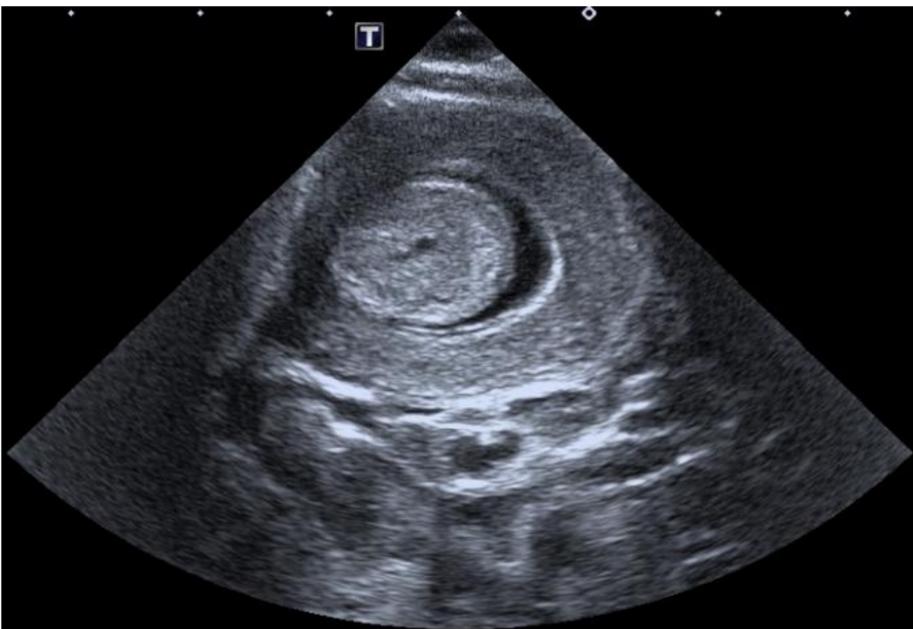
Diagnostik: Labor, Liquor, Sonografie Abdomen (*keine* Invagination!) EEG und CT-Schädel unauffällig.

Therapie: Infusionstherapie mit einer Glukose-Elektrolytlösung bei Dehydratation. Aciclovir, Cefotaxim bei V.a. Enzephalitis.



Opisthotonus, Stephanie He, Child Health Nursing: Partnering with Children and families (2nd Edition) 2011-05-13. www.studyblue.com

Verlauf: Initiale Besserung. Nach 22 h erneut zunehmende Somnolenz, generalisierter KA mit Fehchterstellung und Blut-erbrechen. Das ausführliche Labor zeigt eine Hyponatriämie (124mmol/l), EEG unspezifische Allgemeinveränderungen, MRT-Schädel, Toxikologie unauffällig. 10 h später erstmalig blutiger Stuhlgang. Jetzt! Invaginat in der Abdomensonografie. Chirurgische Resektion. Rasche Besserung der neurologischen Symptome.



Sonografie-Abdomen: Schießscheibenphänomen



OP-Situs: Laparotomie. Ausgedehntes ileocolisches Invaginat bis zur linken Flexur. Manuelle Reposition und Resektion von 10 cm terminales Ileum.

Diskussion: Die Invagination muss als Differenzialdiagnose besonders bei Kleinkindern mit unerklärlichen neurologischen Symptomen (Somnolenz, Opisthotonus, Krampfanfall) beachtet werden, auch bei unauffälliger Abdomensonographie (spontane Devagination). Es bleibt die Frage wie es bei abdominalen Krankheitsbildern (gut to brain) zu solch einer ausgeprägten neurologischen Symptomatik kommt? Trotz intensiver Literaturrecherche und Anfrage bei führenden Experten der Gastroenterologie konnte diese Frage nicht hinlänglich geklärt werden.

Literatur beim Verfasser