

Paraplegie nach akuter Bursitis

Franziska Auf der Maur^a, Manfred Kessler^b

^a Pathologisches Institut,
Kantonsspital Luzern

^b Röntgeninstitut,
Kantonsspital Luzern

Eine 81jährige Patientin entwickelte eine *Staphylococcus-aureus*-Sepsis nach eitriger Bursitis olecrani. Im Verlauf kam es zur akuten Paraplegie unterhalb des 10. thorakalen Segments. Im MRI sahen wir eine Nekrose von BWK 7 und 8 mit perifokalem Weichteilplus (Abb.1).

In der Autopsie finden wir neben Zeichen der Sepsis ein linksseitiges Pleuraempyem, eine eitrige Spondylitis und Nekrose von BWK 7 und 8, einen paravertebralen Weichteilabszess mit Ausdehnung in die rechten Interkostalräume 6–9 (Abb. 2) und einen Epiduralabszess. Histologisch ist das Rückenmark auf dieser Höhe nekrotisch (Abb. 2).

Eine Paraparese oder -plegie durch Rückenmarknekrose bei bakteriellem Infekt kann infolge von Rückenmarkskompression durch Epiduralabszess, Spondylitis mit Wirbelkörperkollaps, Ischämie durch septische Thromboemboli [1] oder Nucleus-pulposus-Emboli mit Wirbelkörpernekrose und sekundärer Superinfektion entstehen. Erreger der nichttuberkulösen Spondylitis ist meist *Staphylococcus aureus*. Die häufigste Lokalisation ist lumbal; die Gefahr einer Paraplegie ist zervikal und thorakal

grösser. Die Diagnose des Wirbelkörperinfarkts wird oft verzögert gestellt, da das MRI erst im fortgeschrittenen Stadium angibt. Patienten ohne neurologische Symptome können konservativ (intravenöse Antibiose für 4–6 Wochen), solche mit neurologischen Ausfällen zudem operativ (Ausräumung des Epiduralabszesses und nekrotischen Knochens, Ersatz mit autologem Knochen und Wirbelkörperperfusion) behandelt werden. Die Prognose ist bei rascher Therapie meist gut [2].

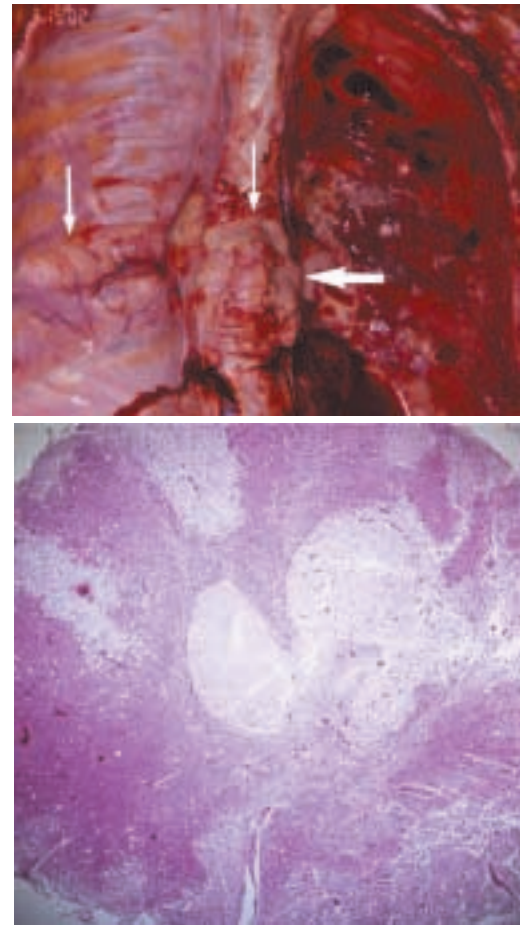
Abbildung 1.

Links: Nekrose der Wirbelkörper 7 und 8 in sagittaler T₁-gewichteter Subtraktionsaufnahme der unteren BWS: Fehlende Perfusion der WK (Pfeilspitzen). Rechts: Myelopathie mit langstreckiger hyperintenser Läsion des Myelons (Pfeilspitzen) und wenig Flüssigkeit zwischen BWK 7 und 8 (Pfeil) in sagittaler T₂-gewichteter Aufnahme.



Abbildung 2.

Autopsiebefunde. Oben: Abszess ventral der unteren BWS mit interkostaler Ausdehnung (Pfeile). Unten: Histologie der vollständigen Rückenmarknekrose auf Höhe WK 7 und 8. HE-Färbung.



Korrespondenz:
Prof. Dr. Jan-Olaf Gebbers
Pathologisches Institut
Kantonsspital
CH-6000 Luzern 16

janolaf.gebbers@ksi.ch

Literatur

1 Syrjänen J, Iivanainen M, Kallio M, Somer H, Valtonen VV. Three different pathogenic mechanisms for paraparesis in association with bacterial infections. *Ann Clin Res* 1986; 18:191–4.

2 Arnold PM, Baek PN, Bernardi RJ, Luck EA, Larson SJ. Surgical management of nontuberculous thoracic and lumbar vertebral osteomyelitis: report of 33 cases. *Surg Neurol* 1997;47:551–61.