

## Der interessante neurologische Fall Fall Nr. 9: Spinale Arachnoidalzyste

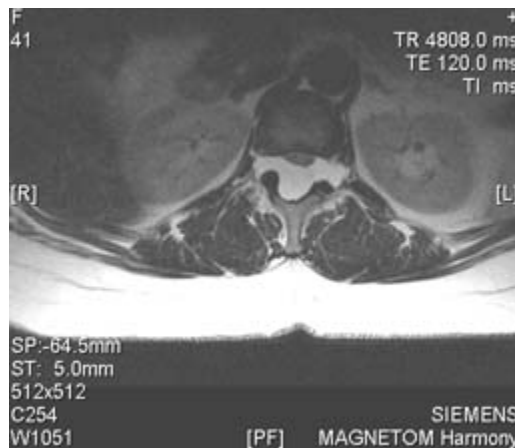
Die 52 j. Patientin kommt in die Neurologische Klinik und gibt an, seit 1992 an einer subjektiven Beeinträchtigung des Gangbildes zu leiden : Sie fühle sich unsicher beim Gehen, beinahe wie volltrunken, könne deshalb keine längeren Wege zurücklegen und müsse zum Teil gestützt werden. Diese Gangstörung trete episodenhaft auf, zwischenzeitlich sei sie völlig beschwerdefrei und könne sich auch längere Zeit gut belasten. Daneben sei sie insgesamt sehr erschöpft, fühle sich den Anforderungen nicht mehr gewachsen und beklage eine Leere im Kopf. Im Rahmen mehrerer neurologischer und orthopädischer Konsile sei jeweils ein unauffälliger klinischer Befund festgestellt worden, auch die Kernspintomographie des Kopfes und die Dopplersonographie habe einen regelrechten Befund erbracht. Sie sei in einer orthopädischen Rehabilitation unter psychosomatischen Gesichtspunkten gewesen. Bei der körperlichen Untersuchung lassen sich keine Pathologica verifizieren. Psychopathologisch ist die Patientin wach und allseits orientiert, inhaltliche Denkstörungen sind nicht nachweisbar. Das formale Denken ist auf das Krankheitsgeschehen eingeeengt, die Stimmung depressiv, in ihrer affektiven Modulationsfähigkeit eingeschränkt ; psychomotorisch ist die Patientin entsprechend verlangsamt. Neurologisch bietet die rechtshändige Patientin einen regelrechten Hirnnervenstatus. Bei regelrechten Koordinationsversuchen fällt in der erschwerten Gangprüfung ein unsystematisch unsicheres, angedeutet breitbasiges Gangbild auf. Latente Paresen bei regelrechten MER ohne Pyramidenbahnzeichen sind ebenso wenig wie Störungen der Tiefensensibilität nachweisbar. Die Oberflächensensibilität ist ungestört.



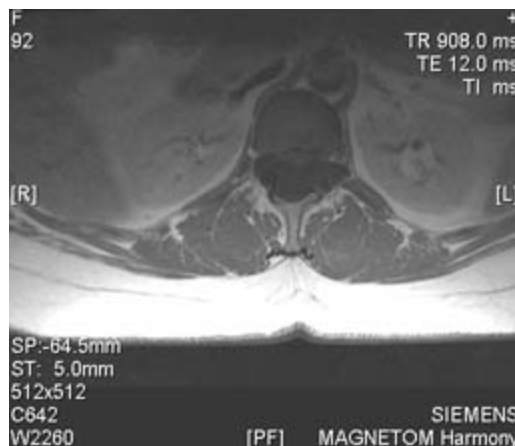
In der sagittalen T2-gewichteten Sequenz erkennt man eine Erweiterung des Spinalkanals von Th 10 bis L 2 durch eine hyperintense, nahezu liquorintense Raumforderung, die das Myelon verlagert und komprimiert.



In der sagittalen T1-gewichteten Sequenz erkennt man eine Erweiterung des Spinalkanals von Th 10 bis L 2 durch eine hypointense, nahezu liquorintense Raumforderung, die das Myelon komprimiert. Gut abgrenzbar hiervon ist das verbliebene hyperintense epidurale Fettgewebe, welches im Bereich der Raumforderung nahezu aufgebraucht ist.



In der transversalen T2-gewichteten Sequenz erkennt man eine Erweiterung des Spinalkanals durch eine hyperintense, nahezu liquorintense Raumforderung, die das Myelon nach ventral verlagert und komprimiert. Die Raumforderung setzt sich in die Neuroforamina fort und erweitert diese.



In der transversalen T1-gewichteten Sequenz nach Kontrastmittelgabe erkennt man eine Erweiterung des Spinalkanals durch eine nicht KM-aquirierende, nahezu liquorintense Raumforderung.

Nach Sicherung der Diagnose einer spinalen Arachnoidalzyste wurde die Patientin operativ dekomprimiert. Die Symptomatik war rückläufig, bei Verlegung zur Rehabilitation bestand noch eine diskrete spinale Ataxie. Nach Abschluß der Rehabilitation hatte sich am Krankheitsbild nichts wesentliches geändert, so daß die Patientin weiter arbeitsunfähig geschrieben werden mußte.

Bad Zwesten, Dezember 2004  
Eckardt/Gerlach