

# Iatrogenener Vertigo

L. Caesar<sup>1</sup>, A. Abdelak<sup>2</sup>, G. Mühlmeier<sup>1</sup>, H. Maier<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bundeswehrkrankenhaus Ulm, <sup>2</sup> Universitätsklinikum Ulm



Die Ursachen für Schwindel sind vielfältig. Auch wenn Drehschwindel auf eine Erkrankung im HNO-Gebiet hinweist, können weitere Gründe für den Schwindel vorliegen. Insbesondere atypische oder komplexe Beschwerden sollten zu einer erweiterten Diagnostik führen.

## Fallbeschreibung

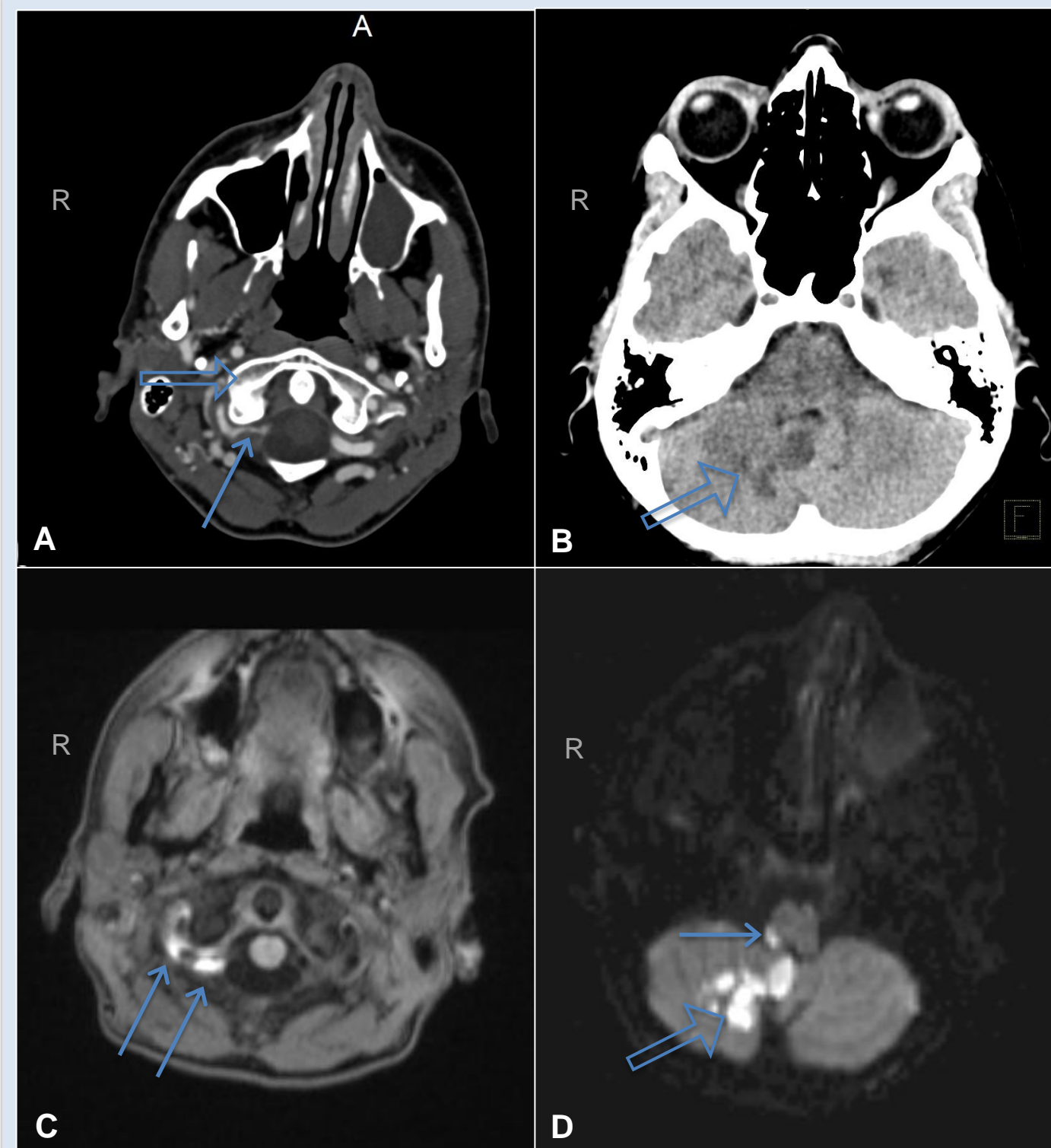
Eine 44-jährige Frau stellte sich mit erstmalig aufgetretenem Drehschwindel mit Übelkeit und Erbrechen seit dem Vortag vor. Auf Nachfrage gab sie eine zeitlich direkt vorausgehende manuelle Therapie an. Es bestünden zudem eine Hypästhesie der rechten Gesichtshälfte sowie Koordinationsbeschwerden im rechten Arm und Bein. In der Erstuntersuchung fand sich ein horizontaler Spontannystagmus nach links. Der Romberg-Test war regelrecht und auch ohrmikroskopisch fand sich keine Pathologie. Auf wesentliche Bewegungsmanöver wurde zum Schutz der Wirbelsäule verzichtet.

Bei der neurologischen Untersuchung bestätigte sich die Hypästhesie des rechten Arms und des rechten Beins. Es fand sich eine Dysmetrie der rechten oberen Extremität.

In der cCT und der CT-Angiografie zeigte sich eine Ischämie im rechten PICA-Stromgebiet aufgrund einer Dissektion der A. vertebralis. In der MRT stellte sich zusätzlich eine Ischämie des rechten dorsolateralen Anteils der Medulla oblongata dar. Die Sekundärprophylaxe mit Gerinnungshemmer wurde eingeleitet. Unter intensiven Rehamaßnahmen kam es zur langsamen Besserung der Symptomatik. Bei Entlassung nach einem Monat aus der neurologischen Klinik konnte die Patientin jedoch noch immer nicht selbstständig Treppensteigen und hatte eine Gangunsicherheit.

## Diskussion

Ein Drehschwindel mit Spontannystagmen unter der Frenzelbrille kann sehr gut auf einem Schwindel vestibulärer Genese weisen. Allerdings zeigt dieser Fall, dass ein systematisches Vorgehen essentiell ist. Schon durch eine gut geführte Anamnese und strukturierte klinische Untersuchung kann in mehr als 90% der Fälle eine Unterscheidung zwischen einer zentralen

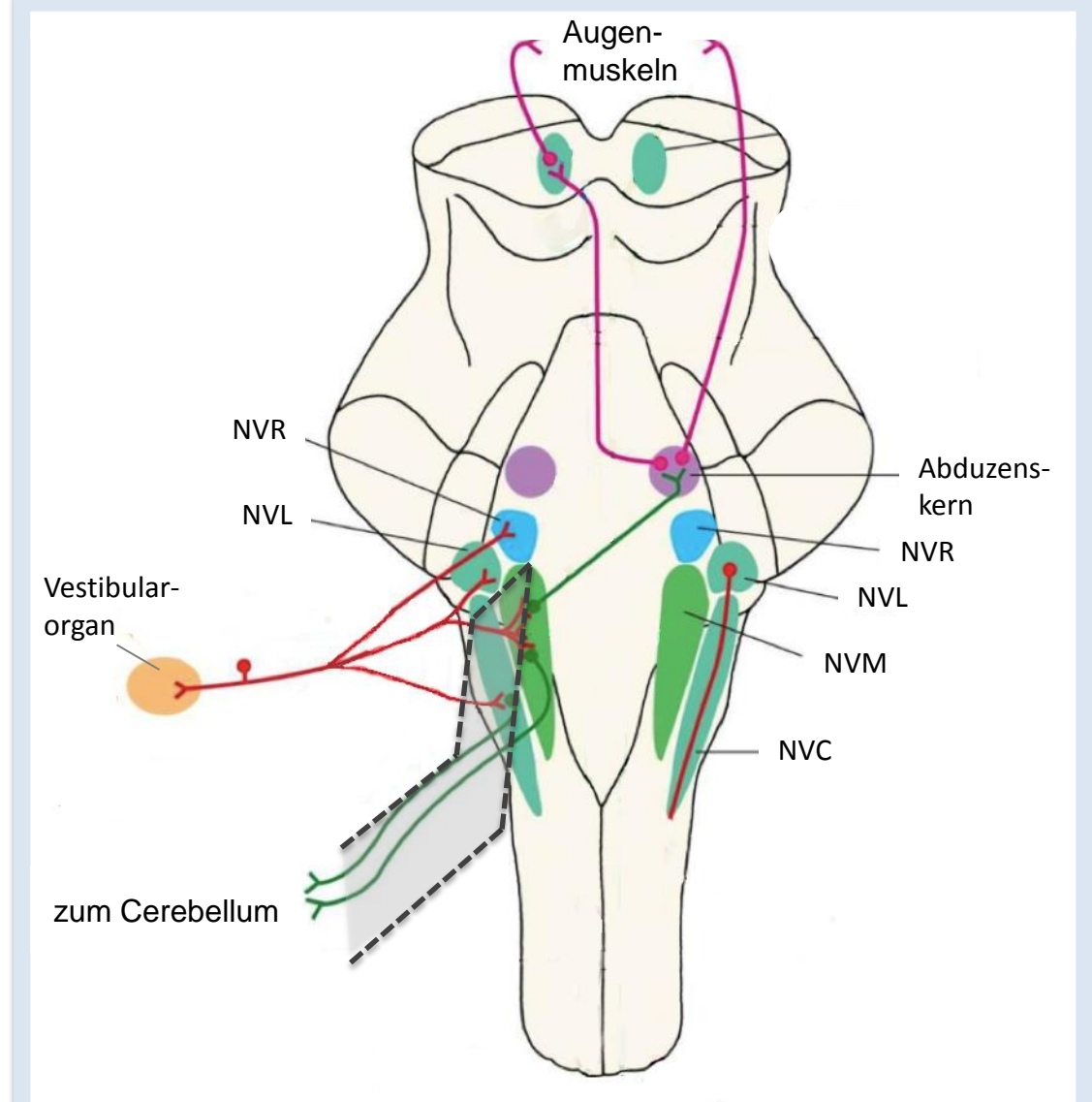


A: CT-Angio Tag 1 (=Tag der Erstvorstellung) zeigt eine stenosierte A. Vertebralis (→) im Bereich des Atlas (↑) (V3-Segment).  
B: cCT Tag 1 zeigt einen Infarkt (↑) im Cerebellum rechts passend zur PICA-Ischämie.  
C: MRT Tag 1 zeigt ein Wandhämatom (→) im V3-Segment welches mit der stenosierte Vertebralis im Bereich des Atlas im CT-Angio (A) korrespondiert.  
D: MRT Tag 1 zeigt einen Infarkt im Bereich der dorsolateralen Medulla oblongata (→) sowie der des Cerebellums rechts (PICA) (↑).

und peripheren Genese hergestellt werden (1).

In diesem Fall ist schon die Anamnese sehr suspekt für eine zentrale Ursache. Auch der regelrechte Versuch nach Romberg passt nicht primär zu einer peripher-vesitublären Genese.

Zur Darstellung einer Läsion im Hirnstamm oder Cerebellum ist die



Schematische Darstellung der vestibulären Bahnen und des Bereiches des Infarkts. NVR= Nucleus vestibularis rostralis (Bechterew –Kern), NVL= Nucleus vestibularis medialis (Schwalbe-Kern), NVM= Nucleus vestibularis caudalis (Roller-Kern).

Schema modifiziert von studyblue.com (24.03.2015)

MRT einem cCT überlegen (2). Im CT gelingt es nicht, Läsionen wie im präsentierten Fall darzustellen.

Dieser Fall instruiert, dass jede Manipulation an der HWS sorgsam vorbereitet und durchgeführt werden sollte, um relevante Komplikationen vermeiden zu können.

## Quellenangabe:

- (1) M. Strupp et. al, *Leitsymptom Schwindel aus Sicht des Neurologen*, HNO 2013- 61:762-771
- (2) Nouh et. al, *Ischemic Posterior Circulation Stroke: A Review of Anatomy, Clinical Presentations, Diagnosis and Current Management*. Frontiers in Neurology 2014; 5:30