Kommentar zu: Zervikale Myelopathie nach leichter HWS-Distorsion

Der Fallbericht zeigt exemplarisch ein zwar recht seltenes, aber doch zunehmendes Krankheitsbild auf: Neurologische Ausfälle nach HWS-Distorsionen ohne radiologisch nachweisbare Verletzungszeichen, historisch in der Literatur auch als SCIWORA (Spinal Cord Injury without Radiological Abnormity) bezeichnet. Die partiellen oder vollständigen neurologischen Ausfälle können entweder gleich nach dem Trauma oder mit einer gewissen Latenz auftreten.

Die adäquate Therapieentscheidung muss sehr differenziert getroffen werden, klare, auf aussagekräftigen Studien basierende Vorgaben gibt es in der Literatur nicht.

Folgende Fragen wirft der Fallbericht auf:

1. Operationsindikation und Zeitpunkt,
2. Kortisongabe,
3. operatives Vorgehen und Art der Stabilisierung.

Zu 1.: Ausdehnung und Dynamik der neurologischen Ausfälle sind wesentlich zur Indikationsstellung. Eine Frankel-A-Situation mit primär vollständigem Ausfall sollte bei engem Spinalkanal notfallmäßig schnellstmöglich dekomprimiert und stabilisiert werden. Schwierig wird die Indikationsstellung bei inkompletter Symptomatik: Besteht eine Tendenz zur Besserung, muss der Benefit einer Dekompression gegenüber dem unzweifelhaft zusätzlichen Trauma der Operation abgewogen werden. Hier ist in den meisten Fällen abwartendes Verhalten indiziert. Eine inkomplette Symptomatik mit Tendenz zur neurologischen Verschlechterung sollte

notfallmäßig dekomprimiert werden. Liegt eine inkomplette Situation ohne Dynamik in den ersten 6–24 h vor, tendieren die meisten Wirbelsäulenchirurgen zum operativen Vorgehen.

Zu 2.: Eine Kortisongabe bei neurologischer Symptomatik nach Trauma ist nicht mehr indiziert, da zwischenzeitlich belegt werden konnte, dass die Nachteile eventuellen Vorteilen gegenüber klar überwiegen. Entsprechende Leitlinien der Fachgesellschaften liegen vor. Wird allerdings eine Dekompression durchgeführt, verwenden einige Operateure lokal oder systemisch Steroide unter der Vorstellung, das zusätzliche Trauma so eventuell minimieren zu können. Studien, die diesbezüglich eine Wirkung belegen, gibt es nicht.

Zu 3.: Wesentlich ist eine ausreichende Dekompression, die in den meisten Fällen von ventral erfolgt. Bei speziellen Konfigurationen der spinalen Stenose mit v. a. dorsalen Einengungen ist aber auch ein rein dorsales oder gar kombiniertes Vorgehen indiziert. Ob beim ventralen Vorgehen mikrochirurgisch segmental vorgegangen wird oder längerstreckige Korporrektomien mit anschließendem Wirbelkörperersatz durchgeführt werden, hängt von der Konfiguration der Stenose und bis zu einem gewissen Grad auch von der Vorliebe und Erfahrung des Operateurs ab. Da die vorgeschädigten neurologischen Strukturen maximale Stabilität benötigen, ist neben den Cages die Verwendung einer Platte zu empfehlen. Im vorliegenden Fall ist es ohne Platte offensichtlich gut gegangen, mit einer zusätzlichen Stabilisierung wäre es sicherer gewesen.

Den Autoren ist für die wichtige Falldarstellung zu danken, der die Problematik exemplarisch darstellt. Auch erfahrene Wirbelsäulenchirurgen kommen bei dieser Problematik immer wieder zum Nachdenken, welche Therapieoption beim jeweiligen Patienten die beste ist. Jeder Fall muss individuell abgewogen werden, zahlreiche weitere Faktoren, die hier in der Kürze nicht dargestellt werden können, müssen miteinbezogen werden. Um so wichtiger ist es, beim Leser die Sensibilität dafür zu schärfen, bei Patienten mit nicht eindeutiger neurologischer Symptomatik schnell zu reagieren und wenn im eigenen Haus keine hohe Expertise für solche Krankheitsbilder vorliegt, den Patienten sofort in ein entsprechend ausgewiesenes Zentrum zu verlegen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. A.P. Verheyden
Ortenau-Klinikum
Klosterstr. 19, 77933 Lahr-Ettenheim
akhil.verheyden@le.ortenau-klinikum.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. A.P. Verheyden gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.