

Bitte „nur mal schnell einrenken“!

... der dritte Fall

Eine 41-jährige, sportliche Patientin konsultierte die orthopädische Sprechstunde, um sich chirotherapeutisch weiterbehandeln zu lassen, da ihr Nacken trotz krankengymnastischer Vorbehandlung noch immer blockiert sei.

Sie berichtete, dass sie bei einem Pferdesturz mit Helm und Schutzjacke vor fünf Wochen ein Schleudertrauma erlitten hätte und deshalb im örtlichen Krankenhaus voruntersucht wurde. Röntgenologisch sei ein Bruch ausgeschlossen und Physiotherapie verordnet worden. Da diese nicht geholfen hatte, hätte sie sich erneut ins Krankenhaus begeben. Dort erklärte man ihr, dass dies in solchen Fällen oftmals länger dauert und empfahl, weiter Analgetika und Muskelrelaxantien einzunehmen, die Genesung mit Geduld abzuwarten und auf die weitere Heilgymnastik zu vertrauen. Nachdem die Krankengymnastin aber ihre Blockade nicht ausreichend verbessern konnte, empfahl man ihr, sich einrenken zu lassen.

Klinisch zeigte sich eine ausgeprägte und fixierte (!) Seitneigungsfehlstellung der oberen HWS nach rechts in leichter Linksrotation mit Druckdolenz über den Kopfgelenken auf der rechten Seite. Die Neutralposition konnte nicht eingenommen werden. Auch fand sich ein erheblicher cervikaler Muskelhartspann, rechtsbetont mit massiver Entfaltungsstörung und einer Drehsteife von ca. 40/10/0 Grad (rechts/links). Sensible Missempfindungen oder eine Kraftminderung im Bereich der oberen oder unteren Extremitäten im Sinne einer neurologischen Begleitsymptomatik waren nicht vorhanden. Ebenso wenig wurden Vorbefunde aus dem vorbehandelnden Krankenhaus mitgebracht, lediglich der Wunsch einer chirotherapeutischen Weiterbehandlung.

Aufgrund der klinischen „red flags“ erhielt die Patientin anstelle von Chirotherapie eine sofortige Computertomografie der oberen Halswirbelsäule. Diese ergab eine instabile HWK1/2-Gelenkluxationsfraktur mit rotatorischer, atlantoaxialer Dislokation und einen kurzstreckigen Verschluss der Arteria vertebralis rechts auf Höhe der Atlanschleife. Die Luxationsfraktur wurde in einem Wirbelsäulenzentrum unter Narkose in einer Schädelklemme (Mayfieldklammer) geschlossen reponiert.

Anschließend erfolgte die operative Versorgung mittels navigationsgestützter, dorsaler HWK1/2-Stabilisierung nach Goel-Harms.



Unfallröntgen HWS seitlich: Kopfgelenke HWK1/2 schwer einsehbar, verkippt, mit asymmetrischer Stellung des Dens axis ohne erkennbare Abzeichnung einer Fraktur.



CT obere HWS postoperativ: Dorsale atlantoaxiale HWK1/2-Stabilisierung in Goel-Harms-Technik



CT obere HWS präoperativ: Instabile atlantoaxiale Gelenkluxationsfraktur HWK1/2 rechts



Nach zunehmender Konsolidierung und kurzzeitiger Antikoagulation erfolgte im weiteren Verlauf eine stationäre Rehabilitation und krankengymnastische Mobilisierungsmaßnahmen. Inzwischen reitet die Patientin wieder.

Vorbefunde, die nicht angemessen mit den eigenen Befunden korrelieren, sind, auch wenn sie aus einem Krankenhaus kommen, zu hinterfragen, um keine falschen Maßnahmen zu ergreifen oder nicht angebrachte, chirotherapeutische Manipulationen durchzuführen. Manchmal zeigt erst eine Computertomografie Dinge, die dem „normalen Röntgenbild“ entgehen. Hier muss man sich überlegen, welche Bildgebung wann

nötig, beziehungsweise unverzichtbar ist. Die klinischen Symptome des Patienten sind hierbei der Maßstab für sämtliche Entscheidungen. Kritische Re-Evaluationen und Anpassungen der Diagnostik und Therapie inklusive.

Autor

Dr. Martin Böhringer

Facharzt für Orthopädie,
Hauptstraße 26, 91074 Herzogenaurach