

FALLSTRICKE IM NEUROSTATUS

- FÄLLE AUS DER PRAXIS -



März 2026

Dr. Matthias Greulich

FMH Neurologie

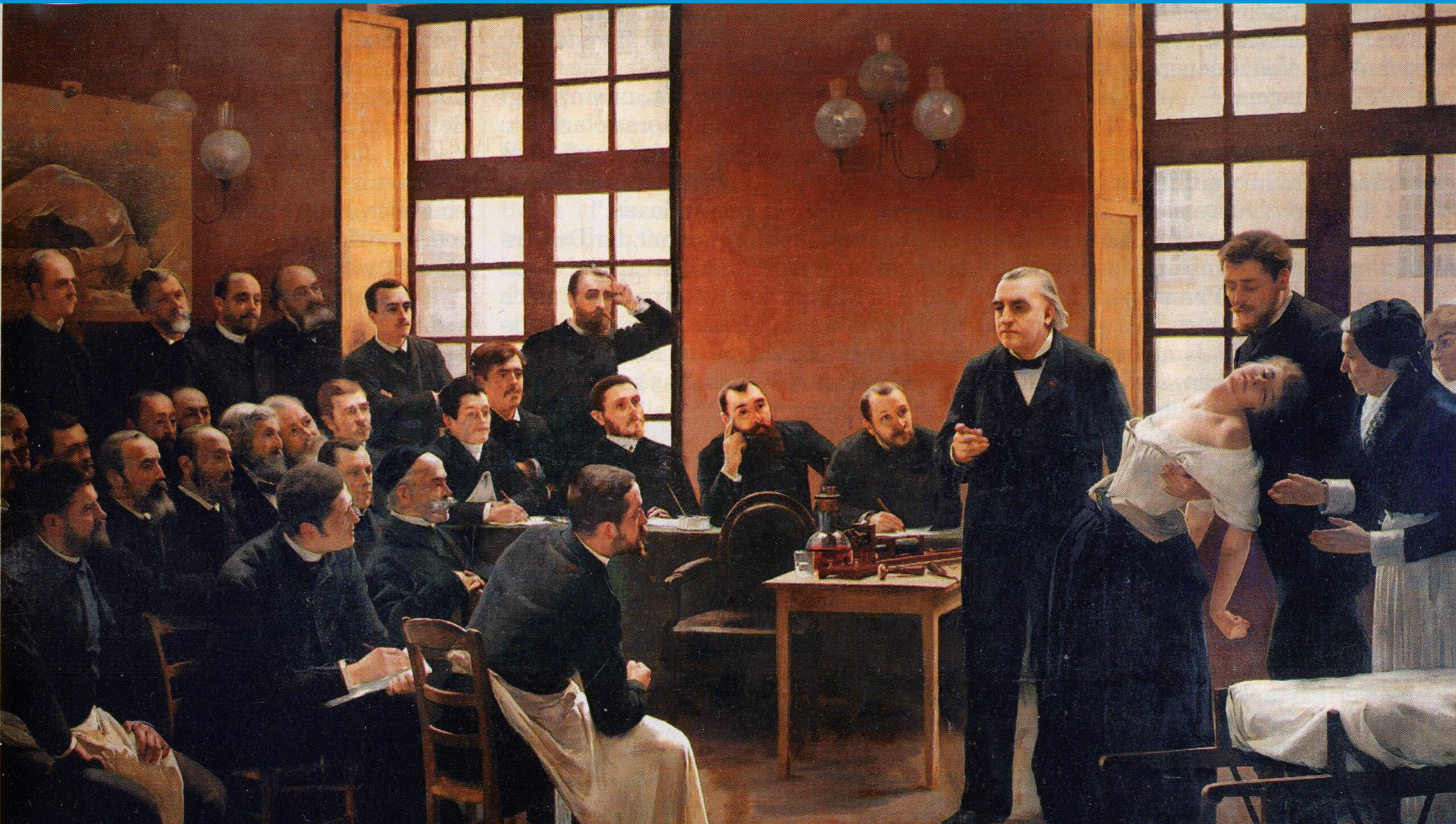
NeuroPraxis Zürich



Agenda

- Überblick Neurostatus
- Fall 1: Verdacht auf Parkinson
- Fall 2: Thai-Massage und ein schmerzhafter Ellbogen
- Fall 3: Ein rüstiger Rentner mit engem Spinalkanal
- Fall 4: Ein Golfspieler mit schiefem Gesicht

DER NEUROSTATUS



Vom Symptom zum Syndrom zur Diagnose

- **Anamnese**
- **Neurostatus**
 - Neuropsychologie
 - Hirnnerven
 - Motorik
 - Sensibilität
 - Koordination
 - Stand und Gang

**Topologische Diagnose/
Syndrom**

**Zusatzunter-
suchungen**

Diagnose

Ätiologie

Vom Symptom zum Syndrom zur Diagnose

- **Anamnese**
- **Neurostatus**
 - **Neuropsychologie**
 - Bewusstsein quantitativ, qualitativ
 - Sprache
 - Neglect
 - Psyche

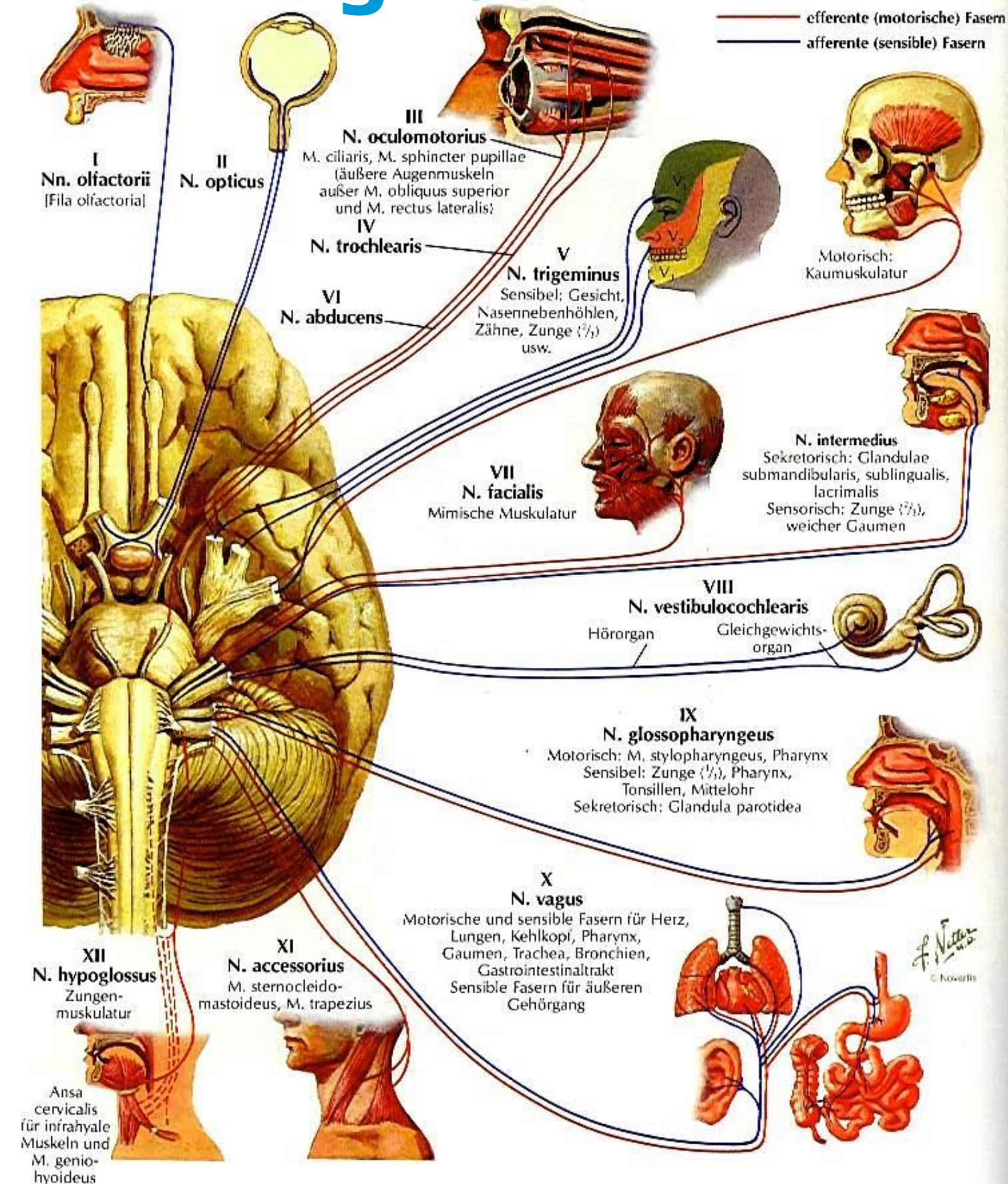


Vom Symptom zum Syndrom zur Diagnose

- Anamnese

- Neurostatus

- Neuropsychologie
- Hirnnerven



Vom Symptom zum Syndrom zur Diagnose

- **Anamnese**

- **Neurostatus**

- Neuropsychologie
- Hirnnerven
- **Motorik**
 - AHV und BHV
 - Tonus
 - Atrophien
 - Feinmotorik
 - Einzelmuskelkraft
 - Reflexe
 - Pathologische Reflexe

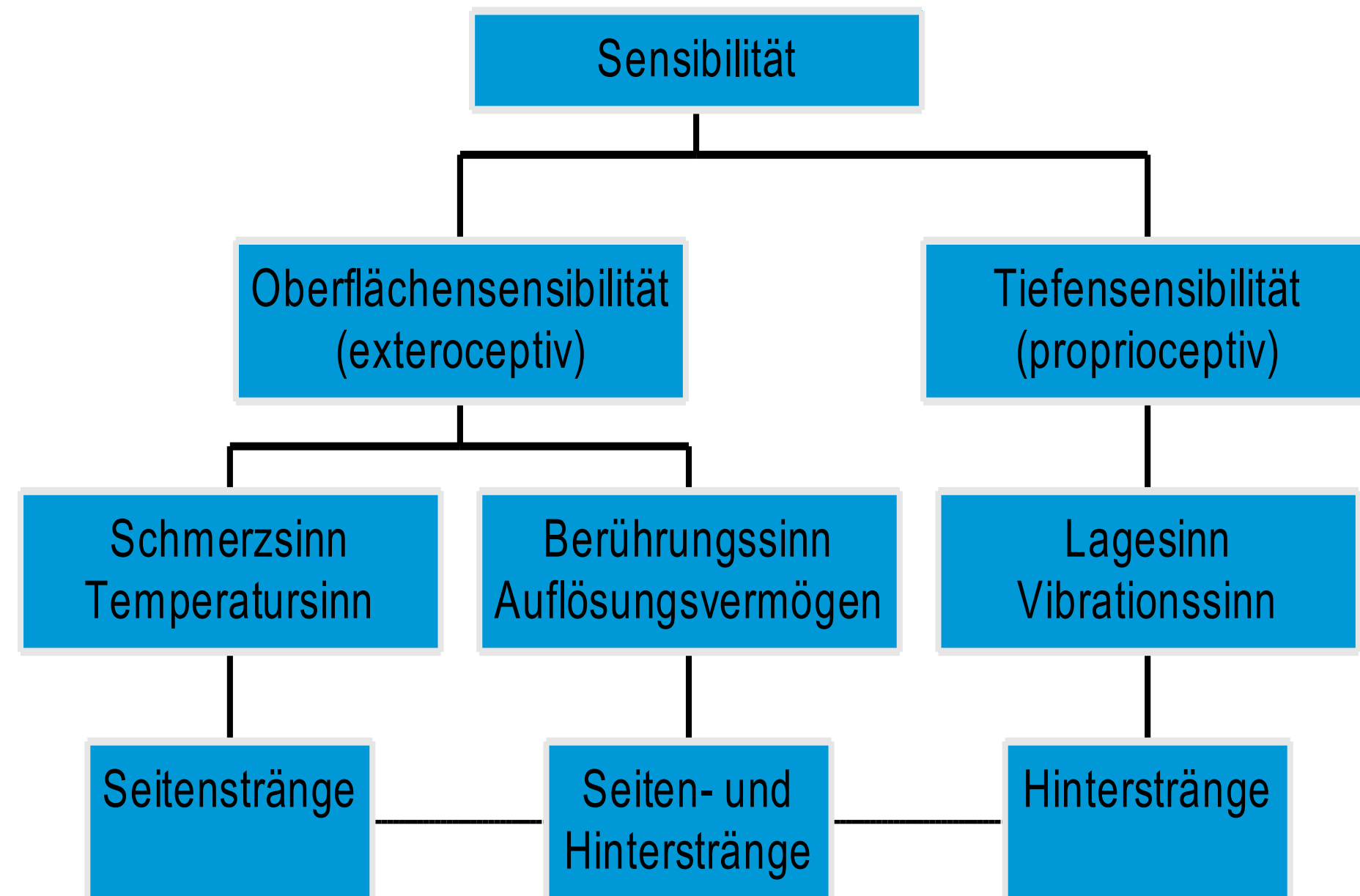


Vom Symptom zum Syndrom zur Diagnose

- **Anamnese**

- **Neurostatus**

- Neuropsychologie
- Hirnnerven
- Motorik
- **Sensibilität**



Vom Symptom zum Syndrom zur Diagnose

- **Anamnese**

- **Neurostatus**

- Neuropsychologie
- Hirnnerven
- Motorik
- Sensibilität

- **Koordination**

- FNV und KHV

- **Stand und Gang**

- Input: Orientierung im Raum, Vestibulum, Augen, Tiefensensibilität
- Output: Pyramidenbahn, cerebelläre Bahnen, extrapyramidales System, Blickstabilisierung
- Mechanik: Muskelkraft, Gelenkfunktion

FALL 1

VERDACHT AUF PARKINSON

♀, *1951

Fall 1: Verdacht auf Parkinson (♀, *1951)

Anamnese

- Rheumatologische Abklärung wegen lumbalen Schmerzen, dort neurologische Auffälligkeiten
- «In der klinischen Untersuchung Rigor (Zahnrad-Phänomen), Ruhe-Tremor, posturale Instabilität, Glabella, Salbengesicht», «die Gangunsicherheit und die klinische Untersuchung spricht für einen M. Parkinson»
- Beginn mit Madopar empfohlen

Fall 1: Verdacht auf Parkinson (♀,*1951)

Neurostatus

- Wach, voll orientiert. Rechtshänderin. Im Gespräch kein Hinweis auf kognitive Defizite. Stimmungslage ausgeglichen, gut schwingungsfähig, kein Hinweis auf psychotisches Erleben.
- Nackentonus nicht erhöht, keine Hypomimie, normale Blinzelfrequenz. Glabellareflex unerschöpflich. Orientierende Geruchsprüfung mittels Sniffing-Sticks ohne Nachweis einer signifikanten Hyp/Anosmie. Okulomotorik glatt, keine Blickparese, Gesichtsfeld fingerperimetrisch frei, keine Hypästhesie im Gesichtsbereich, Fazialis seitengleich innerviert, keine Dysarthrie, Zunge mittig, Gaumensegel hebt seitengleich.
- Kein Rigor, kein Ruhetremor. Hochfrequenter bilateraler Halte-Aktionstremor, leichte Intensionskomponente. Keine relevante Bradydiadochokinese, Feinmotorikstörung links leicht reduziert (eher bei Arthrose), kein Amplitudendekrement bei Willkürbewegung.
- Keine Muskelatrophien, keine Faszikulationen. Arm- und Beinvorhalteversuch ohne Absinken. Keine manifesten Paresen. Muskeleigenreflexe: BSR mittlebhaft, TSR und RPR rechtsbetont lebhaft, PSR bds. lebhaft, ASR gesteigert mit bilateralem ASR-Klonus. Babinski links positiv, rechts angedeutet positiv.
- Diffuse Hyp- und Dysästhesie beider Beine. Pallästhesie an den Händen normwertig, malleolär 2-3/8. Finger-Nase- und Knie-Hacke-Versuch bds. leicht dysmetrisch. Rombergstand unsicher mit ungerichteter Fallneigung, Seiltänzerengang unsicher. Keine Starthemmung, Gangbild eher breitbasig, flüssig, spinal-ataktisch wirkend, gut erhaltener Armmitschwung, 2 Wendeschritte. Keine Retropulsionstendenz im Pull-Test.

Fall 1: Verdacht auf Parkinson (♀,*1951)

Wo erwarten Sie die Läsion und was ist der nächste Schritt?

- A) Basalganglien Morbus Parkinson – Beginn mit Madopar
- B) Strukturelle Läsion cerebral – MR Schädel anmelden
- C) Cervikale Spinalkanalstenose – MR HWS anmelden
- D) Pathologie BWS – MR BWS anmelden
- E) Lumbale Spinalkanalstenose – MR LWS anmelden

Fall 1: Verdacht auf Parkinson (♀, *1951)

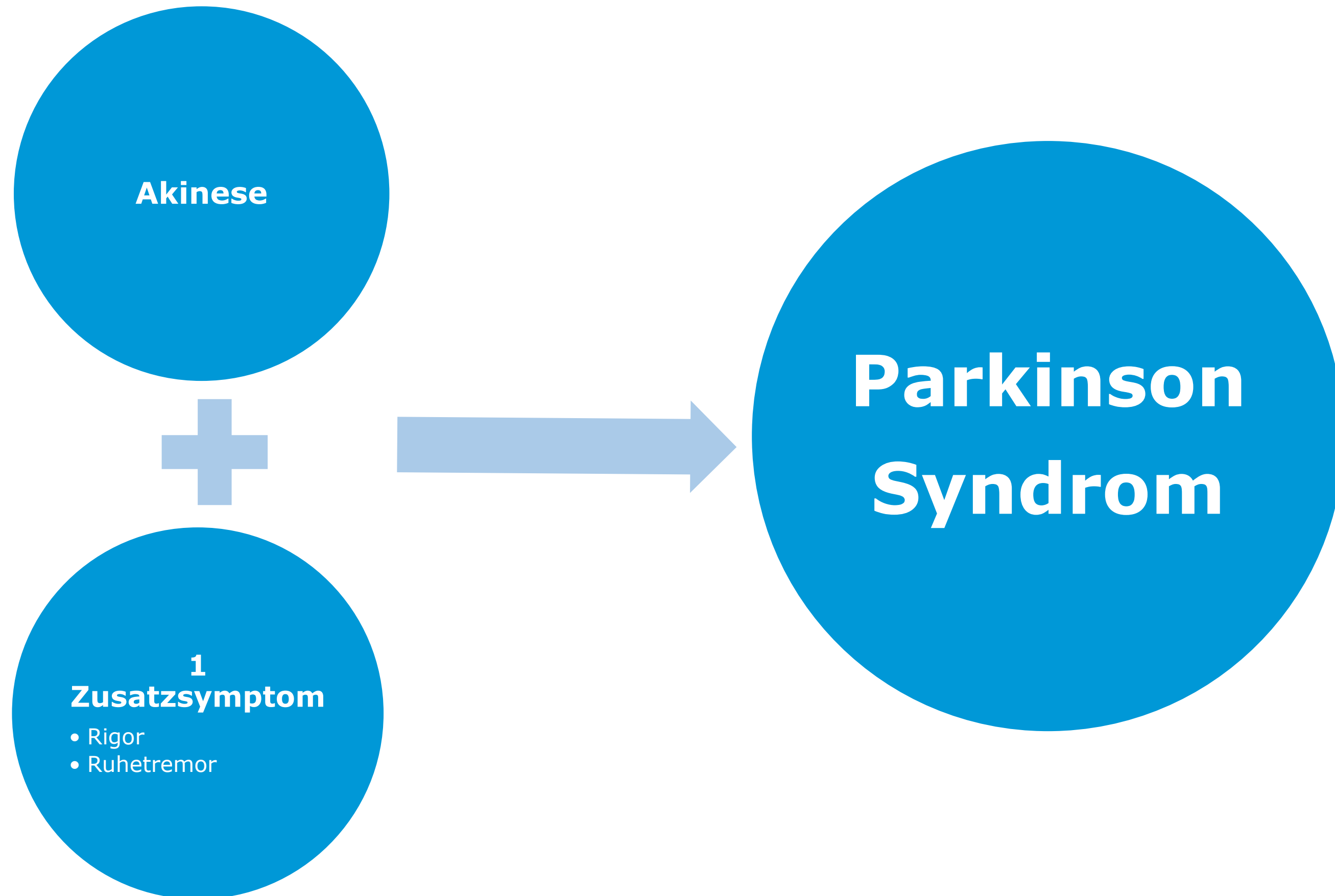
Neurostatus

- Wach, voll orientiert. Rechtshänderin. Im Gespräch kein Hinweis auf kognitive Defizite. Stimmungslage ausgeglichen, gut schwingungsfähig, kein Hinweis auf psychotisches Erleben.
- **Nackentonus nicht erhöht**, keine Hypomimie, normale Blinzelfrequenz. Glabellareflex unerschöpflich. Orientierende Geruchsprüfung mittels Sniffing-Sticks ohne Nachweis einer signifikanten Hyp/Anosmie. Okulomotorik glatt, keine Blickparese, Gesichtsfeld fingerperimetrisch frei, keine Hypästhesie im Gesichtsbereich, Fazialis seitengleich innerviert, keine Dysarthrie, Zunge mittig, Gaumensegel hebt seitengleich.
- Kein Rigor, **kein Ruhetremor. Hochfrequenter bilateraler Halte-Aktionstremor**, leichte Intensionskomponente. **Keine relevante Bradydiadochokinese**, Feinmotorikstörung links leicht reduziert (eher bei Arthrose), **kein Amplitudendekrement** bei Willkürbewegung.
- Keine Muskelatrophien, keine Faszikulationen. Arm- und Beinvorhalteversuch ohne Absinken. **Keine manifesten Paresen. Muskeleigenreflexe: BSR mittlebhaft, TSR und RPR rechtsbetont lebhaft, PSR bds. lebhaft, ASR gesteigert mit bilateralem ASR-Klonus. Babinski links positiv, rechts angedeutet positiv.**
- **Diffuse Hyp- und Dysästhesie beider Beine.** Pallästhesie an den Händen normwertig, **malleolär 2-3/8.** Finger-Nase- und Knie-Hacke-Versuch bds. leicht dysmetrisch. **Rombergstand unsicher mit ungerichteter Fallneigung, Seiltänzerengang unsicher.** Keine Starthemmung, **Gangbild eher breitbasig, flüssig,** spinal-ataktisch wirkend, gut erhaltener Armmitschwung, **2 Wendeschritte.** Keine Retropulsionstendenz im Pull-Test.

Fall 1: Verdacht auf Parkinson (♀, *1951)

- **Kein Rigor, breitbasiges Gangbild, keine Hypokinese**
 - ⇒ Kein Parkinson-Syndrom

Parkinson-Syndrom



Parkinson-Syndrom

Akinese

Hirnnerven

- Hypomimie
- Monotone Stimme
- Dysphagie



Motorik

- Feinmotorikstörung
- Bradykinese
- Mikrographie
- Umdrehen im Bett



Gangbild

- Reduzierter Armmitschwung
- Starthemmung
- Haltungsstörung



Parkinson Syndrom



Fallstrick Rigor vs. Spastik

	Spastik	Rigor
Passive Bewegung	Federnd	Zäh, wächsern
Beschleunigung der Bewegungen	Zunahme des Widerstandes	Gleichbleibend bzw. abnehmender Wider.
Optimale Lagerung	Deutliche Abnahme	Gleichbleibend
Kontrakturen	Möglich	Ungewöhnlich
Besonderheit	Taschenmesser-Phänomen	Zahnrad-Phänomen

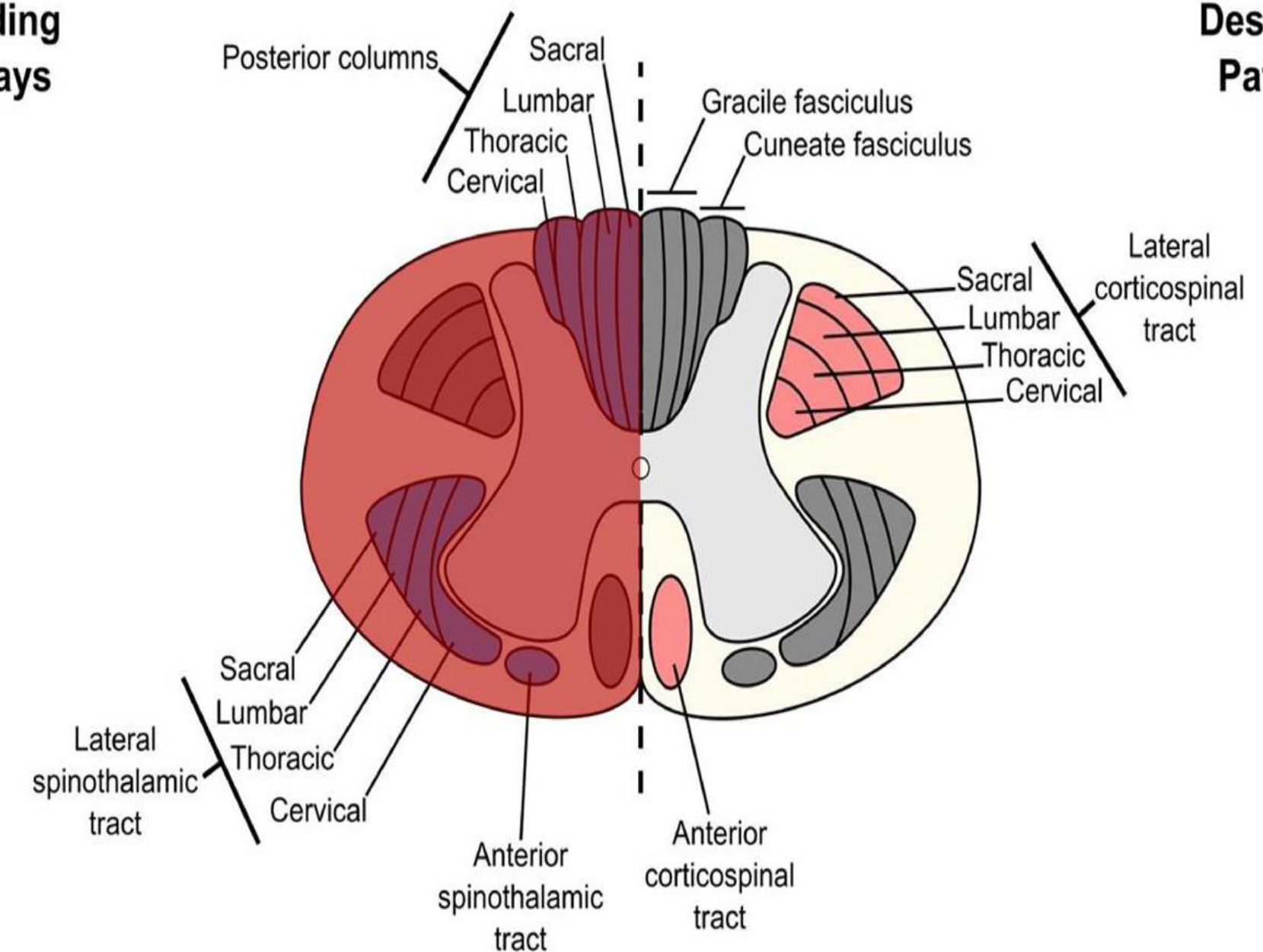
Fall 1: Verdacht auf Parkinson (♀, *1951)

- **Kein Rigor, breitbasiges Gangbild, keine Hypokinese**
 - ⇒ Kein Parkinson-Syndrom
- **Bilaterale Gefühlsstörung, unauffälliger HNST**
 - ⇒ Intrakraniell weniger wahrscheinlich
- **ASR-Klonus bds, Babinski links (bds.?)**
 - ⇒ Pyramidenbahnbeteiligung bilateral

Fall 1: Verdacht auf Parkinson (♀, *1951)

- **Kein Rigor, breitbasiges Gangbild, keine Hypokinese**
 - ⇒ Kein Parkinson-Syndrom
- **Bilaterale Gefühlsstörung, unauffälliger HNST**
 - ⇒ Intrakraniell weniger wahrscheinlich
- **ASR-Klonus bds, Babinski links (bds.?)**
 - ⇒ Pyramidenbahnbeteiligung bilateral
- **Reflexsprung ab TSR, Sens an Armen normal**
 - ⇒ Läsion unterhalb C7

Ascending Pathways



Fall 1: Meningeom Höhe BWK 5



Fall 1: Verdacht auf Parkinson (♀, *1951)

Wo erwarten Sie die Läsion und was ist der nächste Schritt?

- A) Basalganglien Morbus Parkinson – Beginn mit Madopar
- B) Strukturelle Läsion cerebral – MR Schädel anmelden
- C) Cervikale Spinalkanalstenose – MR HWS anmelden
- D) Pathologie BWS – MR BWS anmelden
- E) Lumbale Spinalkanalstenose – MR LWS anmelden

FALL 2

**THAI-MASSAGE
UND EIN SCHMERZHAFTER ELLBOGEN**

♀, *1955

Fall 2: ein schmerzhafter Ellbogen (♀,*1955)

Anamnese

- Eingeschränkt wegen Sprachbarriere, Masseurin aus Thailand
- Seit 50 Jahren 8h täglich Thai-Massagen mit vollem Körpereinsatz
- Taubheitsgefühl Dig. IV und V links seit 3 Monaten
- Keine weiteren Einschränkungen bemerkt

Fall 2: ein schmerzhafter Ellbogen (♀,*1955)

Fokussierter Neurostatus

- Tinel-Zeichen über dem Sulcus ulnaris bds. positiv, über dem Karpaltunnel negativ. Hirnnervenstatus orientierend unauffällig
- Keine Tonuserhöhung. AHV ohne Absinken möglich. Einzelmuskelkraftprüfung an Armen ohne Paresen. Reflexe an den Armen symmetrisch mittellebhaft
- Angabe einer Hyp- und Dysästhesie der rechten Hand ulnarseits sowie Dig. III-V, leichtgradig am lateralen Unterarm (?). Feinmotorik nicht wesentlich eingeschränkt.

Fall 2: ein schmerzhafter Ellbogen (♀,*1955)



Fall 2: ein schmerzhafter Ellbogen (♀,*1955)

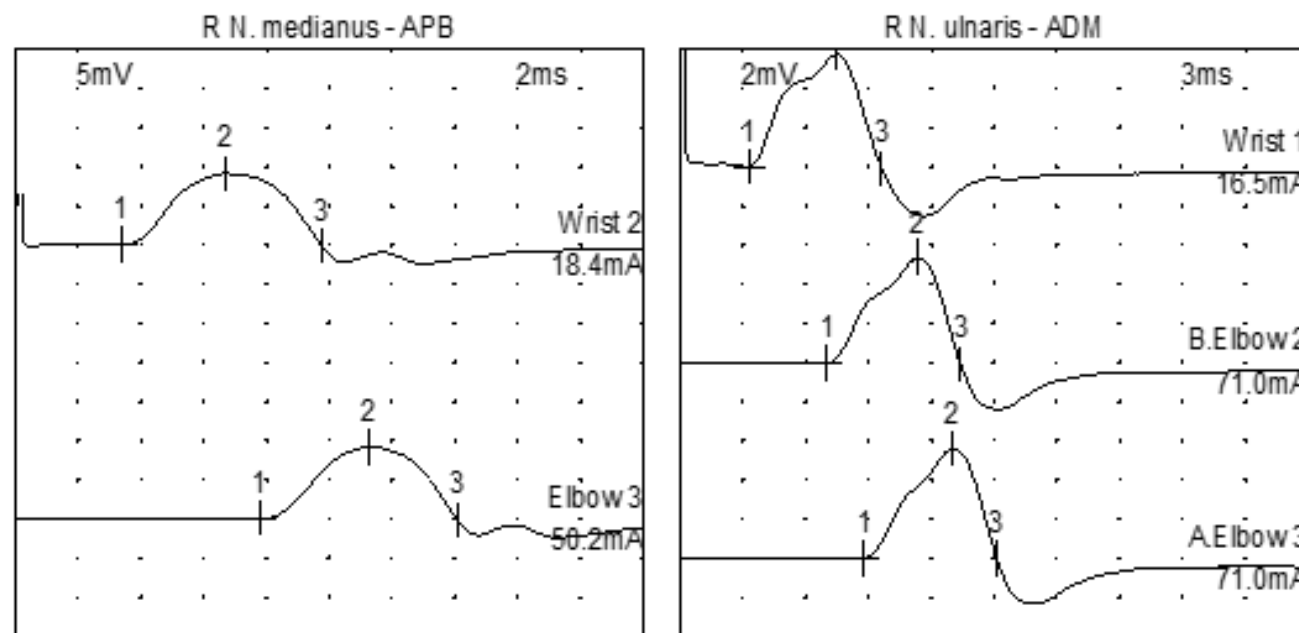
Wo erwarten Sie die Läsion und was ist der nächste Schritt?

- A) Sulcus ulnaris – Neurographie anmelden
- B) Plexusverletzung – MR Plexus anmelden
- C) C8-Syndrom – MR HWS anmelden
- D) Stroke – MR Schädel anmelden
- E) Keine Ahnung – nochmal untersuchen

Fall 2: ein schmerzhafter Ellbogen (♀,*1955)

Motor NCS

<u>Nerv / Messorte</u>	Muscle	<u>Latency</u> ms	<u>Amplitude</u> mV	<u>Rel Amp</u> %	<u>Segmente</u>	<u>Distance</u> mm	<u>Lat Diff</u> ms	<u>Velocity</u> m/s	<u>Rel Vel</u> %
R N. medianus - APB									
Wrist	APB	3.40	9.2		Wrist - APB	80			
Elbow	APB	7.79	9.2	101	Elbow - Wrist	220	4.40	50	100
R N. ulnaris - ADM									
Wrist	ADM	3.27	5.8	100	Wrist - ADM				
<u>B Elbow</u>	ADM	7.02	5.4	92.9	<u>B Elbow - Wrist</u>	210	3.75	56	100
<u>A Elbow</u>	ADM	8.79	5.6	104	<u>A Elbow - B Elbow</u>	110	1.77	62	



Fall 2: ein schmerzhafter Ellbogen (♀,*1955)

Neurostatus

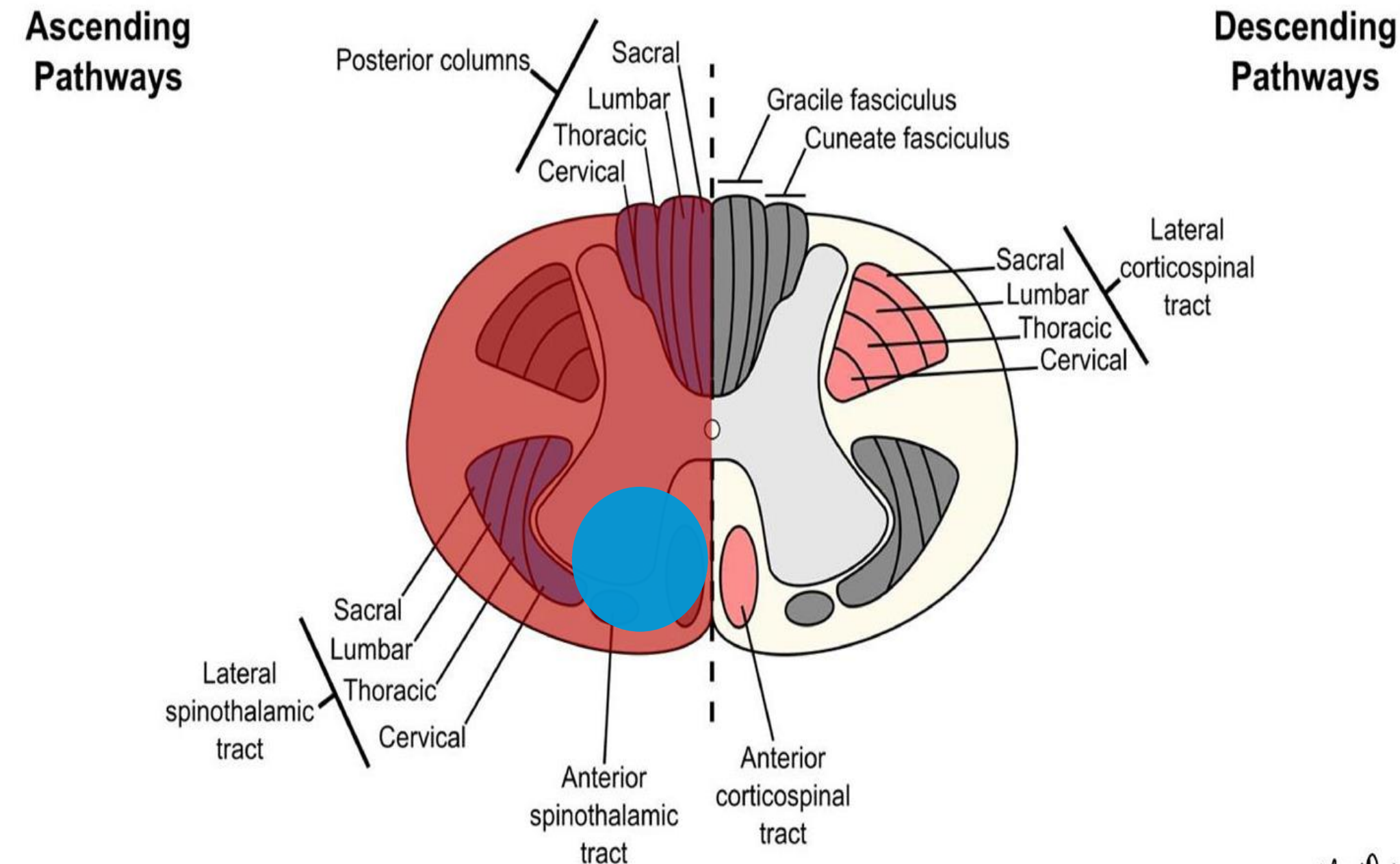
- Kopffrotation in alle Richtungen frei, jedoch endgradig Angabe von Schmerz, Lhermitte-Zeichen negativ, keine Provokation von typischen radikulären Schmerzen. Nackenmuskulatur rechtsbetont deutlich druckdolent mit myofaszialen Zeichen. Tinel-Zeichen über dem Sulcus ulnaris bds. positiv, über dem Karpaltunnel negativ. Hirnnervenstatus orientierend unauffällig
- Keine fokalen Muskelatrophien, keine Faszikulationen. Keine Tonuserhöhung. AHV und BHV ohne Absinken möglich. Einzelmuskelkraftprüfung an Armen und Beinen ohne Paresen. Reflexe symmetrisch mittellebhaft evozierbar, Trömner bds rechtsbetont gut auslösbar. Babinski rechts angedeutet positiv, keine Kloni.
- Angabe einer Hyp- und Dysästhesie der rechten Hand ulnarseits sowie Dig. III-V, leichtgradig am lateralen Unterarm (nicht vollständig im ulnaris-Versorgungsgebiet entsprechend, nicht typisch radikulär C7/8). Feinmotorik nicht wesentlich eingeschränkt.
- Kein sensibles Niveau. Pallästhesie an Händen normwertig, Pallanästhesie bimalleolär. Temperaturempfinden am linken Arm reduziert.
- Finger-Nase-Versuch metrisch, Knie-Hacke-Versuch bds. rechtsbetont ataktisch. Unauffälliges Gangbild, Seiltänzerengang möglich.

Fall 2: ein schmerzhafter Ellbogen (♀,*1955)

- **Unauffälliger Hirnnervenstatus**
 - ⇒ spinale Problematik
- **Erhaltene Reflexe, Trömner lebhaft**
 - ⇒ Zentrale Pathologie

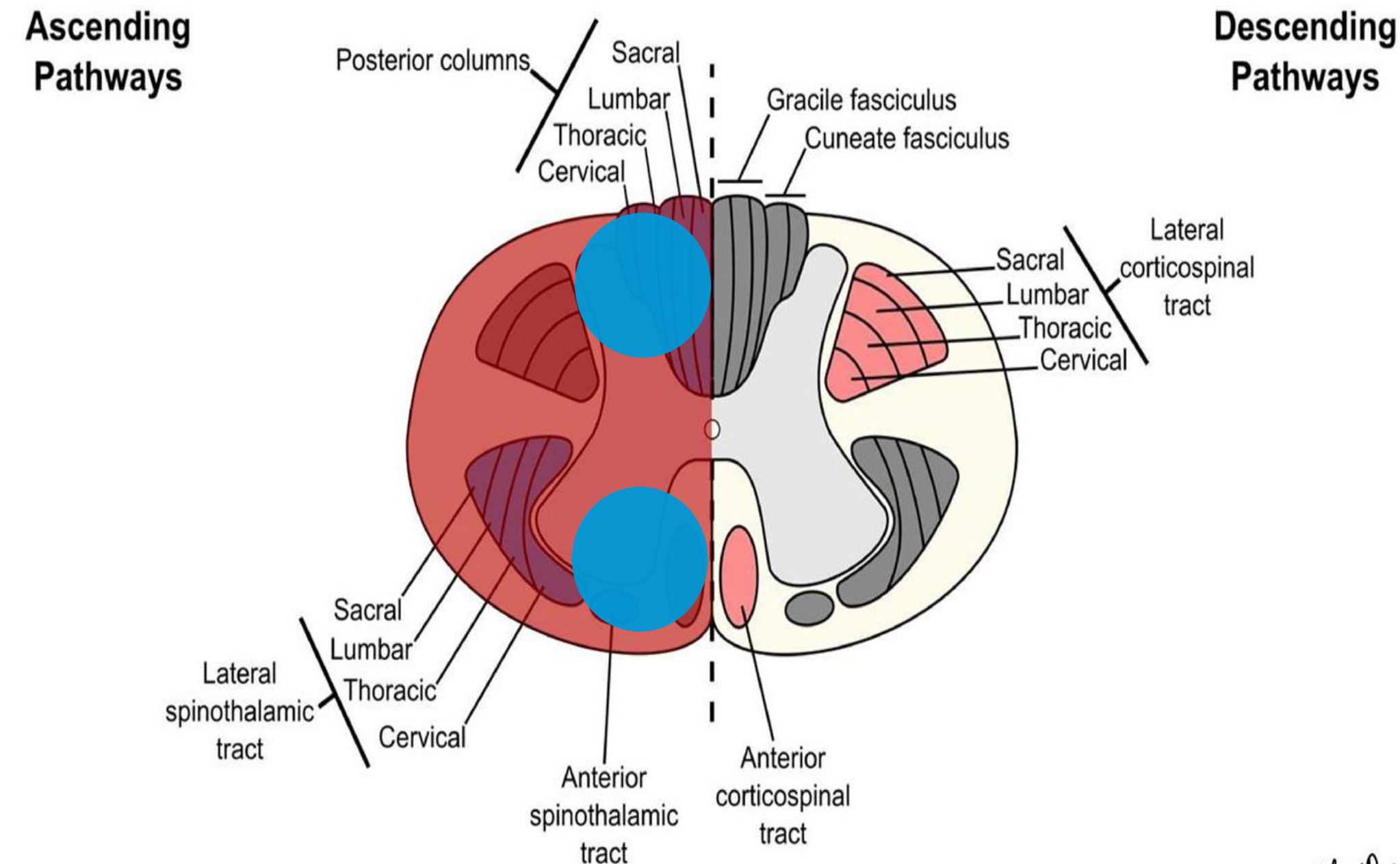
Fall 2: ein schmerzhafter Ellbogen (♀,*1955)

- **Unauffälliger Hirnnervenstatus**
 - ⇒ spinale Problematik
- **Erhaltene Reflexe, Trömner lebhaft**
 - ⇒ Zentrale Pathologie
- **Positives Babinski-Zeichen rechts**
 - ⇒ Pyramidenbahnläsion spinal rechts



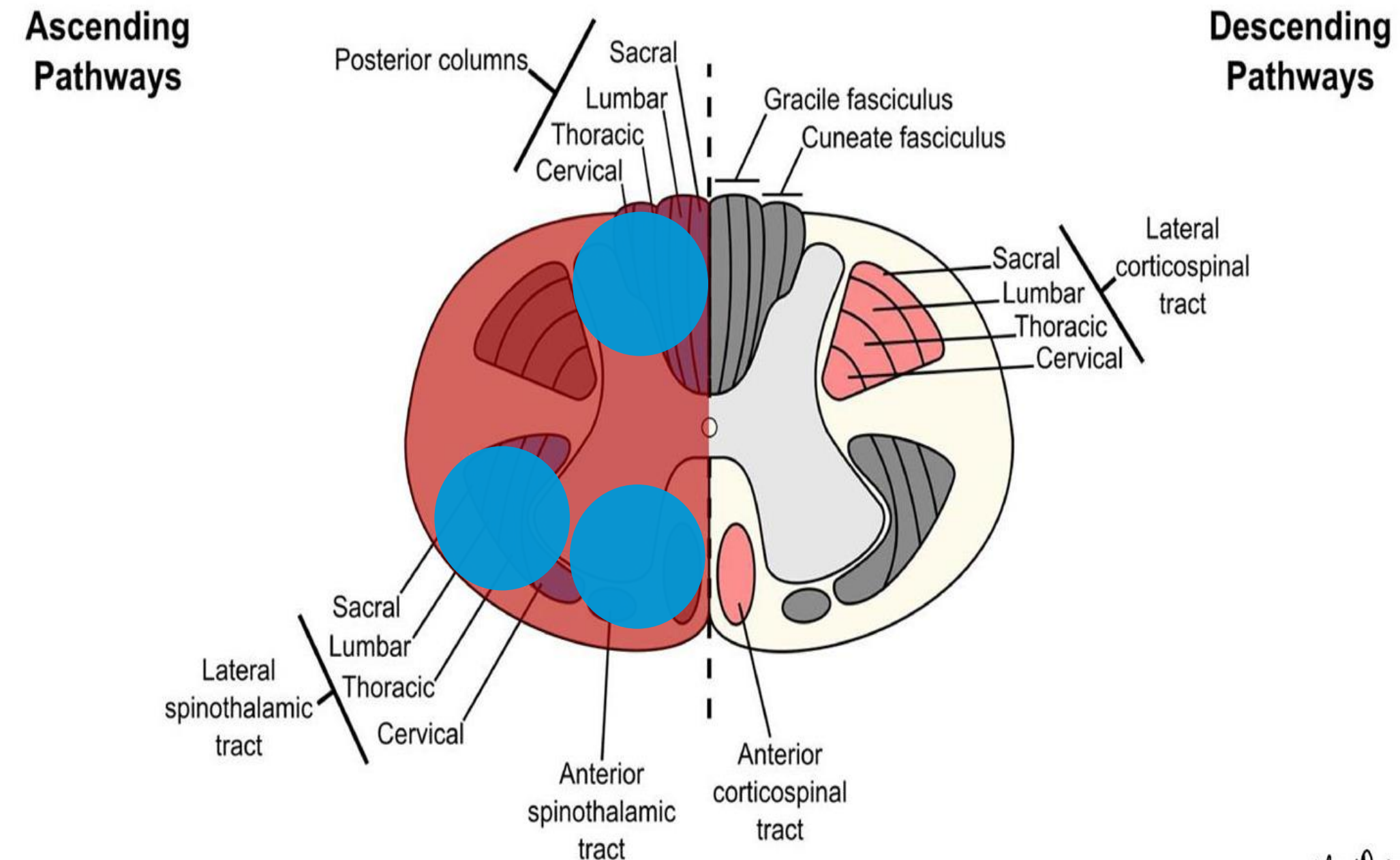
Fall 2: ein schmerzhafter Ellbogen (♀,*1955)

- **Unauffälliger Hirnnervenstatus**
 - ⇒ spinale Problematik
- **Erhaltene Reflexe, Trömmer lebhaft**
 - ⇒ Zentrale Pathologie
- **Positives Babinski-Zeichen rechts**
 - ⇒ Pyramidenbahnläsion spinal rechts
- **Hypästhesie rechter Arm**
 - ⇒ Hinterstrang-Läsion rechts



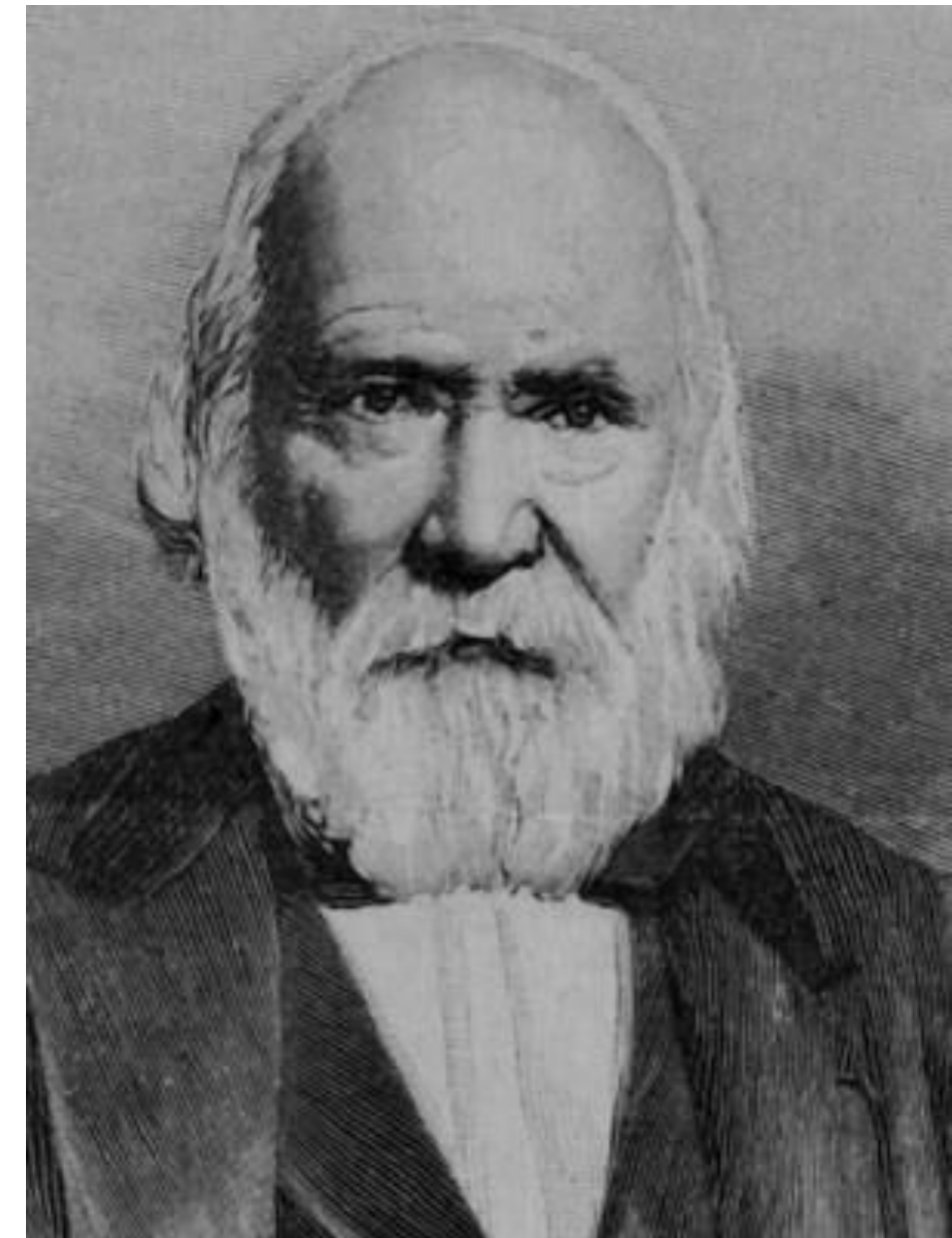
Fall 2: ein schmerzhafter Ellbogen (♀, *1955)

- **Unauffälliger Hirnnervenstatus**
 - ⇒ spinale Problematik
- **Erhaltene Reflexe, Trömmer lebhaft**
 - ⇒ Zentrale Pathologie
- **Positives Babinski-Zeichen rechts**
 - ⇒ Pyramidenbahnläsion spinal rechts
- **Hypästhesie rechter Arm**
 - ⇒ Hinterstrang-Läsion rechts
- **Dissoziierte Sensibilitätsstörung linker Arm**
 - ⇒ Läsion Seitenstrang rechts



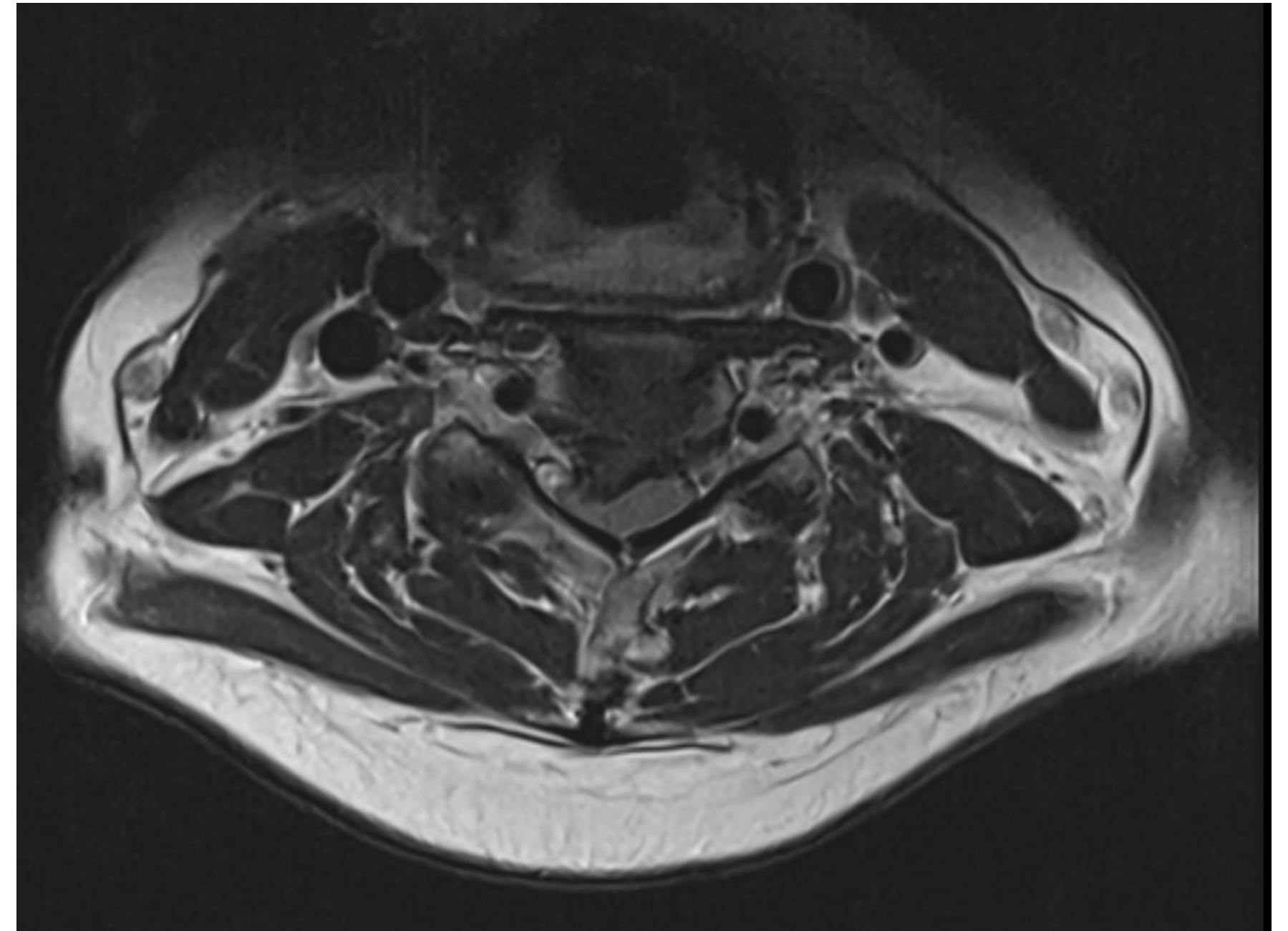
Fall 2: ein schmerzhafter Ellbogen (♀,*1955)

- **Unauffälliger Hirnnervenstatus**
 - ⇒ Intrakraniell weniger wahrscheinlich
- **Erhaltene Reflexe, Trömner lebhaft**
 - ⇒ Zentrale Pathologie
- **Positives Babinski-Zeichen rechts**
 - ⇒ Pyramidenbahnläsion spinal rechts
- **Hypästhesie rechter Arm**
 - ⇒ Hinterstrang-Läsion rechts
- **Dissoziierte Sensibilitätsstörung linker Arm**
 - ⇒ Läsion Seitenstrang rechts

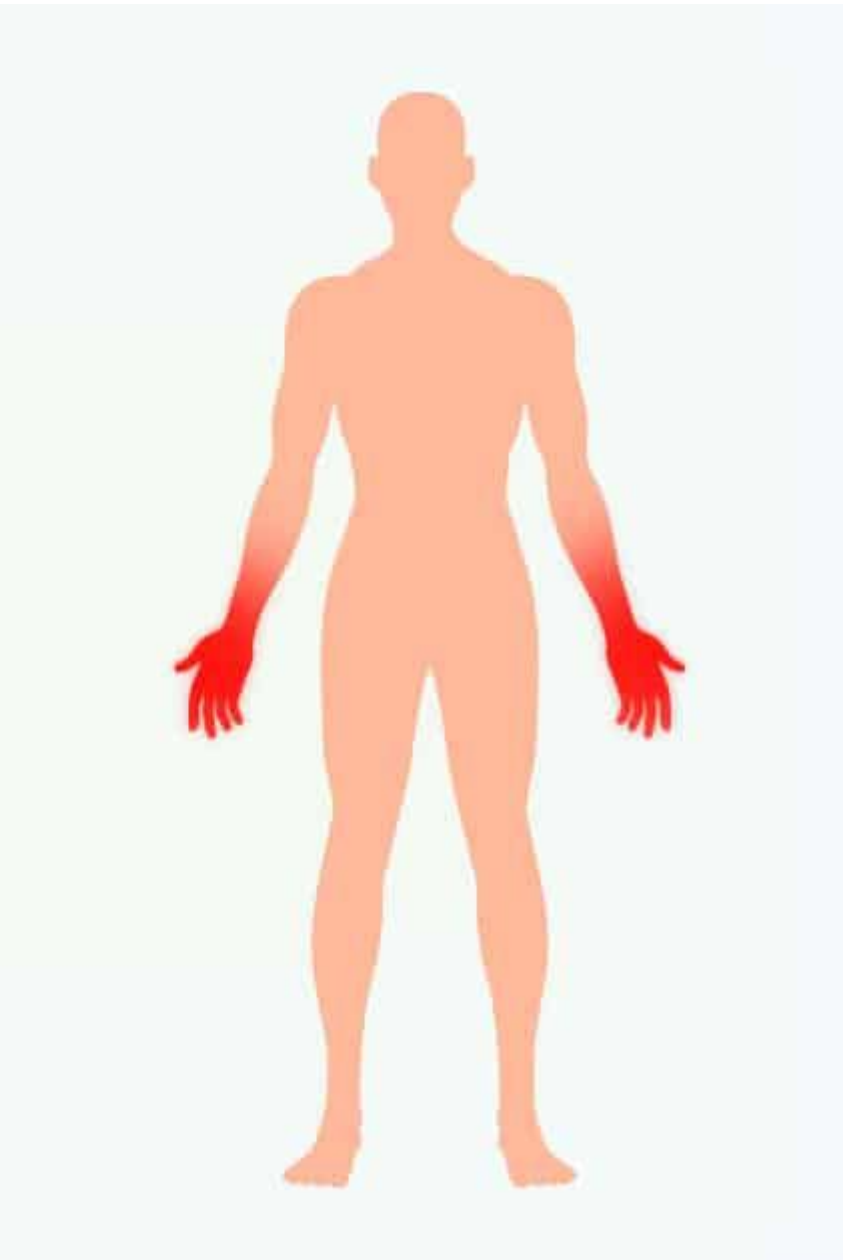


Inkomplettes Brown-Séquard Syndrom

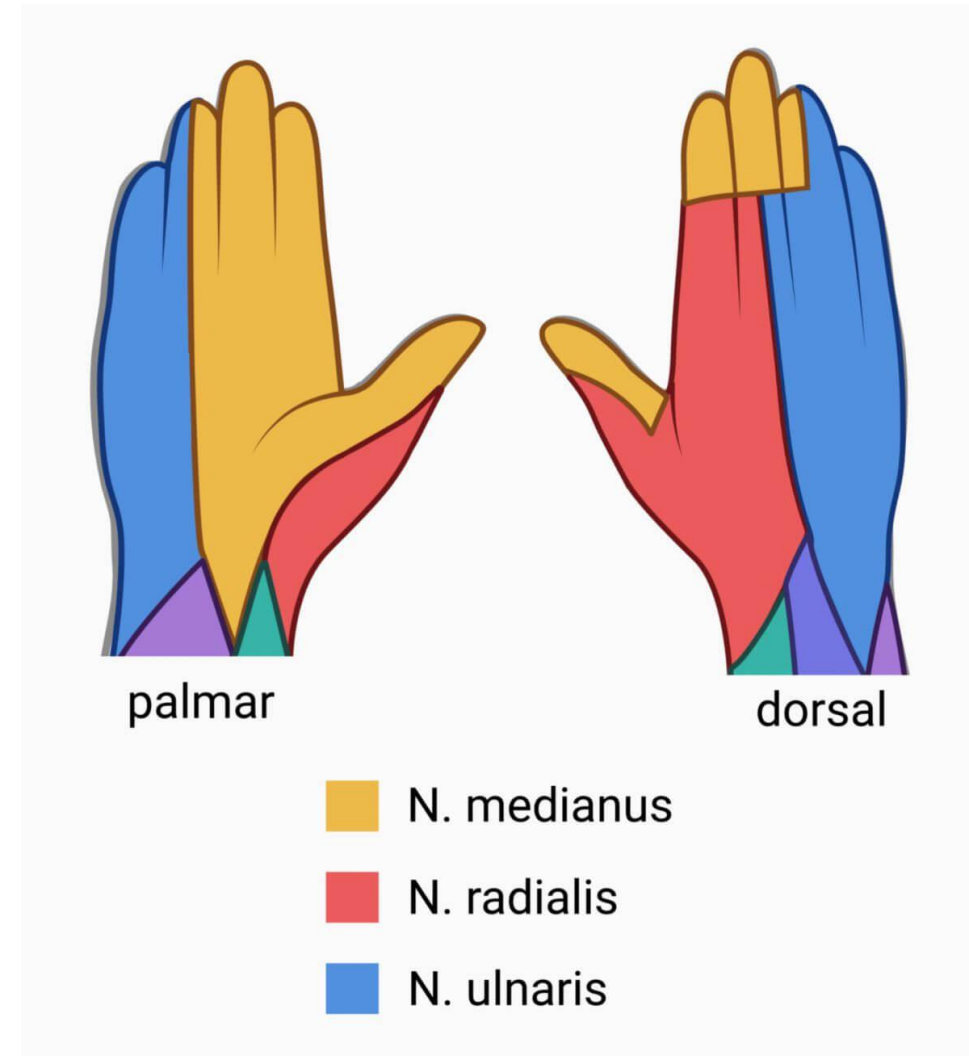
Fall 2: ein schmerzhafter Ellbogen (♀,*1955)



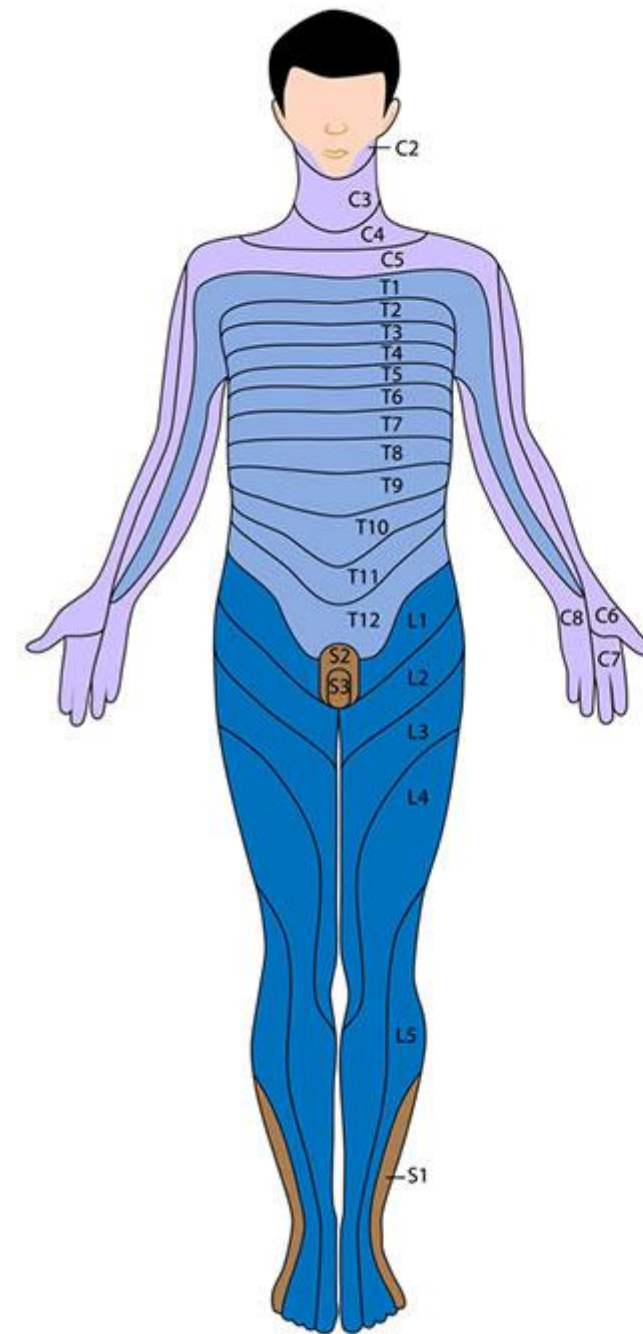
Fallstrick Sensibilität



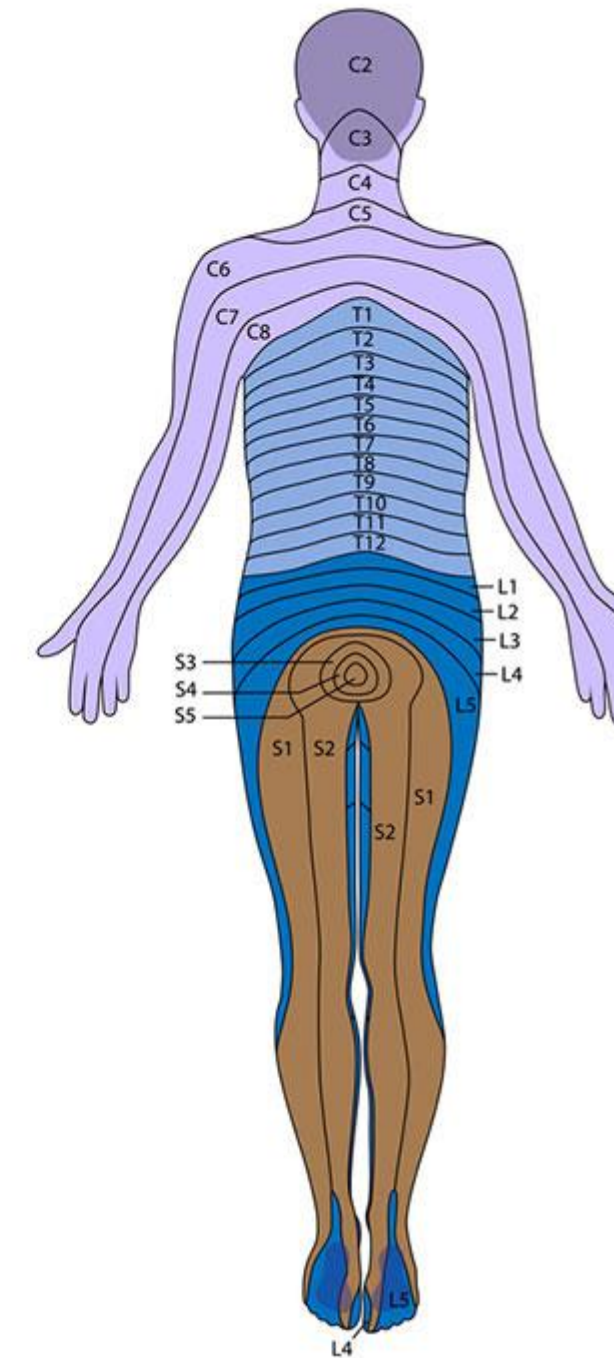
Polyneuropathie



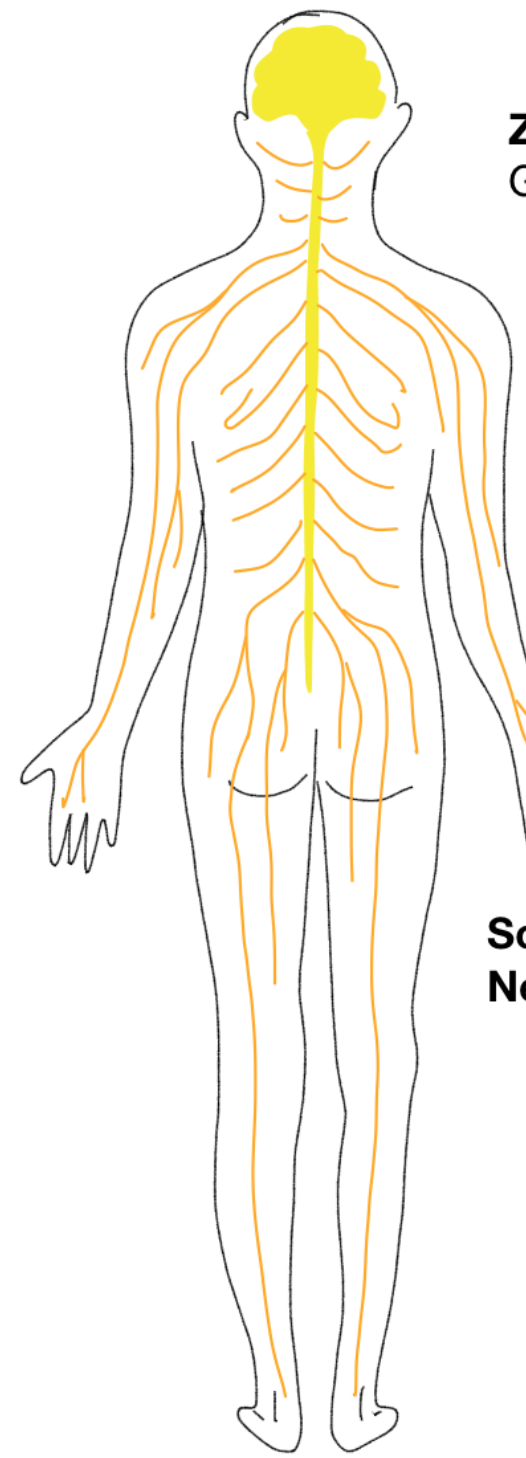
Mononeuropathie



Radikulopathie



Zentral



FALL 3

**EIN RÜSTIGER RENTNER
MIT ENGEM SPINALKANAL**

♂,*1943

Fall 3: Ein rüstiger Rentner (♂, *1943)

Anamnese

- Vor 3 Wochen Sturz zu Hause beim Aufstehen aus dem Bett
- Auf chirurgischem Notfall Parese der Fuss- und Grosszehenhebung festgestellt
- Aufgrund MR-Befund OP einer lumbalen Spinalkanalstenose durchgeführt
- Lumbale Dekompression L 2/3, 3/4 und 4/5
- Rückverlegung ins Altersheim, anhaltende Beinschwäche, mit Unterstützung gehfähig



Fall 3: Ein rüstiger Rentner (♂, *1943)

Anamnese

- Am Morgen aufgewacht und bereits im Liegen Sensibilitätsstörung am rechten Bein bemerkt
- Sturz beim Aufstehen dann aufgrund einer Schwäche im rechten Bein gestürzt
- Keine begleitenden Schmerzen

Neurostatus

- Diskrete faziale Parese rechts, HNST ansonsten unauffällig
- Absinken im AHV rechts ohne manifeste Parese
- Hochgradige distal betonte Beinparese rechts
- Reflexe am Arm mittellebhaft, PSR +/-, ASR +/+, Babinski beidseits positiv
- Diffuses sensibles Defizit am rechten Bein

Fall 3: Ein rüstiger Rentner (♂, *1943)

Anamnese

- Am Morgen aufgewacht und bereits im Liegen Sensibilitätsstörung am rechten Bein bemerkt
- Sturz beim Aufstehen dann aufgrund einer Schwäche im rechten Bein gestürzt
- Keine begleitenden Schmerzen

Neurostatus

- Diskrete faziale Parese rechts, HNST ansonsten unauffällig
- Absinken im AHV rechts ohne manifeste Parese
- Hochgradige distal betonte Beinparese rechts
- Reflexe am Arm mittellebhaft, PSR +/-, ASR +/+, Babinski beidseits positiv
- Diffuses sensibles Defizit am rechten Bein

Ein peripheres Problem?

Fallstrick Paresen zentral vs. peripher

Peripheren NS

- Muskeigenreflex ↓
- Babinski -
- Ausfallmuster analog Anatomie peripheres Nervensystems
 - Wurzel
 - Plexus
 - Nerv (1-n-∞)
- Muskelatrophie

Zentralen NS

- Muskeigenreflexe ↑
- Babinski +
- Ausfallmuster analog zentralem Homunculus
- Feinmotorik gestört
- Evtl. zusätzliche Ausfälle

Weitere Diagnostik

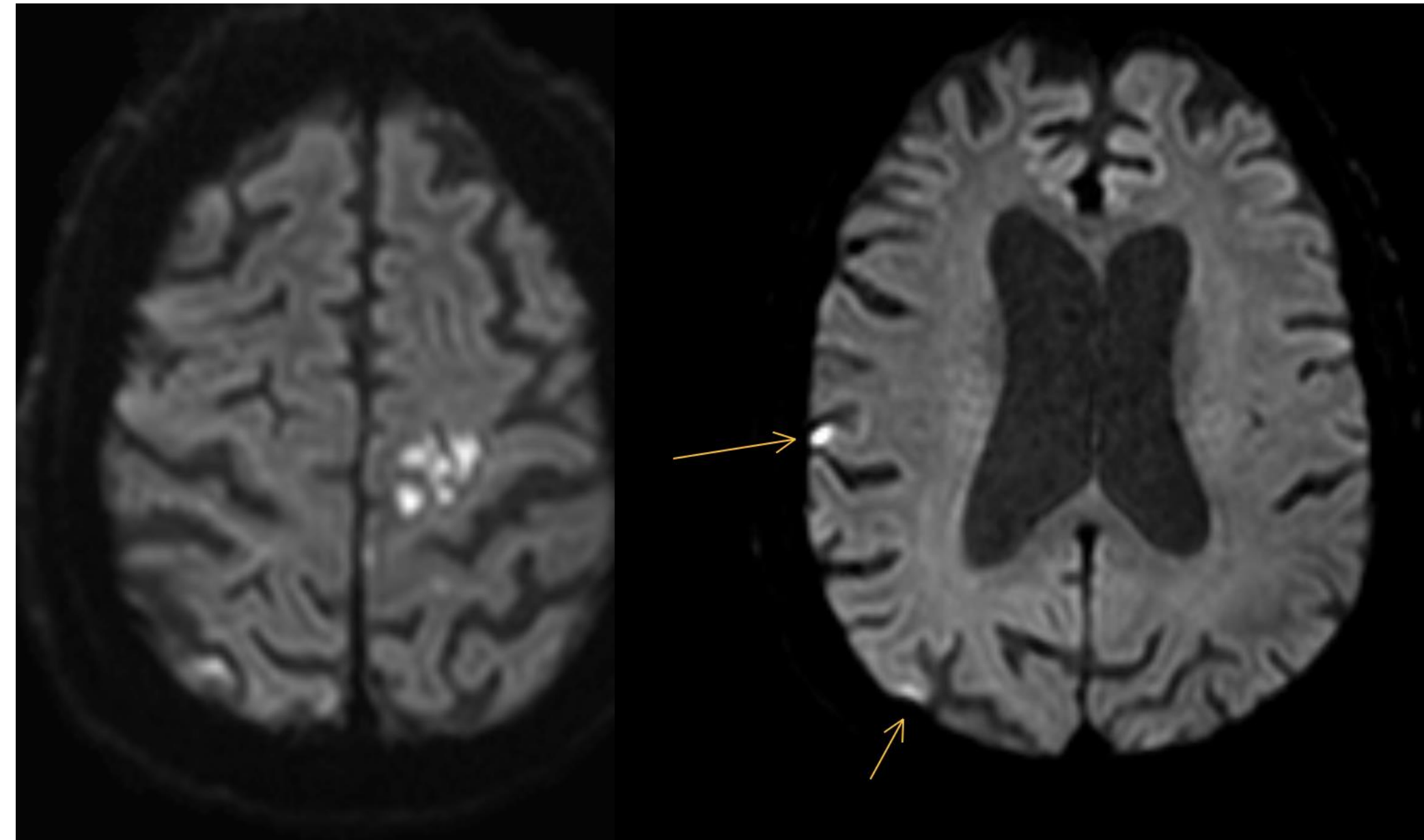
Duplexsonographie

- 70-80%ige ICA-Abgangsstenose links
- 50% ICA-Abgangsstenose rechts

Kardiale Abklärung

- Paroxysmales VHF

Schädel-MRI



Fallstrick Stroke Mimics und Chamäleons

Stroke Mimic

- Sieht aus wie ein Stroke, ist aber keiner
- z.B. Migräne, fokaler Anfall,...

Stroke Chamäleon

- Sieht anders aus, ist aber Stroke



Fallstrick Stroke Mimics und Chamäleons

Stroke Mimic

- Sieht aus wie ein Stroke, ist aber keiner
- z.B. Migräne, fokaler Anfall,...

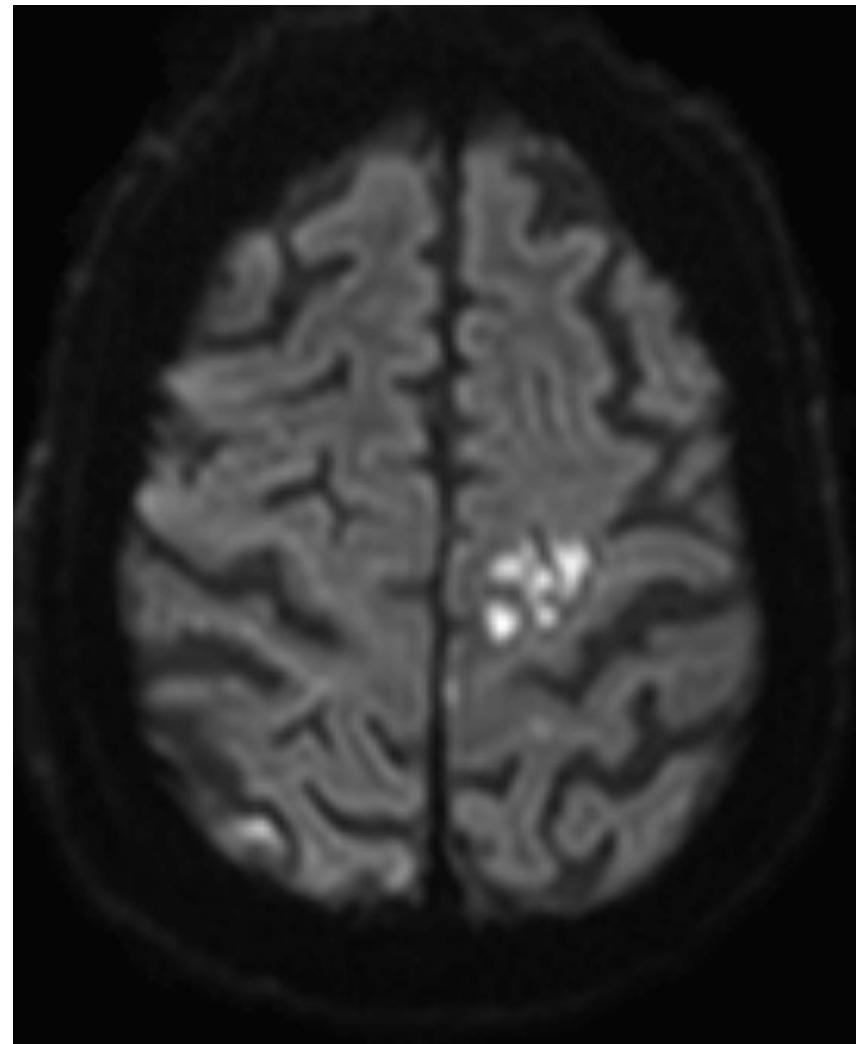
Stroke Chamäleon

- Sieht anders aus, ist aber Stroke

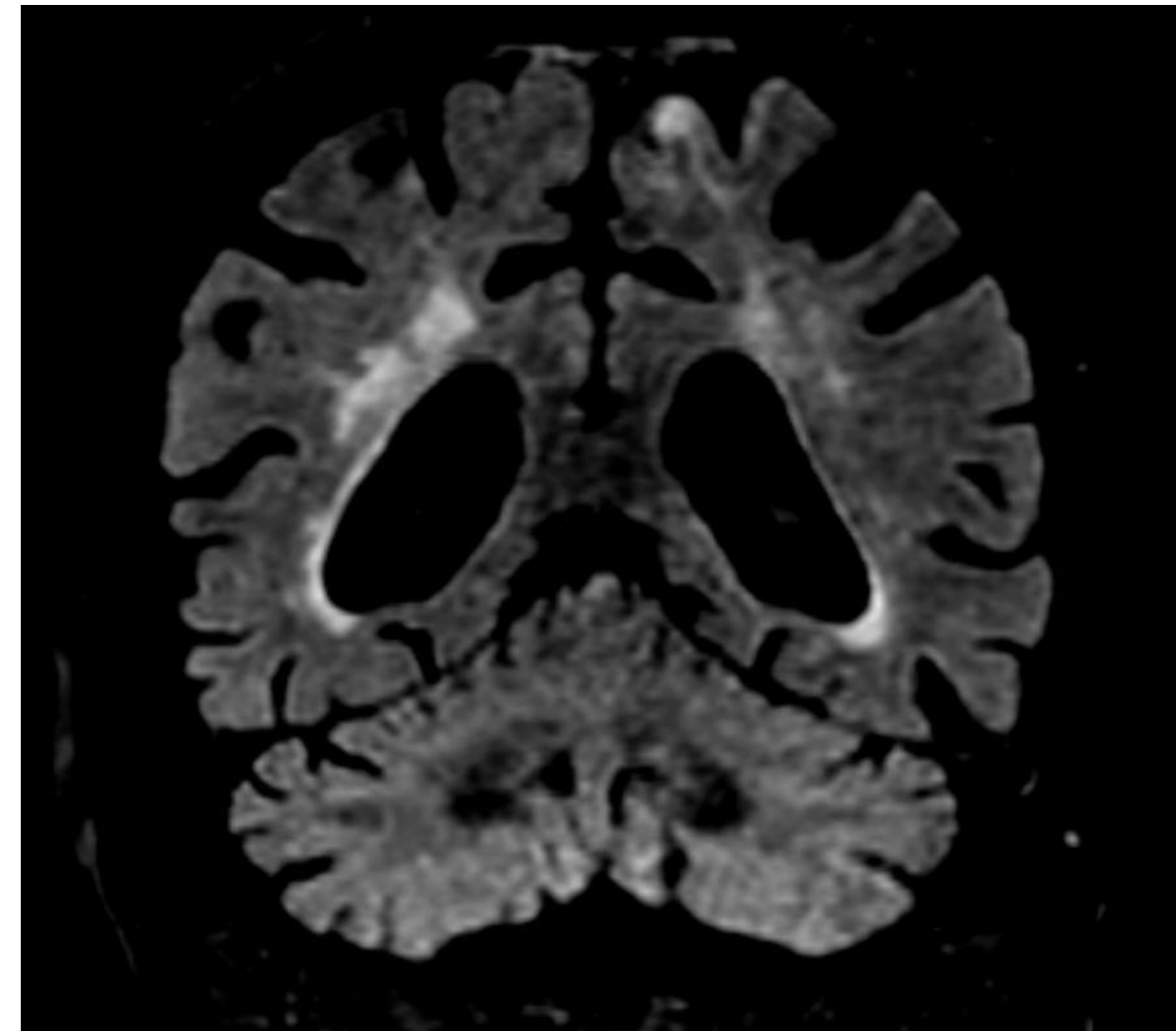


Fallstrick Stroke Chamäleons

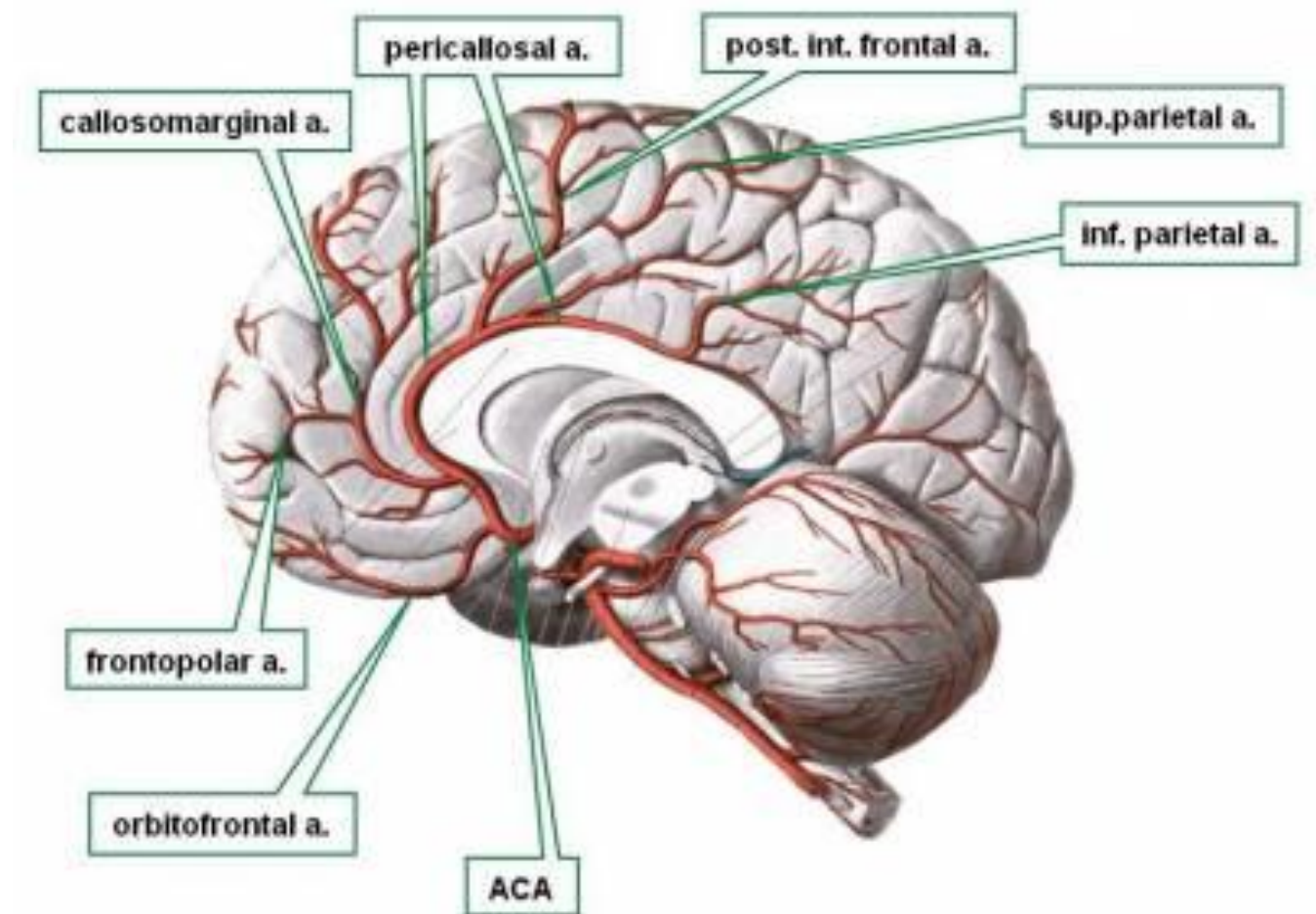
Symptom	Wird verkannt als...	... ist aber Stroke	Was hilft
Beinparese	Radikulopathie, periphere Läsion	ACA-Infarkt	Verteilungsmuster, Reflexe, PBZ



DWI

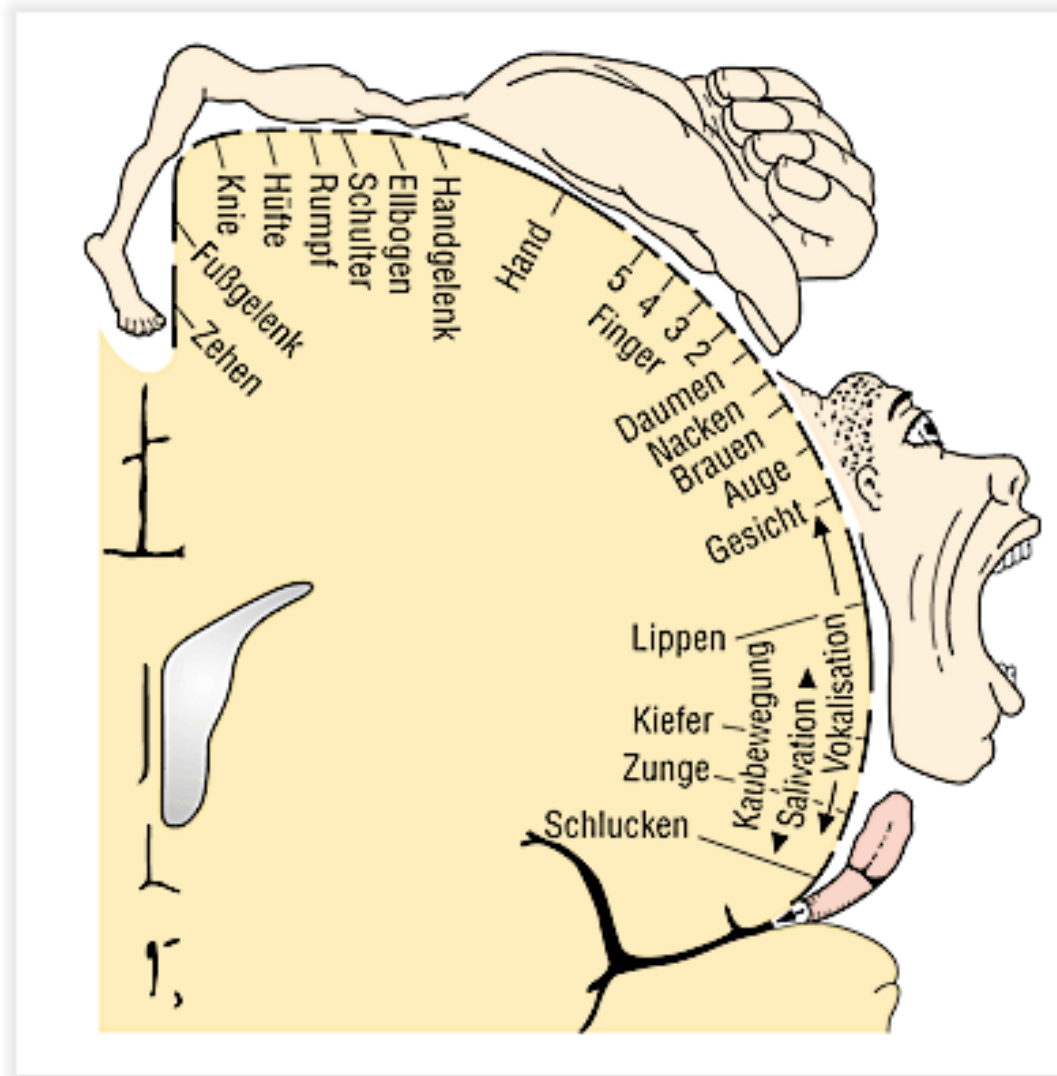


Flair



Fallstrick Stroke Chamäleons

Symptom	Wird verkannt als...	... ist aber Stroke	Was hilft
Beinparese	Radikulopathie, periphere Läsion	ACA-Infarkt	Verteilungsmuster, Reflexe, PBZ

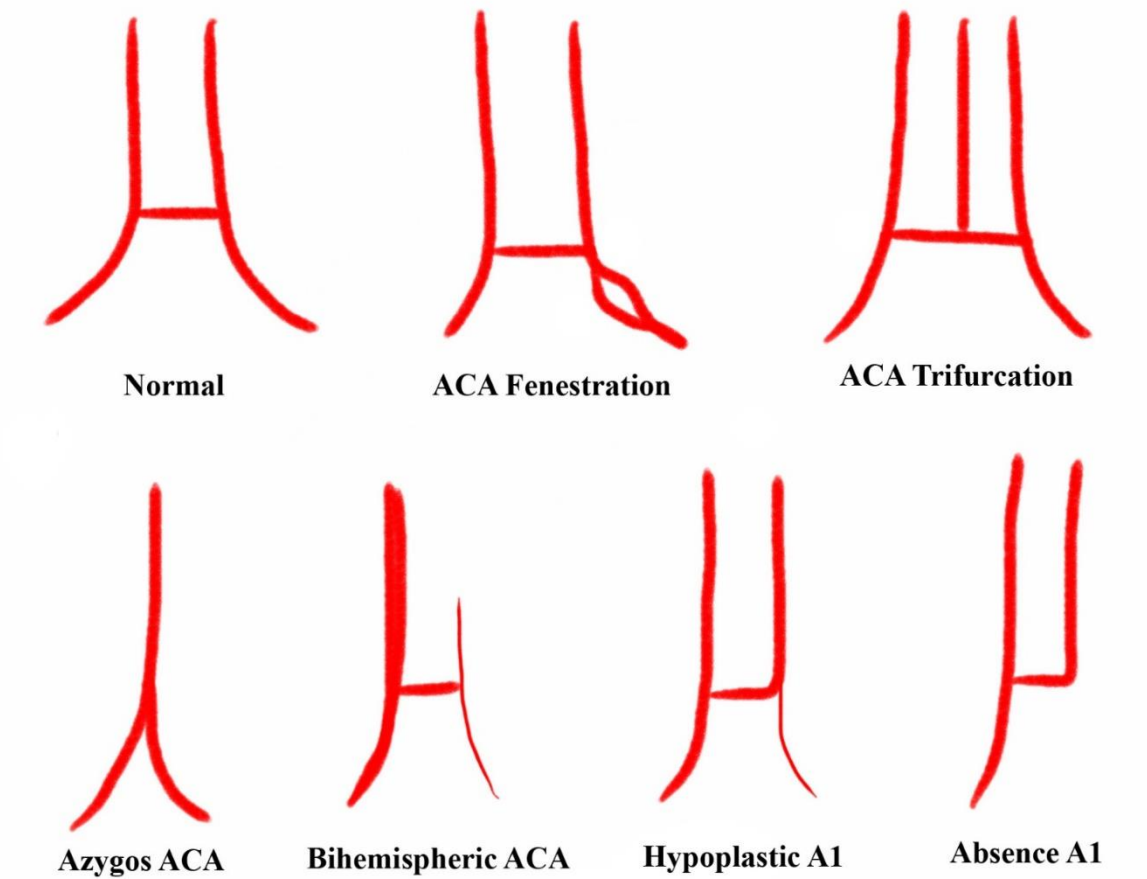
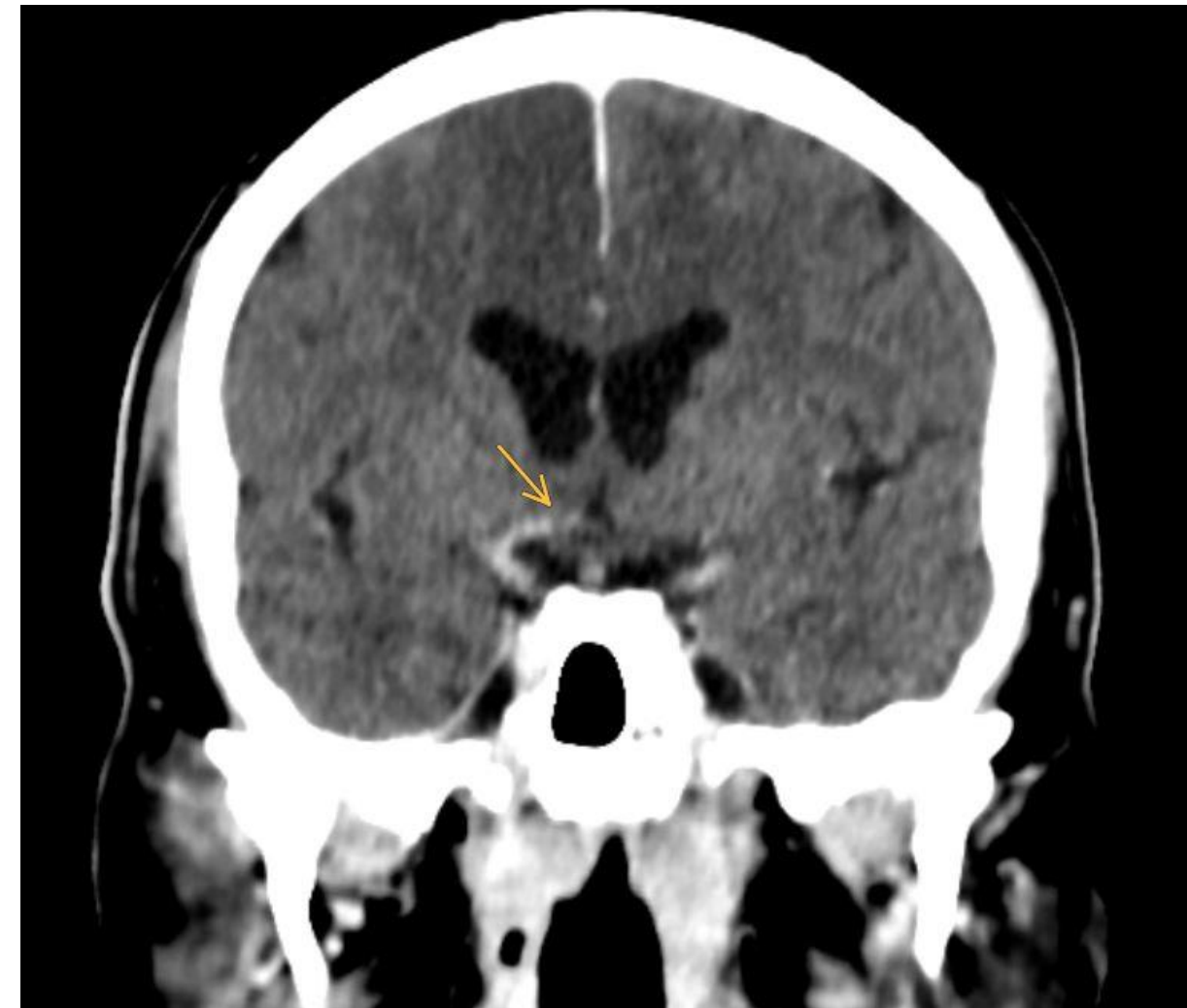
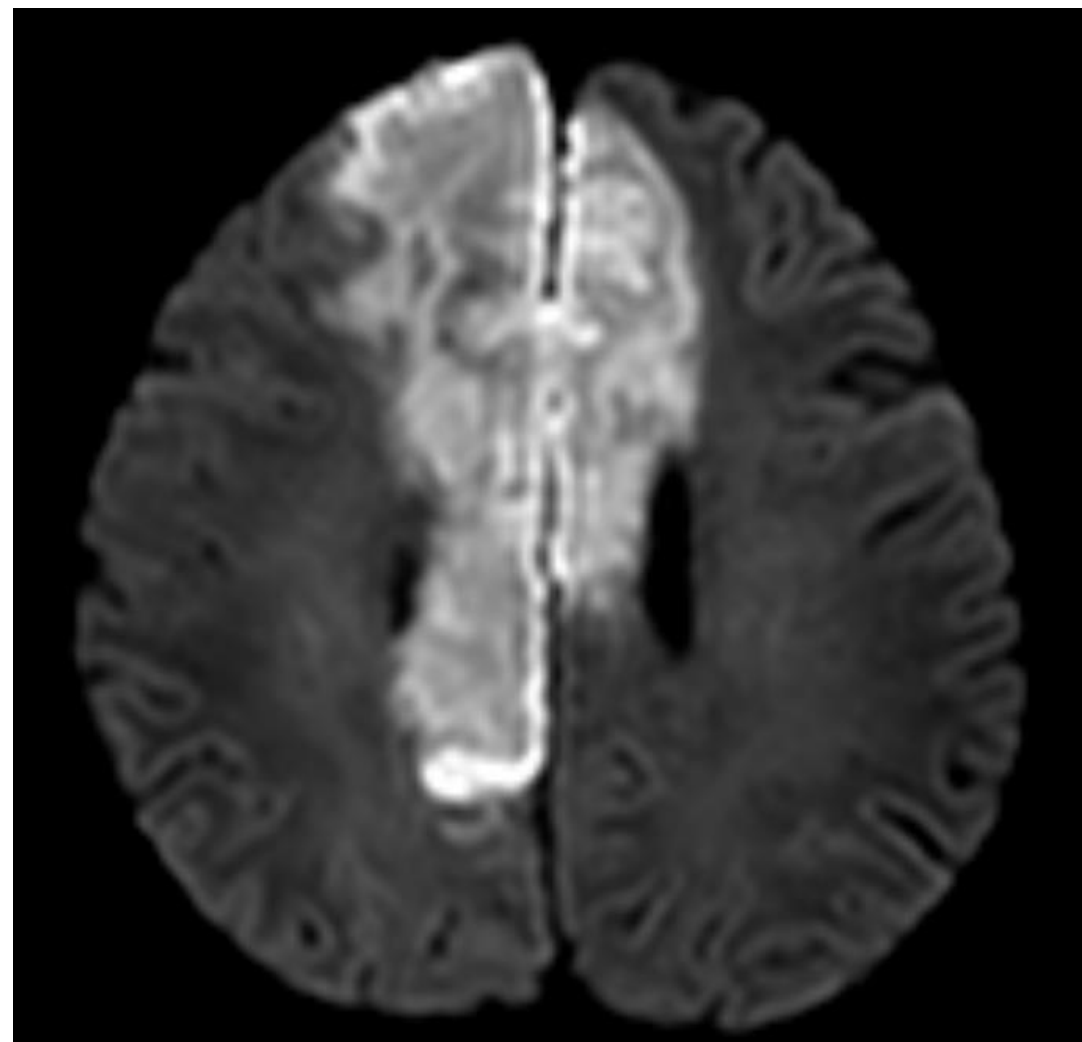


Klinische ACA-Syndrome

- Beinbetonte Hemiparese
- Harninkontinenz oder Harnverhalt
- Neuropsychologische Defizite
 - Apathie bis Mutismus
 - Seltender Euphorie, Desinhibition
 - Nicht-flüssige Aphasien
 - Delirantes Syndrom
 - Greifreflex kontralateral

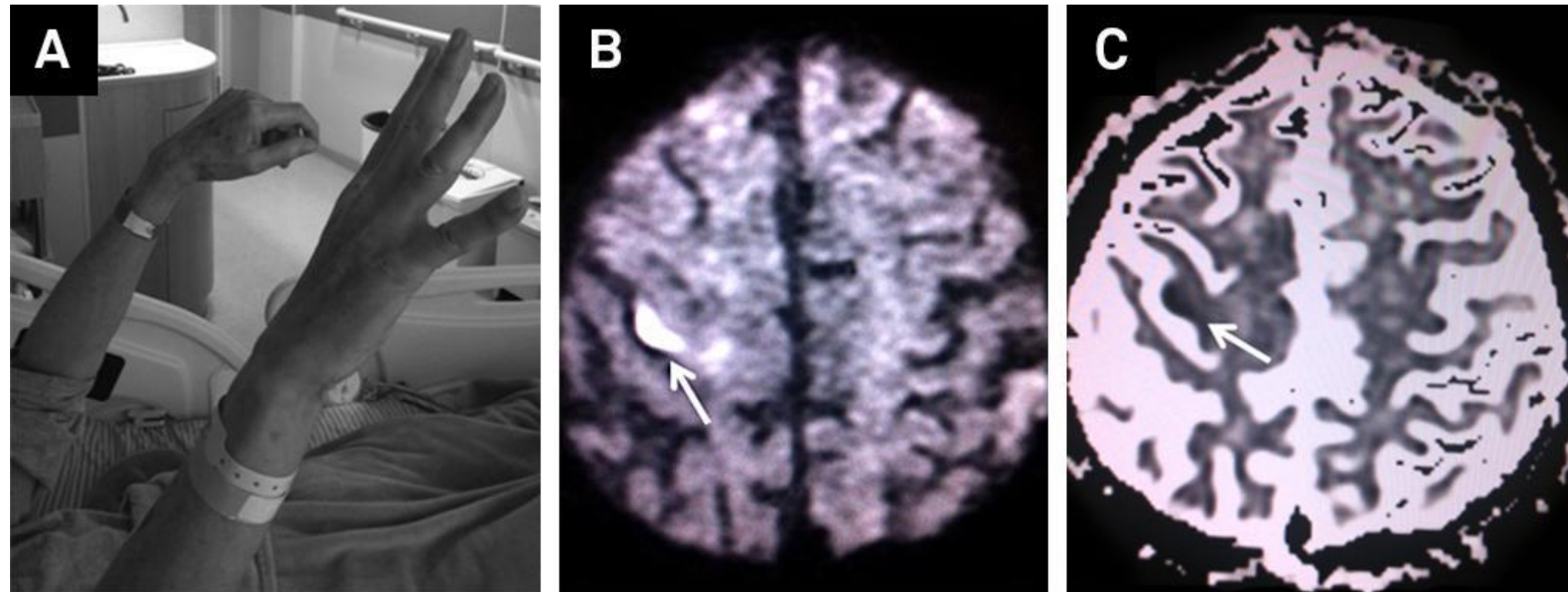
Fallstrick Stroke Chamäleons

Symptom	Wird verkannt als...	... ist aber Stroke	Was hilft
Beinparese	Radikulopathie, periphere Läsion	ACA-Infarkt	Verteilungsmuster, Reflexe, PBZ
Paraparese mit Blasen- und Mastdarmstörung	Kauda equina-Syndrom	Bilateraler ACA-Infarkt, spinaler Infarkt	Reflexe, Pyramidenbahnzeichen



Fallstrick Stroke Chamäleons

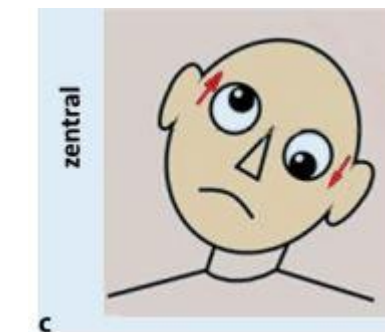
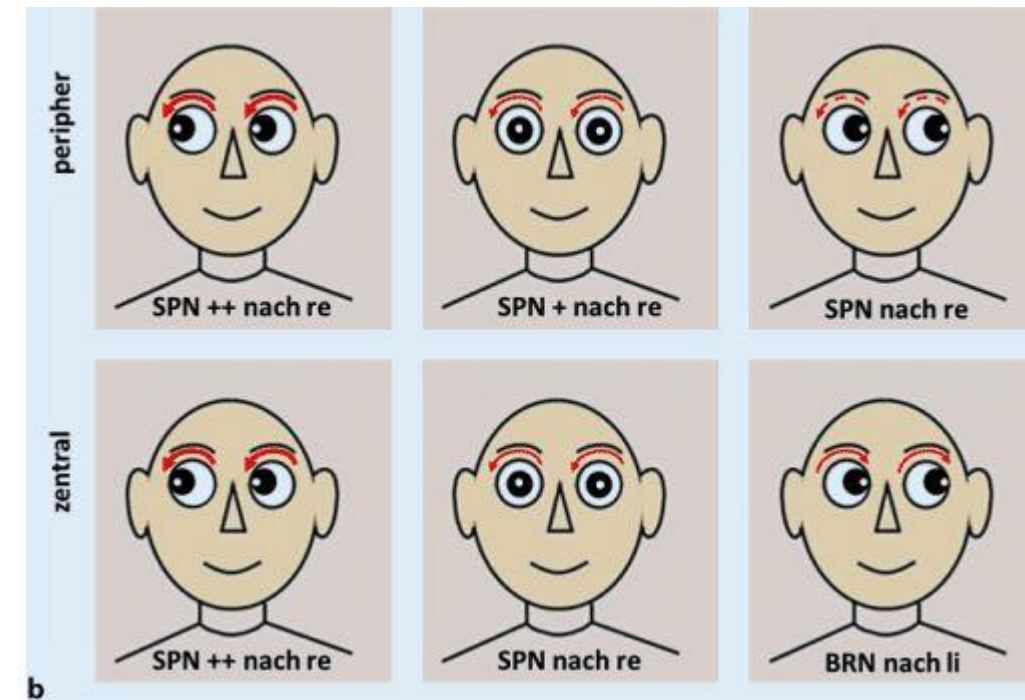
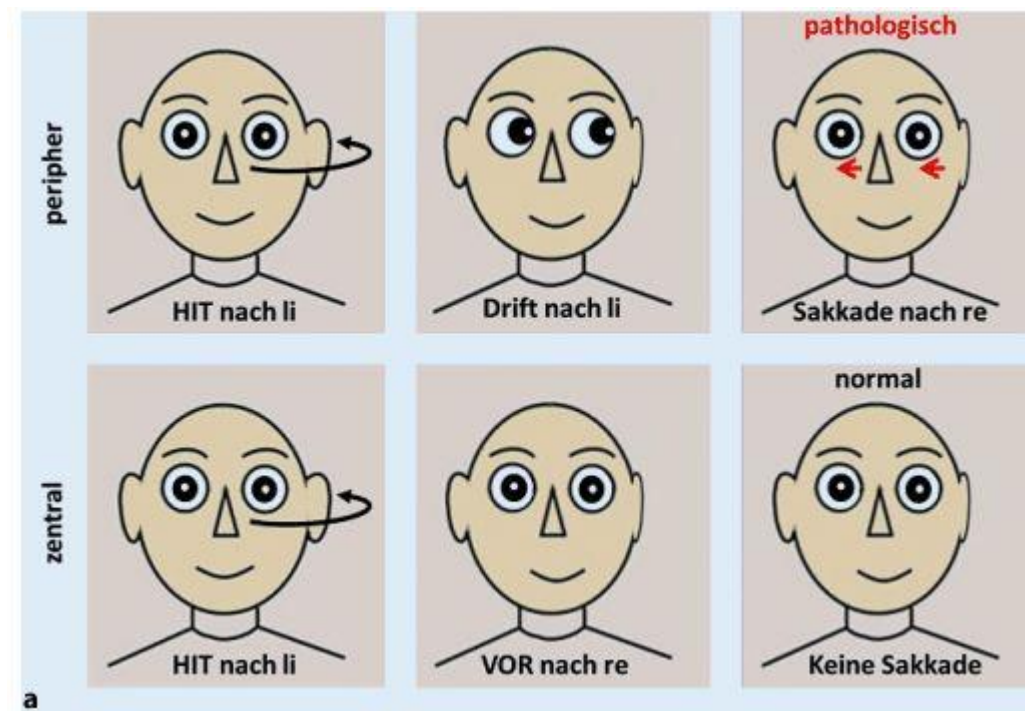
Symptom	Wird verkannt als...	... ist aber Stroke	Was hilft
Beinparese	Radikulopathie, periphere Läsion	ACA-Infarkt	Verteilungsmuster, Reflexe, PBZ
Paraparese mit Blasen- und Mastdarmstörung	Kauda equina-Syndrom	Bilateraler ACA-Infarkt, spinaler Infarkt	Reflexe, Pyramidenbahnzeichen
Fallhand	Radialisparese	Kortikaler Infarkt	Reflexe, Faustschluss



Pedroso et al., Arq Neuropsiquiatr. 2014

Fallstrick Stroke Chamäleons

Symptom	Wird verkannt als...	... ist aber Stroke	Was hilft
Beinparese	Radikulopathie, periphere Läsion	ACA-Infarkt	Verteilungsmuster, Reflexe, PBZ
Paraparese mit Blasen- und Mastdarmstörung	Kauda equina-Syndrom	Bilateraler ACA-Infarkt, spinaler Infarkt	Reflexe, Pyramidenbahnzeichen
Fallhand	Radialisparese	Kortikaler Infarkt	Reflexe, Faustschluss
Schwindel, Übelkeit	Periphere Vestibulopathie, Gastroenteritis	Lateral Medulla oblongata, laterale Pons, PICA	HINTS



Zwergal, Nervenarzt 2017

Fallstrick Stroke Chamäleons

Symptom	Wird verkannt als...	... ist aber Stroke	Was hilft
Beinparese	Radikulopathie, periphere Läsion	ACA-Infarkt	Verteilungsmuster, Reflexe, PBZ
Paraparese mit Blasen- und Mastdarmstörung	Kauda equina-Syndrom	Bilateraler ACA-Infarkt, spinaler Infarkt	Reflexe, Pyramidenbahnzeichen
Fallhand	Radialisparese	Kortikaler Infarkt	Reflexe, Faustschluss
Schwindel, Übelkeit	Periphere Vestibulopathie, Gastroenteritis	Lateral Medulla oblongata, laterale Pons, PICA	HINTS
Verwirrtheitszustand	Delir	Rechts parietaler Infarkt	Fokale Neurologie
Amnesie	TGA	Thalamischer Infarkt, Hippocampus	Keine isolierte anterograde Amnesie

Fallstrick Stroke Chamäleons

Symptom	Wird verkannt als...	... ist aber Stroke	Was hilft
Beinparese	Radikulopathie, periphere Läsion	ACA-Infarkt	Verteilungsmuster, Reflexe, PBZ
Paraparese mit Blasen- und Mastdarmstörung	Kauda equina-Syndrom	Bilateraler ACA-Infarkt, spinaler Infarkt	Reflexe, Pyramidenbahnzeichen
Fallhand	Radialisparese	Kortikaler Infarkt	Reflexe, Faustschluss
Schwindel, Übelkeit	Periphere Vestibulopathie, Gastroenteritis	Lateral Medulla oblongata, laterale Pons, PICA	HINTS
Verwirrtheitszustand	Delir	Rechts parietaler Infarkt	Fokale Neurologie
Amnesie	TGA	Thalamischer Infarkt, Hippocampus	Keine isolierte anterograde Amnesie
Limb shaking TIA	Epilepsie	Hochgradige ICA-Stenose Lakunäre Infarkte	Kein march, kurze Dauer, hämodynamische Komponente

FALL 4

**EIN GOLFSPIELER
MIT SCHIEFEM GESICHT**

♂,*1975

Fall 4: Ein Golfspieler (♂, *1975)

Anamnese

- Beim Golfspielen starke Nacken- und Kopfschmerzen rechtsbetont
- Am nächsten Tag im Spiegel schiefes Gesicht beobachtet

Fall 4: Ein Golfspieler (♂,*1975)

Anamnese

- Beim Golfspielen starke Nacken- und Kopfschmerzen rechtsbetont
- Am nächsten Tag im Spiegel schiefes Gesicht beobachtet



Quelle: Physiopedia

Fall 4: Ein Golfspieler (♂, *1975)

Was ist Ihre Diagnose?

- A) Okkumotoriusparese links bei Aneurysma
- B) Hirnstamminfarkt rechts
- C) Carotis-Dissektion links
- D) Hordeolum links
- E) Mediainfarkt rechts

Fall 4: Ein Golfspieler (♂, *1975)

Was ist Ihre Diagnose?

- A) Okkumotoriusparese links bei Aneurysma
- B) Hirnstamminfarkt rechts
- **C) Carotis-Dissektion links**
- D) Hordeolum links
- E) Mediainfarkt rechts

Herzlichen Dank für die Aufmerksamkeit

