

Erst Pressschlag am Fuß, dann manuelle HWS-Therapie

Zwei Ereignisse – zwei Diagnosen

Vorgeschichte I

Am 29. November 2013 stellt sich ein 21-jähriger Dachdecker in meiner Praxis vor. Er berichtet, dass er am 15. September beim Fußballspielen einen Pressschlag an den Fuß erlitten habe. Im Krankenhaus sei am Unfalltag eine knöchernerne Absprengung des Os naviculare

festgestellt und der Fuß im Gips ruhiggestellt worden. Der nachfolgend behandelnde Chirurg habe ihm zu einer Ruhigstellung in einem „stabilen“ Konfektionsschuh geraten.

Diagnostik I

Die am 2.12.2013 angefertigte MRT zeigt eine zarte Infraktion des Os naviculare sowie ein deutliches Knochenödem. Ein Knochenödem findet sich auch im Bereich des Os cuneiforme mediale, des Calcaneus und des Talus (**Abb. 1**).

Therapie I

Zunächst adäquate Einlagenversorgung und Vitamin-D-Substitution bei laborchemisch gesichertem Vitamin-D-Defizit. Wegen persistierender Schmerzen erfolgt am 17. Januar 2014 eine Anbohrung mit nachfolgender Teilbelastung für vier Wochen. Zunächst leichte Besserung, im Verlauf jedoch erneut Schwellungen und Schmerzen. Die Kontroll-MRT zeigt weiterhin das bekannte multilokuläre Knochenödem. Daher erfolgte nachfolgend – off label – eine intravenöse Behandlung mit einem Bisphosphonat; die osteologische Basistherapie mit Vitamin D und kalziumreicher Ernährung wird fortgeführt.

Vorgeschichte II

Die zuletzt durchgeführte MRT zeigt eine deutliche Rückbildung der Knochenödeme. Dennoch klagt der junge Mann weiterhin über persistierende Schmerzen und ist weiterhin nicht arbeitsfähig. Daraufhin wird eine psychosomatische Reha-Maßnahme anberaumt. Auf Empfehlung meinerseits wird eine orthopädische/sportmedizinische Behandlung gewährleistet.

Diagnostik II

Circa sechs Wochen vor Antritt der Reha-Maßnahme treten Nackenschmerzen auf, die ambulant behandelt werden. Ein Physiotherapeut und ein

Arzt hätten ihn „eingerenkt“, berichtet der Patient. Danach seien Schwindelgefühle und Übelkeit aufgetreten. Während der Reha hätten sich diese Beschwerden verschlimmert. Zusätzlich sei die Zunge taub gewesen und er habe nicht mehr richtig sprechen können, berichtet der Patient bei der Vorstellung in meiner Praxis am 24.8.2015 (kurz vor dem Ende der Reha). Eine Abklärung der Beschwerden habe nicht stattgefunden.

Bei der klinischen Untersuchung meinerseits imponiert die paravertebrale HWS-Muskulatur vermehrt tonisiert. Die grobe Kraft ist seitengleich erhalten. Aufgrund der aktuellen Anamnese veranlasse ich eine angiologische Abklärung. Hierbei findet sich eine Dissektion der Arteria vertebralis rechts (**Abb. 2**). Der Patient wird daraufhin umgehend stationär eingewiesen und zunächst in einer Stroke Unit intensivmedizinisch betreut. Zum Zeitpunkt der Aufnahme sind alle umfassend erhobenen neurologischen Befunde unauffällig; gleiches gilt für den psychischen und internistischen Status.

Therapie II

In der Stroke Unit erfolgt initial eine intravenöse Antikoagulation mit Heparin mit nachfolgender Umstellung auf ASS 100 mg. Die Folgen der Dissektion der Arteria vertebralis klingen allmählich ab. Unter der ASS-Therapie bessern sich auch die subjektiven Fußschmerzen des Patienten.

Fazit

Auch wenn man bei einem Patienten eine psychosomatische Erkrankung vermutet, sollten (neu aufgetretene) Beschwerden stets sorgfältig hinterfragt und abgeklärt werden.

Dr. med. Peter Krapf
Orthopädische Gemeinschaftspraxis Trier

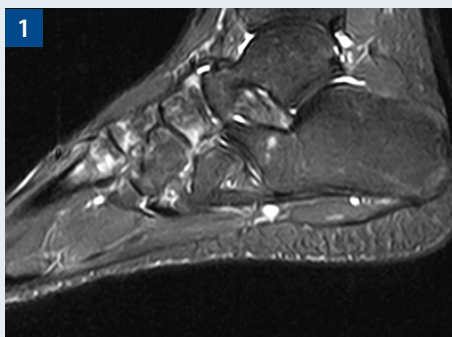


Abb. 1: Knochenödeme vor Bisphosphonat-Therapie



Abb. 2: Dissektion der Arteria vertebralis (Pfeil)