

Bitte „nur mal schnell einrenken“!

... wünscht sich mancher Patient oft vom Orthopäden oder Hausarzt

Ein 74-jähriger Patient, der schon öfter wegen Knie-, Nacken- und Rückenschmerzen vorbehandelt und auch eingrenkt wurde, erschien notfallmäßig mit akuten Schmerzen im Rücken und rechten Flankenbereich in der orthopädischen Praxis mit dem Wunsch nach chirotherapeutischer Behandlung.

Beim Atmen wurden Beschwerden im rechten unteren Rippenverlauf angegeben. Ein Sturz bzw. eine Verletzung wurden verneint. Nach einer überstandenen, fieberhaften Coronainfektion musste er morgens noch immer abhusten und hierfür ein Sekretolyticum verwenden. Wegen der Schmerzen hätte er zusätzlich Ibuprofen eingenommen. Dadurch sei das Ganze besser geworden, aber noch nicht gut. Seine ihn begleitende Ehefrau, die häufig chirotherapeutisch behandelt wird, vermutete eine Blockade und bat, dass er schnell eingrenkt wird.

Eine Temperaturerhöhung bestand nicht, ebenso wenig Dyspnoe oder eine Hämatomverfärbung. Pulsoximeter: pO₂ 96 Prozent, Herzfrequenz 98.

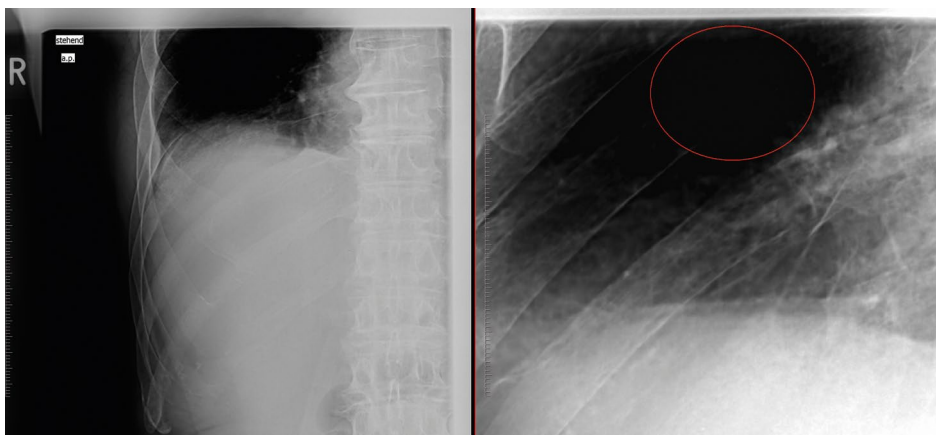
Klinisch zeigte sich ein deutlicher Druck-, Klopf- und Rechtsseitlageschmerz über den Rippen Costae VIII/IX rechts lateral, verstärkt beim forcierten „Husten“.

Statt der gewünschten Chirotherapie wurde eine Röntgenaufnahme wegen Verdacht auf eine „Hustenfraktur“ (Rippeninsuffizienzfraktur) veranlasst.

Hier stellten sich die hinteren Anteile der 8. Rippe nicht dar, sodass sich der Verdacht auf eine Rippenosteolyse ergab, auch wenn eine neoplastische Grunderkrankung bisher nicht bekannt war.

Daher wurde kurzfristig ein Thorax-CT mit Kontrastmittel durchgeführt, das einen Lungeninfarkt nach Lungenembolie mit nachfolgender Infarktpneumonie als Ursache seiner Beschwerden erbrachte. Das entzündlich-ödematös verdichtete Lungengewebe täuschte röntgenologisch eine Osteolyse vor.

Diagnose: „Pseudorippenosteolyse“ Costa VIII rechts durch Lungeninfarkt und Infarktpneumonie.



Röntgenaufnahmen Hemithorax rechts: Konturauflösung der dorsalen Rippenanteile Costa VIII; Verdacht auf Rippenosteolyse.



Thorax-CT mit Kontrastmittel: Darstellung einer Infarkt-Pneumonie mit 6 x 4 cm messender Konsolidierung im basolateralen Lungenunterlappen rechts nach Lungenembolie mit Pleuraerguss. – Ausschluss einer Osteolyse.

Der Patient wurde kurzzeitig intensivmedizinisch überwacht, dann internistisch-pulmonologisch weiter behandelt und seither nicht mehr orthopädisch vorstellig.

Bei Vorhandensein eines Ultraschallgerätes und entsprechender Expertise kann primär auch eine Ultraschalluntersuchung des Thorax durchgeführt werden, die in vielen Fällen neben Rippenfrakturen auch andere pulmonale Pathologien aufzeigen kann, die dann gegebenenfalls mit Röntgen/CT weiter differenziert werden können.

Literatur:

Wischhöfer E, Fenkl R, Blum R. Sonographischer Nachweis von Rippenfrakturen zur Sicherung der

Frakturdiagnostik. Eine Pilotstudie [Ultrasound detection of rib fractures for verifying fracture diagnosis. A pilot project]. Unfallchirurg. 1995 May;98(5):296-300.

Autor

Dr. Martin Böhringer

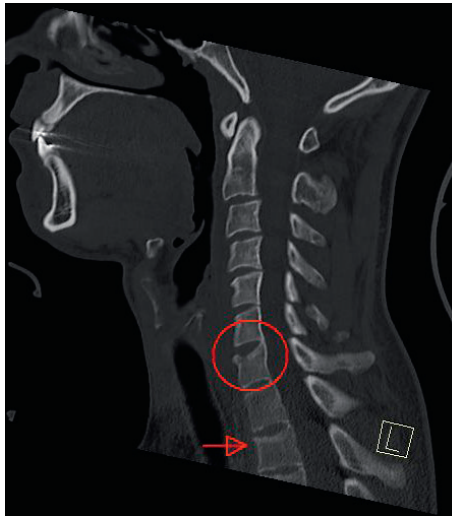
Facharzt für Orthopädie,
Hauptstraße 26, 91074 Herzogenaurach

Bitte „nur mal schnell einrenken“!

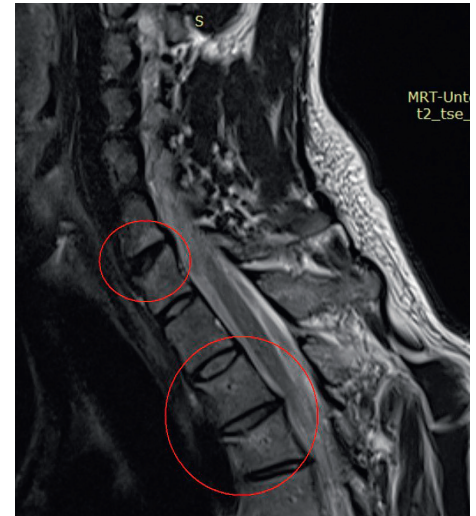
... der zweite Fall



Röntgen HWS seitlich: Deckplattenimpression mit Vorderkantenabsprengung HWK7



CT HWS sagittal: Stabile Deckplattenimpressionsfraktur HWK mit Avulsion der Vorderkante, keine Hinterkantenbeteiligung, Deckplattenimpression BWK2



MRT CTÜ sagittal (3 Mon. später): Stabile Ausheilung der HWK 7-Impressionsfraktur und Deckplattenimpressionen BWK 2 und 3

Ein 26-jähriger Sportler erschien in der orthopädischen Sprechstunde, um sich wegen seit zwei Wochen anhaltender Schmerzen „nur mal schnell einrenken“ zu lassen.

Auf die Frage wo und warum kam die Antwort, er hätte sich „bei einem Fußballspiel bloß den Nacken verrenkt“ und sei noch immer verspannt. Die Frage, wie das geschehen sei, beantwortete er lapidar mit „beim Rückwärtsköpfen“. Ein weiteres Nachfragen, ob das alles war, ergab, er wurde dabei „noch von einem Gegenspieler rückwärts unterlaufen“ und sei nach hinten gestürzt. Und dann? „... auf dem Hinterkopf aufgekommen und überschlagen!“

Schürfen oder eine Hämatomverfärbung waren nicht erkennbar. Klinisch zeigte sich eine leichte linkskonvexe cervicothorakale Seitenauslenkung sowie ein schmerzhafter Muskelhartspann mit deutlicher cervicothorakaler Entfaltungsstörung und linksseitiger Drehminderung auf ca. 50/0/30 Grad (rechts/links). Paravertebral fand sich eine Druckdolenz über den Gelenkfacetten des zervikothorakalen Überganges, betont HWK7–BWK3. Eine radikuläre, zervikobrachiale Ausstrahlung lag nicht vor, konnte klinisch auch nicht durch eine sanfte cervicothorakale Stauchung und Foramenkompression ausgelöst werden.

Die Kennmuskulatur C5–Th1 war motorisch intakt, Hypästhesien nicht vorhanden.

Aus dem klinischen Befund war prinzipiell kein Einwand gegen eine Chiromanipulation ersichtlich. Aufgrund der Anamnese haben wir aber vor Ort gleich eine HWS-Röntgenaufnahme angefertigt.

Hier deutete sich bereits am überlagerungsbedingt meist schwer einsehbaren zervikothorakalen Überganges eine Impression der Deckplatte HWK7 an.

Statt Chirotherapie erhielt er eine CT-Abklärung an der nahegelegenen Universitätsklinik, wo sich eine stabile –Deckplattenimpressionsfraktur HWK7 ohne Hinterkantenbeteiligung, jedoch mit Avulsion der Vorderkante bestätigte.

Zusätzlich fanden sich leichte Deckplattenimpressionen BWK2 und BWK3 mit regelrechtem Alignment ohne Hinterkantenbeteiligung.

Röntgenologisch hatten sich diese überlagerungsbedingt am zervikothorakalen Übergang im Sinne okkulten Frakturen verborgen.

Therapeutisch wurden anfänglich operative Maßnahmen diskutiert, die vom Patienten allerdings abgelehnt wurden.

Statt dessen erhielt er eine angepasste, steife Philadelphia-Orthese und im Verlauf Krankengymnastik sowie eine weitere CT- und MRT-Kontrolle, die zunächst eine Befundstabilisierung und schließlich eine stabile Ausheilung erbrachten.

Inzwischen spielt er wieder Fußball.

Der Fall zeigt beispielhaft, wie wichtig eine genaue Anamnese ist, die man dem Patienten zudem oft erst gezielt aus der Nase ziehen muss. Ohne sie hätte der Patient die gewünschte Chiromanipulation auch „schnell mal“ erhalten.

Autor

Dr. Martin Böhringer

Facharzt für Orthopädie,
Hauptstraße 26, 91074 Herzogenaurach