

Same same, but different

Thomas Hügle^a, Ueli Studler^b

^a Abteilung Rheumatologie, Universitätsspital Basel

^b Abteilung Radiologie, Universitätsspital Basel

Ein 56-jähriger Patient stellte sich wegen chronischer Rückenschmerzen vor allem im Bereich der Hals- und Brustwirbelsäule in unserer Sprechstunde vor. Im jungen Erwachsenenalter hatte er Kreuz- und Fersenschmerzen, aktuell aber nicht mehr. Vor einigen Jahren wurde der Verdacht auf einen Morbus Bechterew gestellt. Der HLA-B27-Genotyp ist positiv, eine Sakroiliitis konnte



Abbildung 1
Spondylophyten in der mittleren und unteren Brustwirbelsäule, die den Intervertebralraum teilweise überbrücken (unterer Pfeil), und Syndesmophyten im Bereich des zervikothorakalen Übergangs (oberer Pfeil mit Vergrößerung).

aber bislang nicht diagnostiziert werden. Die damalige abschliessende radiologische Diagnose lautete «Diffuse Idiopathische Skeletale Hyperostose» (DISH).

In der aktuellen Computertomographie (Abb. 1 ) zeigen sich Spondylophyten im Bereich der mittleren und unteren Brustwirbelsäule auf mehreren Niveaus, die den Intervertebralraum teilweise überbrücken. Die Höhe der Intervertebralräume der betroffenen Segmente ist kaum oder nur gering vermindert. Die Spondylophyten gehen teilweise fließend in Verknöcherungen des vorderen Längsbands über. Somit sind die Kriterien einer DISH erfüllt (≥ 4 Segmente, erhaltener Intervertebralraum, «fließende» Spondylophyten und Verknöcherung des Lig. longitudinale anterior).

Bei genauer Betrachtung sieht man allerdings auch einen für Morbus Bechterew typischen Syndesmophyten im Bereich des zervikothorakalen Übergangs (Abb. 1, Bildausschnitt). Ein Syndesmophyten überragt das Niveau der Wirbelkörper nicht und entspricht im Unterschied zu Spondylophyten einer Verkalkung bzw. Verknöcherung von Anteilen der Bandscheibe.

Trotz fehlender Sakroiliitis wurde bei diesem Patienten letztlich anhand des klinischen Bilds, unterstützt durch den radiologischen Befund und den HLA-B27-Status, ein Morbus Bechterew diagnostiziert. Wir zeigen hier, dass degenerative und entzündliche Hyperostosen gemeinsam vorkommen können und dass für die Unterscheidung der beiden eine genaue Bildbetrachtung notwendig ist.

Korrespondenz:

PD Dr. med. Thomas Hügle
Abteilung Rheumatologie
Universitätsspital Basel
Spitalstrasse 21
CH-4031 Basel
[thomas.huegle\[at\]jusb.ch](mailto:thomas.huegle[at]jusb.ch)

Die Autoren haben keine finanzielle Unterstützung und keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.