

MRT hilft nicht immer weiter

(Er)Kennen Sie das Kiloh-Nevin-Syndrom?

Anamnese

Am 1. Februar 2019 stellte sich ein 40-jähriger Mann erneut (Erstvorstellung wegen HWS-Beschwerden bereits im Juni 2012) wegen seit Jahren bestehender rezidivierender Beschwerden im Bereich der Hals- und Brustwirbelsäule in meiner Praxis vor. Eine MRT-Abklärung wurde veranlasst.

Bei erneuter Vorstellung am 9. Juli 2019 klagte er wieder über Beschwerden im Bereich der HWS. Es sei es nun auch zu ausstrahlenden Schmerzen in beide Schultern und Taubheitsgefühl bis zu den Fingern beidseits abwechselnd gekommen. Im Mai 2019 war ihm zudem erstmals aufgefallen, dass er das Endglied des Daumens nicht mehr beugen könne.

Befund

Verspannte paravertebrale HWS-Muskulatur. Aus der Neutralstellung heraus gelang die Rotation nach Links/Rechts um 70-0-70 Grad. Die grobe Kraft war seitengleich erhalten. Vegetativum unauffällig. Keine dermatomspezifischen Sensibilitätsstörungen. Es fand sich eine erhebliche Schwäche der Endgliedbeugung des linken Daumens. Diesbezüglich keine Sensibilitätsstörung. Keine Druckschmerzhaftigkeit im Bereich des Daumens.

Diagnostik

Die im März durchgeführte MRT-Untersuchung der HWS und oberen BWS zeigte im Segment C5/C6 einen nach links mediolateral gerichteten Bandscheibenvorfall mit Kontakt zum Myelon. Zudem im gleichen Segment eine Foramenstenose. Ein weiterer Prolaps bestand im Segment C6/C7.

Ein im Juli angefertigtes MRT des linken Ellenbogengelenkes ergab keinen relevanten pathologischen Befund, ohne sonstige erkennbare Hinweise auf eine Nervenaffektion.

Ein im August durchgeführtes MRT des linken Handgelenkes ergab den Verdacht auf eine vorausgegangene, aktuell reizlose (subtotal) Ruptur des distalen Sehnenansatzes des Musculus flexor pollicis longus an der distalen Phalanx DI, was zu dem Beugefazit des Daumens passen könnte.

Diagnose

Kiloh-Nevin-Syndrom links (chronische Läsion des Nervus interosseus anterior)

Therapie

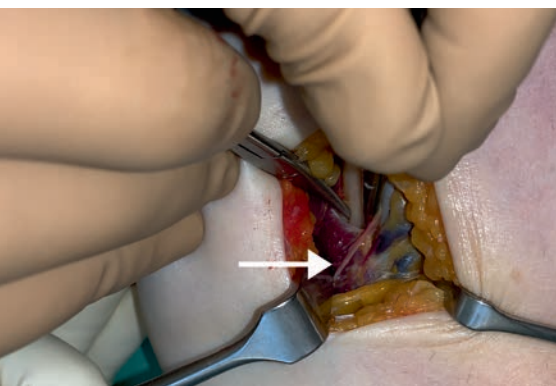
Es erfolgte die Vorstellung bei einem erfahrenen Handchirurgen. Hier konnte sonografisch die Daumenbeugesehne in vollem Umfang dargestellt und so eine

Ruptur ausgeschlossen werden. Nach Aufklärung über die Möglichkeit eines Double-crush-Phänomens mit Schädigung im Bereich der Spinalnerven und einer peripheren Nervenläsion erfolgte am 18. September 2019 bei klinisch eindeutigem und geradezu klassischem Kiloh-Nevin-Syndrom der operative Eingriff mit Neurolyse und Dekompression des Nervus medianus und des Nervus interosseus anterior (**Abb. 1**). Inzwischen kam es bereits zu einer deutlichen Funktionsverbesserung des Daumens (**Abb. 2b**).

Fazit

Diese Kasuistik mit seltener Diagnose sollte alle Orthopäden, Chirurgen und Unfallchirurgen angehen. Handelt es sich doch um eine mögliche Differenzialdiagnose bei Beschwerden der Halswirbelsäule und/oder peripheren Engpasssyndromen des Armes. Der Fall zeigt einmal mehr, wie wichtig die klinische Untersuchung und Erfahrung des Untersuchers ist und unterstreicht die Bedeutung einer guten interdisziplinären Zusammenarbeit.

Dr. med. Peter Krapf
Orthopädische Gemeinschaftspraxis Trier



© Prof. Pennig, St. Vinzenz-Hospital Köln

Abb. 1: OP-Bild. Der Pfeil deutet auf den komprimierenden Bindegewebszug hin.



© Krapf

Abb. 2: Kiloh-Nevin-Syndrom: Mit Daumen und Zeigefinger kann kein Kreis geformt werden (a), Zustand postoperativ (b)