

Überraschende Ursache anhaltender Schluckbeschwerden

Blickdiagnose einer Dysphagie

Als die 64-jährige Patientin plötzlich über Schluckbeschwerden klagte, wurde zunächst nach einer Ösophaguserkrankung oder einer zentralnervösen Erkrankung gefahndet. Dabei hätte schon ein Blick in die Augen auf die richtige Spur führen können.

— Bei der Patientin war seit vielen Jahren eine COPD bekannt, die auch zu einem Cor pulmonale geführt hatte. In den letzten Jahren musste die Patientin mehrmals wegen Exazerbationen bzw. kardialen Dekompensationen stationär behandelt werden.

Plötzlich auch Schluckbeschwerden

Als die Patientin erneut wegen einer Verschlechterung der respiratorischen Situation stationär aufgenommen werden musste, gab sie erstmals Schluckbeschwerden an. Auch klagte sie über eine rasche Ermüdbarkeit der Muskulatur und eine Armschwäche beidseits.

Wegen der Dysphagie wurde eine Ösophagogastroduodenoskopie durchgeführt. Hierbei fand sich eine leichte Refluxösophagitis, die mit einem Protonenpumpenhemmer behandelt wurde. Darunter kam es jedoch zu keinerlei Besserung.

Verdacht auf Schlaganfall

Im weiteren Verlauf gab die Patientin an, gelegentlich Doppelbilder zu sehen. Überdies fiel eine leicht verwachsene Sprache auf. Mittels kranialen CT und MRT konnte eine zerebrale Ursache dieser Beschwerden jedoch ausgeschlossen werden.

Als wegen plötzlicher starker Zunahme der Dyspnoe der Dienst habende Arzt in den Abendstunden zu der Patientin gerufen wurde, fielen ihm eine Ptosis beidseits und eine Bulbusdeviation auf. Seine Verdachtsdiagnose, die dann auch bestätigt wurde, lautete: Myasthenia gravis pseudoparalytica.



Foto: Arteria photography

Bilaterale Ptosis bei Myasthenia gravis.

Abnorme Ermüdbarkeit der Muskeln

Es handelt sich um eine erworbene autoimmunologische Erkrankung, bei der polyklonale IgG-Antikörper gegen Acetylcholinrezeptoren gebildet werden. Dies führt zur Ausschaltung der postsynaptischen Acetylcholinrezeptoren und somit zu einer Störung der neuromuskulären Übertragung.

Im Vordergrund der Beschwerden steht eine abnorme Ermüdbarkeit der Muskulatur. Betroffene klagen über Sehstörungen, Doppelbilder, Schwierigkeiten beim Kauen, Schlucken und Sprechen. Die Schwäche der Arme ist meist ausgeprägter als die der Beine. Nicht selten kommt es zu Atemnot, wenn die Rumpf- und Atemhilfsmuskulatur mitbetroffen ist.

Klinisch fallen Augenmotilitätsstörungen, Bulbusdeviationen und ein- oder beidseitige Ptosis auf. Alle musku-

lären Störungen sind belastungsabhängig, d.h. sie werden im Tagesverlauf stärker.

Tensilontest bestätigt Diagnose

Laborchemisch lässt sich die Erkrankung durch Bestimmung der Acetylcholinrezeptor-Antikörper nachweisen. Bei generalisierter Myasthenie ist

die Sensitivität dieser Untersuchung nahezu 100%, bei der rein okulären Form nur ca. 50%. Für die Diagnostik im klinischen Alltag hat sich der Tensilontest bewährt. Bei Vorliegen der Erkrankung kommt es nach intravenöser Injektion des Cholinesterasehemmers Tensilon nach einer Minute zu einer deutlichen Besserung der Symptomatik, die aber schnell wieder nachlässt.

Therapie

Die medikamentöse Therapie besteht in der Gabe eines Cholinesterasehemmers wie Pyridostigmin (60–240 mg oral alle 3–4 Stunden). Bei unzureichender Wirkung kommen evtl. auch Steroide, in besonders schweren Fällen eine Plasmapherese zum Einsatz. Bei nachgewiesenem Thymom besteht evtl. die Indikation zur Thymektomie.

DR. MED. PETER STIEFELHAGEN ■

Ursachensuche

Nach Thymom fahnden

Bei der Mehrzahl der Patienten mit Myasthenia gravis kann als Ursache ein Thymom nachgewiesen werden, entweder bereits bei der Röntgen-Thoraxaufnahme (s. Abb. re.) oder mittels CT bzw. MRT. In ca. 20% der Fälle liegt ektopes bzw. polytopes Thymusgewebe vor.

Thymom im Mediastinum. ▶

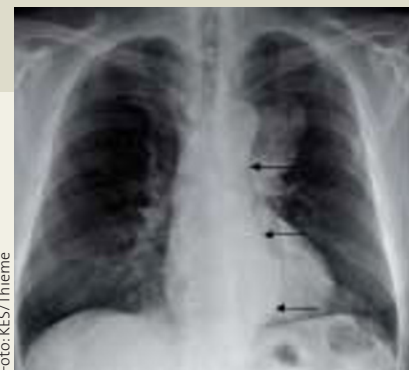


Foto: KES/Thieme