

Der interessante neurologische Fall

Fall Nr. 4: Intrapinaler epiduraler Abszess

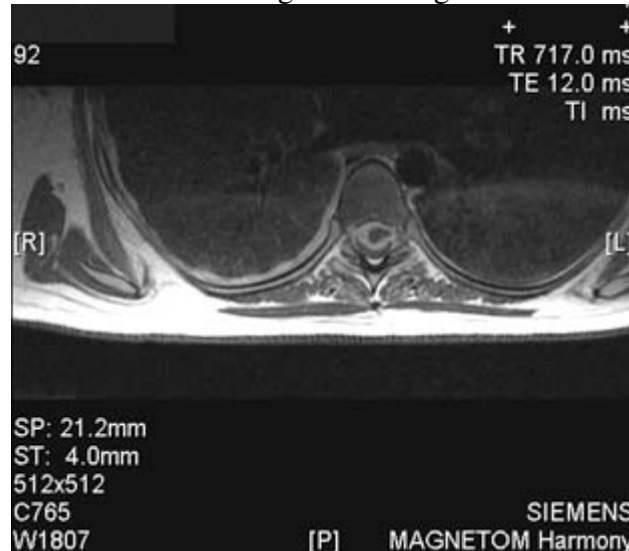
Die 25 j. Patientin kommt zur Abklärung einer progredienten spastischen Paraparese in unsere Neurologische Klinik. Anamnestisch war eine Laminektomie LWK1 und LWK 2 sowie eine Fusion BWK 12 bis LWK 3 vor sieben Monaten durchgeführt worden. Im Folgemonat wurde wegen Instabilität die Fusion auf den BWK 11 erweitert, wegen Implantatinfektion erfolgte die Exstirpation des Instruments und die Einlage einer Kette im Folgemonat. Nun stellte sich radiologisch der Verdacht auf eine destruierende Spondylidiscitis LWK 1 bis 2. Neurologisch bestand eine inkomplette sensomotorische Querschnittslähmung ab Th 5 mit Blasen- und Mastdarmlähmung. Bei der lumbalen Myelographie zeigte sich zunächst ein Kontrastmittelstop in Höhe LWK 3, bedingt durch eine spinalkanalstenosierende Raumforderung.



In der anschließenden cervicalen Myelographie zeigte sich in Höhe BWK 5 und 6 eine halbmondförmige Kontrastmittelaussparung, die nur einen spärlichen Fluß des Kontrastmittels nach caudal zuließ.



In der sagittalen T1-gewichteten kernspintomographischen Untersuchung stellte sich eine von ventral ausgehende Raumforderung in Höhe BWK 5 und 6 dar mit zentraler Hypointensität, die das Myelon nach dorsal pelottierte. Nach Kontrastmittelgabe kam es im Bereich der Meningen zu einem intensiven Enhancement, wobei der zentrale Bereich sich als nekrotisch demaskierte. Darüber hinaus fand sich im Bereich des Instrumentes in Höhe LWK 1 und LWK 2 eine weitere intensive Anreicherung der Meningen.



In den transversalen kontrastmittelgestützten T1- gewichteten Sequenzen erkennt man gut das Ausmaß der Raumforderung. Um einen zentral nekrotischen Kern findet sich eine intensiv kontrastmittel aquirierende Abszesskapsel. Die Raumforderung pelottiert das verbleibende Myelon in form einer halbmondförmigen Sichel nach dorsal.



In der sagittalen T2-gewichteten Sequenz erkennt man beide Raumforderungen gut. Initial von einer destruierenden Spondylodiscitis LWK 1 und 2 ausgehend, hatte sich per continuitatem ein weiterer intraspinaler epiduraler Abszeß in Höhe BWK 5 und BWK 6 gebildet, der das Myelon nach dorsal verlagert.