

Kaudasyndrom oder Astasie?

Leserbrief zu: Cignetti E, Krapf R. Intraspinales Hämatom nach Vertebroplastie. Schweiz Med Forum. 2006;6(46):1034–5.

Die Fallbeschreibung aus der Medizinischen Universitätsklinik des Kantonsspitals Bruderholz bedarf meines Erachtens einiger Kommentare:

- Es wäre interessant gewesen, einen kurzen Neurostatus zu haben, insbesondere zur Beantwortung der Frage, ob die akute Verschlechterung der Gehfähigkeit einem durch die hämatombedingte Kompression verursachten Kaudasyndrom entsprach, oder ob es sich um eine Astasie/Abasie im Rahmen des durch die subarachnoidale Blutung vorübergehend verschlechterten Hydrozephalus handelte.
- Die Abbildung 2 zeigt ein subdurales Spinalhämatom. Letzteres könnte die subarachnoidale Kontamination mit Blutsedimentation in den Okzipitalhörnern der Seitenventrikel erklären. Der im Text vorgeschlagene Einbruch eines (extraduralen) Spinalhämatoms in den Duralraum ist hingegen höchst unwahrscheinlich.
- Der Feststellung, dass infolge des Abklingens der Kopfschmerzen und des Erbrechens eine Drainage nicht mehr indiziert gewesen sei, muss widersprochen werden. Die von den Autoren als Status quo ante bezeichnete «Erholung» entsprach immerhin dem Vollbild eines Normaldruckhydrozephalus mit der typischen Symptomtriade nach Adams-Hakim. Man darf wahrscheinlich sogar davon ausgehen, dass die Fraktur von LWK 1 ursprünglich die Folge eines Sturzes im Rahmen der Gehstörungen dieses Syndroms gewesen ist.

Korrespondenz:
Dr. med. Johann Gaitzsch
Rue Saint-Léger 2bis
CH-1205 Genf
jgaitzsch@bluewin.ch

Mit freundlichen Grüssen

Johann Gaitzsch

Replik

Wir danken Herren Gaitzsch herzlich für seine klärende Stellungnahme zu unserem Fall. Wir gehen mit ihm einig, dass es sich um ein subdurales Hämatom gehandelt hat, das zur Ansammlung von Blut im Ventrikelsystem geführt hat, und entschuldigen uns für die Ungenauigkeit in unserem Text.

Wir hatten keine Anhaltspunkte für ein Kaudasyndrom, sondern denken, wie Herr Gaitzsch auch, dass es sich um eine Astasie im Rahmen der Dekompensation eines vorbestehenden Hydrozephalus gehandelt hat.

Zur Frage der Ventrikeldrainage müssen wir uns als Internisten reserviert zeigen. Nach unserer Erfahrung sind hier die von der Neurochirurgie gestellten Indikationen keine «harten». Im beschriebenen Fall haben wir uns, obwohl eine Drainage ernsthaft in Betracht gezogen wurde, zu einem expektativen Verhalten entschlossen (und uns damit zugegebenermassen in einer Grauzone bewegt).

Dennoch haben der positive Verlauf mit dem Wiedererlangen sowie der weiteren Verbesserung der Gehfähigkeit in der Phase nach der Hospitalisation diese Zurückhaltung retrospektiv als angemessen erscheinen lassen.

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Reto Krapf
Medizinische Universitätsklinik
Kantonsspital
CH-4101 Bruderholz
reto.krapf@ksbh.ch

Mit freundlichen Grüssen

Reto Krapf