Seit Jahren tiefsitzende Schmerzen in der Wirbelsäule

Im Anfangsstadium sind die Beschwerden einer ankylosierenden Spondylitis meist unspezifisch und werden daher oft fehlgedeutet. Durch charakteristische Merkmale können erfahrene Ärzte die Erkrankung festmachen. Von Peter Krapf

Die Intervalle der Beschwerden wurden bei einer jungen Patientin immer kürzer. Entzündliche Veränderungen der Kreuz-Darmbein-Gelenke und ein positiver HLA-B27-Gen-Nachweis führten unter anderen zur einer Verdachtsdiagnose, die auch durch eine rheumatologische Klinik bestätigt wurde.

Eine 26-jährige Frau stellt sich wegen episodisch auftretender tiefsitzender Rückenschmerzen vor, die seit zirka vier Jahren bestehen und meist – mit Ausstrahlungsphänomenen – in der Region des linken Iliosakralgelenks lokalisiert sind. Die Patientin hatte wegen der Beschwerden bereits mehrfach einen Orthopäden und auch ein Krankenhaus aufgesucht. Die Schmerzschübe treten in immer kürzeren Abständen auf, zuletzt alle zwei bis drei Wo-

chen, die rund fünf Tage anhalten. Die Symptome sind morgens verstärkt. Der Schlaf ist schmerzbedingt gestört. Sie habe immer wieder Tabletten, Spritzen und Infusionen erhalten, berichtet die junge Frau. Aufgrund ihrer bisherigen Erfahrungen äußert die Patientin Bedenken, ob ich ihr die geschilderten Beschwerden auch glaube.

Klinischer Befund

Lendenwirbelsäule: Druckschmerz bestand über den Dornfortsätzen der unteren Lendenwirbelsäule (LWS), weniger ausgeprägt
auch über den Iliosakralgelenken
(ISG). Es gab keinen Hinweis auf
eine Blockierung. Zeichen nach
Lasegue (Dehnungsschmerz des
Ischiasnervs und/oder der spinalen
Nervenwurzeln im lumbalen und
sakralen Segment) und Bragard



Lembeispiele aus Klinik und Praxis

(Nervendehnungsschmerzen) waren beidseits negativ. Keine dermatomspezischen Sensibilitätssörungen. Vegetativum unauffällig.

Hüfte: Beide Hüftgelenke waren frei beweglich; es bestanden keine Druckdolenzen über der ventralen Hüftgelenkkapsel.

Becken: Beckenschiefstand nach rechts von 1 cm.

Diagnostische Maßnahmen

Das zunächst durchgeführte LWS-Röntgen zeigte eine Geradstellung der LWS, die Seitaufnahme offenbarte eine Hyperlordose. Der Kalksalzgehalt imponierte regelgerecht. Die Beckenübersichtsaufnahme (siehe Abb. 1) bestätigte den klinisch gefundenen Beckenschiefstand nach rechts von 1 cm. Beidseits bestand eine 5/6 Hüftkopfüberdachung. Die Gelenkspalten waren normal weit.

Auffällig war eine vermehrte Sklerosierung der ISG, links mehr als rechts. Die daraufhin veranlasste Magnetresonanztomografie der LWS und der ISG (siehe Abb. 2) zeigte eine mäßige Chondrose im Segment L5/S1 sowie eine im Vergleich zu Voraufnahmen aus dem Jänner 2010 weitgehend unveränderte links dorsolaterale Diskusprotrusion. An den Iliosakralgelenken fanden sich beidseits teils sklerosierende, teils ödematös erosive Veränderungen an den Gelenkfugen, vereinbar mit chronisch rezidivierender und partiell akuter Sakroileitis.

Bei der laborchemischen Untersuchung fand sich das HLA B27 (Human Leukocyte Antigen) positiv.

Verdachtsdiagnose bestätigt

Die Verdachtsdiagnose Morbus Bechterew wurde durch eine rheumatologische Klinik bestätigt. Die eingeleitete Therapie mit dem monoklonalen Antikörper Adalimumab führte inzwischen zu einer erheblichen Besserung der Beschwerden.

Bei der letzten Kontrolle habe ich meine Patientin kaum wieder erkannt: Vor mir stand keine depressive, zweifelnde, unsichere Frau mehr, sondern eine selbstbewusste, glückliche junge Dame. Zudem berichtete sie mir, dass sie nun auch ein Training für einen Halbmarathon aufgenommen hat. Einer ihrer Ziele wird u. a. der Laufwettbewerb Anfang Mai 2015 in Salzburg sein.

Dr. Peter Krapf ist in der Orthopädischen Gemeinschaftspraxis in Trier, Deutschland, tätig.

Der Originalartikel "Junge Frau plagen seit Jahren tiefsitzende Schmerzen im Rücken" ist erschienen in Orthopädie & Rheuma 2014; 17 (4); Springer Medizin © Urban & Vogel GmbH



Abb. 1: Beckenübersichtsaufnahme zeigt Beckenschiefstand nach rechts von 1 cm; 5/6 Hüftkopfüberdachung; vermehrte Sklerosierung beider Iliosakralgelenke. © (2) Röntgenpraxis Trier, Dres med. Lieser und Kollegen

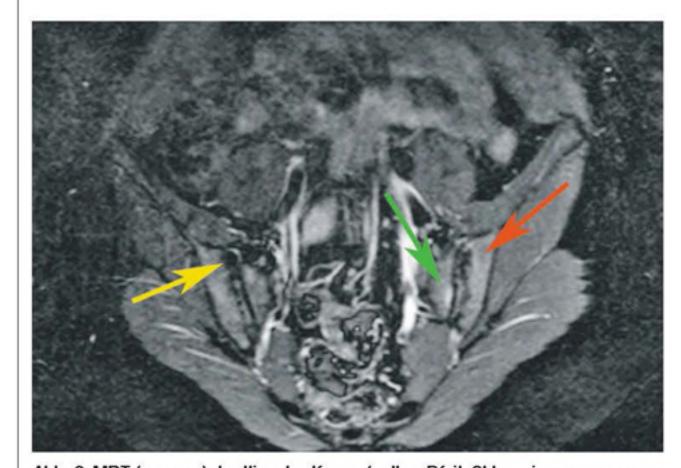


Abb. 2: MRT (coronar) der Iliosakralfugen (gelber Pfeil: Sklerosierungszone am rechten ISG, vorwiegend Darmbein; grüner Pfeil: floride entzündliches, fugennahes Knochenmarködem, linkes Os sacrum; roter Pfeil: teils sklerosierende, teils ossär ödematöse Darmbeinläsion links).