

Prim. Dr. Wolfgang Kubik

Facharzt für Neurologie, Arzt für Allgemeinmedizin
Ärztl. Leiter der REHA klinik maria theresia / Bad Radkersburg

8010 Graz, Plüddemanngasse 45
Tel.: 0650 440 30 35



Frau
Ursula Allinger

Willendorfergasse 10
2700 Wiener Neustadt

Graz, am 28.07.2012 08:08

Pat. Allinger Paul

Geb. 20.11.2006

Vers. Nr.

Versicherung: GKK

Hausarzt: Dr. Hartmann, Ambulatorium in Wiener Neustadt.

Neurologischer Fachbefund

Anamnese

Geboren in der SSW 38+5, per Saugglocke. APGAR 8/9/9. Art. Na-pH . 7,27.

Blutgr. 0-RHneg.

Anfänglich beim Stillen Probleme beim Anlegen. Er war ein ruhiges braves Kind und habe viel geschlafen.

Bis zum Ende des 3 LM habe sich Paul unauff. entwickelt. Ab dem 3 LM jedoch sei die Entwicklung vermindert (bzw. gestoppt) gewesen. Bis zum 11. Monat sei der Kopfwachstum normal gewesen. Danach habe es keinen weiteren Kopfwachstum gegeben.

am 21.2.2007 erhält er die 1. 6-fach-Impfung. Nach der Impfung fällt auf, dass Paul weniger Blickkontakt hält und er verminderte Kopfkontrolle hat.

Auf Grund eines Wachstumsstillstandes wird ein MRT des Kopfes, ein EEG und eine Untersuchung Richtung Stoffwechselerkrankungen durchgeführt.

Es wird eine Zytomegalie-Infektion festgestellt.

Er habe damals auch „fäkal“ aus dem Mund gerochen“. Derzeit, habe er auch einen solchen Geruch aus dem Mund, wenn er einen Anfall hat.

Absencen seien bereits vor diesen Ereignissen vorhanden gewesen (lt.Kinderarzt).

Es sei ein West-Syndrom festgestellt worden und mit einer ACTH-Therapie begonnen worden. In der Folge verschiedene Therapieformen, Wiederholte Aufs und Abs.

Anfallfrequenz: erste Anfall mit ca. 6 Monaten: Kurzes Zucken und Innehalten, beim Trinken. Mit ca. 7 Monaten traten BNS-Anfälle auf. Seit dieser Zeit sei auch das Schlafen

schlechter gewesen. Ab 1 LJ mit Ketogener Diät, Lyrica und Synecten sei er ein Jahr klinisch anfallsfrei gewesen. Nachdem mit der ketogenen Diät beendet wurde (er wollte sie nicht mehr), traten über ein weiteres Jahr praktisch keine Anfälle auf (insgesamt fast 2 Jahre nur geringe Anfälle – mit Anfallsbereitschaft im EEG). Verstärkte Anfälle wieder mit 3 Jahren: Augen aufgerissen, gelacht – erst einmal am Tag, dann bis 4x als Anfallskorrelat (die Hände werden dabei hochgezogen).

Derzeit Anfälle: Bevor der Anfall anfängt, würde er oft ganz ruhig werden (ruhiger als sonst). Habe dann auch kalte schweißige Füße und Hände. Zeige dann eine innere Anspannung, mit kleinen Fingerbewegungen (Zuckungen) – in dieser Zeit noch ansprechbar. Auch ein vermehrter Speichelfluss sei vorhanden.

Dann Auslöser: Berührung im Nackenbereich, oder Erschrecken (z.B. durch ein Geräusch) kommt es zum Anfall. Erstarrt dann im Gesicht, die rechte Hand wandert zur Seite, schaut nach links oben, öffnet leicht den Mund, Geräusch aus dem Mund und Zucken. Dann kann er durch Ansprechen den Anfall verkürzen. Sonst 30-50s Anfall mit Krämpfen auch an den Beinen in Streckhaltung. Harnverlust nach dem Anfall.

Derzeit wenige Anfälle, letzte große Anfall vor 4 Tagen.

Bedarfsmedikation Stesolit helfe nicht immer.

PEG-Sonde seit 2011 wegen statusähnlicher Anfallsfrequenz. Habe dadurch nicht mehr ernährt werden können.

Fühlt sich im Wasser wohler, strahlt über das ganze Gesicht und habe auch Kopfkontrolle.

Der Vater hat eine erwachsene Tochter (Halbschwester von Paul), keine weiteren Kinder in der Familie. Wohnt mit den Eltern und der Stieftochter im selben Haushalt. Keine Haustiere. Mutter Grafikerin, Vater Rechtsanwalt. Haushalt behindertengerecht.

Hilfsmittel: Rollstuhl mit Sitzschale, Sitzgurt, Seitenpelotten, Nackenstütze.

Bisherige Medikation

1. Lyrica 100mg – 0- 200mg
2. Niacinamid 500mg 0-0-2
3. Chloralhydrat Lösung 10% 0-0-2ml (bis max 4ml)

4. Aminosäurendiät seit Juni 2012

Neurologischer Status

Normale Gelenksentwicklung, kein Hinweis auf Schmerzen, schwache Halsmuskulatur. Kopf kann nicht gehalten werden. Fixiert gut. In Rücken- Seiten und auch Bauchlage gute Augenbeweglichkeit. Im Liegen Auge-Hand-Mund-Koordination vermindert möglich. Lautiert, spricht aber nicht. Keine auffälligen Bewegungsmuster. Stimmen unterschieden scheinen nicht möglich zu sein. Verbale Information nicht sicher wahrgenommen. Ruhige Umgebung (auch Gespräche) beruhigt ihn (als Geräuschteppich). Der Tonus ist allgemein vermindert, Kann alle Extremitäten zielgerichtet bewegen, aber nicht gegen Schwerkraft. Ellbogenstütz ist gering möglich. Fortbewegung rollend.

Wasser mag er. Körperwahrnehmung (Hinlenkung auf zur körperliche Berührung).

Psychischer Status: er mag tiefe Töne, schrille Töne mag er nicht. Schläft mit Medikation ein, schläft durch (in letzter Zeit).

Zusatzbefunde

Derzeit keine

Diagnosen

1. BNS-Epilepsie
 - a. allgemeine Muskelhypotonie
 - b. Entwicklungsrückstand

Therapie

2. Lyrica 100mg – 0- 200mg
3. Niacinamid 500mg 0-0-2
4. Chloralhydrat Lösung 10% 0-0-2ml (bis max 4ml)

5. Aminosäurendiät seit Juni 2012

Vorstellung zur Rehabilitation (intensive Fördertherapie) empfohlen.
Riualisierte Handlungen werden empfohlen.

Prim. Dr. Wolfgang Kubik
Graz, am 28.07.2012s

DR. WOLFGANG KUBIK
FACHARZT FÜR NEUROLOGIE
PLÜDDEMANNGASSE 45
8010 GRAZ
ANMELDUNG # 0650 4403035