Plötzlich verwirrt und desorientiert

Die Geisterfahrt endete in der Neurochirurgie

Als der 82-jährige Geisterfahrer von der Polizei auf der Autobahn gestoppt wurde, wirkte er vollkommen desorientiert und verwirrt. Bei der Aufnahme im Krankenhaus ergab sich auch von neurologischer Seite ansonsten kein krankhafter Befund. Des Rätsels Lösung brachte die kraniale Computertomografie.

Bei einem 82 Jahre alten Patienten war vor fünf Jahren eine Hemikolektomie rechts bei einem stenosierenden Kolonkarzinom durchgeführt worden. In Anbetracht des Lymphknotenbefalls wurde anschließend eine adjuvante Chemotherapie durchgeführt. Bei den jährlichen Kontrolluntersuchungen ergab sich kein Hinweis für ein Lokalrezidiv bzw. eine Fernmetastasierung.

Große Raumforderung links frontal im Sinne einer Metastase.

Plötzlich fahruntüchtig

Jetzt war der Patient ohne Rücksprache mit der Ehefrau plötzlich zu einer Autofahrt mit unklarem Ziel aufgebrochen. Nach einigen Stunden wurde er als Geisterfahrer auf der Autobahn von der Polizei gestoppt. Dabei wirkte er vollständig örtlich und zeitlich desorientiert und konnte auch keine Angaben zur Person machen. Für einen Alkoholgenuss gab es keinen Hinweis. Daraufhin wurde der Patient im Krankenhaus vorgestellt.

Keine neurologischen Ausfälle

Bei der Aufnahme war der Patient desorientiert, aber kreislaufmäßig stabil. Die orientierende neurologische Untersuchung, das Routinelabor und das EKG ergaben keine Auffälligkeiten. Als naheliegende Diagnose wurde ein demenzielles Syndrom diskutiert. Da die Symptomatik sehr akut eingesetzt hatte, wurde zum Ausschluss einer hirnorganischen Ursache ein CT angefertigt.

Unerfreuliche Überraschung im CT

Das CT des Schädels zeigte ebenso wie das später durchgeführte MRT eine teilweise eingeblutete irregulär konfigu-

Fabula docet

Bei einer plötzlich einsetzenden Desorientiertheit bei einem Patienten mit einer Tumoranamnese muss immer an eine Hirnmetastase gedacht werden. Dies gilt auch für das Kolonkarzinom, auch wenn Hirnmetastasen bei diesem Tumor relativ selten sind.

rierte polylobulierte Raumforderung links frontal mit breitbasigem Kontakt zur Frontobasis, wobei sogar eine knöcherne Infiltration nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden konnte. Darüber hinaus zeigte sich ein ausgedehntes Perifokalödem mit Mittellinienverlagerung und Ventrikelvorderhornkompression. Daraufhin wurde eine Dexmethasontherapie eingeleitet.

Histologie beweist Metastase

Die anschließend durchgeführte neurochirurgische Totalexstirpation des Tumors ergab histologisch eine Karzinommetastase, wobei die immunhistologischen Untersuchungen am ehesten für eine Metastase des Kolonkarzinoms sprachen. Bei der erweiterten Diagnostik ergaben sich keinerlei Hinweise für weitere Fernmetastasen im Bereich der Leber bzw. der Lunge.

DR. MED. PETER STIEFELHAGEN ■

Auf einen Blick: Metastasen im Gehirn

Hirnmetastasen können sich bemerkbar machen, bevor der Primärtumor klinisch auffällig wird. So ist bei etwa einem Drittel der Patienten zum Zeitpunkt der Diagnosestellung kein Tumorleiden bekannt. In Einzelfällen bleibt der Primärtumor trotz intensiver Suche verborgen (Cancer of Unknown Primary). Andererseits können Hirnmetastasen auch noch Jahre nach dem Auftreten und der Behandlung eines Krebsleidens zeitlich versetzt (metachron) auftreten.

Häufigste Primärtumoren für Hirnmetastasen (in absteigender Häufigkeit) sind:

- Adenokarzinom der Lunge
- Kleinzelliges Bronchialkarzinom

- Mammakarzinom
- Melanom
- Hypernephrom
- Gastrointestinale Tumoren

Insgesamt entsprechen die Symptome von Hirnmetastasen denen von bösartigen hirneigenen Tumoren wie dem Glioblastom. Ein häufiges, aber unspezifisches Symptom sind Kopfschmerzen. Weitere neurologische Symptome treten in Abhängigkeit von der Lokalisation auf. Da die meisten Hirnmetastasen rasch wachsen und sich eine Gewebeschwellung der Umgebung (perifokales Ödem) entwickelt, beträgt die Lebenserwartung unbehandelt nur einige Wochen bis wenige Monate.