

Lumbalgien für den Gefässchirurgen

Björn Mattsson, Florian Dick, Aristomenis Exadactylos, Monika Brodmann

Inselspital Bern

Fallbericht

Ein 60-jähriger Patient mit bekannter Refluxösophagitis sowie Alkohol- und Nikotinabusus (ca. 40 pack years) litt seit zwei Wochen unter tieflumbalen Schmerzen mit Ausstrahlung in den lateralen und anterioren Oberschenkel links sowie ins Genitale. Ein Trauma war nicht erinnerlich, und es bestand keine Blasen- oder Mastdarminkontinenz. Vor fünf Tagen war es zu einer Schmerzexazerbation gekommen mit neu aufgetretener Hyposensibilität des gesamten Oberschenkels sowie der Innenseite des Unterschenkels links. Der Patient wurde uns zur neurochirurgischen Beurteilung aus einem peripheren Spital zugewiesen.

Bei der klinischen Untersuchung war der Patient kardiopulmonal stabil, aber tachykard (Herzfrequenz 125/min), der Blutdruck betrug 122/55 mm Hg. Der linke Unterschenkel und Fuss waren im Seitenvergleich etwas kühler und die Fusspulse fraglich abgeschwächt. Neurologisch fiel neben der Hypästhesie des Dermatoms L4 eine M4-Parese von Hüftflexion und -extension, Hüftadduktion und -abduktion sowie Knieflexion und -extension auf. Die Entzündungsparameter waren stark erhöht (CRP 222 mg/l, Leukozyten 37,8 G/l).

Wegen eines Verdachts auf eine Diskushernie mit neurologischen Ausfällen im Bereich L3/4 und zum Ausschluss einer Spondylodiszitis bei erhöhten Infektparametern wurde eine Magnetresonanztomographie (MRT) durchgeführt. Hier zeigte sich auf Höhe L3/4 ein prävertebraler, vaskulärer Prozess, allerdings ohne Hinweis auf Diskushernie, Spondylodiszitis oder Spinalabszess (Abb. 1 ). Eine Computertomographie (CT) mit Angiographie bestätigte den Verdacht eines gedeckt rupturierten mykotischen Iliakalaneurysmas links (Abb. 2 ).

In der notfallmässig durchgeführten gefässchirurgischen Versorgung kam eine ausgedehnte Abszedierung des M. psoas zum Vorschein, die subtotal debridiert wurde. Das Aneurysma wurde reseziert und die linke Iliakalachse mittels selbst hergestellter Rinderperikardpatch-Prothese ersetzt. Die mikrobiologische Untersuchung ergab das Wachstum eines pansensiblen E.coli, der antibiotisch behandelt wurde.

Im Verlauf musste bei einem Abszessrezidiv zunächst CT-gesteuert punktiert und danach erneut offen debridiert werden. Der weitere klinische Verlauf war erfreulich, der Patient konnte nach drei Wochen in ordentlichem Allgemeinzustand aus der stationären Behandlung entlassen werden, auch wenn eine Restparese der Hüftbeugung persistierte.

Die neurologischen Symptome, welche die einer Diskushernie oder Spondylodiszitis in diesem Bereich imitier-

ten, sind durch eine Kompression des lumbalen Nervenplexus L3/4 wegen des gedeckt rupturierten Aneurysmas sowie durch die lokale Zerstörung des M. psoas erklärbar.

Kommentar

Lumbosakrale Schmerzen mit neurologischen Ausfällen werden typischerweise von Diskushernien im entsprechenden Bereich verursacht. Differentialdiagnostisch kommen aber auch spinale oder epidurale Hämangiome, epidurale Varikosis, diabetische Radikulopathien und Tumoren sowie extraspinale Prozesse in Betracht. Diese können durch Kompression des extraspinalen Nervenplexus ähnliche Symptome verursachen. Dabei werden intrapelvine Prozesse (wie Psoashämatome und tuboovarielle Abszesse) von extrapelvinen Prozessen wie dem Piriformissyndrom unterschieden. Sowohl intra- als auch extrapelvin gelegene Tumoren und Aneurysmata können Radikulopathie-ähnliche Symptome auslösen [1].

Eine Reihe von ähnlichen Fallbeschreibungen zeigt die Problematik der Diagnose von Symptomen auf, die scheinbar typisch für Diskushernien sind [2–5].

Die Symptome dieses Patienten wurden initial als typisch für eine Diskushernie interpretiert, mit segmentaler Parese der Kennmuskeln L3/4 sowie Parästhesien der zugehörigen Dermatome, weshalb die Zuweisung direkt in die Neurochirurgie erfolgte. Dazu passten aber weder die abgeschwächten Pulse der unteren Extremität mit Temperaturunterschied im Vergleich zur Gegenseite

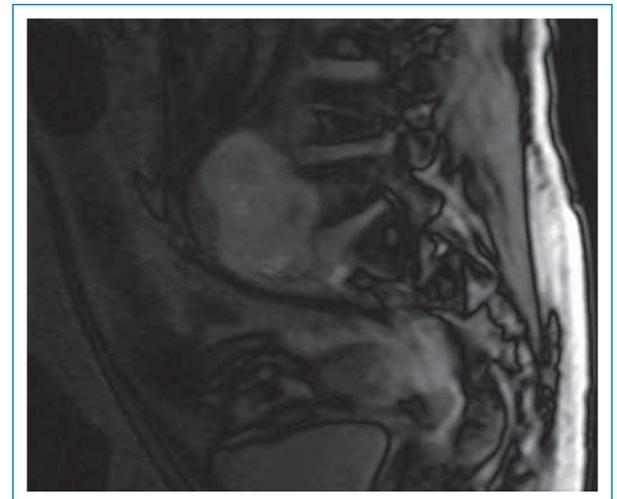


Abbildung 1

MRT: auf Höhe L3/4 ein prävertebraler, vaskulärer Prozess ohne Hinweis auf Diskushernie, Spondylodiszitis oder Spinalabszess.

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

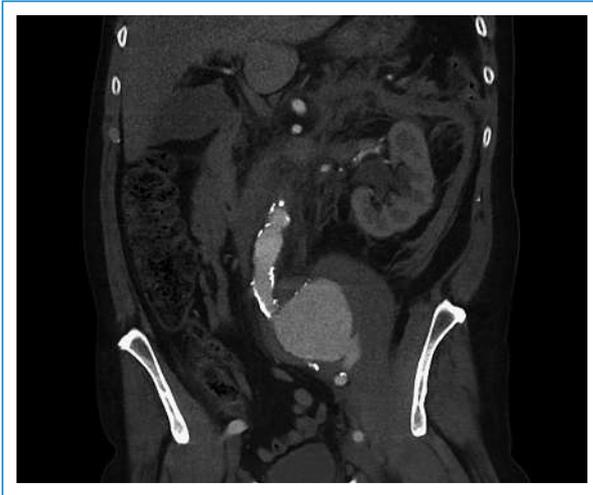


Abbildung 2

CT mit Angiographie: gedeckt rupturiertes mykotisches Iliakalaneurysma links.

noch die erhöhten Entzündungszeichen. Diese führten zu der sofortigen Bildgebung, die dann die Diagnose eines Iliakalaneurysmas mit Kompression der Nerven-segmente L3/4 links ergab.

Der Fall demonstriert die Notwendigkeit, auch seltene Differentialdiagnosen im Hinterkopf zu behalten und bei für das Krankheitsbild atypischen Befunden eine erweiterte Diagnostik zu erwägen.

Korrespondenz:

Dr. med. Björn Jonas Mattsson
 Inselspital Bern
 Freiburgstrasse
 CH-3010 Bern
[bjoern.mattsson\[at\]insel.ch](mailto:bjoern.mattsson[at]insel.ch)

Literatur

- 1 Dudeney S, O'Farrell D, Bouchier-Hayes D, Byrne J. Extraspinal causes of sciatica. A case report. *Spine*. 1998;23(4):494–6.
- 2 Gardiner MD, Mangwani J, Williams WW. Aneurysm of the common iliac artery presenting as a lumbosacral plexopathy. *J Bone Joint Surg Br*. 2006;88(11):1524–6.
- 3 Ozkavukcu E, Cayli E, Yağci C, Erden I. Ruptured iliac aneurysm presenting as lumbosacral plexopathy. *Diagn Interv Radiol*. 2008;14(1):26–8.
- 4 Patel SN, Kettner NW. Abdominal aortic aneurysm presenting as back pain to a chiropractic clinic: a case report. *J Manipulative Physiol Ther*. 2006;29(5):409, e1–7.
- 5 You JS, Park YS, Park S, Chung SP. Lumbosacral plexopathy due to common iliac artery aneurysm misdiagnosed as intervertebral disc herniation. *J Emerg Med*. 2011;40(4):388–90.