

Eine ungewöhnliche «Diskushernie»

Robert H. Andres^a, Istvan Vajtai^b, Roland Wiest^c, Anton Lukes^a

^a Neurochirurgische Klinik, Inselspital, Bern, ^b Abteilung für Neuropathologie, Inselspital, Bern,

^c Institut für diagnostische und interventionelle Neuroradiologie, Inselspital, Bern



Summary

An unusual “disc herniation”

We report the case of a 78-year-old patient admitted to the emergency room with lumbosciatalgia and right-sided foot drop. The patient was on anticoagulation therapy for chronic atrial fibrillation. Two weeks previously a lumbar tap had been performed for evaluation of chronic gait disturbance and anticoagulation had been suspended peri-interventionally. Magnetic resonance (MR) imaging of the lumbar spine revealed an epidural mass at level L4/5 causing compression of the dural sac and the right L5 nerve root. The imaging findings were similar to those of a cranially extruded disc herniation. Surgery revealed an epidural haematoma causing severe compression of the neural structures. After microsurgical removal of the haematoma the patient recovered well. Epidural haematomas of the lumbar spine are rare; only a few cases presenting with radiological features consistent with disc herniation have been reported. MR-based differential diagnosis is difficult in these cases.

Fallbeschreibung

Bei einem 78jährigen, aufgrund eines chronischen Vorhofflimmerns oral antikoagulierten Patienten wurde zur Abklärung einer seit längerer Zeit bestehenden Gangunsicherheit eine Lumbalpunktion durchgeführt, wobei die Antikoagulation peri-interventionell pausiert wurde. Fünf Tage später kam es zum Auftreten von zunehmenden Lumboschialgien mit Ausstrahlung entsprechend dem

Dermatom L5 rechts, zunächst ohne sensomotorische Ausfälle. Unter konservativer Therapie kam es nach einer weiteren Woche zu einer akuten Schmerzexazerbation und zur Entwicklung einer ausgeprägten Fussheberparese (M2) rechts. Der Patient wurde kernspintomographisch abgeklärt, wobei sich eine intraspinale Raumforderung auf Höhe LWK4–5 mit Kompression des Duralsackes und der Wurzel L5 rechts von ventral her darstellte. Bildmorphologisch entsprach der Befund einer typisch voluminösen, paramedian nach kranial luxierten Diskushernie auf Höhe LWK4/5 (Abb. 1 ). Daneben wurde eine entgleiste orale Antikoagulation bei einem Quick von 13% festgestellt. Nach Revertierung der Antikoagulation mit frisch gefrorenem Plasma und Prothrombinkomplex-Konzentrat (Prothromplex[®], Baxter) wurde notfallmässig eine mikrotechnische Fenestration LWK4/5 rechts durchgeführt. Anstelle der erwarteten Diskushernie zeigte sich überraschenderweise ein sich teilweise in Organisation befindliches raumforderndes Epiduralhämatom mit Kompression der Nervenwurzel L5 und des Duralsackes von ventral, welches vollständig evakuiert werden konnte. Die histopathologische Untersuchung bestätigte den Befund (Abb. 2 ). Anhaltspunkte für einen Tumor oder eine Gefässmissbildung als Blutungsquelle fanden sich nicht. Der postoperative Verlauf gestaltete sich problemlos und der Patient konnte in der Folge bei einer deutlichen Erholung der Fussheberparese (M4) nach Hause entlassen werden. Sechs Wochen nach dem Eingriff hatte sich die Parese vollständig zurückgebildet.

Bei Patienten unter Antikoagulation oder mit Gerinnungsstörungen sollte auch bei scheinbar eindeutigen radiologischen Befunden differentialdiagnostisch an eine Hämorrhagie gedacht werden, insbesondere wenn weitere diesbezügliche Risikofaktoren wie eine vorangegangene Lumbalpunktion vorliegen. Die radiologische Differentialdiagnostik von intraspinalen Hämatomen mittels MR-Bildgebung ist mitunter schwierig [1, 2]. Die Signalcharakteristik von Hämatomen ist relativ komplex und verändert sich mit dem fortschreitenden Abbau der Erythrozyten gemäss den zum jeweiligen Zeitpunkt überwiegend vorhandenen Blutabbauprodukten. Blutungen, deren radiologisches Bild demjenigen einer Diskushernie entspricht, sind sehr selten [3]. Falls eine konservative Behandlung durchgeführt wird, sollte in diesen Fällen die Gerinnung möglichst rasch normalisiert werden.

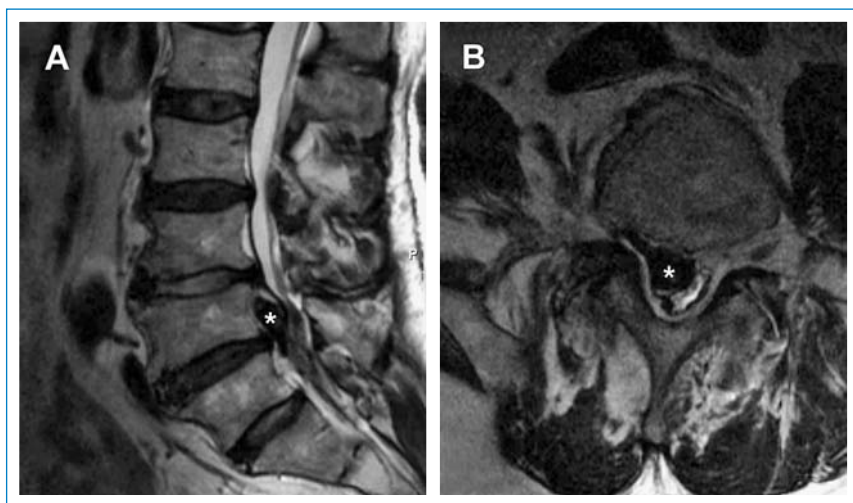
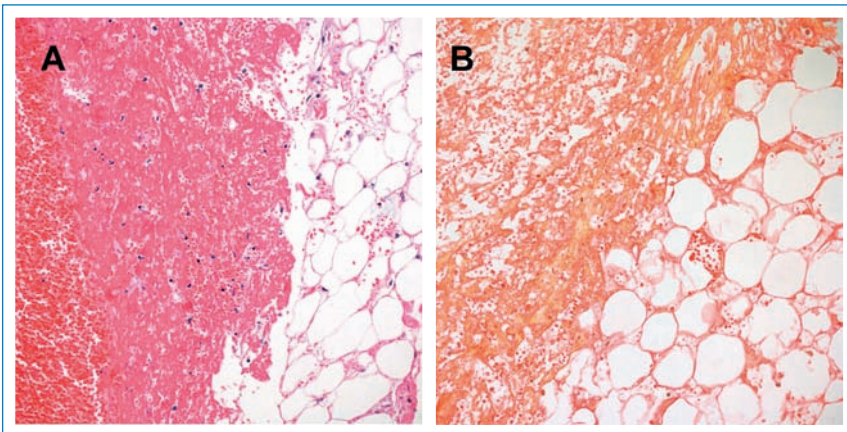


Abbildung 1

Die sagittalen (A) und axialen (B) T2-gewichteten TSE-Sequenzen zeigen eine intraspinale, extradurale T2-hypointense Raumforderung (Sternchen) über dem Bandscheibenfach LWK4/5 mit Kompression des Duralsackes und der Nervenwurzel L5 rechts, entsprechend dem typischen Bild einer voluminösen, nach kranial luxierten Diskushernie.

**Abbildung 2**

Histologie des evakuierten Hämatoms. A: Deutlich raumfordernder, das epidurale Fettgewebe verdrängender Bluterguss (Hämatoxylin-Eosin; $\times 200$). B: In der Spezialfärbung zur Darstellung von Bindegewebe sind ausser Fibrinpräzipitaten noch kaum Organisationszeichen zu erkennen. Im gesamten Präparat fanden sich weder Bandscheiben- noch Ligamentanteile (Elastica van Gieson; $\times 200$).

Literatur

- 1 Dorsay TA, Helms CA. MR imaging of epidural hematoma in the lumbar spine. *Skeletal Radiol.* 2002;31:677–85.
- 2 Kuker W, Thiex R, Friese S, Freudenstein D, Reinges MH, Ernemann U, Kringes T, Skalej M. Spinal subdural and epidural haematomas: diagnostic and therapeutic aspects in acute and subacute cases. *Acta Neurochir. (Wien)* 2000;142(7):777–85.
- 3 Watanabe N, Ogura T, Kimori K, Hase H, Hirasawa Y. Epidural hematoma of the lumbar spine, simulating extruded lumbar disk herniation: clinical, discographic, and enhanced magnetic resonance imaging features. A case report. *Spine.* 1997; 22(1):105–9.

Korrespondenz:

Dr. med. Anton Lukes
Neurochirurgische Klinik
Universität Bern
Inselspital
CH-3010 Bern
anton.lukes@gmx.ch