

Hjernestammeinfarkt fortolket som neuritis vestibularis

Karén Stepanidis¹ & Mads Klokker²

KASUISTIK

1) Vordingborg
Øre-Næse-Halsklinik
2) Øre-næse-hals-
kirurgisk og Audiologisk
Klinik, Rigshospitalet

Ugeskr Læger
2017;179:V06170471

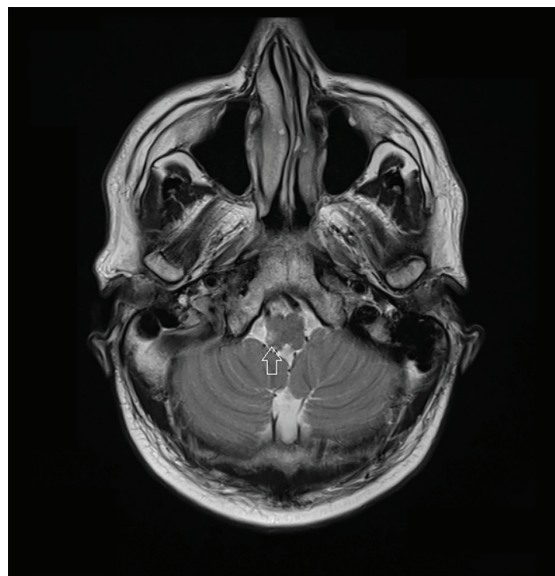
Pludseligt opstået svimmelhed med kvalme, opkastninger, evt. gangbesvær, trunkal instabilitet, intolerans ved hovedbevægelser og nystagmus samt normalt resultat af en *video head impulse test* (vHIT) bør foranledige mistanke om en central sygdomsårsag, og man bør foretage akut MR-skanning frem for akut CT. Ved mistanke om centralt akut vestibulært syndrom (AVS) bør der straks igangsættes trombolysebehandling.

SYGGEHISTORIE

En 35-årig mand med insulinkrævende diabetes type 1 blev henvist fra en regional akutafdeling til en praktiserende speciallæge i øre-næse-hals-sygdomme mhp. videre behandling på mistanke om neuritis vestibularis (NV). Forud for henvisningen blev der udført akut CT af cerebrum uden patologiske fund. På henvisningstidspunktet havde patienten haft tre dage med pludseligt opstået svimmelhed, kvalme, opkastninger, hovedpine og gangbesvær uden neurologisk deficit. Hos øre-næse-hals-lægen blev der foretaget øre-næse-hals-undersøgelse, neurootologisk undersøgelse samt vHIT og videonystagmografi (VNG). Under den neurootologiske undersøgelse fandt man positiv Rombergs test med faldtendens til højre side, men normalt resultat ved en *skew deviation test*. VNG viste en spontan horisontal-tortional venstrettet nystagmus (hastighed > 6° pr. s), som var uændret ved skift af blikretning. Patienten kunne fikserer og dermed undertrykke spontannystagmus. Resultatet af vHIT var normalt, dvs. uden asymmetrisk *gain* eller kompensatoriske *overt* og *covert saccades* (Figur 1). Efter forslag fra en neurootolog blev patienten henvist til MR-skanning på mistanke om hjernestammeinfarkt. MR-skanningen viste et akut infarkt i højre medulla oblongata på 3 × 6 mm (Figur 2), og patienten blev herpå henvist til neurologisk relevant behandling. Han kom sig efterfølgende godt over sin tilstand.

FIGUR 2

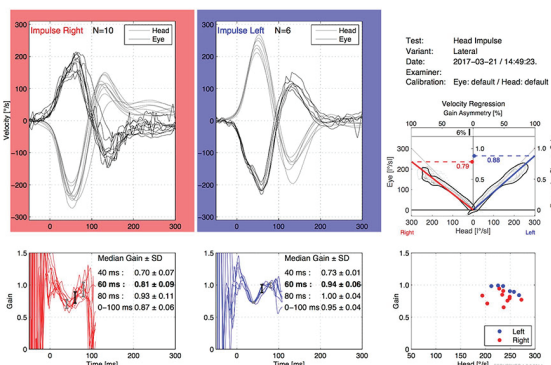
MR-skanning, som viser et 3 × 6 mm stort akut infarkt i højre medulla oblongata.



MR-skanningen viste et akut infarkt i højre medulla oblongata på 3 × 6 mm (Figur 2), og patienten blev herpå henvist til neurologisk relevant behandling. Han kom sig efterfølgende godt over sin tilstand.

FIGUR 1

Normal *video head impulse test*.



DISKUSION

Der diagnosticeres næsten 150.000 tilfælde med akut perifer vestibulopati (APV) som svimmelhedsårsag ud af de årlig 2,6 mio. patienter, som besøger akutafdelinger i USA. Nogle få patienter, der har AVS og ingen eller beskedne neurologiske symptomer, viser sig at have hjernestammeinfarkt eller cerebellart infarkt. Fejldiagnosticering af infarkter kan således ske hyppigere end umiddelbart antaget, idet ikke alle patienter med AVS rutinemæssigt MR-skannes, og en CT oftest vil fremstå som normal tidligt i sygdomsforløbet. AVS er karakteriseret ved pludseligt indtrædende svimmelhed, som varer timer til dage og ledsages af kvalme, opkastninger,

gangbesvær, intolerans ved hovedbevægelser og nystagmus. APV bør generelt være forbundet med en karakteristisk, dominerende horisontal nystagmus, der kun slår i én retning, nystagmus intensiveres ved blik i hurtig nystagmusretning og mindskes i langsom nystagmusretning (Alexanders lov). Vertikal *upbeat*- eller *downbeat*-nystagmus med rotatorisk (torsional) komponent må i den kliniske sammenhæng lede tanken hen på en central patologi, også selvom der ikke foreligger andre neurologiske udfald. Infarkter kan således skyldes AVS med nystagmus med en overvejende horisontal retning, hvilket kan forveksles med APV [1].

Med det formål at vurdere tilstedeværelsen af en evt. cerebral infarkt hos patienten i sygehistorien blev der foretaget CT af cerebrum. CT har imidlertid lav sensitivitet i diagnosticering af akutte infarkter (ca. 16%), mens MR-skanning har en sensitivitet på 80-85% [1].

Eksempler på årsag til APV eller formodede perifere vestibulære lidelser er NV (uden auditive symptomer) samt mb. Menière og labyrinthitis (begge normalt med auditive symptomer). De fleste akutte patienter med AVS har APV, men nogle har et centralt AVS som følge af infarkt i posterior fossa [2, 3]. HINTS (*head impulse test*, nystagmus ved blikretning og *skew deviation test* – dvs. vHIT kombineret med neurootologiske test) og MR-skanning har stor diagnostisk sensitivitet i diagnosticering af infarkter hos patienter med AVS [3, 4]. Den højeste sensitivitet i HINTS er den horisontale vHIT for vestibulookulær refleksfunktion og har høj sensitivitet (91%) og specificitet (100%) for centrale læsioner i AVS [4]. Patienter med perifer svimmelhed vil have patologisk (positivt) resultat af vHIT, mens patienter med central svimmelhed typisk har et normalt (negativt) resultat af vHIT. Der ses abnormt resultat af vHIT hos ca. 95% af patienterne med NV, hvorimod resultatet er abnormt hos mindre end 10% af patienterne med infarkt (almindeligvis infarkter, der er forårsaget af iskæmi direkte til labyrinten, vestibulær nerve eller vestibulær nucleus), hvilket er vigtigt ved diagnostik med MR-skanning [5].

SUMMARY

Karén Stepanidis & Mads Klokke:

Posterior fossa infarct misdiagnosed as acute peripheral vestibulopathy

Ugeskr Læger 2017;179:V06170471

Patients with acute central vestibular syndrome (AVS) can mimic acute peripheral vestibulopathy, which can mislead to a diagnosis of posterior fossa infarcts. Delayed diagnosis will prevent relevant treatment and may lead to severe disability and in worst case death. Understanding of AVS is extremely relevant for physicians in hospital and prehospital care to insure the right treatment. In this case report of a 35-year-old male patient with AVS the correct diagnosis was made relatively late.

KORRESPONDANCE: Karén Stepanidis. E-mail: kstep@dadlnet.dk

ANTAGET: 19. september 2017

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 1. januar 2018

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Jorge C, Kattah MD, Arun V et al. HINTS to diagnose stroke in the acute vestibular syndrome three-step bedside oculomotor examination more sensitive than early MRI diffusion-weighted imaging. *Stroke* 2009;40:3504-10.
2. David E, Newman-Toker DE, Kattah JC et al. Normal head impulse test differentiates acute cerebellar strokes from vestibular neuritis. *Neurology* 2008;70:2378-85.
3. Newman-Toker DE, Kerber KA, Hsieh YH et al. HINTS outperforms ABCD2 to screen for stroke in acute continuous vertigo and dizziness. *Acad Emerg Med* 2013;20:986-96.
4. Mantokoudis G, Tehrani AS, Wozniak A et al. VOR gain by head impulse video-oculography differentiates acute vestibular neuritis from stroke. *Otol Neurotol* 2015;36:457-65.
5. Tarnutzer AA, Berkowitz AL, Robinson KA et al. Does my dizzy patient have a stroke? *CMAJ* 2011;183:E571-E592.