

Diagnoseherausforderung: Subakuter Infarkt der Arteria inferior anterior cerebelli (AICA). Ein Fallbericht.

Netz T^{1.}, Ilgner J^{1.}, Keulers A^{2.}, Westhofen M.¹

¹Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde und Plastische Kopf- und Halschirurgie, RWTH Aachen University

²Klinik für Diagnostische und Interventionelle Neuroradiologie, RWTH Aachen University

EINLEITUNG

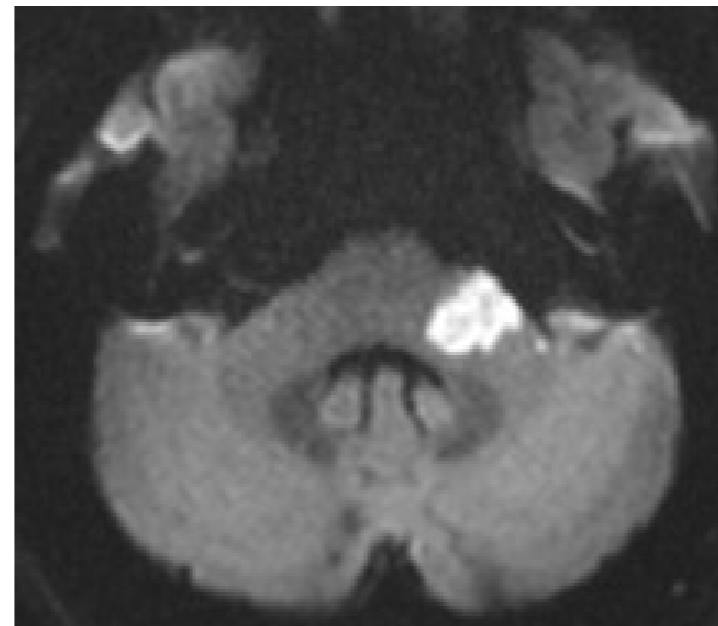
Angesichts der Häufigkeit akuter vestibulärer Störungen bei gleichzeitig breit gefächelter Symptomatologie stellt die Differenzierung zentraler von peripheren Funktionsstörungen immer wieder eine Herausforderung dar, vor allem, weil erstere potenziell einen lebensbedrohlichen Verlauf nehmen können. Im Folgenden stellen wir den Fall eines Infarkts der Arteria cerebelli inferior anterior (AICA) vor.

FALLBERICHT

Wir berichten über einen 70-jährigen Mann mit Diabetes mellitus Typ II, der mit seit 4 Tagen bestehenden Gleichgewichtsbeschwerden und einer akuten Hörminderung links überwiesen wurde. Er klagte über eine plötzliche Beschwerdeprogredienz mit Übelkeit unter oraler Cortisontherapie. Im Kopf-Impulstest zeigten sich Nachstellsakkaden aller Bogengänge links. Der Kopfpulstest für die Bogengänge rechts war unauffällig, Blickrichtungsnystagmus und vertikale Abweichung der Blickachse („HINTS“: **H**ead Impulse, **N**ystagmus, **T**est of **S**kew) waren nicht vorhanden. Wir stellten eine sensorineurale Hörminderung links von 40-60dB fest. Außerdem klagte der Patient über eine Parästhesie des linken Mundwinkels.

Es folgte eine notfallmäßige neurologische Vorstellung. In der Zwischenzeit kamen eine Dysarthrie, Dysmetrie im Finger-Nase-Versuch links und eine geringgradige Fazialisparese links hinzu. Eine arterielle Angio-MRT des Kopfes zeigte einen frischen Infarkt des Pedunculus cerebelli im Stromgebiet der AICA links. Die weitere Diagnostik im Verlauf zeigte ein bisher unbehandeltes Vorhofflimmern und eine arterielle Hypertonie.

Abb. 1: MR – Cranial:
Im linken Kleinhirnstiel zeigt sich eine umschriebene T2-hyperintense Läsion mit deutlichen Restriktionszeichen in der Diffusionswichtung passend zu einem frischen Infarkt, am ehesten im AICA-Territorium. Die Bildgebung erfolgte 4 Tage nach Beginn der Beschwerden.



Mit freundlicher Genehmigung der Klinik für Diagnostische und Interventionelle Neuroradiologie; Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. M. Wiesmann

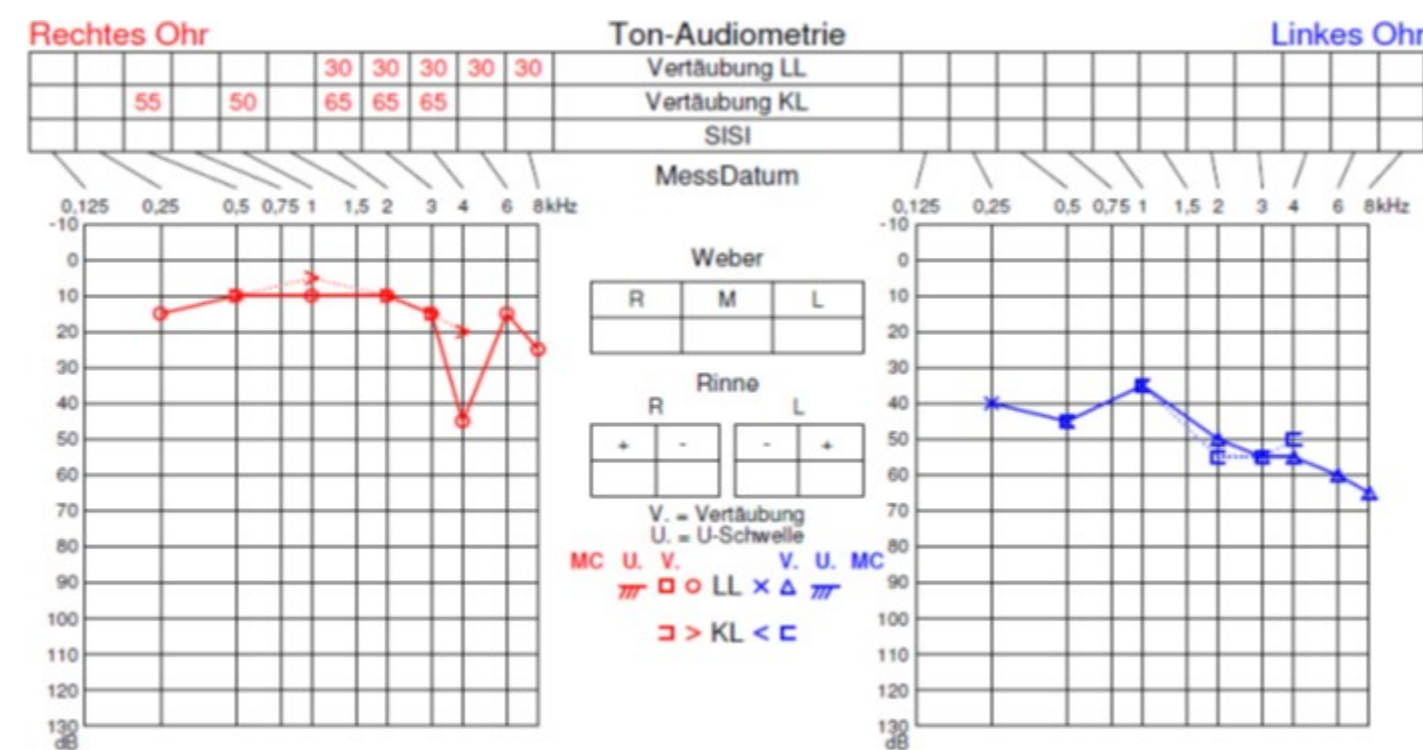


Abb. 2: Reintonaudiometrie bei Erstaufnahme

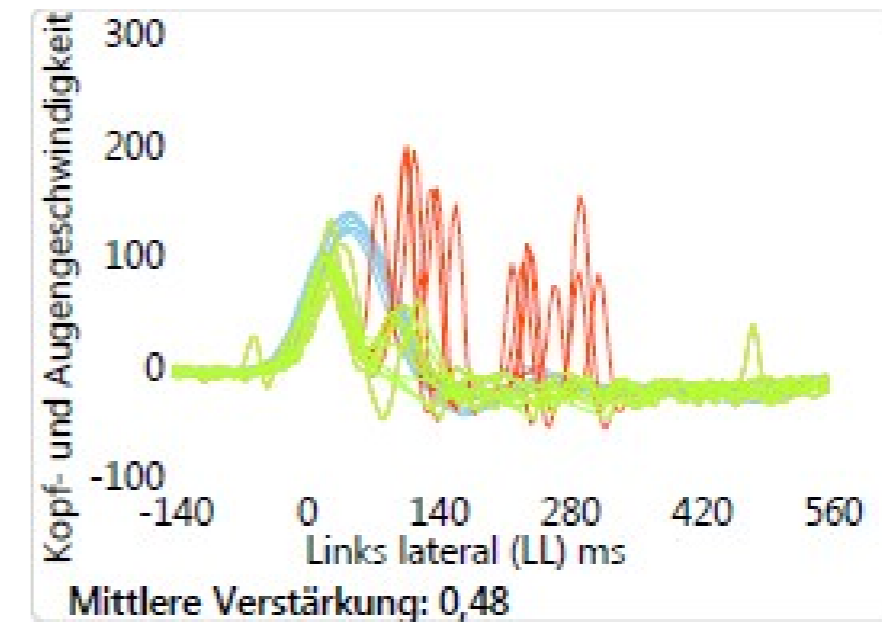


Abb. 3: Kopfpulstest mit overten Nachstellsakkaden (rot) in der Ebene des linken lateralen Bogengangs

DISKUSSION

Im internationalen Schrifttum werden AICA-Infarkte mit verschiedenster Symptomatik beschrieben. Dies ist der Tatsache geschuldet, dass das Infarktgebiet in Bezug auf Lokalisation und Ausdehnung variiert¹. Alle Patienten klagen jedoch über Gleichgewichtsbeschwerden, häufig einhergehend mit einer Hörminderung. Ein wichtiger Screeningtest sind die HINTS, welche bei auffälligen Befunden in Richtung zentraler Zeichen eine sofortige neurologische Vorstellung erfordern². Hin und wieder kommt es jedoch vor, dass trotz klinisch „peripherer“ HINTS eine zentrale Läsion vorliegt. Es ist daher wichtig auch auf andere neurologische Ausfallerscheinungen (Hypästhesie, Paresen, Dysarthrie, etc.) zu achten und im Zweifel weitere Diagnostik einzuleiten.

LITERATUR

- 1. Head-Shaking Aids in the Diagnosis of Acute Audiovestibular Loss due to Anterior Inferior Cerebellar Artery Infarction
- Young Eun Huh, a Ja-Won Koo, b Hyung Lee, c Ji-Soo Kim, a Departments of a Neurology and b Otolaryngology, Head and Neck Surgery, Seoul National University College of Medicine, Seoul National University Bundang Hospital, Seongnam-si, and c Department of Neurology, Keimyung University School of Medicine, Daegu, South Korea
- 2. Cerebellar Infarctions Mimicking Acute Peripheral Vertigo: How to Avoid Misdiagnosis?
•Augusto P. Casani, MD1, Iacopo Dallan, MD1, Niccolò Cerchiai, MD1, Riccardo Lenzi, MD1, Mirco Cosottini, MD2, and Stefano Sellari-Franceschini, MD
- 3. Recent Advances in Cerebellar Ischemic Stroke Syndromes Causing Vertigo and Hearing Loss
•Hyun-Ah Kim1,2 & Hyon-Ah Yi 1,2 & Hyung Lee1,2