Een 24 jarige man wordt opgenomen met hoge koorts (39,2) sedert twee dagen. Hij is stuporeus. Bij onderzoek vind je nekstijfheid. Er is een babinski rechts.

Een CT scan toonde geen afwijkingen.

* Lumbaalpunctie toont 2476 cellen/mm3 Het eiwit is 1020 per L. de glycorrhachie is 24% mg met een perifeer suiker van 106mg%
  + Absolute glycoraghie
  + Eiwit is duidelijk gestegen
  + Cellen zijn zeer duidelijk gestegen. => neutrofielen
    - * + Bacteriële meningitis.
  + Gramkleuring was negatief. (wees altijd kritisch tegenover jezelf)
* Corticoïden + AB

Een 18 jraige jongen wordt binnengebracht met hevige hofodpijn en 39,2 graden koorts. Hij kleog al enige dagen van hoofdpijn en volde zich greiperig. Nu is de hoofdpijn ondraaglijk en geeft de patiënt herhaaldelijk over.

Bij onderzoek is hij somnolent, nekstijf en fotofoo.

Een CT scan toont geen afwijkingen. Een lumbaalpunctie toont 338 cellen, waarvan 73% lymfocyten

…..

* Virale meningitis
* Mits geen AB gehad.

Een 26 jarige man wordt door zijn vriendin binnengebracht. Hij kloeg plots van hoofdpijn, en is dan gevallen en is irresponsief geworden.

Bij onderzoek vind je een comateus man. Hij is duidelijk nekstijf. De oculocephale reflexen zijn aanwezig. Er is geen lateralisatie.

De bloeddruk is 150/95 , de pols is 112/min. De temperatuur bedraagt 37,2 graden.

* Bloeding => subarachnoïdaal
  + Tis PLOTS!!

Een dame van 32 jaar wordt op spoedgevallen binnengebracht wegens krachtsverlies in de rechter arm dat op enkele dagen tijd is ontstaan. OP vraaga naar medische antecendenten anwwoordt patiente dat ze 2 jaar geleden gedurende enkele weken met hrechteroog de kleuren wat grauwer waarnam. Patiënten neem ten contraceptieve pil en rookt 1 pakje sigareetten per dag.

Onderzoek toont een globale 4/5 parese in de rechteram, overigens een nromale krach. Craniale zenuwen, sensibiiteit, coördinatie eng an zijn ormaal, doch er is een affferent pupildefect rechts. Bij het onderzoek van de reflexen is er rechts een voetzoolreflex in extensie, terwijl deze links duidleijk in flexie verloopt.

* MS
  + Gescheiden in tijd
  + Gescheiden van plaats
* MRI
* Lumbaalpunctie => bandjes…

Een 37 jairge landbouwer komt op soedgevallen omwille van aanhoudende hoofdpijn en koorts. Hij is naar zijn zeggen 6 kg vermager den volg zich moe, omdat zijn bedrijf in moilijkhedne is nda de dioxinecrisi. In zijn VG vermedlen we astma als kind.

Bij neurologisch onderzoek vind je een zieke man die er bleek en moe uitziet. Neuroologisch vind je geen afwijkingen, behaouden een discrete nekstijfheiid. Zijn temperatuur is 38,2 graden. Een lumbaalpunctie toont een pleiocytose van 162 per mm3, 82% lymfocyten en monocyten. Het eiwit is fors gestegen en de glycorachie 37 mg/100 ml voor een glycemie van 98/100 ml.

* TBC
  + (geen spirocheten => want suiker te laag)
    - * + FARMACOLOGIE!!!!!!!!!

Een 67 jarige man komt op spoedgevallen wegens gevoelsstoornissen in de linker lichaamshelft. Hij is er di ochtend mee opgestaan. Ovrerigens vindt hij dat hij links ook ietwat onhandig is dat hij onzeker stap. Er zijn verder geen klachten.

Bij klinisch neurologisch onderzoek zijn er geen afwijkingen van de craniale zenuwen, behalve een verminderde pinprikgevoeligheid in de linker gelaatshelft. De drahct in de armen en de benen is normaal, maar hij is onhandig links. De diepe en oppervlakkige gevoeligheid in de linker lichaamshelft (gelaat, arm en been) is verminderd

* CVA
  + Plots
* Waar => rechts lacunair infarct in de thalamus.

Een 54 jjarige man wordt in coma binnegebracht. Zijn dossier vermeldt dat hij epilepsie heeft die behandeld wordt me diphantoïne. Hij heeft flink gebraakt tijdens het transport.

Bij onderzoek vind je aanwezicht oculocefale reflexen. Zijn pupillen zijn 3 mm in doormeter en isocoor. Hij trekt gerecht terug op pijn in de vier ledematen bij een stevige pijnprikkel in de vingers kan je nog net een slag van de man ontwijken.

Zijn bloeddruk is 140/80 mmHg en zijn pols is 114. Zijn temperatuur is 36,3 graden.

* Beide hemisferen aangetast => post-ictale periode.
* Man is aan het wakker worden want hij slaat al.
* Bloedspiegel bepalen.
* Medicatie evt. aanpassen
* Niet in de hersenstam, want reflexen zijn goed.

Als de man koorts zou hebben => 39, 3 => stuipen op basis van uitlokkende oorzaak => koortsstuipen.

Leukocytose bepalen => ….

BV. Door pneumonie, meningitis….

Een 58-jarige rechtshandige man heeft sedert een tweetal dagen koorts en is de dag voor opname vreemd gedrag gaan vertonnen. Hij was verward en gedesorieënteerd en sprak wartaal.

Bij onderzoek vwrod een woelige man gezien die een temperatuur heeft van 38,3 graden, nekstijf is en een dysfasie met rechter hemibeeld vertoont.

Het lumbaalvocht toont 84 witte bloedcellen (90% lymfocyten), een eiwit van 1640 mg/L en een glycorachie van 72 mg% bij een glycemie van 112 mg%

* Herpes encefalitis.

Een 78 jarige man komt naar spoedgevallen wegens plots opgetreden zichtstoornissen: zijn echtgenote vermeldt dat hij overal tegenaanloop. Hij zelf ondervindt dat niet, doch hij klaagt van lichte hoofdpijn, sedert die ochtend. Bij onderzoek vind je een linker hemianopsie. Overigens is het onderzoek normaal. CT toont geen afwijkingen.

* Plots => CVA
* Occipitale kwab => a. cerebri posterior
* Geven van tPa => binnen de 4 uur.
* Aspirine => maaglast, bloedingsneiging.
* Clopidogrel => hoofdpijn, diarree => ADP- anti….

Een 42 jarie vrouw iondervindt paresthesieën in de onderste ledematen sedert enkele dagen. Zij vindt ook dat ze met stijve benen stapt en op watten loopt. Vooral in het duister is ze hulpe loos. Ze is al kenele malen gevallen

Bij onderzoek heeft ze normale craniale zenuwen. In de bovenste ledematen is de kracht normaal. Het oppervlakkig en diep gevoel zijn er normaal. IN de onderste ledematen is er een bilaterale hypertonie met hyperreflexie. Links is er een babinski, rechts niet. Links is ook het buikhuidreflex afwezig. Er is ataxie in het rechter been. De deipe gevleoigheid rechts is ernstig gestoord, links slechts in beperkte mate. Ze heeft oppervlakkig gevloesverlies tot aan de navel bilateraal.

* In het ruggemerg => want para
  + Myelitis = inflammatoire ziekte van het ruggemerg.
    - Hoogst waarschijnlijk exacerbatie van MS

Een 35 jarige man komt raadplegen wegens gangmoeilijkheden. Hij heeft die al jaren, maar nu worden ze erger. Hij struikelt gemaklllijk en is al tweemaal ten val gekomen voer het laatste jaar. In de bvovenste ledematen heeft hij geen last vindt hij.

Hij vermeldt weinig in de voorgeschiedenis behalve een orthopedische ingreep op 14 jarige leeftij wegens holvoeten. Hij is wel op 11 jarige leeftijd een bril beginnen te dragen.

Bij onderzoek vind je normale craniale zneuwen. Kracht en trofische toestan zijn normaal. De reflexen in de bovenste ledematen zijn normaal, in de onderste al te levendig. Hij

* Degeneratief, upper motorneuron
* Ziekte van strumpel-lorrein

De verloskundege ruoept je bij een 28 jarige dame omwille van hoofdpijn. Ze is twee dagen tevoren bevallen van een gezonde jongen. De hoofdpijn onstaond geleidelijk over de afgelopen twee dagen en vereiste deze ochtend analgetica.

Bij onderzoek vind je een ietwat suffe dame. Ze heeft tot je verrassing een discreet motorisch hemibeeld links met een teken van babinski. Het gevoelsonderzoek is onbetrouwbaar.

Je voert een CT scan uit die niets bijzonders toton. De patioente slaapt die nacht rusti, ondanks haar wenende zuigeling.

De gynecoloog schrikt zich te pletter en jij ook vanaochtend heeft onze patiënt clonieën vertoond in het glaat links en daarna een veralgemeende epilepsie aanval gedaan.

Bij onderzoek vind je een postictaal somnoletne dame met een duidelij linker hemibeeld. Ze heeft discreet papiloedeem.

* OVERDRUK
* Echt inklemmen doet ze niet, ze heeft wel gestuipt.
* CT is negatief => bloeding dus waarschijnlijk niet….
* Eclampsie niet => op CT wat stofverandering van achter in de occipitale kwab.
* Sinusocclusie => Veneuse ischemische pathologie!!!!!

Een 43 jarige dame komt klagen over gangmoeilijkeden. Ze vindt dat het probleem al enige maanden verslacht tot ongeveer 6 maanden geledn stapte ze normaal.

In de verder anamnese vertel ze soms duizelig te zijn en dat vooral als ze in een drukke omevin is en zich moest haasten. Ze is vier jaar geleden een bril beginnen dragen.

Bij onderzoek vind je normale craniale zenuwen, al i sde gezichsscherpt bilateraal slechts 20/50 dit wrodt nomraal met de bril. IN de bovenste ledematen is dracht normaal, dich in h linkerbeen is de psoaskracht 4/5 en de voethefferskracht 4/5. Dagt been is hypertoon. De reflexen zijn overal levendig, doch d elinker knipeesreflex is anormaal levendig en er is een teken van babinski aan die kant. De buikhuidreflexen zijn rechts zijn aanwezgi, links afwezig.

De achterstrenggevoeligheid is overal normaal. Er is normale pinprikgevoeligheid over het gehele lichaam, behalve in het rechterbeen en de rechter onderbuik tot 10 cm onder de navel waar er hypo te zelfs anesthesie is voor deze modaliteit.

* Over een heel lange tijd.
* In het ruggemerg => OL en beide zijde.
* Tumor in het ruggemerg => druk aan 1 kant.
  + Groeit van de meningen naar het midden toe. => meningeoom
* SYNDROOM VAN BROWN-SEQUARD

EXTRA:

* Bij onderzoek van de craniale zneuwen, vind je dat de gezichtsscherpte links slechts 20/50 met correctie. Er is een discreet aferent pupildefect links. Ook is er een beperkte adductie van het linker oog bij blik naar rechts; het rechter oog vertootn dan enkele slaagjes nystagmus.
  + MS.

Nu:

* JAREN
* Relexen zijn overal levendig, doch de knipeesreflexen zijn abnormaal levendig en er is teken van babilsckie bilateraal
* Holvoeten
  + Ziekte van strumpelman-Lorrein.

CASUS 1

Een 52 jarige vrouw woredt naar de dokter gebracht door haar dochter, omwille van het vermoden van een depressie, de begonnen is na de dood van haar man, nu 6 maanden geleden. Ze is niets meer geïnteresseerd, ze geeft geen aandacht meer aan haar kleinkinderen en verzorgt zich niet meer. Bovendien vindt de dochter dat haar geheugen actheruitgaat, doch de patiente zelf vindt dat de dochater overdrijft. De patientee is lerares wiskunde (moet MSE hoog scoren)

Bij onderzoek vind je normale craniale zenuwen. Ookb ij maotroisch onderzoek vind je geen afwijkingen en het gevoelsonderzoek is normaal. Deg gan verloopt aanvaardbaar. De patiente is inderdda erg afgevlak in affedc en vindt alles overbodig. Haar MMS is 23, maar ze zegdt dat ze betr kan, maar zenuwachti is. Bij hert rekenen maakt ze voordurend fouten, as is haar voorwaartse digispan 6.

Welke is de meest waarschijnlijke diagnose: Ziekte van Alzheimer.

Welke is de mest aangewezen behandeling: rivastagmine

De moeder van de patiënt is volgens de dochter op 58-jarige leeftijd overleden aan hersenverkalkin, een ziekte waaraan ook de 51-jarige broer van de patiënt lijd. Haar tweede bbroer is goed gezond. Overigens zijn er geen belangrijke familiegegevens.

Welk eiwit speelt hier een rol?

* Alfa secretase

CASUS 2

Een 64-jarige patiënt komt u raadplegen omwille van stramheid. Hij vindt dat hij het laatste jaar globaal trager is geworden en klaagt vororal van de strheid in zijn benen, waardoor hij moilijker vooruit kom. Wanneer precies deze klachten zijn behgonnen kan hij moilijk uitmaken, doch deechtgenote vermldt wel dat het geleidig aan erger wordt. Bij neurologisch onderzooek vinden we een MMS van 28/30. De cran…

Diagnose: Parkinson

Bij autopsie vindt men bij patiënt met deze ziekten inclussielichaampjes…

-alfa-synnucleine

Een 46 jarige man klaag vn beven in beide handen, rechts meer uitgesproken dan links. De tremor is vooral aanwezig bij het uitvoeren van fijne bewegingen en stoort mest bij het eten van sope of drinken. Bij volledige relaxatie is de tremor afwezig. De patiënt vertelt dat het probleem over de laatste jaren iets erger gwordt en vermeldt dat bij de inname van een beperkte hoeveelheid alhochol de tremor nagenoeg volledig verdwijt. Lijk familiaal.

D: essentiele tremor

B: beta blok

Een 72 jarige patiënt wordt door u gezien op spoegdgevallen wegens een snellle deterioratie van de neurologische toestan. De patiënt wordt doro een neuroloog behandel met L dopa en is bekand met een depressie.

Lewy-body dementie.

Een 74 jarige man biedt zich op speodgevallen aan. In de loop van d namiddag, tijdens het werken in de tuin ervaarde hij plots gezichtstoornissen liep hij enkelekeren tegen iets aan. Hij klaagt tevens een zeurende hinderende hoofdpijn rechts. Hij klaag tevens van een zuerend , hinderned hoofdpijn rechts achter. De paiten heeeft hypertensie…

D: TIA

Behandeling:

Een 46 jarige man klaagt van beven in de beide handen, rechts meer uitgesproken dan links. De treemor is vooral aanwezig bij het uitvoeren van fijne bewegingen en stoort meest bij het eten van soep of drinken. Bij volledige relaxatie is de tremor afwezig. De patiënt vertelt dat het probleem over de laatste jaren iets erger wordt, en vermeldt dat bij de inname van een beperkte hoeveelheid alcohol de tremor nagenoeg volledig verdwijnt. Het verschijnsel lijkt familiaal: zowel zijn zus als zijn vader en oom hebben hetzelfde probleem.

Welke is de meest waarschijnlijke diagnose bij deze patiënt?

* Wat voor een tremor is dit: positionele tremor: vanaf het moment dat men begint te bewegen krijgt men het
* = essentiële tremor.
* Voorkeursbehandeling: beta-blokkers

Een 72 jarige patiënt wordt odor u gezien op speodgevallen wegens een snelle deterioratie van de nerulogische toesten. De patien tword door een enuroloog behandel met L dopa en is bekend met een depressie. Echter omwille van hallucinaties diende de huisarts een neurolepticum toe, waarrna de patiënt over enkele dagen tijd snel verslechtte. Er is tandradrigiditeit en indrukwekkende bewegignsarmoede. De man praat nauwelijks. Met Met moeite kan een MMS worden afgenomen die 18/30 is.

* Parkinsonisme
* Gedaalde cognitie => dement (vanaf 24 is dement)
* => Dementie, parkinsonisme, gevoelig aan neurolepticum => lewy bodie dementie

Een 74 jarige man biedt zich op spoedgevallen aan. IN de loop van de namiddag, tijdens het werken in de tuyin ervaarde hij plots gezichtstoornissen en liep hij enkele keren tegen iets aan. Hij klaag teven van een zeurende hinderend hoofdpijn recht sachter. De patien theeft hypertensei waarvoor hij behandel wordt met een ACE inhibitor en neem aspirine en dipyridamole. Hij eheft geen diabetus mellitus of hypercholestrolemie. Bij klinsch neurologisch onderzoek vindt men dat de man geen voorwerpen in de rchterhelf vvan zijn gezichtsveld kan waarnsmen, en dat voor zowel dhet linker als het rechter oog. Overigen zijn er geen neruologische afkwijkingen. Zi9jn bloeddruk bedraagt 180/110 mmHg. Een CT scan genomen 6 uur na het begin van de klachten toont geen afwijkingen.

* Vasculair, ischemisch
* Letsel ligt in de a. cerebri posterior. => licht in de occipitaal kwab.
* Behandeling: evt geven van clopidogrel
  + Werkingsmechanisme: ADP- antagonist.
  + Nevenwerking: diarree en hoofdpijn

Een 76 jarige man raadpleegt wegen gangproblemen. Hij is instabiel geworden. Zijn echtgenote klaagt over het feit dat hij met kleine pasjes loop en zou vallen moest ze hem geen steun geven. Zij meldkt ook dat haar man concentrateimoeilijkheden heeft en zijn intresse in de kinderen en kleinkinderen verkliest. Zij vertelt dat het wel wat op en af gaat. Het is nu weer beter, na vorige maand plots wel erg opvallen te zijn gewees.

De patiënt wordt voor hypertensie behandeld met een ACE inhibitor. Twee jaar tevoren liep hij een CVA op met een richter hemibeeld dat echter nagenoeg volledig recupereerd. Bij klinishc neurologisch onderzoek vindt men een bleoddruk van 180/100 mmHg. De mini mentale score bedraag 23. Er is hypertonie in de odnerste ledematen doch niet in de bovenste ledematen. Er is geen tremor. Er bestaat een lichte parese in het rechter been. De peerreflexen in de rechter hlicaamshelft zijn levideger dan links en er bestaat een te3ken van Babinski rechts. De gang verloopt met kleine aarzelende pasjes en met een verbreed steunvlak. De postruale reflexen zijn onvoldoende. Er is een snout en zuigreflex.

* Parkinsonisme
* Cognitieve disfunctie
* Parese rechts/ rechter hemibeeld (UMN beeld)
* Gang verloopt moeilijk => verbreed steunvlak (cerebellair)
* Cardiovasculair zwaar belast.
* Diagnose: vasculaire dementie; multi-infarct beeld. (heeft al CVA gehad)

Een 35 jarige man komt klagen van gangmoeilijkheden. Hij haalt aan dtat hij de laatste jaren een stijfheidsgevoel heeft in de benen. Zijn vader heeft altijd dzelfde klachten gehad. Bij onderzoek vindje hypertonie in de onderste ledematen, doch er is geen krachtsverlies. De refelxen in de onderste lede maten zijn pathologisch levendig; die in de ovvenste zijn eveneens erg levendig. Er is een bilateraal teken van Babinski, doch er zijn geen Hoffman-Tromner tekens. De snesibiliteit is intiact. Ook craniaal zijn er geen afwijkingen. De patiënt heeft bilateraal holvoeten.

* Mechanisme: neurodegeneratief. (tumoraal respecteert anatomie niet)
* Familiale spasticiteit.

Een 63 jarige man is tijdens het kaarten onwel geworden. Bij het rechtstaan kan hij niet meer op het linker been steunen. Hij zakte erdoor, viel en raakte niet meer recht. Zijn medekaarters beweren dat hij niet gedronken had.

Bij onderzoek vind je een normaal bewuste man, die je het verahaal bevestige. Hij neemt een ACE inhibitor voor hypertensie.

Zijn CN zijn normaal. Ook de bovenste ledematen zijn normaal. Zijn linker bene isniinder daad paretisch. Hij vertoont er een teken van BABinski. Ook het gevoel dat been sis duidelijk abnormaal, voor zowel vitaal asl gnostische modaliteiten.

Zijn bloeddruk is 180/90 mmHg zijn bposl is onregelmatig. De temperatuur is 37.2 rectaal.

* Vasculair.
* Diagnose: CVA
* Aanvullend => CT => …
* Behandeling: pols onregelmatig: => orale anticoagulantia want waarschijnlijk VKF

Een 76 jarige dame wordt door haar dochte rnaar de raadpleging gebracht. De vrouw kan thuis niet meer voor zichzelf zorgen en de dochter vreest dat har moeder dementeertt. De patiënt heeft ene VG van hyperthyroidie, depressie waarvoor ze ene antidepressivum naeem en hypertensie waarvoor ze een ACE inhibitor neemt.

Bij onderzoek je een bejaarde dame met een MMS van 21. Haar aandacht is licht gestoor. Ze heeft in het bij zonderder last met tekenene. Z eheeft ene lichte centrale facialsi links, doch rest van de craniale zenuwen is normaal. He manoevre van Barree van Mingazzini is links positief. Ze heeft ene tekgn van BAvninski links. Er is geen tremor. Ze stapt ietwat wijdbeens en wat schuifelende pasjes. Haar posturale reflexne zijn.

* Vasculair
* Multi.. infarct

Een 56 jarige man klaagt van een dorvvoet rechts. Een vevvirend arts verteld ehem dat er waarschijnlijk een zenuw gekned zit in zijn rug. Hij isnderdaa la jarenlang ruglijder. Bij onderzoek vindj enormale cranuiale zneuwen. In de bovenste ledemati is de kracht normaal eris atrofie van de duimmuis rechts, doch overigens zie j eniet veel abnormaal. De reflexen zijn er wel uitermate levendig.

In de onderste ledemate is er inder daa d een pares van veoet heffer links. Er is een bilaterale atrofie van de peroneusspieren, links meer uitgespriken dan rechts. D ekniepeesreflexen zijn alt e vinnig. Het voetzoolreflex isi in flexie. Sensibel zijn ergeen afwijkingen.

* Upper motor neuron
* Lower motor neuron
* ALS.

Een 23 jarige jonge man was nog nooit ernstig ziek. Een week geleden voelde hij pots hevig ehoofdpijn rechts frontaal de pijn verdwween na enkele mnuiten. Een week later volgt hij plots opnieuw een verschikkelijke hoofdpijn, veel erger dan de eerste keer. De pijn gaat deze keer niet voorbij. Hij voelt zich misselijk en begint te breaken. Hij wordt naar de spoegdgevallen dienst van het zichen huis gevoerd. D eidnstdoende arts stel een normaal bewustzijn vast en ziet bij inspectie van de ogen: een rechter mydriase en de abducens van het rechter oog.

* N. occulomotorieus uitval.

Een patiënt van 64 jaar heeft reeds meer dan een maand hoofdpijn. De hoofdpijn wisselt tijdens de dag en word als zeurend en hinderend beschreven. Initieel was de pijn vooral s morgens aanwezig, maar nu nagenoeg de hele dag. Pijnstiller helpen wel wat, doch onvoldoende.

* Nog meer info nodig. => neurologisch onderzoek!!!!

Het klinisch onderzoek toont weinig afwijkingen er is enkel een onderste kwadrantanopsie.

* Progressief, => tumor.
* Hoofdpijn is matinaal.

Een 28 jarige dame komt u opzoeken wegen aanhoudende migraine hoofdpijn. Ze heeft er al jaren last van, vooral tijdens de menses. De laatste maanden echter wijkt de pijn niet ondkans de dagelijkse inname van pijnstillers.

Het neurologisch onderzoek is normaal.

* Analgeticum geïnduceerde hoofdpijn

Een 34 jarige man wordt opgenomen omwille van hoofdpijn. Tijdens het werken in de tuin kreeg hij plots heel hevig pijn, nagenoeg holocranieel. Hij heeft ook enkele keren moeten braken.

De pijn is onhoudbaar, wat hem noopt tot het spoedgevallenbezoek.

* Hersenbloeding => vasculair. Bang

Bij onderzoek vind je een somnolente man. Hij vertoont geen lateralisate bij onderzoek. Hij is drie vingers nekstijf(pt. Ligt, hoofd wat los, 3 vingers tussen kin en borst). Bloeddruk en pols zijn normaal. De ptemperatuur is echter 37,1 graden.

* Subarachnoïdale bloeding, met meningiaal beeld.

Nekstijfheid ook goed op te sporen door patiënt in 90 graden op bank te laten zitten.

Een jonge dame 26 wordt opgenomen omwille van onhoudbare hoofdpijn. De aanval is eergisteren begonnen en wordt steeds erger. Ze heeft twee keer moeten braken, en is fotofoob en sonofoob; Ze wil enkel in het donker gerust gelaten wordne.

Ze heef tmigraine seder 14. Ook haar moeder heeft migraine.

Bij onderzoek zie je ene grokekn patiënt die slaperig overkomt. Haar bloeddruk is 124/76 mmHg. De pols is 102 en temperatuur 38,9 graden.

De craniale zneuwen zijn nromaal. Motorisch is er geen uitval. ER zijn geen sensibele afwijkignen, maar de mediwerking van de patiënt is gering.

* Bacteriële meningitis.
* Niet elke symptomen wat lijkt op migraine, is migraine => let dus op!!!!

Een 26 jarige vrouw raadpleegt omwille van wisselende slikmoeilijkheden en diplopie sedert enige weken. Zij heeft geen gevoelsveranderingen gemerkt. Zij is vier kilogram vermagerd op enige weken tijd. Zij neemt de pil en wordt behandeld voor hyperthyroïdie; ze is uiterst nerveus want haar vader is overleden aan een herseninfarct op 58 jarige leeftijd, waar ze zelf ook aan vreest te lijden.

* Slikken, diplopie (VI werkt anders dan III) , slikken is ook hersenstam… => niet in herstenstam want M.O. pons….
* MS nooit selectief motorisch…
* Wisselend
* Dus zoeken in perifere zenuwstelsel zoeken.
  + Zenuw niet want motorisch
  + Leeftijd,
    - * + Myasthenia gravis….

Een 48 jarige linkshandig dame klaagt van pijn in de onderarmen, voooral uitgesprken s nachts, links meer uitgesproken dan rechts. Er werd bij haar pas diabetes vastgestld vermeldt ze.

Bij onderzoek vertoont ze normale craniale zneuwen, behave een bilaterale temporale hemianopsie. Kracht en tonus zijn omraal Er is een atrofie van de duimmuuis links. Sensoriee onderzoek toont een vage hypoesthesie voor pinprik op de toppen van de duim, wijsvinger en middenvinger links.

* Eerste bovenste is carpal tunnel syndroom
* Diabetes => perifere zenuw sneller carpal tunnel tunnel.
* Bilaterale hemianopsie => adenoom van de hypofyse.
* GH secretie. ???

Een 26 jarige patiënt wordt gezien wegens moeheid. Ze is niet in staat het huishouden te doen, daar ze bij de minste inspanning kortademig wordt.

Bij stysteemanamnese klaagt ze van bilaterale ghoorsdaling maar da zit volgens haar in de familie. Haar familegeschiednis is overgiens blanco, al heeft ze haar moeder nooit gekend. Een broer is overleden aan een cardiaal probleem.

Ze neemt een oraal antidiabeticum en krijgt van de huisarts intermittent furosemide voor veneuze insufficientei met oedemen.

Bij onderzoek vertoont ze proximale spierzwakte. De reflexen zijn zwak aanwezig. Het gevoel is normaal. Er is een lichte ataxie, zowel truncaal als appendiculair

* Mitochondriale cytopathie.

**Een 82 jarige man** komt je rond 10 uur opzoeken op spoedgevallen; hij ondervindt sedert deze ochten een zwakte van het rechter been. Het probleem begon ongeveer rond 9 uur, en alarmeerde hem in de mat dat hij vliegensvlug binnenkwam. Hij heeft **hypertensie** de gecontroleerd wordt met een d**iureticum**; verder neemt hij **aspirine** sedert teen myocardinfarct twee jaar geleden.

Bij onderzoek vind je inderdaad een v olledige verlamming van het rechter been. ER is aan die kant ook een teken van Babinski (abnormaal voetzoolreflex => hoger motorneuron lijden (ken deze!!!!)). Het pinprikgevoel in het been is gestoord. Overigens vidje geen neurologisch afwijkignen. De bleoddruk bedraagt 143/76 mmHg. CT schedel en ECG worden uitgevoerd.

Waar ligt het letsel??

* Vasculair => Cerebri anterior => want het been is aangetast (been is faciaal)

Welke is de diagnose

* Ischemisch event van cerebri anterior

Welke behandeling is nu aangewezen?

* CT => ischemisch.
* Fibrinolyse (slechts 1 uur geleden)

Welke is de aangewezen secundaire preventie

* Heeft hij een VKF => ECG => sinusaal dus geen VKF.
* Anti-aggregantia, want geen VKF. Dus clopidogrel (ofwel aspirine met dopirodamol) geven. Clopidogrel iets beter dan aspirine (diarree en hoofdpijn, onderdrukking beenmerg)) => ADP-receptor antagonist.
* Als VKF geef anti-coagulantia. Marcoumar enz…. (bloedingen) en in de toekomst pradaxa (is een anti-thrombine) => is nu nog duur, maar met alle kosten van marcoumar is dat ook een heel duur product.

Een 789 jarige man was vanochtend nog normaal aan het ontbijt van 8 uur. Om 9 uur is hij onwel geworden en ontwikkelde ene linkszijdige verlamming. Men bracht hem onmiddellijk naar spoedgevallen. Bij onderzoek vind je een dens linker hemibeeld met een man die tot verassing afatisch is.

Welke therapie dien je nu in te stellen.

* Vasculair. Dus zeer snel een CT doen!!
* Time is brain!
* Helaas is CT bloederig.

Een 34 jarige dame komt binnen met hevige hoofdpijn sedert een tweetal dagen. Bovendien klaagt ze van een zwaar gevoel in de linker arm en he t linker been.

Bij opname op spoedgevallen vind je papiloedeem (druk op n. opticus) , een 4/5 parese van d linker arm hen th inker been, met een teken van babinski links.

Tijdens je onderzoek doet ze een epilepsie-aanval die je snel onder controle krijgt.

In haar voorgeschiedenis verlden we een liesbreukoperatie en een tibiafractuur toen ze 16 was. Op 28-jarige leeftijd deed ze een diepe veneuze throbose waarvoor ze 6 maanden marcoumar nam.

Ze rookt een pakjes sigaretten per dag en neemt de pil.

Veneus. Sinus occlusie.

In een context => duidelijk stollingsprobleem (en nog de pil en roken).

Een 78-jarige man komt naar spoedgevallen wegens blindheid in het linker oog de avodn tevoren. Hij merkte dat vrij plots, doch komt nu pas naar de spoedgevallen, omdat het probleem na ongveer 10 minuten voorbij was. Hij had er ook lichte hoofpijn bij. Het neurologisch onderzoek is normaal. Zijn ritme is normaal

* Ameurosis fugax. (speciale TIA)
* Oogblindheid licht nog voor het chiasma opticum.
* A. cephalica anterior => occlusie, als daar embooltje vandaan komt, dan komt die vast in a. ophtalmica. => stuur deze naar vaatheelkunde om de a. cephalica open te maken

Een 78-jarige man komt naar spoegevallen wegens plots opgetreden blindheid links. Hij vindt at zijn zicht e avdond tevoren al erminder was, docht vanochtend zag hij niets meer uit dat oog. Hij klaagt ook van hoofdpijn, maar die heeft hij al enige dagen. Hij voelt zicht trouwens al enige weken minder goed en si tijdens de periode 4 kg vermagerd. Bij onderzoek vind je blindheid in het linker oog en een afferent pupildefect. Overigens is het onderzoek normaal. Ct toont geen afwijkingen. Zijn ritme is sinusaal. Hij is licht anemisch (Hb van 10g%). Sedimentatie is 64 mm/uur.

* Eerste gedacht tumor, maar CT is normaal
* Arteritis temporalis => corticosteroïden. Niet wachten want ook de andere kant kan ook worden genoemd (+ nevenwerkingen (suiker, infecties….) + andere onderzoekingen)

Een 78 komt naar de spoedgevallen wegens plots opgetreden zichtstoornissen. Zijn echtgenote vermeldt dat hij overal tegen aan loopt. Hij zelf ondervindt at niet, docht hij klaagt van lichte hoofdpijn, sedert die ochtend.

Bij onderzoek vind je een linker hemianopsie. Overigens is het onderzoek normaal. CT toont geen afwijkingen.

* Vasculair, ischemisch. Achter chiasma opticum.
* Geen throbolyse.

Een 56 jarige man wordt op de raadpleging gezien wegens achteruitgang van het geheugen. Bovendien klaagt hij van een zwaartegevoel in de linker arm.

Bij onderzoek vind je een ernstig geheugendeficit. Daarnaast is er een discreet rechter hemibeeld. Hij is ook licht dysarthrisch.

* Autosomaal X-gebonden aandoening.
* Is bijzaak. Voor 19/20.

Een vrouw van 18 jaar wordt binnengebracht nadat ze door haar ouders stuipen d werd aangetroffen in bed. Ze was cyanotisch, er was een tongbeet en ze was incontinent voor urine. Na een half uur was ze terug goed aanspreekbaar. De avond tevoren was ze laat uitgeweest en had enkele glazen bier gedronken. De ouders vertellen dat ze nooit epilepsie heeft gehad en nooit koortsstuipen heeft vertoond. Enkel merken ze op dat de dochter reeds enkele tijd s morgens na het opstaan al een seen schokje vertoont, waarbij ze soms haar tandenborstel liet vallen, of een voorwerp aan de ontbijttafel.

* Juveniele myoclonische epilepsie.

Een 43 jarige man wordt binnengebracht op de spoedgevallendienst. Hij werd een kwartier tevoren gevonden op straat door voorbijgangers. In zijn jaszak worden enkele tabletten van een benzodiazepine gevonden.

Bij neurologisch onderzoek blijkt hij stuporeus. Hij ademt stertoreus en heeft normale pols en bloeddruk. Hij maakt dwalende oogbewegingen, terwijl zijn pupillen isocoor en lichtreactief zijn. Hij beweegt spontaan alle ledematen. Er is een bloedend tongletsel links aan de zijkant.

* Later, heeft gestuipt

Een 76-jarige man ontwikkelt tijdens de maaltijd plots een verlamming van de linker arm. Hij spreekt onduidelijk en hij verlies speeksel. Uit de linker mondhoek. Zin vrouw vraagt hem of hij pijn heeft en de patiënt antwoordt dat er niks aan de hand is. Hij lijkt niet te beseffen dat hij verlamd is aan de linker arm. Zij belt de huisarts die 30 minuten later geen symptomen meer vaststelt bij de patiënt.

De patiënt heeft hypertensie en een hartinfarct in de voorgeschiedenis. De bloeddruk is 170/95 mmHg en de pols is onregelmatig. De temperatuur bedraag 36,5 graden. Een CT scan toont geen afwijkingen.

Mechanisme: Vasculair (plots, hypertensie, hartinfarct…. ; en voorbij)

Waar: Rechter a. cerebri media. + neglect (door infarct in niet-dominante zijde: geen inzicht in het probleem)

Een TIA

Een 72 jarige man wordt binnengebracht op de speodgevallen. Zijn echtgenote vond hem vanmorgen bewusteloos in bed. Als medicatie gebrijk hij een beta-blokker na een myocardinfarct twee jaar geleden, en een benzodiazepine als slaapmiddel.

Bij neurologisch onderzoek vindt men een man in coma. Hij ademt onregelmatig terwijl zijn bleoddruk 220/115 bedraag. Zijn pupillen zijn isocoor en 2 mm in doormeter. Zijn oculocefale reflexen en corneareflexen zijn afwezig , voetzoolreflex verloopt bilateraal in extensie.

Een dringend uitgevoerde CT scan toont geen afwijkignen.

Mechanisme: Vasculair (plots, betablokker, VG, BD)

Oorzaak: hersenstamprobleem (oculocefaal reflex, corneareflex)

CT scan normaal => ischemisch letsel in de hersenstam.

(benzodiazepine intoxicatie => meer bij bihemisferisch)

Een 50 jarige merkte tijdens een wasbeurt van zijn auto dat hij niet goed kon zien aan zijn linkerkant. Toen hij het rechteroog dichtkneep bleek zijn linkeroog blind te zijn. Ook had hij een vreemd, licht gevoel in het hoofd, zodat hij op de grond ging liggen. Na vijf minuten kon hij weer normaal zien. Een dag later kreeg hij tijdens een spannende bridgpartij hetzelfde lichte gevoel in zijn hoofd en op het zelfde moment vielen de kaarten uit zijn rechterhand en kon hij niet goed spreken. Ook deze verschijnselen verdwenen gelijdelijk in een kwartier.

Mechanisme: vasculair (voorbij)

Waar: ameurosis fugax => n. ophtalmica => a. cerebri media => dus om te koppelen a. carotis. Dus kritische stenose van a. carotis interna. Behandeling nodig!!

Een 72 jarige man wordt naar de spoegevallen gebracht wegens een verlamming in de rechter hlichaamshelft. Hij heeft bovendien een vage hoofdpijn links temporoparietaal. Hij neemt een staine en een ACE inhibitor.

Bij klinische onderzoek vind je vergbale en literale parafasieeën met perseveratie. De patien is goed bewust. Er is een rechte homonieme hemianopsie. De rechte pupil is die mm in doormeter de linker is anderhalf mm. De patien kan naar alle richtingen kijken. Er is en parese van de facialismusculatuur rechts. En een discrete ptose links. De rest van de CN lijkt normaal. Je vind teen ersntige parese van de rechter lichaamshelft. ER is een teken van babinski rechts. De paiten vertoon een duidelijk gevoelsdeficit in de rechter lichaamshelft.

De patien is niet in staat om te gaan. Hij heeft een bleoddruk van 200/115 Hg.

Mechanisme: vasculair

Waar: linker hemisfeer. A. carotis

Ganglium cervicale stellatum. => throbus in de carotis => orthosympaticus wordt platgedrukt => horner. Rechter hemibeeld en

Een 54 jarige man wordt in oma binnengebracht. Zij dossier vermeldt dat hij epilepsie heeft die behandeld wordt met barbituraten. Hij heeft flink gebraakt tijdens het transport.

Bij onderzoek vind je aanwezige oculocefale reflexen. Zij pupillen zijn 3 mm in doormeter en isocoor. Hij trekt gericht terug op pijn in de vier ledematen. Bij een stevige pijnprikkel in de vingers kan je nog net een slag van de man ontwijken.

Bloeddruk 140-80 mmHg en zijn posl is 114. Zijn temperatuur is 39,3.

Mechanisme:

Let op: KOORTS!! Tis niet omdat je epilepsie hebt dat je overal kan stuipen.