

## Handparese war mehr als ein Bandscheibenprolaps

Erst umfangreiche bildgebende Untersuchungen konnten den klinischen Befund erklären. Von P. Krappf

Eine 29-jährige Patientin stellte sich aufgrund von Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule vor. Zudem klagte sie über Kraftlosigkeit in der linken Hand, die seit zwei Wochen besteht. Die junge Frau berichtete, dass eine Bandscheibenoperation vorgesehen sei.

Die Vorstellung in einer orthopädischen Gemeinschaftsordination erfolgte auf Anraten einer im medizinischen Beruf tätigen Schwester. Vorgelegt wurde eine Computertomografie der Halswirbelsäule, wobei die klinische Angabe folgendermaßen lautete: unklare Wurzelkompression.

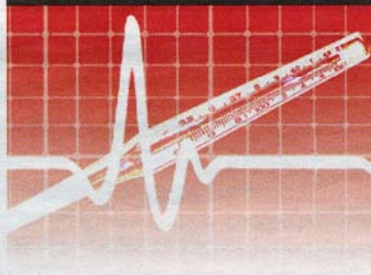
Der Schmerz strahlte in den linken Arm aus. Der Befund ergab: im Segment C5/C6 eine breitbasige dorsomediale, links akzentuierte Bandscheibenläsion mit initialer Impression des Myelons links lateral und Einengung des linksseitigen Neuroforamens, DD: flacher medio-links-lateraler Bandscheibenvorfall.

Bei der klinischen Untersuchung fand sich die paravertebrale Halswirbelsäulenmuskulatur verspannt. Aus der Neutralstellung heraus gelang die Rotation nach links und rechts seitengleich um 70 Grad. Die grobe Kraft war links etwas abgeschwächt. Es fanden sich keine sicheren dermatomspezifischen Sen-



Abb. 1: MRT der Halswirbelsäule – kräftiger sequestrierter links-paramedianer Prolaps C5/C6.

### Fallbericht



### Lernbeispiele aus Klinik und Praxis

sibilitätsstörungen. Bei der Untersuchung der linken Hand fiel zudem auf, dass das Spreizen der Finger unsicher, verlangsamt und kraftlos erfolgte.

### Keine Übereinstimmung zwischen zwei Befunden

Da der klinische Befund nicht mit dem CT-Befund ausreichend in Übereinstimmung zu bringen war, erfolgte eine MRT-Untersuchung der Halswirbelsäule. Hierbei wurde ein kräftiger sequestrierter links-paramedianer Prolaps C5/C6 beschrieben (s. Abb. 1). Eigentlich war die getroffene OP-Indikation hiermit un-

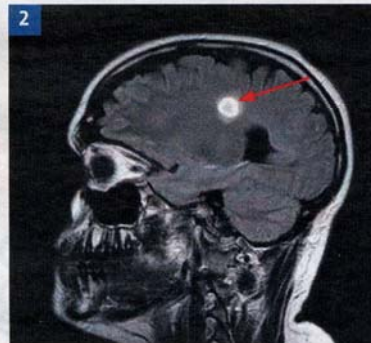


Abb. 2: MRT des Schädels – ein zirka 2 cm großer Plaque ist sichtbar.

termauert, aber der klinische Befund nicht ausreichend erklärbar. Es erfolgte deshalb eine kernspintomografische Untersuchung des Schädels. Hierbei fand sich ein gut 2 cm großer, ausgedehnter entzündlicher Plaque im rechten zentralen supraventrikulären Marklager (s. Abb. 2). Es erfolgte daraufhin die Überweisung an eine neurologische Klinik mit stationärer Behandlung. Hier wurde die Diagnose „Klinisch isoliertes Syndrom bei entzündlichem Herdbefund in der Kernspintomografie des Schädels rechtshemisphärisch mit Hemiparese links handbetont“ beschrieben.

Bei der Aufnahmeuntersuchung fand sich eine Bradydiadochokinese links, der Faustschluss links war gemindert, ebenso das Beugen des zweiten Fingers links sowie des dritten und vierten Fingers links. Die Armeigenreflexe waren links lebhafter als rechts beschrieben. Sensible Defizite waren nicht nachweisbar.

### Diagnose und Therapie

Die Ärzte kamen zu folgenden diagnostischen Ergebnissen:

1. kräftiger sequestrierter links-paramedianer Prolaps C5/C6;
2. entzündlicher Herdbefund rechts hemisphärisch mit Hemiparese links.

Therapiert wurde während des stationären Aufenthaltes mit einer hoch dosierten Steroid-Pulstherapie (insgesamt 4,5 g Methylprednisolon über fünf Tage). Hierunter war im weiteren Verlauf ein deutlicher Rückgang der Beschwerdesymptomatik zu verzeichnen. Die Patientin ist heute beschwerdefrei. **KK ■**

Autor: Dr. Peter Krappf ist an einer orthopädischen Gemeinschaftspraxis in Trier, Deutschland, tätig.

Quelle: Orthopädie & Rheuma 2010;8(7):62