



Kardinalbefunde zur Differenzialdiagnose zerebrale Vaskulitis vs. reversibles zerebrales Vasokonstriktionssyndrom

Jonathan Vöglein^{1,2} · Johannes Levin^{1,2,3} · Robert Forbrig⁴ · Thomas Liebig⁴ · Marianne Dieterich^{1,2,3,5} · Adrian Danek^{1,2}

¹ Neurologische Klinik und Poliklinik, LMU Klinikum, München, Deutschland; ² Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), München, Deutschland; ³ Munich Cluster for Systems Neurology (SyNergy), München, Deutschland; ⁴ Institut für diagnostische und interventionelle Neuroradiologie, LMU Klinikum, München, Deutschland; ⁵ Deutsches Schwindel- und Gleichgewichtszentrum (DSGZ), LMU Klinikum, München, Deutschland

Erwiderung

Becker J, Berlit P, Kastrup O et al (2022) Eine Kontrastmittelaufnahme der Gefäßwand beweist keine zerebrale Vaskulitis! <https://doi.org/10.1007/s00115-022-01304-3>.

Originalbeitrag

Vöglein J, Levin J, Forbrig R et al (2021) Amphetamin induzierte zerebrale Vaskulitis – ein Fallbericht. Nervenarzt 92:1302–1304. <https://doi.org/10.1007/s00115-021-01125-w>.

Wir bedanken uns bei Becker et al. für die interessante Übersicht bezüglich der Differenzialdiagnose zerebrale Vaskulitis in Abgrenzung vom reversiblen zerebralen Vasokonstriktionssyndrom (RCVS).

Klinisches Leitsymptom des RCVS ist der Donnerschlagkopfschmerz [1]: Dieser lag im beschriebenen Fall nicht vor. Der radiologische Kardinalbefund eines RCVS ist durch eine allenfalls flau, kurzstreckige und reversible Kontrastmittelaufnahme der Gefäßwand charakterisiert. In der im Leserbrief zitierten Arbeit von Obusez et al. [2] fand sich dementsprechend bei 9 von 13 Patienten mit RCVS keine Kontrastmittelaufnahme der Arterienwand, lediglich bei 4 Patienten wurde von einer diskreten Kontrastmittelaufnahme berichtet. In unserem Fall fanden sich jedoch eine ausgeprägte, konzentrische, langstreckige Kontrastmittelaufnahme (Arteria carotis inter-

na bis M2-Segmente der Arteria cerebri media) sowie ein im Verlauf über 2 Wochen unveränderter Gefäßbefund. Zudem lagen weder die beim RCVS sehr häufigen (vergleiche auch Tabelle im Leserbrief) Parenchym- oder Subarachnoidalblutungen [1] vor.

Zusammenfassend pflichten wir Becker et al. bei, dass das RCVS als wichtige Differenzialdiagnose der zerebralen Vaskulitis anzusehen ist. Die aufgeführten Aspekte scheinen im geschilderten Fall allerdings nicht für diese Möglichkeit zu sprechen.

Korrespondenzadresse

Dr. Jonathan Vöglein
 Neurologische Klinik und Poliklinik, LMU Klinikum
 Marchioninistr. 15, 81377 München, Deutschland
jonathan.voeglein@med.uni-muenchen.de

Interessenkonflikt. J. Vöglein, J. Levin, R. Forbrig, T. Liebig, M. Dieterich und A. Danek geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Ducros A (2012) Reversible cerebral vasoconstriction syndrome. *Lancet Neurol* 11(10):906–917
2. Obusez EC, Hui F, Hajj-Ali RA et al (2014) High-resolution MRI vessel wall imaging: spatial and temporal patterns of reversible cerebral vasoconstriction syndrome and central nervous system vasculitis. *AJNR Am J Neuroradiol* 35(8):1527–1532



QR-Code scannen & Beitrag online lesen