Morbus Bechterew: Spätfolgen der Flächenbestrahlung

Daniel Walder, Heinz Baumberger, Georg Heller, Markus Furrer
Kantonsspital Chur

Fallbericht

Ein 82-jähriger Patient wurde Ende November 2012 vom Hausarzt auf die Notfallstation eingewiesen aufgrund einer Verschlechterung des Allgemeinzustands mit Fieber. Der Patient berichtete über einen seit einigen Tagen bestehenden produktiven Husten; zudem klagte er über Dysurie.

Im November 2012 waren durch den Dermatologen am Rücken in zwei Sitzungen insgesamt sechs histologisch gesicherte oberflächliche Basalzellkarzinome sowie ein Fibroepithelioma Pinktus exzidiert worden. Die Exzision gelang allseits im Gesunden. Aufgrund der Ausdehnung des Hautexzidats wurde subkutan ein grösserer Lappen mobilisiert, um die Haut zu verschliessen (Abb. 1 und 2). Bereits im Oktober 1999 war ein Plattenepithelkarziom an der rechten Schulter exzidiert worden, im September 2012 wurden drei histologisch gesicherte Basalzellkarzinome im Bereich des unteren Rückens entfernt.

Beim Patienten ist ein Morbus Bechterew bekannt. 1951 stellte man die Verdachtsdiagnose, die zwei Jahre später konventionell radiologisch gesichert wurde. Bereits 1952 führte man eine Flächenbestrahlung der Iliosakralgegend (9 Gy) und 1962 eine solche der Halswirbelsäule (7,2 Gy) durch.

Auf der Notfallstation präsentierte sich ein mit 39,1 °C febriler, 82-jähriger Patient, tachykard bei normotonen Blutdruckwerten. Es zeigte sich bei kardiopulmonal blandem Status ein subkutanes Hämatom am Rücken paravertebral mit teilweise nekrotischem Hautlappen im Bereich der Exzidationsstelle. Die Laboruntersuchungen ergaben erhöhte Entzündungswerte (Leukozyten 22,3 k/µl, CRP 54 mg/l). Urinstatus und Thoraxröntgenbild zeigten keinen Hinweis auf einen Infektfokus.

Neben dem M. Bechterew mit restriktiver Ventilationsstörung und Status nach Aufrichtungs-Spondylodese BWK 4 bis LWK 2 im Jahr 1994 waren eine arterielle Hypertonie, Adipositas sowie eine Osteoporose bekannt. Zusätzlich wurde ein Restless-Legs-Syndrom medikamentös behandelt, und der Patient nahm bei Status nach Strumektomie 1990 Levithyroxin ein.

Der Patient hatte einen Hauttyp II–III, anamnestisch waren keine übermässige Sonnenexposition oder Häufung von Sonnenbränden bekannt. Als Jugendlicher hatte der Patient geraucht. In der Familienanamnese gab es keine bekannten Fälle von Hauttumoren.

Im Operationssaal wurden das Hämatom drainiert und eine Wundhöhle von ca. 20 × 30 mm gespült und kürettiert (Abb. 3). Nach Abnahme von Abstrichen wurde eine empirische Antibiotikumtherapie mit Augmentin begonnen und ein Vakuumverband angelegt. Im Verlauf verbesserte sich der Allgemeinzustand, und die Entzündungsparameter nahmen ab. Die intraoperativen Abstriche ergaben das vereinzelte Wachstum von Koagulase-negativen Staphylokokken, die im Antibiogramm nur auf Erythromycin resistent waren. Die Antibiotikatherapie konnte nach sechs Tagen peroral mit Amoxicillin weitergeführt werden. Mit regelmässigen Vakuumverbandswechseln nahm die Ausdehnung der Wundhöhle ab. Zwei Wochen nach der initialen Operation wurde eine Spalthaut-Deckung durchgeführt. Im Verlauf kam es jedoch zu keinem Anwachsen der Spalthaut, worauf man diese wieder entfernte und eine sekundäre Wundheilung anstrebte.

Der Patient wurde 26 Tage nach Aufnahme mit belassenem Vakuumverband in die Rehabilitationsklinik entlassen. Im Lauf der Hospitalisation trat eine symptomatische Anämie bei rezidivierender Hämatochezie auf, weshalb ein Erythrozytenkonzentrat transfundiert werden musste. Eine Divertikelblutung im Bereich der linken Flexur konnte endoskopisch gestillt werden.

Sechs Monate nach dem stationären Aufenthalt konnte die ambulante Behandlung der inzwischen verheilten Wunde abgeschlossen werden. Im Lauf der Rehabilitation zog sich der Patient bei einem Sturz eine transdiskale Fraktur HWK 7/BWK 1 zu, die mittels einer Spondylodese HWK 3 bis BWK 3 von dorsal operativ versorgt werden musste (Abb. 4). Diese Operationswunde zeigte ebenfalls einen prolongierten Heilungsverlauf.

Diskussion

Morbus Bechterew oder Spondylitis ankylosans ist eine chronisch-entzündliche rheumatische Allgemeinerkrankung mit Hauptmanifestation am Achsenskelett. Morphologisch kommen entzündliche, destruktiv-proliferative und ossifizierende (physiologisch enchondrale) Veränderungen mit Ankylosenbildung vor. Bis in die 70er Jahre war die Flächenbestrahlung der Iliosakralgelenke und der Wirbelsäule die wichtigste Therapieform bei M. Bechterew, vor allem zur Entzündungs- und Schmerzbekämpfung. Ein günstiger Effekt auf das Fortschreiten der Verknöcherung konnte nicht schlüssig nachgewiesen werden. Gemäss Böni et al. wurde am Zürcher Universitätsinstitut für physikalische Therapie, an dem der Patient behandelt wurde, eine Dosis von 10 Gy pro Feld appliziert [1].

Die Strahlentherapie wurde weitgehend verlassen, da in mehreren Studien eine erhöhte Inzidenz verschiedener Leukämie-Formen als Spätfolge nachgewiesen wurde.

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

Abbildungen 1 und 2
OP-Situs (Entfernung von sechs Basalzellkarzinomen am Rücken) mit muskulokutanem Lappen (Dr. med. M. Huger).

Abbildung 3
Verlaufsbild mit nekrotischem Wundrand inferior.

Abbildung 4
Patient mit M. Bechterew, 82 Jahre. Konventionell radiologische Aufnahme HWS/BWS/LWS lateral. Status nach Spondylodese BWK 4 bis LWK 2 (1994, Schulthess-Klinik, Zürich), Status nach dorsaler Spondylodese HWK 3 bis BWK 3 (2013, Universitätsklinik Balgrist, Zürich).

Zudem etablierten sich die nichtsteroidalen Antirheumatika zunehmend als Hauptpfeiler der antiphlogistischen Therapie. Weiss et al. wiesen 1994 eine signifikant erhöhte Mortalität von Bechterew-Patienten nach Bestrahlung verglichen mit nicht bestrahlten Patienten und der britischen Normalbevölkerung nach. Unter anderen fanden sie ein erhöhtes relatives Risiko für Leukämie, Hodgkin-Lymphome, Myelome, Lungen-, Ösophagus-,

Kolon- und Pankreaskarzinome, Blasen- und Nierenkarzinome sowie für Knochen-, Weichteil- und Hauttumoren. Das relative Risiko nahm mit der Zeitspanne seit der Bestrahlung ab. Ausser beim Lungenkrebsrisiko blieb es jedoch permanent signifikant erhöht [2].

Ionisierende Strahlung ist ein nachgewiesenes kutanes Karzinogen. Karagas et al. wiesen nach, dass Menschen nach Strahlenbelastung ein langzeitig erhöhtes Risiko für Basalzellkarzinome haben, dies vor allem, wenn die Bestrahlung vor dem 20. Lebensjahr erfolgte. Das Risiko weist eine Relation zur Strahlendosis auf [3].

Die Inzidenz der durch die Radiotherapie verursachten Hauttumoren bei Bechterew-Patienten wurde bisher nicht vollständig erfasst, obwohl über mehrere Fälle berichtet wurde. Sarkany et al. beschrieben 1968 einen Fall von Basalzellkarzinomen nach Bestrahlungen der Wirbelsäule [4]. Seäither wurden laufend neue Fälle beschrieben. Mittlerweile gelten kutane Neoplasien als wichtige Folgeschäden einer Radiotherapie [3].

In einer Mitglieder-Umfrage der Schweizerischen Vereinigung Morbus Bechterew vom August 2013 mit 656 ausgewerteten Fragebögen gaben 11% der Mitglieder ab 60 Jahren (n = 160) an, dass bei ihnen eine Strahlentherapie durchgeführt wurde, bei den Patienten über 70 Jahre (n = 48) waren es sogar 22% [5]. Es wird somit in Zukunft sicherlich noch weitere Fälle von Bechterew-Patienten mit kutanen Neoplasien nach Bestrahlung geben. Um die genauen Fallzahlen zu erfassen, sind multizentrische Studien nötig.

Unser Fallbericht soll dahingehend sensibilisieren, dass die Exzisionen von solchen radiogenen Hauttumoren eben in einem ehemaligen Strahlenfeld liegen und die Wundheilung auch nach Jahrzehnten noch entsprechend kompromittiert ist. Nach solch vermeintlichen Klein-Eingriffen ist immer mit einer verzögerten Wundheilung zu rechnen. Diese Exzisionen sind deshalb immer als Risikoeingriffe im Hinblick auf Wundrandnekrosen und sekundäre Wundinfektionen zu betrachten. Oft führen – wie in unserem Beispiel – auch lokale Schwenklappen nicht zum Ziel. Die Patienten sind bereits präoperativ auf möglicherweise langwierige offene Wundbehandlungen mit sekundären Wundheilungen vorzubereiten.

Korrespondenz:
Daniel Walder, pract. med.
Kantonsspital Graubünden
Loëstrasse 170
CH-7000 Chur
dani_j_walder[at]hotmail.com

Literatur

1 Böni A, Kaganas G. Klinik und Therapie der Spondylarthritis ankylopoetica. Documenta rheumatologica Geigy. 1954 Mar;3.
2 Weiss HA, Darby SC, Doll R. Cancer mortality following X-ray treatment for ankylosing spondylitis. Int J Cancer. 1994;59(3):327–38.
3 Karagas MR, Nelson HH, Zens MS, Linet M, Stukel TA, Spencer S, et al. Squamous cell and basal cell carcinoma of the skin in relation to radiation therapy and potential modification of risk by sun exposure. Epidemiology. 2007;18(6):776–84.
4 Salvemini JN, Cande FP, Lynfield Y, Baldwin H. Multiple erythematous papules on the back of a patient with ankylosing spondylitis. Multiple basal cell carcinomas (BCCs) secondary to radiation exposure. Arch Dermatol. 1995;131(4):485–8.
5 Bräm R. Mitglieder-Umfrage der Schweizerischen Vereinigung Morbus Bechterew, Zürich, 2013 Sep. (noch nicht publiziert).