

Candida-Spondylodiszitis

Pablo Pütz^a, Eva Brischnik^b, Hartmut Knönagel^c, Basil Caduff^a

Spital Limmattal, Schlieren

^a Medizinische Klinik, ^b Institut für Radiologie, ^c Urologische Klinik

Fallbeschreibung

Bei Eintritt präsentierte sich ein 78-jähriger Patient in reduziertem Allgemeinzustand, afebril, normoton und bradykard. Elektrokardiographisch bestanden ein AV-Block 1° und gehäufte ventrikuläre Extrasystolen. Laborchemisch zeigte sich ein erhöhtes Kreatinin (176 µmol/l) bei bekannter postrenaler chronischer Niereninsuffizienz (bei lokal fortgeschrittenem Prostatakarzinom mit Ureterenkompensation beidseits und Pigtaileinlagen), eine seit längerem bestehende renal bedingte normochrome, normozytäre Anämie (108 g/l) sowie ein erhöhtes CRP (97 mg/l) bei normaler Leukozytenzahl (6,6 G/l). Der Patient gab eine lokalisierte Druckdolenz über dem dorsalen rechten Beckenkamm paravertebral an, das Aufrichten im Bett war schmerzhaft. Die Beschwerden bestanden bereits seit einigen Monaten und wurden bisher differentialdiagnostisch als mögliche ossäre Metastasierung bei hormonrefraktärem Prostatakarzinom bzw. im Rahmen eines lumbovertebrogenen Schmerzsyndroms bei degenerativ veränderter Wirbelsäule interpretiert. Nachdem auswärts im Rahmen einer MRT-Bildgebung ein Verdacht auf Spondylodiszitis geäussert wurde, erfolgte bei uns eine CT-gesteuerte Biopsie von LWK 2 (Abb. 1A, B ). Diese wies einen Befall mit *Candida albicans* nach. Die initial abgenommenen Blutkulturen blieben im Verlauf negativ. Eine Literatursuche zu diesem Thema ergab vereinzelte Fallbeschreibungen bzw. Zusammenfassungen von kleineren Fallstudien [1, 2], worauf wir uns für eine intravenöse

Therapie mit Amphotericin B über zweieinhalb Wochen entschieden. Unter dieser antimykotischen Therapie folgte dann im Verlauf eine deutliche Regredienz sowohl der Entzündungsparameter (CRP bei Austritt 29 mg/l) als auch der Schmerzen. Der Patient tolerierte die Amphotericin-Therapie gut, es kam jedoch zu einer leichten Erhöhung der Kreatinin-Werte (205 µmol/l), welche aber etwa seinen durchschnittlichen Werten der vergangenen Monate entsprachen. Nach Austritt wurde die antimykotische Therapie oral mit Fluconazol 200 mg tgl. für zwei Monate und anschliessend 100 mg tgl. über weitere vier Monate fortgeführt. Darunter stellten sich im Verlauf eine dauerhafte Beschwerdefreiheit und Normalisierung der Entzündungsparameter ein.

Diskussion

Eine *Candida albicans*-Infektion ist eine seltene Ursache einer lumbalen Spondylodiszitis [2, 3], besonders bei nicht immunkompromittierten Patienten. Die hämatogene Streuung ist dabei der hauptsächlichste pathophysiologische Ausbreitungsweg, wobei vor allem die endplattennahen und ventralen Regionen der Wirbelsäule betroffen sind [4]. In unserem Fall kam es im Rahmen eines hormonrefraktären Prostatakarzinoms (mit Harnverhalt, Inkontinenz und Notwendigkeit einer beidseitigen Ureterschienung im Verlauf) über mehrere Jahre zu rezidivierenden Harnwegsinfekten, welche fast ununterbrochen antibiotisch behandelt wurden. Dies begünstigte wiederum das Auftreten von *Candida albicans* im Urin (rezidivierender Nachweis über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten in der mikrobiologischen Urinuntersuchung). Wir gehen davon aus, dass es im Rahmen dieses Candidabefalls der Harnwege bei zusätzlichem Fremdmaterial in den Ureteren zu einer Candidämie mit Besiedlung des Wirbelkörpers kam. Wegweisende Symptome sind im Allgemeinen progrediente Schmerzen im betroffenen Segment, wobei der Zeitraum zwischen der Candidämie und dem Auftreten der Symptome sehr variabel sein kann [5]. Wenige Fälle gehen mit einer Leukozytose einher, Blutkulturen haben eine geringe Sensitivität, daher ist die Bildgebung mittels MRT bzw. die definitive Diagnose-sicherung mittels Biopsie von entscheidender Bedeutung [4]. Die in der Literatur beschriebenen Therapieansätze variieren, wobei medikamentöse sowie kombinierte operative und medikamentöse Behandlungen im Vordergrund stehen [2–4]. Wir entschieden uns unter engmaschiger Kontrolle der Nierenfunktion für eine initiale intravenöse Amphotericin-B-Therapie, gefolgt von



Abbildung 1

A MRT, sagittale Schnittebene, T1-Wichtung. Pfeil markiert LWK 2.

B CT-gesteuerte Biopsie LWK 2.

oralem Fluconazol wegen seiner guten oralen Bioverfügbarkeit, langen Halbwertszeit und des günstigen toxikologischen Profils [6]. Die Therapie sollte bis zum Erreichen der klinischen Rekonvaleszenz und Normalisierung der Infektparameter über mindestens drei Monate erfolgen.

Schlussfolgerung

Trotz der Seltenheit einer Candida-Infektion der Wirbelsäule vor allem bei nicht immunkompromittierten Patienten ist bei chronischen Rückenschmerzen und unklaren Entzündungszeichen sowie zusätzlichen Prädispositionsfaktoren an diese Differentialdiagnose zu denken und eine frühe Diagnostik und Therapie anzustreben. Eindeutige klinische Hinweise fehlen häufig, daher kann wie in diesem Fall eine MRT-Bildgebung mit anschliessender Biopsie zur Diagnose führen.

Verdankung

Wir danken dem Institut für Radiologie des Kantonsspitals Baden für die Durchführung und Bereitstellung der MRT-Bildgebung.

Korrespondenz:

Dr. med. Pablo Pütz
Medizinische Klinik
Spital Limmattal
CH-8952 Schlieren
ppuetz@gmail.com

Literatur

- 1 Frazier DD, Campbell DR, Garvey TA, Wiesel S, Bohlman HH, Eismond FJ. Fungal infections of the spine. Report of eleven patients with long-term follow-up. *Am J Bone Joint Surg.* 2001;83-A:560-5.
- 2 Moon HH, Kim JH, Moon BG and Kim JS. Cervical spondylodiscitis caused by *Candida albicans* in non-immunocompromised patient. *J Korean Neurosurg Soc.* 2008;43:45-7.
- 3 Miller DJ, Mejicano GC. Vertebral osteomyelitis due to *Candida* species: case report and literature review. *Clin Infect Dis.* 2001;33:523-30.
- 4 Voigt C, Lill H. *Candida albicans* induced spondylodiscitis of the cervical spine of a polytraumatized patient. *Unfallchirurg.* 2006;109:998-1002.
- 5 Hendrickx L, Van Wijngaerden E, Samson I, Peetermans WE. Candidal vertebral osteomyelitis: report of 6 patients, and a review. *Clin Infect Dis.* 2001;32:527-33.
- 6 Rex JH, Bennett JE, Sugar AM, Pappas PG, van der Horst CM, Edwards JE, et al. A randomized trial comparing fluconazole with amphotericin B for the treatment of candidemia in patients without neutropenia. *Candidemia Study Group and the National Institute.* *N Engl J Med.* 1994;331:1325-30.

COUP D'ŒIL

Fett statt Muskeln

Pseudoathlet bei Launois-Bensaude-Syndrom

Christoph Gräni, Adrian Walder, David Ramsay

Medizinische Klinik, Zuger Kantonsspital, Baar

Fallbeschreibung

Ein 80-jähriger Patient ohne Alkoholanamnese wurde wegen einer dekompensierten Leberzirrhose unklarer Ätiologie notfallmässig hospitalisiert. In der klinischen Untersuchung fielen Stigmata einer chronischen Lebererkrankung auf wie Aszites, Spider nävi, Teleangiektasien, Palmarerythem und eine Bauchglatze. Der Patient war mit 86 kg und einem BMI von 27,1 kg/m² übergewichtig, wobei uns besonders eine abnorme Fettverteilung mit einer ausgeprägten symmetrisch-proximalen Lipomatose der Oberarme und Oberschenkel auffiel (Abb. 1 .

In der Laboruntersuchung zeigten sich erhöhte Transaminasen, ein Alpha-Fetoprotein von 720 µg/l (Norm <10 µg/l)

und eine blande Hepatitisserologie. Die Sonographie des Abdomens und eine ergänzend durchgeführte Computertomographie von Thorax und Abdomen legten den Verdacht eines hepatozellulären Karzinoms mit Lungenmetastasen nahe. Aufgrund der Gesamtsituation und mangels therapeutischer Konsequenzen führten wir keine weiteren Abklärungen durch und behandelten rein symptomatisch. Der Patient verstarb innerhalb kurzer Zeit an einem Leberversagen. Die Autopsie bestätigte das vermutete metastasierende hepatozelluläre Karzinom. Histologisch konnte in den Biopsien der Oberarme und Oberschenkel normales Fettgewebe mit reichlich Adipozyten nachgewiesen werden.