

Uw diagnose?

J.L. De Bleecker en V.L. Vervaet

(*Tijdschr Neurol Neurochir* 2005;106(2):84-85)

Ziektegeschiedenis

Een vrouw, geboren in 1960, presenteert zich voor het eerst in 1988 met subacute perifere sensorimotore neurologische uitvalsverschijnselen. De uitvalsverschijnselen begonnen distaal aan de benen, symmetrisch opklimmend. Dit gebeurde een tweetal weken na een virale bovenste luchtweginfectie waarvoor het etiologische agens niet werd achterhaald. Er was algehele peesareflexie, albumino-cytologische dissociatie in het cerebrospinaal vocht en een markante demyeliniserende polyradiculoneuropathie op elektromyografisch onderzoek. De diagnose syndroom van Guillain-Barré werd gesteld en de behandeling met vijf plasmaferesesessies bracht snelle beterschap met nagenoeg totaal klinisch herstel.



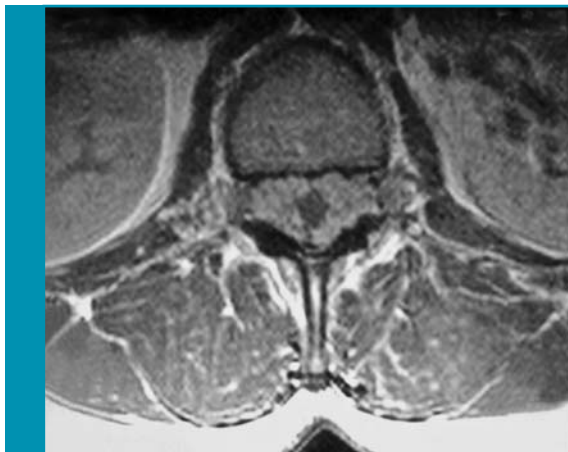
Figuur 1.



Figuur 2.

In de daaropvolgende jaren had de patiënte nog verschillende dergelijke episodes van klinisch wisselende ernst. Deze episoden traden op na bevallingen of na infectieuze episodes waaronder opstoten van malaria. Zij verbleef toen in een Afrikaans land. Deze episodes werden behandeld met hetzij plasmaferese hetzij naderhand met vijfdaagse kuren i.v. immunoglobulines, telkens met gunstig gevolg.

De opstootfrequentie daalde in de loop der jaren. Er stelde zich een milde tot matige, overwegend sensibele polyneuropathie in die niet meer volledig recupereerde tussen de opstoten door. Het elektromyogram bleef in hoofdzaak demyeliniserende afwijkingen tonen en verschillende liquoronderzoeken toonden eiwitgehaltenes rond 750 mg/dl (normaalwaarde <50 mg/dl) aan. In de laatste paar jaren kreeg de patiënte lichte ischialgieklachten met



Figuur 3.

aspecifieke uitstraling in de beide billen en de achterzijde van de dijen. De mobiliteit bleef intact. Reeds verschillende jaren tonen MRI's van de lumbosacrale wervelzuil een ernstige hypertrofie van de lumbosacrale wortels op T1-gewogen sagittale opnamen (zie *Figuur 1*). Er is een diffuse captatie

van gadoliniumcontrast (zie *Figuur 2*, sagittale T1-gewogen opname, en *Figuur 3*, transversale T1-gewogen opname).

Kunt u met deze gegevens, met name de MRI-bevindingen, een waarschijnlijkheidsdiagnose stellen?

De juiste diagnose vindt u onderaan de pagina.

Correspondentieadres eerste auteur:

Prof. dr. J.L. De Bleecker, neuroloog

Universitair Ziekenhuis
 Afdeling Neurologie
 De Pintelaan 185
 B-9000 Gent
 Tel: +32 (0)9 240 45 39
 E-mail: jan.debleecker@ugent.be

Diagnose: Lang bestaande chronische inflammatoire polyneuropathie (CIDP) leidt soms tot hypertrofie van vooral lumbosacrale radices maar ook van onder andere andere craniale zenuwen. Bij de hier beschreven patiënte werden diverse antistoffen tegen perifere myelinecomponenten gevonden (antitsulfatide I/12.800, anti-GDIb I/3.200, anti-GMI I/800).

cards

Lipitor®
atorvastatine

Betrouwbaar & krachtig met 10-80*

37% REDUCTIE VAN ERNSTIGE CARDIOVASCULAIRE COMPLICATIES (NNT=27, p=0,001)¹

Ernstige cardiovasculaire complicaties %

Mediane Follow-up van 3,3 jaar

— placebo
— LIPITOR 10 mg

LANDMARK STUDIE CARDS 2 JAAR EERDER GESTOPT WEGENS OVERTUIGEND BEWIJS DOOR LIPITOR

Pfizer