

# Ostschweizer Notfallsymposium

10.03.2016

-

## Fallpräsentation Spital Wil

Dr. med. Bettina Portocarrero  
Oberärztin Medizin, SRFT

# Fall

- \* 48-jährige Patientin
- \* Seit 3 Tagen Erkältung mit starkem Husten und subfebrilen Temperaturen

# Hausarztpraxis



- \* Konsultation in der Hausarztpraxis wegen fluktuierenden linksseitigen Kopf- und Halsschmerzen, VAS zunehmend trotz Analgesie
- \* Passager habe sie helle Funken im linken Auge gesehen.

# Hausarztpraxis

- \* Diagnose: Sinusitis
- \* → **Beginn mit Co-Amoxicillin p.o.**

# Spital Wil 3 Tage später

- \* Neu seit gestern
  - \* Ungeschicklichkeit der rechten Hand
  - \* Phase von Verwirrtheit (Tee im Suppenteller kochen)
  - \* Licht- und Lärmempfindlichkeit



# Erstbeurteilung Notfallstation

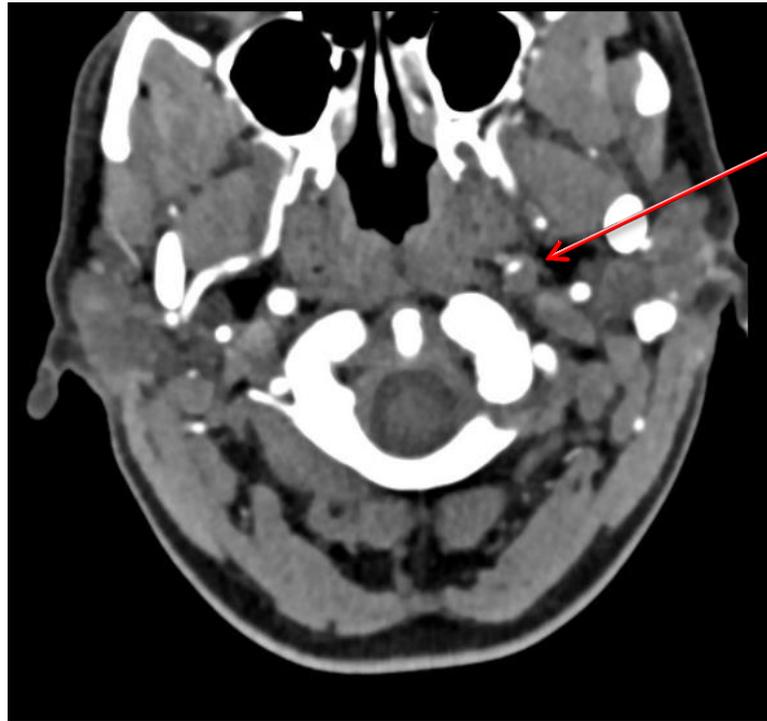
- \* BD 132/80mmHg
- \* Puls 70/Min
- \* SpO<sub>2</sub> 96% unter Raumluft
- \* Temperatur 36.8 °C

# Neurologischer Untersuchung

- \* **Bewusstsein:** unauffällig, Orientierung normal
- \* **Neurologisch:** Rechtshänderin. Kopf frei beweglich, kein Meningismus.
- \* Sprache/Sprechen: Leichte motorisch betonte **Aphasie**.
- \* Hirnnerven: **Horner-Syndrom links** (Miosis, Ptosis, leichter Enophthalmus), sonst unauffällig.
- \* Motorik: **Pronation des rechten Armes, Absinken des rechten Beines**, Muskeltonus regelrecht.
- \* Reflexe: MER symmetrisch auslösbar, Babinski negativ.
- \* Sensibilität: Für Berührung und Schmerz allseits intakt. Lagesinn regelrecht.
- \* Koordination: FNV recht **dysmetrisch**, KHV bds. sicher und metrisch. **Dysdiadochokinese** rechts.
- \* Stand/Gang: **Unsicheres Gangbild**, Strichgang nicht durchführbar, Zehen,-Fersengang regelrecht.
- \* **Übriger Status:** Cor: Normale Herztöne, keine Herzgeräusche. Pulmo: Normales Atemgeräusch. Abdomen: Weich

Wie weiter ?

# CT mit Angiografie Schädel und zuführende Gefäße



# Diagnose

- \* Carotidisdissektion links

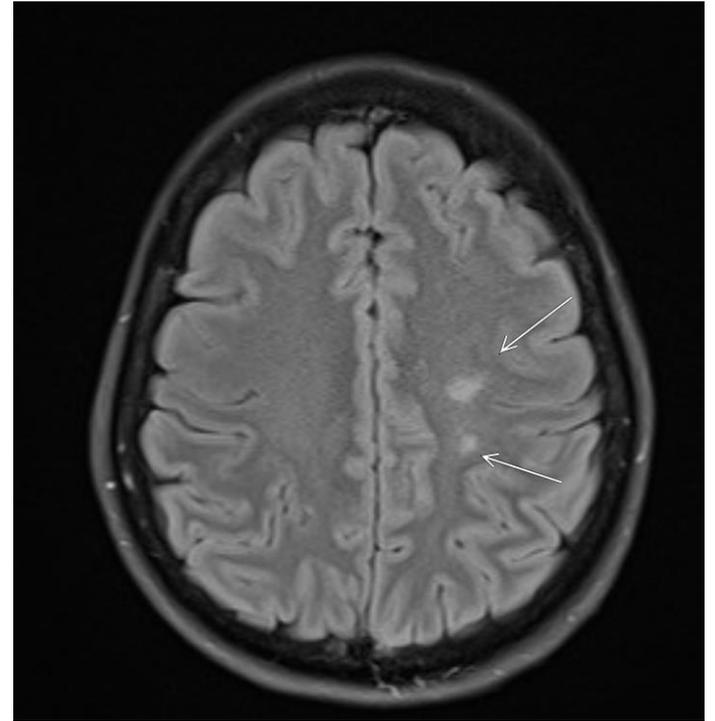
# Einweisung auf Neurologie KSSG



# MR am Folgetag



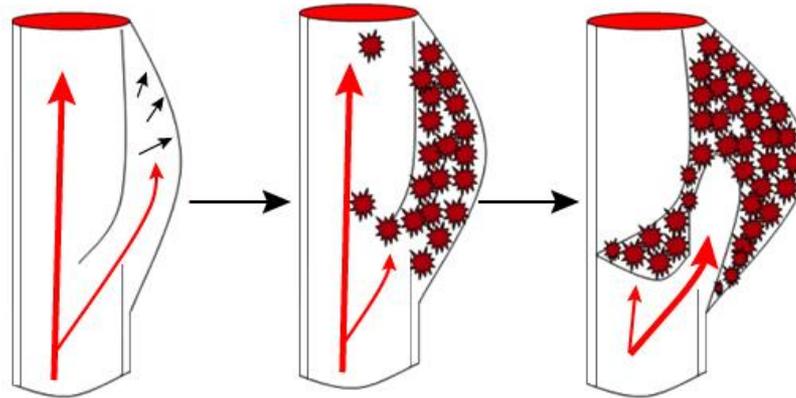
Dissektion Carotis  
interna links



Zerebrale Ischämien

# Dissektion

**The progression of a dissection, thrombus development, and total vessel occlusion**



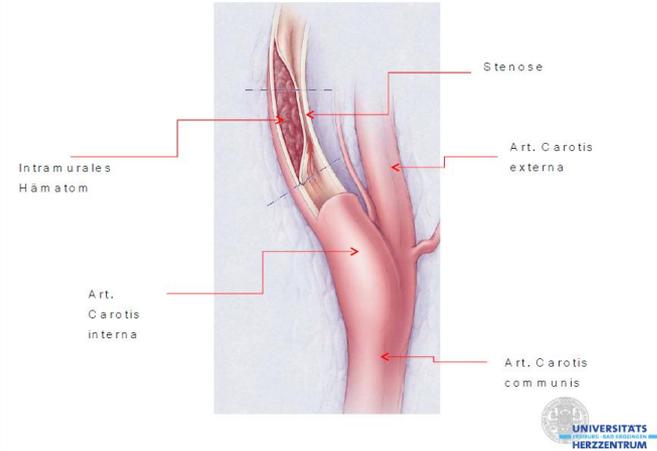
*Courtesy of Dr. Mounzer Kassab.*

Graphic 57866 Version 2.0

# Atraumatische Carotidisdissektion

- \* Carotidisdissektion ohne Trauma
- \* Risikofaktoren:
  - \* **Fibromuskuläre Dysplasie**
  - \* **Vererbte Bindegewebsschwäche**
  - \* **Hyperhomocysteinämie**
  - \* **Migräne**

# Carotidisdissektion



## \* Klinik:

### \* **Lokale Symptome (raumfordernd, Kompression Nerven)**

- \* Kopf/zervikale Schmerzen 80-90%
- \* Typischerweise einseitige Schmerzen (Halsschmerzen!) auf der Seite der Dissektion
- \* Starke, zunehmende Schmerzen
- \* 1/3 d. Fälle Horner-Syndrom, ipsilat. Hirnnervenbefall möglich (Plexus sympathicus)
- \* Pulsierender Tinnitus

### \* **Ischämische Symptome (Thromboembolisch/Hämodynamisch)**

- \* 20-30% im Rahmen einer TIA, 40-60% ischämischer Infarkt, oft Stromgebiet ACM
- \* 15% Amaurosis fugax
- \* Oft als Erstmanifestation

### \* **Wenn nach intracerebral reichend → SAB (selten)**

### \* **5% der Patienten asymptomatisch ohne Klinik**

# Wichtig

- \* Krankheitsbild kennen, dran denken
- \* Zuweisung Notfallstation
- \* Abklärung mittels notfallmässigem **MRI mit MR-Angiografie**
- \* Falls **MRI** notfallmässig nicht möglich → **CT Angiografie** oder Sonografie (cave Anatomie)

# Therapie

- \* Analgesie
- \* Akut: Fibrinolyse (Lysekriterien)
- \* Sekundärprophylaxe: ASS

# Prognose

- \* Rekanalisation eines Verschlusses bei Dissektion oft innert 2-3 Monaten bei 2/3 der Fälle
- \* Falls nach 6 Monaten Rest-Stenose/Verschluss → Änderung unwahrscheinlich
- \* Rezidiv Dissektion möglich

# Take home message

- \* Kopfschmerz & fokale Neurologie
  - \* →kein banaler Kopfschmerz
- \* Krankheitsbild kennen
- \* Sofortige Einweisung ins Spital zur Therapie (Lysefenster !)
- \* Bildgebung mit Angiografie der hirnzuführenden Gefäße
- \* Therapie langfristig mit ASS
- \* Gute Prognose, Rezidive möglich

Vielen Dank

