



Aerztliche Leitung  
Klinik für Medizin  
Kantonales Spital Altstätten  
9450 Altstätten

**fehidiagnose.ch**

08. November 2001 Ba/le

**Austrittsbericht: Keller Willi, 21.02.1944, Untergasse 34, 9437 Marbach  
Hospitalisation vom 12.10. – 19.10.2001**

---

Sehr geehrter Herr Kollege

Wir berichten Ihnen über die Hospitalisation Ihres obengenannten Patienten und danken für die Zuweisung.

**Diagnose:**

**Lakunäre Hirnstamm-Ischämie (ICD-10: E63.9) mit/bei**

- Trochlearisparese rechts
- Vaskuläre Risikofaktoren: Hypercholesterinämie, Nikotinabusus

**Jetziges Leiden:**

Der Patient wird vom Kantonalen Spital Altstätten mit Vd.a. linksseitige Vertebralisdissektion, dd Hirnstamminfarkt, zugewiesen. Der Patient berichtet, dass er heute abend während Aufräumarbeiten in seinem Atelier Balken hochgehoben habe, worauf es nach ca. 2 Minuten plötzlich zum Auftreten von Doppelbildern (vorallem beim Blick nach unten) gekommen sei. Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Sensibilitätsstörung oder Paresen werden verneint. Zudem klagt der Patient über Wirbelsäulenschmerzen im cervico-thoracalen Bereich von drückendem Charakter. Diese Schmerzsymptomatik sei über den ganzen Tag hin gleich geblieben und wird auf einer Schmerzskala mit 6 (1-10) angegeben. Ein akuter, stechend oder reissender Schmerz sei nicht vorgekommen.

Bei dem Patienten bestehen schon länger Wirbelsäulenprobleme mit gelegentlichem Kribbeln der Hände und Füsse, diese würden aber aktuell nicht imponieren.

Bei der Untersuchung zeigen sich Schürfwunden am linken Oberarm sowie im Bereich der linken Hüfte. Der Patient kann sich diese nicht erklären, kann sich an keine Verletzung während des Aufräumens erinnern. Aus der Tatsache, dass seine Brille am Boden gelegen habe, schliesst der Patient im Nachhinein, dass er vielleicht doch gestürzt und kurzzeitig bewusstlos gewesen sein könnte.

**Persönliche Anamnese:**

St.n. Appendektomie, 1990 kurzfristiges Flimmersehen über 15 Minuten rechts oben, ebenso vor ca. 1 Monat. Häufig Nackenschmerzen mit gelegentlichem Kribbeln der Hände und Füsse. Chronische Lumbalgien.

**Systemanamnese:**

Patient in gutem Allgemein- und Ernährungszustand, keine Allergien bekannt, schläft gut, Appetit ist gut, keine Probleme bei der Defäkation oder Miktion. Risikofaktoren: Nikotinabusus mit 2-3 Pfeifen pro Tag seit ca. 40 Jahren, keine Hypertonie bekannt, kein Diabetes mellitus bekannt, fragliche Hypercholesterinämie.

**Medikamente:**

Keine.

**Sozialanamnese:**

Patient ist Künstler, geschieden, 2 Söhne sind verstorben, lebt mit einer Lebenspartnerin zusammen.

**Untersuchungsbefunde:**

**Allgemein:**

Patient kardiopulmonal kompensiert, Blutdruck 139/90 mmHg, Herzfrequenz 60/min, Temperatur 36,7 °C, Sauerstoffsättigung 98 %. Abdomen weich, keine Resistenzen tastbar, lebhaftes Darmgeräusche. Schürfwunde am linken Oberarm dorsal sowie an der linken Hüfte.

**Neurologischer Befund:**

Kopf mit verspannter Schulter-/Nackenschultermuskulatur, sonst unauffällig. Hirnnervenstatus: Angabe von Doppelbildern, zunehmend beim Blick nach unten, wobei die Doppelbilder übereinander stehen würden, ebenso leichte Doppelbilder übereinander stehend zunehmend beim Blick nach links. Einstellbewegungen beim Blick nach rechts und links, Verdacht auf Strabismus divergens. Übriger Hirnnervenstatus unauffällig. Obere Extremitäten: Der Patient ist Rechtshänder, Trophik, Tonus, Motilität normal, keine Paresen, Koordination frei. Reflexe: Bizepssehnenreflex, Trizepssehnenreflex und Radioperiostreflex beidseits sehr lebhaft, Sensibilität für alle Qualitäten normal. Rumpf: klopfdolente Wirbelsäule über der HWS und BWS. Untere Extremitäten: Trophik, Tonus, Motilität normal, keine Paresen und Koordination frei. Reflexe: Patellarsehnenreflex und Achillessehnenreflex beidseits sehr lebhaft, Babinski negativ, Sensibilität für alle Qualitäten normal. Stand und Gang unauffällig. *Insgesamt* zeigen sich in der klinisch-neurologischen Untersuchung Doppelbilder beim Blick nach unten und links im Sinne einer Trochlearisparese sowie allseits sehr lebhaftes Muskeleigenreflexe ohne Pyramidenbahnzeichen.

**Labor vom 12.10.2001:**

Haematologie: Unauffällig. Blutchemie: Kalium mit 3.1 mmol/l erniedrigt, ebenso Phosphat 0.6 mmol/l. Gerinnung: Unauffällig

**Labor im Verlauf:**

HbA1c mit 4.5% und einem mittleren Blutzuckerwert von 3.7 mmol/l in der Norm. Schilddrüsenparameter in der Norm. Lipidstatus: Cholesterin mit 5.9 mmol/l erhöht, Triglyceride 0.9 mmol/l, HDL Cholesterin 2.0 mmol/l, Cholesterin/HDL 3.0, LDL-Cholesterin 4.1 mmol/l, LDL (Friedewald) 3.5 mmol/l.

**Radiologie:**

**Cranio-cerebrale Computertomographie vom 12.10.2001:**

Umschrieben erweiterter Liquorraum am rechten Temporalpol mit Volumenverlust des angrenzenden Hirnparenchyms, am ehesten einer Arachnoidalzyste entsprechend. Normales übriges cranio-cerebrales Computertomogramm.

**Vertebro-spinale Computertomographie C0 – C2 vom 12.10.2001:**

Normale knöcherne Verhältnisse, normal weiter Spinalkanal. Fehlender Hinweis auf eine Blutung.

**Cranio-cerebrale Kernspintomographie vom 15.10.2001:**

Polypoide Schleimhautschwellung im Sinus maxillaris linksseitig. Grossvolumige temporo-polare Arachnoidalzyste rechts. Vereinzelt unspezifische Glioseherde im Marklager bei ansonsten regelrechtem cranio-cerebralen Kernspintomogramm, insbesondere ohne Nachweis eines akuten Infarktes.

**MR-Angiographie der Halsweichteile / hirnzuführenden Halsgefässe vom 02.11.2001 (ambulant):**

Regelrechte Darstellung der hirnzuführenden Halsgefässe, insbesondere ohne Nachweis einer Vertebralisdissektion.

**Cerebro-vaskuläre Dopplersonographie vom 18.10.01:**

Altersentsprechend unauffällige Doppler-/Duplex-sonographische Befunde in den untersuchten extracraniellen, hirnzuführenden Gefässen wie auch im Carotis-Siphon beidseits.

**EKG vom 12.10.2001:**

Normokarder Sinusrhythmus (70/Min.). Überdrehte Linkslage. P mit 122 msec verlängert, in V1 negativ (Vd.a. P mitrale). Inkompletter Rechtsschenkelblock. Keine Q, keine Repolarisationsstörungen.

**24-Stunden EKG vom 17./18.10.2001:**

Grundrhythmus: normokarder Sinusrhythmus mit einer durchschnittlichen Frequenz von 62/Min. (min. 49/Min, max. 96/Min.). Vereinzelt SVES und VES. Keine signifikanten Brady- oder Tachyarrhythmien. Zirkadianik aufgehoben. Im Patientenprotokoll keine besonderen Ereignisse vermerkt.

**Transthorakale Echokardiographie vom 15.10.2001:**

Normale Dimensionen, normale LV-EF.

**Transoesophageale Echokardiographie vom 18.10.2001:**

Weder morphologisch noch mit Echoktrast inkl. Valsalvamanöver Hinweise auf ein offenes Foramen. Im übrigen normaler kardialer TEE-Befund. Aorta ascendens ohne erkennbare Plaque, Aorta descendens ebenfalls bland.

**Orthoptisches Konsil vom 17.10.2001:**

Trochlearisparese (anamnestisch regredient) rechts. Vd.a. Licht-Nahdissoziation und Konvergenz-Reaktionsnystagmus (ev. leichtes Parinaud-Syndrom).

(Ambulante Kontrollen bei Dr. med. G. P. Jenni, Altstätten).

**fehldiagnose.ch**

**Beurteilung, Verlauf, Procedere:**

Der 57-jährige Patient wurde uns vom Kantonalen Spital Altstätten mit dem Vd.a. eine linksseitige Vertebralisdissektion zugewiesen.

Bei Herr Keller waren im unmittelbaren Anschluss an das Heben schwerer Lasten plötzlich Doppelbilder beim Blick nach links und unten aufgetreten, zudem berichtet er von druckartigen, zervikothorakalen Wirbelsäulenschmerzen. Bezüglich genauem Hergang kann sich der Patient nicht erinnern, eine Bewusstseinsstörung und ein Sturzereignis sind nicht auszuschliessen.

Klinisch-neurologisch zeigte sich bei Eintritt die beschriebenen Doppelbilder beim Blick nach unten und links sowie sehr lebhaftige Muskeleigenreflexe.

In der orthoptischen Untersuchung konnten die Doppelbilder objektiviert und im Sinne einer rechtsseitigen Trochlearesparese interpretiert werden. Die cerebrale Kernspintomographie zeigte kein morphologisches Korrelat, womit ein lakunärer Hirnstamminfarkt im Kerngebiet des rechtsseitigen N.trochlearis aber nicht ausgeschlossen ist. Die bei uns durchgeführte cerebro-vaskuläre Doppler-/Duplexsonographie zeigte normale Befunde, ebenso die MR-Angiographie der Halsgefässe, ohne Hinweise für eine Vertebralisdissektion.

Die transoesophageale Echokardiographie, zum Ausschluss einer paradoxen Emboliequelle, war unauffällig.

Bezüglich der Abklärung der vaskulären Risikofaktoren ergab sich eine Hypercholesterinämie, welche in ihrem generellen Ausmass zwar nur leichtgradig, hinsichtlich ihrer spezifischen LDL-Cholesterinerhöhung aber deutlich ausfällt.

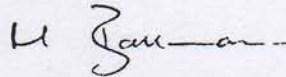
*Insgesamt* interpretieren wir die akut aufgetretenen Doppelbilder, die im Zusammenhang mit körperlicher Belastung und möglicherweise kurzdauerndem Bewusstseinsverlust aufgetreten sind, als lakunären Hirnstamminfarkt im Kerngebiet des N.trochlearis rechts. Direkte Hinweise für eine Gefässdissektion oder Makroangiopathie finden sich in den Zusatzabklärungen nicht, ebenso keine kardiale Emboliequelle. Als Ursache ist somit eine mikroangiopathische Läsion anzunehmen.

Dementsprechend scheint uns eine Sekundärprophylaxe mit einem Thrombozytenaggregationshemmer (Aspirin Cardio 300 mg) indiziert, daneben wäre bei Vd.a. eine mikroangiopathische Ursache auch eine diätetische und je nach Verlauf auch medikamentöse Einstellung der Dyslipoproteinämie zu erwägen. Bezüglich der klinisch sehr lebhaften Muskeleigenreflexe empfehlen wir bei Änderung der Klinik eine kernspintomographische Exploration der HWS einzuleiten.


Den späten Eingang des Berichtes bitten wir zu entschuldigen; wir wollten für die definitive Beurteilung den Befund der ambulant durchgeführten MR-Angiographie abwarten.

Für die weitere Betreuung des Patienten danken wir und verbleiben

Mit freundlichen Grüßen



Dr. M. Baumann, Ass.-Arzt



Dr. D. Wiest, Oberärztin



PD Dr. B. Tettenborn, Chefärztin

**Beilagen:**

Haematologie  
Blutchemie  
Gerinnung

**fehldiagnose.ch**

**Kopie an:**

Herr Dr. med. P. Jutz, 9435 Heerbrugg