

Neurologie für die Praxis Update 2011

Dominik Straumann
Klinik für Neurologie, Universitätsspital Zürich

aktuelle Themen

- Schlaganfall
- Parkinson-Syndrom
- Multiple Sklerose
- Epilepsie
- (Demenz)
- Schmerz
- Neuropathien
- Schwindel

Vignette

- Ein 58-jähriger Schreiner hat beim Instruieren des Lehrlings plötzlich Wortfindungsstörungen.
- Er arbeitet weiter trotz leichter Ungeschicklichkeit der rechten Hand.
- Er meldet sich über Mittag in der Praxis (t = 150 Min.).
- Befund: unflüssige Sprache, leichte Pronation im Armvorhalteversuch rechts

**Notfallmässig als Lyse-
Kandidat weiterschicken?**

- JA
- NEIN

Schlaganfall (I)

- i.v. Thrombolyse mit rtPA (recombinant tissue plasminogen activator) so schnell wie möglich (nach CT & Ausschluss von KI); Benefit bis 4.5 h
- Hohes Alter ist keine KI für i.v.-Lysen.
- i.a. Lysen bis 6 h (bei Basilaristhrombose in Einzelfällen noch länger)
- i.a.-Lysen kommen v.a. bei proximalen Mediaverschlüssen und Basilaristhrombosen in Betracht.

Vignette

- Ein 85-jähriger Patient mit leichter Demenz stürzt in der Wohnung und schlägt mit der Stirne am Boden auf.
- 4 Tage später wird ein CT zum Ausschluss eines chronischen Subduralhämatoms durchgeführt.
- Eine gleichzeitig durchgeführtes CT-Angio zeigt eine 70-80% Stenose der A. carotis interna rechts, welche dopplersonographisch verifiziert wird.

Karotisendarterektomie empfehlen?

- JA
- NEIN

Schlaganfall (2)

- invasive Therapien der symptomatischen und asymptomatischen Karotisstenose: carotid endarterectomy (CEA) vs. carotid artery stenting (CAS)
- langfristige Resultate von CEA und CAS ähnlich
- perioperative Resultate bei symptomatischer Karotisstenose: CEA besser
- CEA bei alten Patienten mit symptomatischer Karotisstenose: Nutzen angezweifelt

Vignette

- Ein 52-jähriger Anwalt leidet seit 20 Minuten an starkem Drehschwindel mit Zug nach links und an starker Übelkeit.
- Klinisch zeigt er einen horizontalen Spontannystagmus nach rechts; bei Blick nach rechts nimmt der Nystagmus zu, bei Blick nach links schlägt der Nystagmus nach links.

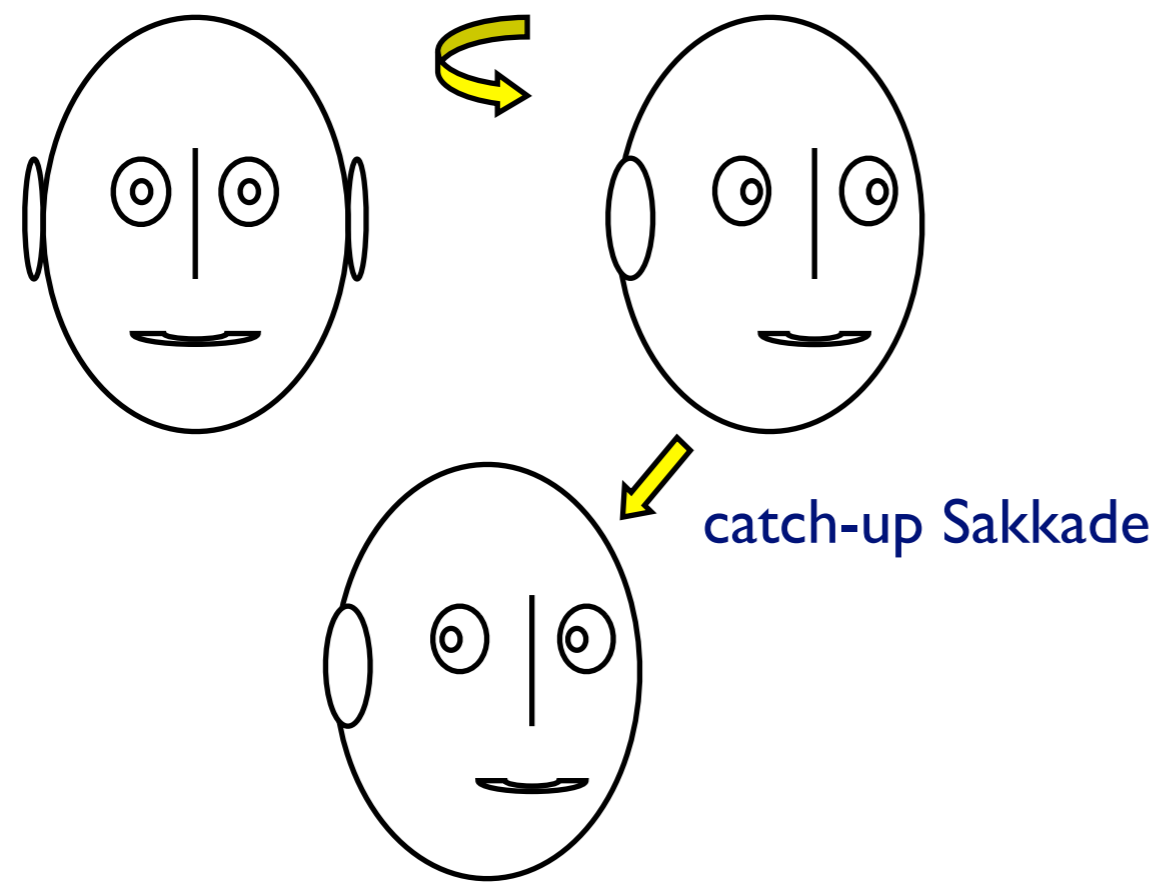
Ursache des Schwindels?

- SCHLAGANFALL
- VESTBULÄRE NEURITIS

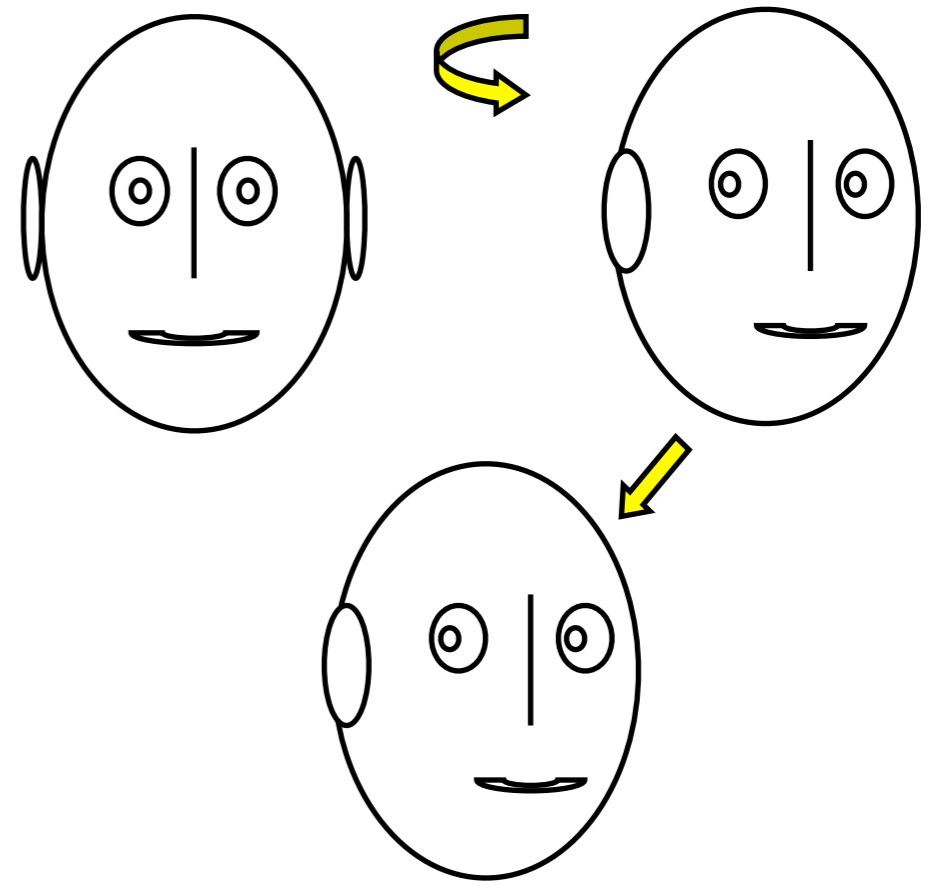
Schlaganfall ⁽³⁾

- Bei akutem Schwindel mit horizontalem Spontannystagmus muss DD eine infratentorielle Ischämie / Blutung ausgeschlossen werden.
- Wenn eine oder mehrere dieser klinischen “red flags” vorhanden sind, besteht zu 95% ein Schlaganfall: (1) normaler Kopfimpulstest; (2) Nystagmus ändert seine Richtung bei Blick nach rechts oder links; (3) vertikale Deviation der Augen (vertikale Doppelbilder oder vertikale Einstellbewegung beim alternierenden Abdecken)

Kopfpulstest

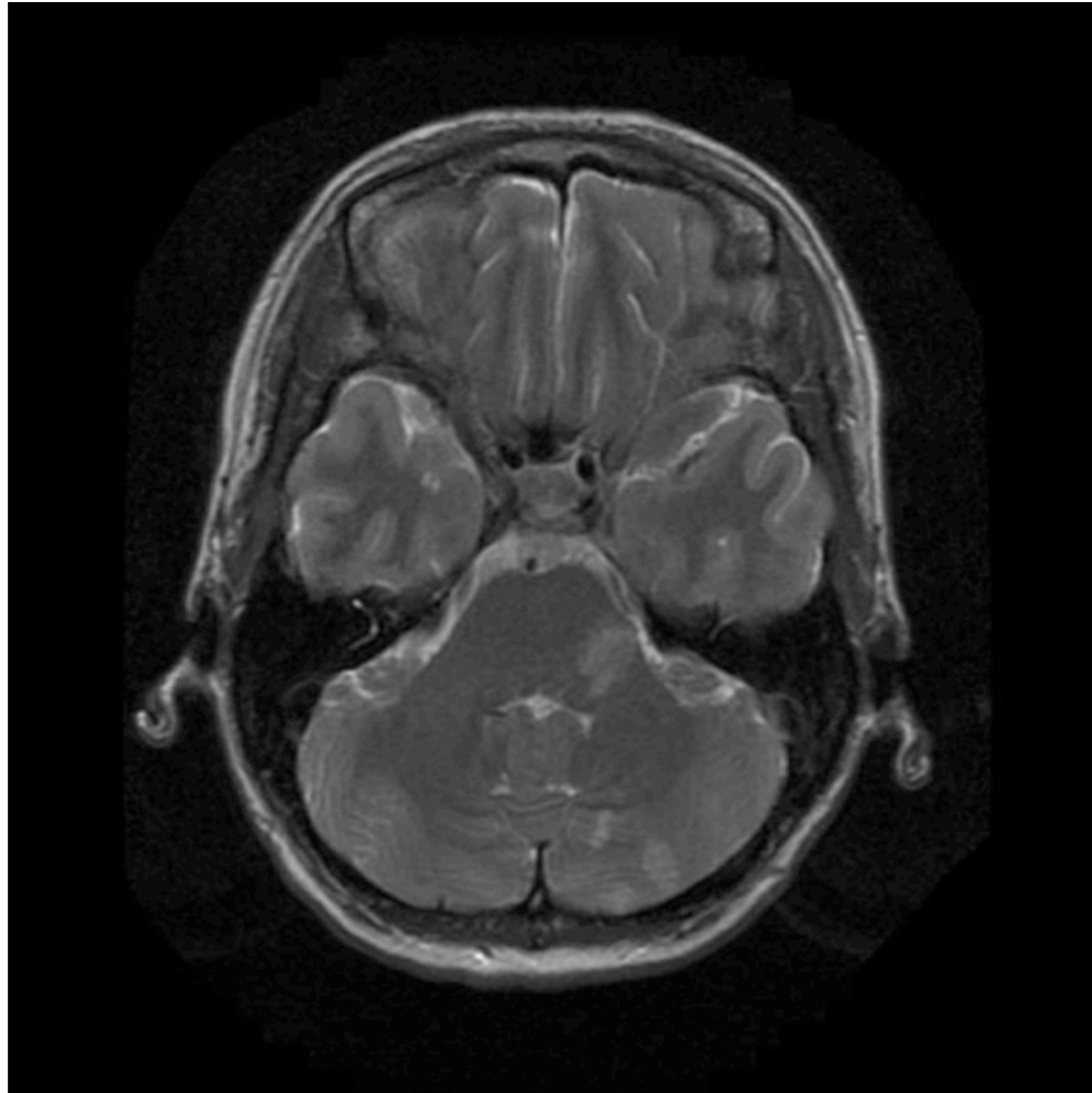


peripher-vestibuläres
Defizit links

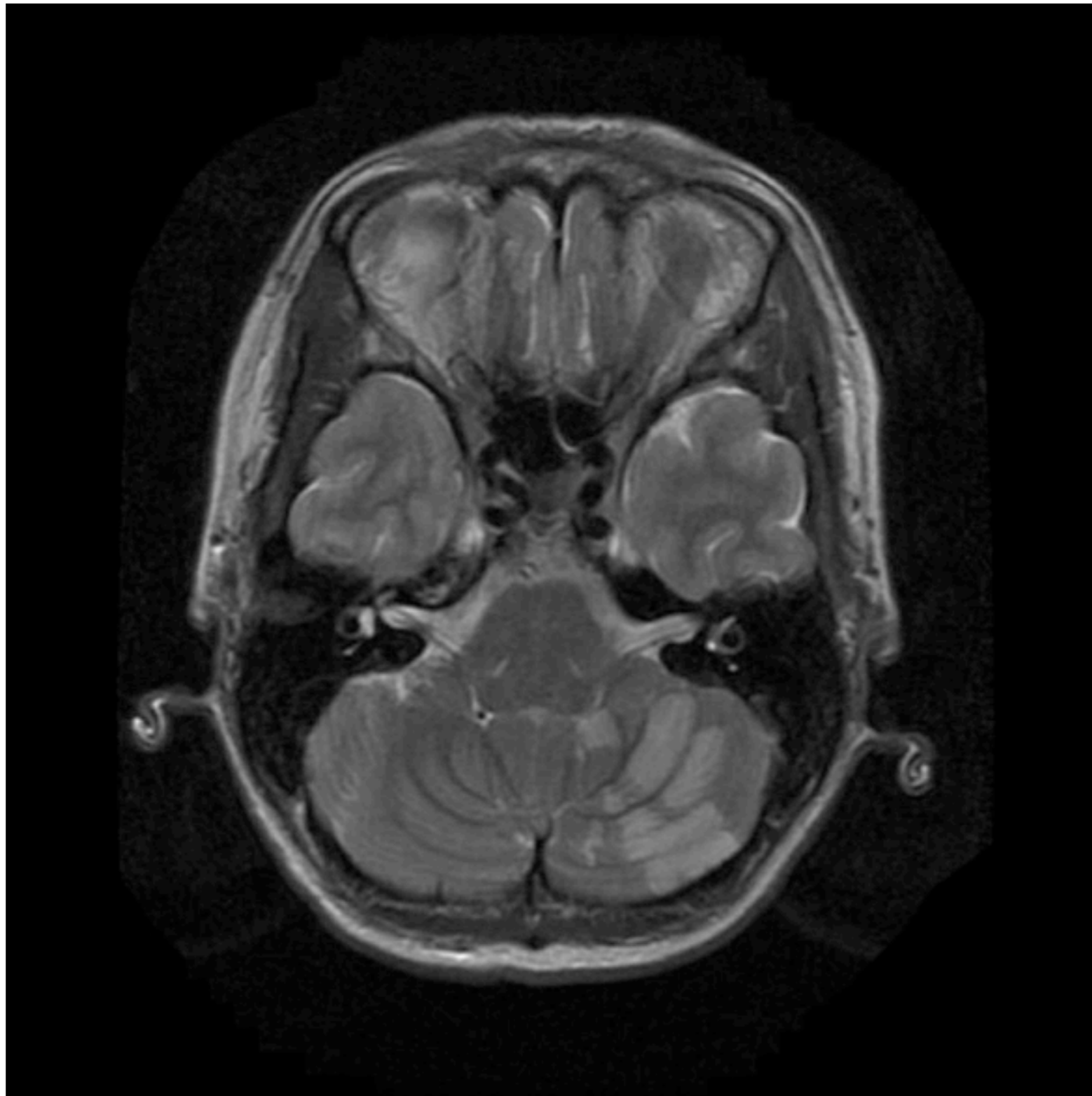


normal oder "normal"

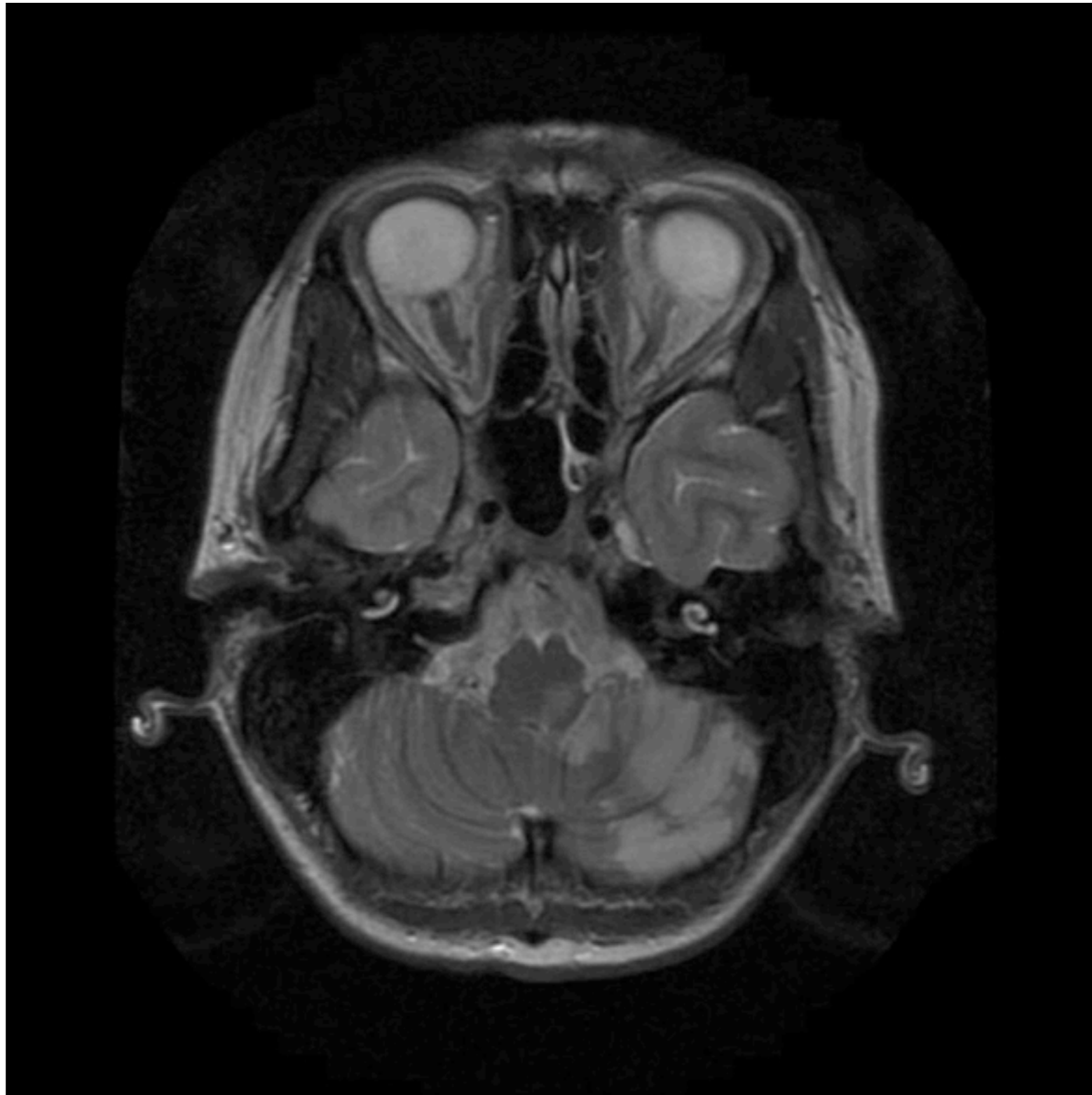
Spontannystagmus & normaler Kopfimpulstest



Spontannystagmus & normaler Kopfimpulstest



Spontannystagmus & normaler Kopfimpulstest



Vignette

- Ein 61-jähriger Parkinson-Patient (ehemaliger Lehrer) leidet an starken motorischen Fluktuationen (abwechselnd Akinesie und Hyperkinesie).
- Mehrmals wurde stationär versucht die medikamentöse Therapie zu optimieren, was nur vorübergehend zu leichten Besserungen führte.
- Kognitiv ist der Patient altersentsprechend.

Soll man dem Patienten
eine Evaluation zur tiefen
Hirnstimulation empfehlen?

- JA
- NEIN

Parkinson-Syndrom

- Die medikamentöse Behandlung schwerere motorischer Fluktuationen und Dyskinesien ist oft schwierig und unbefriedigend.
- DBS (deep brain stimulation) ist in diesen Situationen inzwischen die Therapie der Wahl.
- Die endgültige Indikationsstellung zur DBS (globus pallidus internus oder nucleus subthalamicus) erfolgt erst nach ausgedehnten (meist stationär durchgeführten) Abklärungen.

Vignette

- Eine 27-jährige Sekretärin, bei der vor 3 Jahren die Diagnose einer schubförmig remittierenden MS gestellt wurde, hatte seit Beginn von Rebif-Injektionen (3/w) vor 2 Jahren nur noch einen Schub.
- Eine Freundin in der lokalen Selbsthilfegruppe schwärmt vom Medikament Tysabri, das bei ihr eingesetzt wurde und unter dem sie jetzt “geheilt” sei.

Ist das Medikament Tysabri
bei unserer Patientin eine
Alternative?

- JA
- NEIN

Multiple Sklerose

- Aggressive MS-Formen werden mit Mitoxantron (NW: Leukämie, Kardiotoxizität) und Natalizumab (Tysabri; NW: progressive multifokale Leukenzephalopathie, v.a. > 2 Jahre) behandelt.
- neue orale Medikamente: z.B. Fingolimod (Gilenya)
- Bei Patienten mit klinisch isoliertem Syndrom (CIS) genügt inzwischen das MRI für die Diagnose einer MS (wenn disseminierte Läsionen vorliegen, von denen einige Gadolinium anreichern und andere nicht).

Vignette

- Eine 29-jährige Hauswirtschafterin mit gut eingestellter Epilepsie (keine Anfälle seit 4 Jahren unter Depakine) möchte schwanger werden.
- Das EEG zeigt bitemporal, linksbetont, auch unter Therapie intermittierende epilepsiespezifische Potentiale.

Ist bei dieser Patientin ein
Medikamentenwechsel vor
der Schwangerschaft
zwingend?

- JA
- NEIN

Epilepsie

- Das Missbildungsrisiko ist vor allem unter Valproat (Depakine, Orfiril) im ersten Schwangerschaftstrimester deutlich erhöht.
- Ca. 20-30% der Epilepsiepatienten werden trotz Antiepileptika nicht anfallsfrei.
- Gewisse Antiepileptika können das Suizidalitätsrisiko erhöhen: Levetiracetam (Keppra), Vigabatrin (Sabril), Tiagabin (Gabitril), Topiramat (Topamax).

Vignette

- Eine 53-jährige Pflegerin leidet seit 25 Jahren an Migränekopfschmerzen.
- In den letzten 3 Jahren wurden die Migräneanfälle immer häufiger (initial: ca. 1/Mt.; aktuell: alle 2-3 Tage) mit entsprechender Zunahme des Imigran-Konsums.
- In der Zeitung hat die Patientin gelesen, dass Botox bei Migräne sehr wirksam sei.

Lohnt sich ein Versuch mit
Botulinustoxin bei dieser
Patientin?

- JA
- NEIN

Schmerz

- Botulinustoxin-Injektionen sollten bei Patienten mit chronischer Migräne (> 15 Tage pro Monat; 2% der Bevölkerung) erwogen werden.
- Bei Cluster-Kopfschmerzen ist neben der subkutane Verabreichung von Sumatriptan auch die Sauerstoff-Therapie sehr effektiv (100% Sauerstoff, 12 l/min über Maske, 15 Min.).

Vignette

- Ein 43-jähriger Instruktor kommt um 17:30 Uhr in die Praxis wegen einer zunehmenden und aufsteigenden Beinschwäche seit heute Morgen.
- Bei der Untersuchung ist Einbeinhüpfen und Aufrichten aus der Hocke nicht mehr möglich. Die Muskeleigenreflexe sind nicht auslösbar. Babinski beidseits negativ.
- Sie hospitalisieren den Patienten notfallmässig.
- Die LP am gleichen Abend im Spital ist unauffällig.

Ist Ihre
Vermutungsdiagnose eines
Guillain-Barré-Syndroms
vom Tisch?

- JA
- NEIN

Neuropathien

- Beim Guillain-Barré-Syndrom (GBS) sind intravenöse Immunglobuline (IVIg) immer noch die Therapie der Wahl.
- Für die chronisch inflammatorische demyelinisierende Polyneuropathie (CIDP) steht eine Immunsuppression im Vordergrund, aber in gewissen Fällen ist IVIg effektiver (Cave! IVIg für CIDP nicht registriert).

Vignette

- Ein 34-jähriger Kollege hat seit 3 Stunden einen Drehschwindel nach links. Dieser ist im Liegen stärker als im Sitzen und nimmt in der linken Seitenlage zu.
- Bei der klinischen Untersuchung zeigt der Patient einen Spontannystagmus, der in sitzender Position schwächer ist als im Liegen und beim Vorwärtsbeugen die Richtung umkehrt.

Welches ist Ihre Vermutungsdiagnose?

- GUTARTIGER LAGESCHWINDEL
- KLEINHIRNINFARKT MIT OEDEM
- VESTIBULAERE NEURITIS

Schwindel

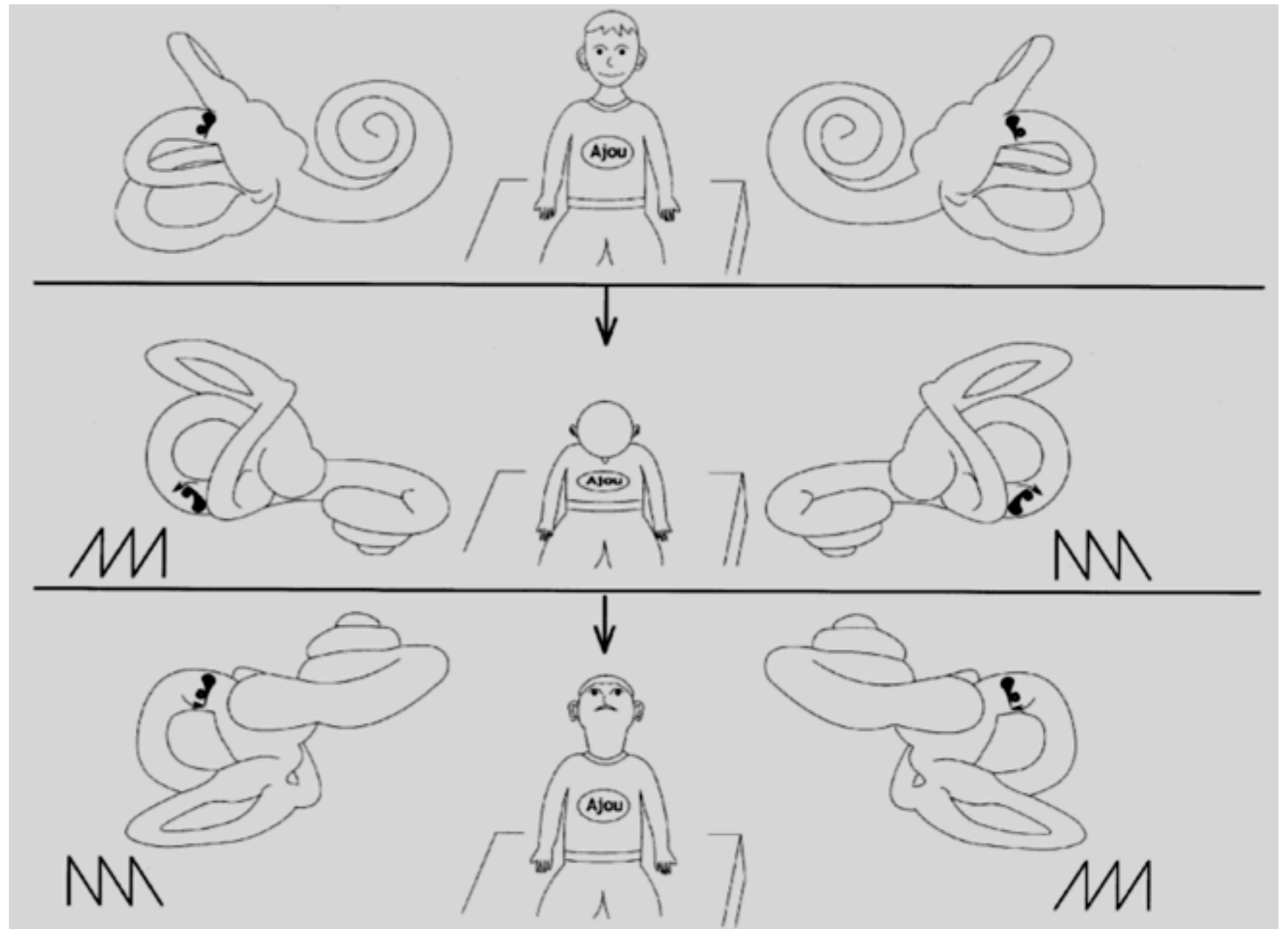
- Die Canalolithiasis eines hinteren oder eines lateralen Bogengangs ist die weitaus häufigste Schwindelursache.
- Manchmal kann ein Spontannystagmus Folge einer Cupulolithiasis eines horizontalen Bogengangs sein. Dieser Nystagmus ist schwächer im Sitzen als im Liegen und kehrt beim Vorwärtsbeugen die Richtung.

Bow & Lean

**apogeotroper
horizontaler BPLS
(Cupulolithiasis)**

schlägt zur
gesunden Seite

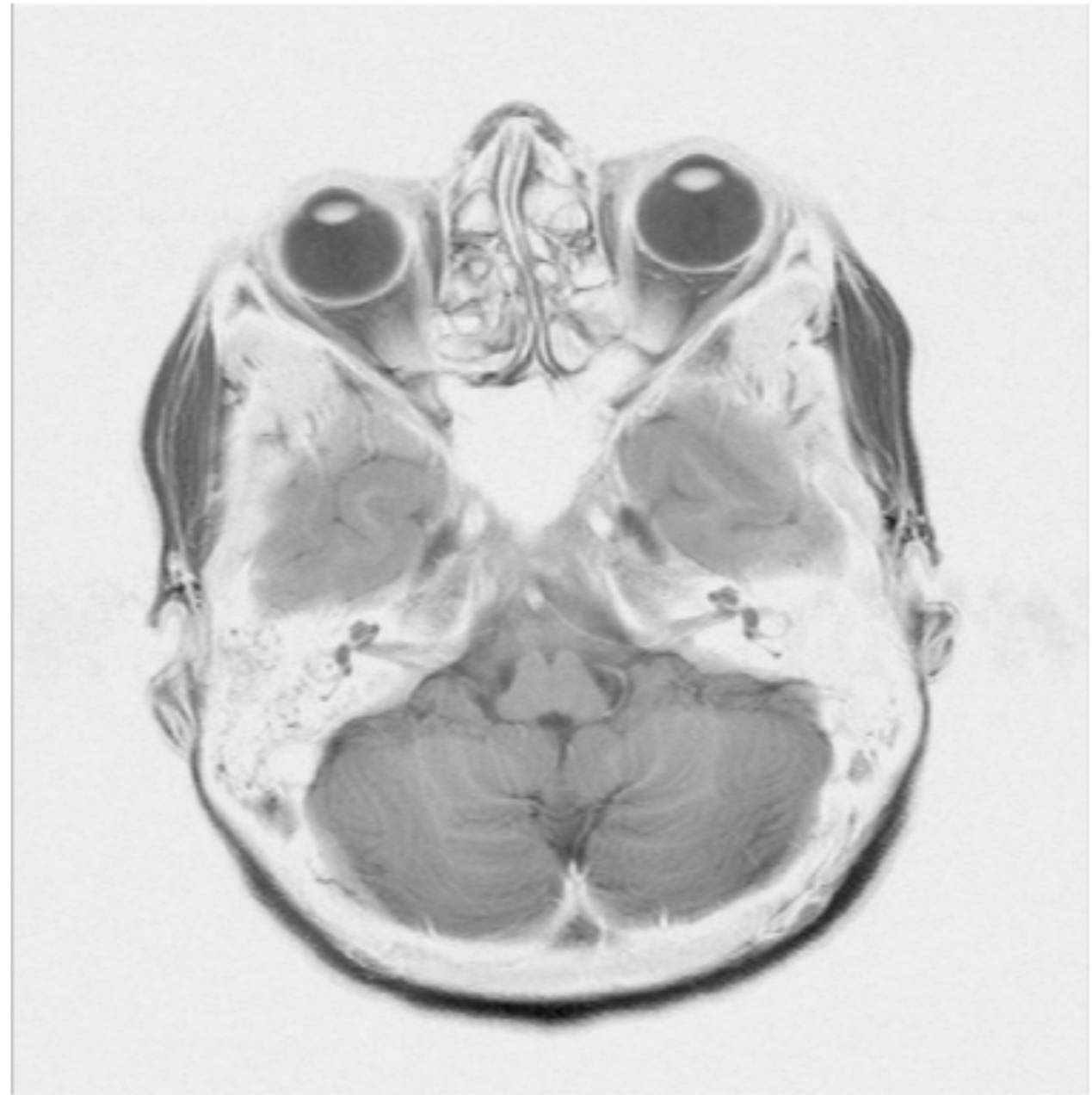
schlägt zur
betroffenen Seite



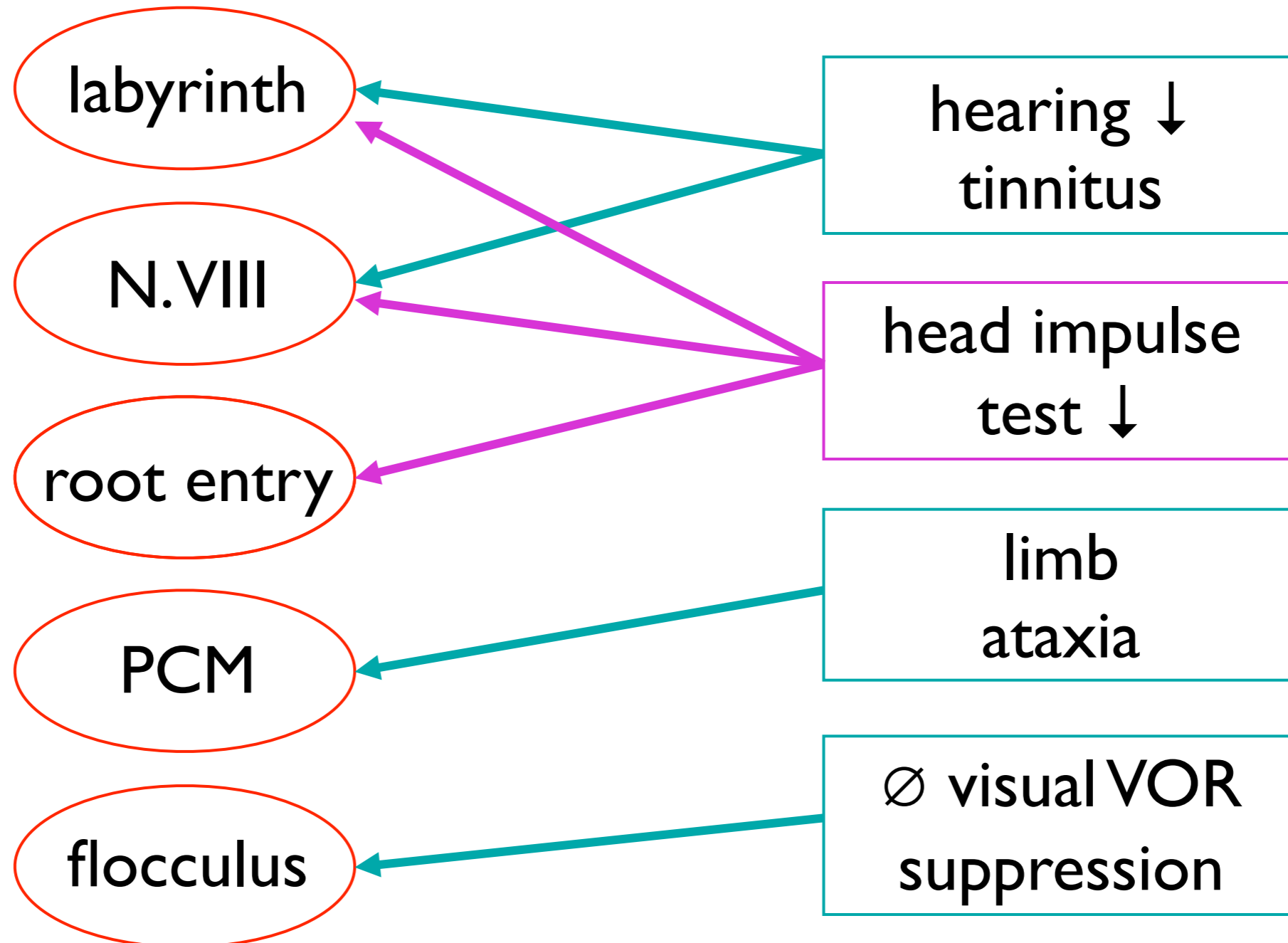
**Vielen Dank für die
Aufmerksamkeit!**

AICA ischemia

- anatomically peripheral
 - ▶ labyrinth
 - ▶ vestibular nerve
- anatomically central
 - ▶ root entry zone (pseudoneuritis)
 - ▶ middle cerebellar peduncle
 - ▶ flocculus



Spontaneous nystagmus: AICA?



PCM: Ped. cerebell. med.