

# Kopfschmerzen und Lidspaltendifferenz

Die 35-jährige Patientin stellte sich in der Notaufnahme vor, nachdem es 20 Stunden zuvor bei einem Volleyballspiel zu einer heftigen Nackenextensionsbewegung gekommen war und sich nach einer Latenz von einigen Stunden ein heftiger rechtsseitiger Kopfschmerz entwickelte, der bis in die gleichseitige Kiefer- und Halsregion ausstrahlte. Die Einnahme von Ibuprofen hatte keine Besserung erbracht. Dem Ehemann war eine „Veränderung“ am rechten Auge aufgefallen.



Abbildung 1.

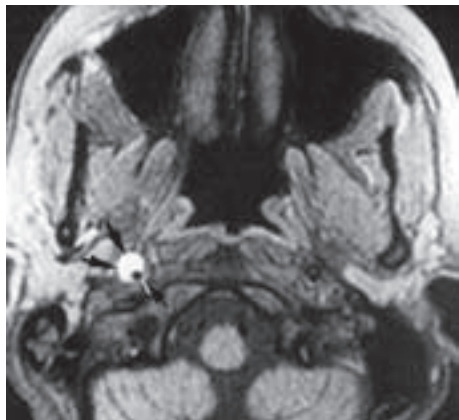


Abbildung 2.



Abbildung 3.

## Diagnose

Bei der neurologischen Untersuchung zeigte sich eine rechts engere Lidspalte als links (= Ptose) und eine engere Pupille rechts vor allem in dunkler Umgebung (Miosis – Abbildung 1). Ansonsten fanden sich klinisch keine Auffälligkeiten. Damit bestand ein Horner-Syndrom rechts, was zusammen mit der Anamnese zur klinischen Verdachtsdiagnose einer Dissektion der Arteria carotis interna (ACI) rechts führte.

In der duplexsonographischen Untersuchung zeigte sich eine höchstgradige Stenose der rechten ACI und ein echoarmes Gefäßwandhämatom. Die Kernspintomographie bestätigte die Diagnose durch Darstellung sowohl

des stenosierte Gefäßverlaufs als auch des halbmondförmigen Wandhämatoms mit einem dünnen Restfluss im Bereich der Schädelbasis (Abbildung 2, Pfeile). Es wurde eine i.v.-Antikoagulation mit unfractioniertem Heparin begonnen, die in den folgenden Tagen auf eine orale Antikoagulation mit einer Ziel-INR von zwei bis drei umgestellt wurde.

Dissektionen hirnversorgender Arterien wurden in den vergangenen Jahren zunehmend als Ursache von ischämischen Schlaganfällen insbesondere bei jungen Patienten erkannt. Sie sind für ca. 20 Prozent der Schlaganfälle bei Patienten unter 50 Jahren verantwortlich. Wahrscheinlich führen pathologische Bindegewebsstrukturen zu einer erhöhten Vulnerabilität der Arterienwand, die dann spontan oder

nach (Bagatell-)Traumen unter Ausbildung eines Wandhämatoms („falsches Lumen“) einreißt. Das Horner-Syndrom ist Ausdruck der Kompression des benachbarten Halssympathikus durch das Wandhämatom. Auch können Läsionen anderer Hirnnerven – insbesondere des N. hypoglossus – oder ein einseitiges pulssynchrones Ohrgeräusch auftreten. Die Bedrohlichkeit der Karotidisdissektion besteht in der Verursachung arterio-arterieller Hirnischämien, die der in diesem Fall typischen Frühsymptomatik oft folgen, aber auch gleichzeitig mit ihr auftreten können. Dem ischämischen Schlaganfall soll die Antikoagulation vorbeugen. Nur selten ist die sonographische und kernspintomographische Diagnostik nicht eindeutig und es bedarf einer konventionellen Angiographie, die typischerweise einen flammenförmigen Verschluss oder eine hochgradige Stenose der ACI zeigt (Abbildung 3, Pfeil). Die als Hirninfarktprophylaxe durchgeführte Antikoagulation scheint einer Gabe von Thrombozytenfunktionshemmern zwar nicht überlegen zu sein, wird aber in den Leitlinien im Moment präferiert. In bis zu 90 Prozent der Fälle erfolgt innerhalb von drei Monaten eine weitgehende oder vollständige Rekanalisation des Gefäßes.

## Literatur

- Brandt T., et al.: Klinik und Therapie der Dissektionen hirnversorgender Arterien. *Nervenarzt* 2006; 77 Suppl 1:17–29.
- Menon R. et al.: Treatment of cervical artery dissection: a systematic review and meta-analysis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2008; 79:1122–7.
- Norris J.W., Beletsky V.: Cervical arterial dissection. *Adv Neurol* 2003; 92:119–25.
- Caplan L.R.: Dissections of brain-supplying arteries. *Nat Clin Pract Neurol* 2008; 4:34–42.

Professor Dr. Dipl.-Psych. Frank Erbguth,  
Klinik für Neurologie – Klinikum  
Nürnberg (Süd), Breslauer Straße 201,  
90471 Nürnberg