

Neuropathia vestibularis vs. Kleinhirnfarkt - wann welche Bildgebung?

Kroll C, Bayas A*, Psychogios G, Zenk J

Hals-Nasen-Ohrenklinik, Klinikum Augsburg; Chefarzt: Prof. Dr. J. Zenk

*Itd. OA Neurologische Klinik und klinische Neurophysiologie, Klinikum Augsburg



Einleitung: Die Neuropathia vestibularis ist ein häufiges Krankheitsbild in der HNO-Heilkunde. Sie äußert sich durch Drehschwindel, Übelkeit/Erbrechen, Fallneigung und Oszillopsien. In der Diagnostik wegweisend sind Anamnese, körperliche Untersuchung mit Ohrmikroskopie und Beurteilung des Spontannystagmus, Kopfpuls-Test, sowie eine orientierende neurologische Untersuchung. An apparativer Diagnostik sollten ein Audiogramm und die kalorische Prüfung durchgeführt werden. Die differentialdiagnostischen Möglichkeiten sind vielfältig. Unter anderem kommt ein Hirnstamm- oder Kleinhirnfarkt in Betracht. Hierbei können zusätzlich zu den für die Neuropathia typischen Symptomen in unterschiedlicher Ausprägung Hirnstamm- bzw. Kleinhirnzeichen auftreten.

Kasuistik: Berichtet wird über eine 48 jährige Patientin, welche sich notfallmäßig mit dem Bild einer peripher vestibulären Störung in unserer Ambulanz vorstellte. Zusätzlich zum Spontannystagmus zeigte sich auch eine Mindererregbarkeit der rechten Seite bei der kalorischen Prüfung. Die Patientin wurde neurologisch untersucht, eindeutige Zeichen für eine zentrale Genese fehlten. An kardiovaskulären Risikofaktoren wies die Patientin lediglich eine arterielle Hypertonie auf. Es erfolgte zunächst die stationäre Aufnahme zur intravenösen Glukokortikosteroid-Therapie. Da sich die Symptomatik jedoch nicht ausreichend besserte, wurde ein MRT durchgeführt, wo sich ein subakuter Teilinfarkt der Arteria cerebelli inferior posterior (PICA) rechts demarkierte.

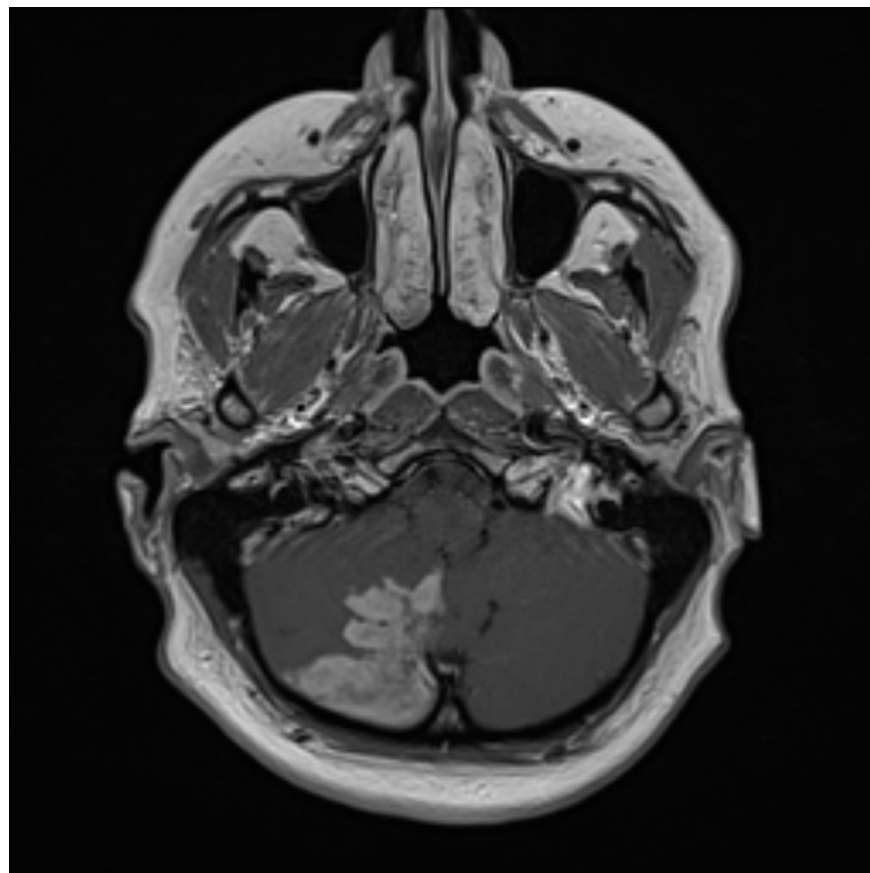


Abb. 1: axiale Schichtung, demarkiertes Infarktareal im Bereich der A. cerebelli inferior posterior

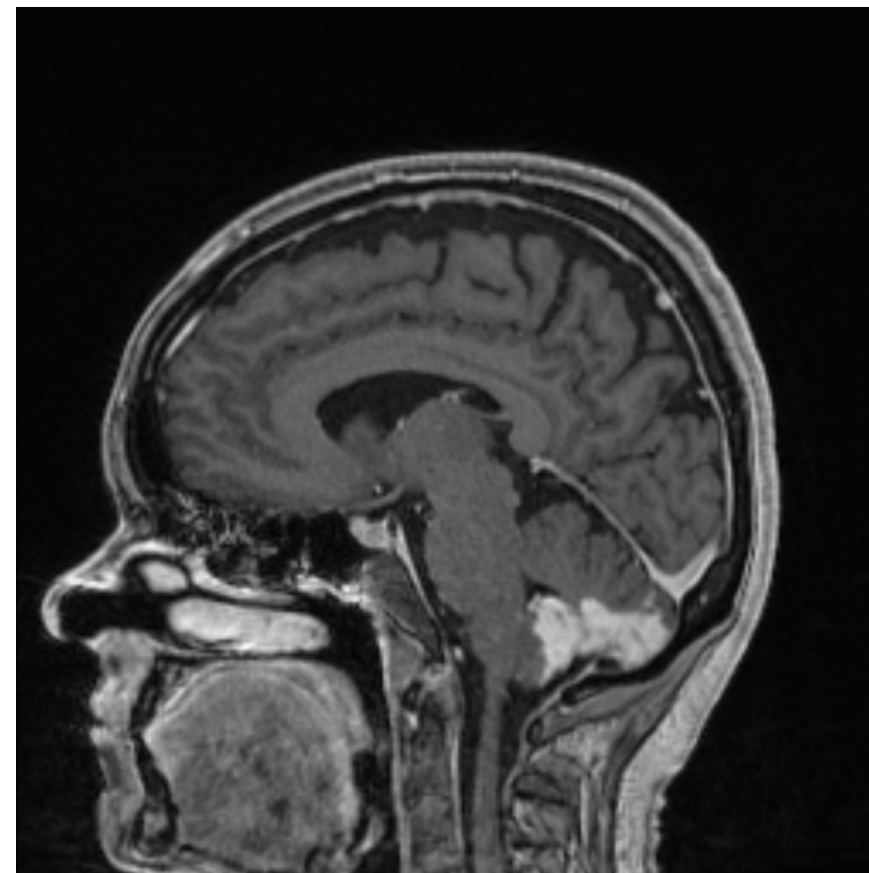


Abb. 2: sagittale Schichtung, demarkiertes Infarktareal im Bereich der A. cerebelli inferior posterior

Die Patientin wurde umgehend von den Kollegen der Neurologie übernommen. Obwohl bei der ersten Vorstellung die Frage nach Doppelbildern verneint wurde gab die Patientin nun an initial für einige Stunden horizontal versetzte Doppelbilder bemerkt zu haben.

Schlussfolgerung: Die schnelle und sichere differentialdiagnostische Unterscheidung zwischen Neuropathia vestibularis und cerebellärem bzw. Hirnstamm-Insult im Sinne einer Pseudoneuritis vestibularis ist wichtig aber im klinischen Alltag nicht immer eindeutig. Mit einer Sensitivität und Spezifität von über 90% der Fälle kann durch eine standardisierte körperliche Untersuchung eine Einteilung in eine peripher oder zentral vestibuläre Störung unternommen werden. Dazu gehören:

Beurteilung des Spontannystagmus

- ❖ periphere Ursache: horizontal-rotierend, keine Änderung der Nystagmusrichtung, durch visuelle Fixation supprimierbar und bei Aufheben der Fixation (Frenzelbrille) verstärkt, Zunahme bei Blick in Nystagmusrichtung
- ❖ zentrale Ursache: vertikal oder rein rotatorisch, Änderung der Nystagmusrichtung bei Änderung der Blickrichtung, keine Beeinflussung durch visuelle Fixierung

horizontaler Kopfpulsstest (Halmagyi und Curthoys 1988)

- ❖ periphere Ursache: Korrektursakkade bei Kopfdrehung auf die betroffene Seite als Zeichen eines gestörten vestibulookulären Reflexes
- ❖ zentrale Ursache: in den meisten Fällen unauffälliger Kopfpulsstest

vertikale Divergenz

- ❖ -direkter Hinweis auf eine Kleinhirn- oder Hirnstammläsion,

Ergeben sich Hinweise auf eine zentrale Genese, oder sind bei dem Patienten mehrere Gefäßrisikofaktoren bekannt, sollte der Patient umgehend einer geeigneten Bildgebung zugeführt werden. Da in der Notfallsituation nicht immer die Möglichkeit einer MRT besteht, kann zunächst eine Computertomographie durchgeführt werden. Hierbei ist zu beachten, dass die Kleinhirn- und vor allem Hirnstammregion im CT durch Artefaktbildung meist eingeschränkt beurteilbar ist und ein Infarkt sich in der Regel erst nach mehreren Stunden im CT demarkiert. Ein unauffälliges CT ist somit nicht geeignet einen cerebellären bzw. Hirnstamm-Insult auszuschließen. Das MRT mit Diffusionswichtung (DWI=diffusion weighted imaging) kann mit einer deutlich größeren Sensitivität und Spezifität (70%) bereits kurz nach Symptombeginn das Infarktareal zeigen und ist damit die Bildgebung der Wahl.

