

Hämatogene Spondylodiscitis – Diagnose und Therapie

B. Stöckl

Univ.-Klinik für Orthopädie, Medizinische Universität Innsbruck

(Vorstand: A. Univ.-Prof. Dr. Martin Krismer)

Die unspezifische Spondylodiscitis ist eine selten auftretende bakterielle Entzündung des Wirbelkörpers und der angrenzenden Bandscheibe(n). Die Inzidenz ist sehr niedrig: 0,2 - 1,2 Fälle pro 10.000 Krankenhausaufnahmen bzw. 2% - 4% aller Osteomyelitiden. Die Infektion erfolgt in der Regel hämatogen, am häufigsten betroffen sind Wirbelkörper der unteren Brust- und oberen Lendenwirbelsäule. Durch das relativ seltene Auftreten der Erkrankung und die teilweise unspezifischen Symptome wird die Diagnose mitunter erst spät gestellt.

Verlauf und Diagnose

Die akute Form imponiert mit deutlichem Krankheitsgefühl, septischen Temperaturen, typischem Entzündungslabor (CRP-Erhöhung, BSG-Anstieg und starken lokalen Schmerzen). Chronische Formen verlaufen oft sehr unspezifisch. Die Patienten leiden unter subfebrilen Temperaturen, Gewichtsverlust, mäßiger Erhöhung der Blutsenkung und Veränderungen im Eisenhaushalt. Bei Abszessen im Bereich des M. Iliopsoas kommt es zu Schonbeugehaltungen der Hüfte, Druckschmerz über dem Muskel und einem typischen Aufstehen des Patienten – er „zieht sich an sich selbst hoch“. Typisch ist auch der Verlauf in akuten Schüben, das Auf-

treten von Nachtschmerzen und von periodisch auftretenden Schmerzen. Die Erkrankung kann jederzeit exazerbieren – bedrohliche Verläufe mit Pleuraempyem, Sepsis bzw. neurogenen Komplikationen (Querschnitt) sind möglich.

Die Diagnose der hämatogenen Spondylodiscitis im Erwachsenenalter wird mittels Anamnese, Labor (CRP), bildgebender Verfahren (Nativ-Röntgen, CT, MRT, Szintigrafie) und Keimidentifikation (Punktion, Abstrich) gestellt. In schwierigen Fällen kann die Diagnose eventuell mittels Granulozytenscan gesichert werden. Differentialdiagnostisch kommen Malignome (Metastasen, Myelom), Kompressionsfrakturen, Sarkoidose, rheumatoide Arthritis und M. Scheuer-

mann in Betracht. Da die Tuberkulose wieder im Anstieg begriffen ist, muss auch diese Erkrankung in jedem Fall ausgeschlossen werden.

Der Versuch einer Keimidentifizierung ist, auch nach antibiotischer Vorbehandlung, obligat. Eine CT-gesteuerte Punktion kann bei der Gewinnung von Untersuchungsmaterial hilfreich sein.

Therapeutische Möglichkeiten

Die antimikrobielle Therapie der spontanen (hämatogenen), unspezifischen Spondylodiscitis ist derzeit etwas problematisch, da keine Empfehlungen im Sinne einer „evidence-based therapy“ vorliegen. Indikatio-

Tabelle 1: Keimspektrum laut Literatur

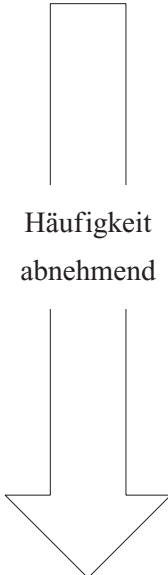
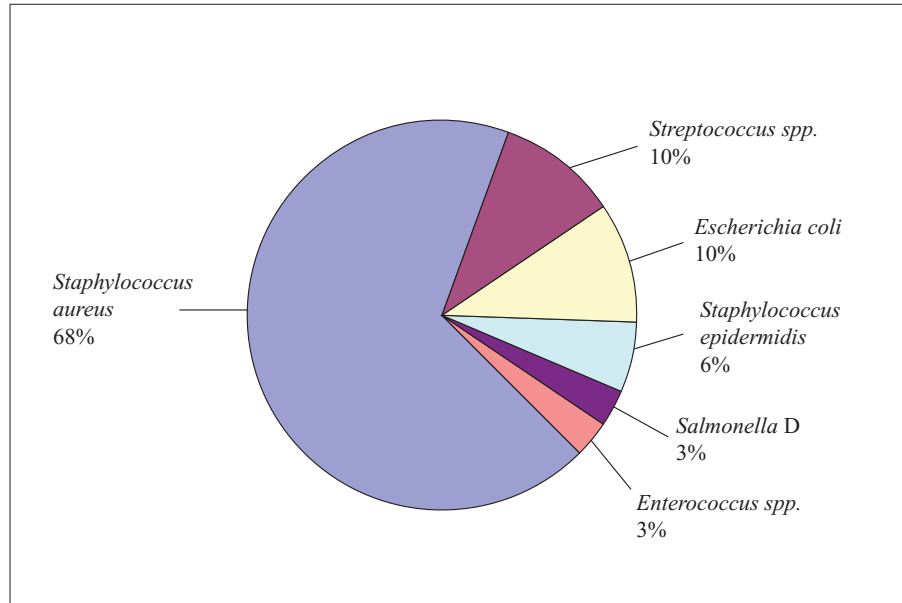
<i>Staphylococcus aureus</i> und <i>albus</i> (<i>epidermidis</i>)	 Häufigkeit abnehmend
<i>Streptococcus viridans</i> und <i>pyrogenes</i>	
<i>Actinomyces</i>	
<i>E. coli</i>	
<i>Clostridium perfringens</i>	
<i>Proteus</i>	
<i>Brucella</i>	
Enterokokken	
<i>Salmonella typhosa</i>	
<i>Salmonella paratyphi</i> A und B	

Abbildung 1: Erreger der Spondylodiscitis (retrospektive Studie, n = 40)



nen für ein operatives Vorgehen sind Instabilität der Wirbelsäule, drohende oder akute neurologische Veränderungen oder ein unbefriedigender konservativer Therapieerfolg.

In einer Anwendungsbeobachtung an 40 Fällen mit unspezifischer hämatogener Spondylodiscitis konnte bei 72,5% der Patienten das Pathogen nachgewiesen werden. Erwartungsgemäß erwies sich *Staphylococcus aureus* als der häufigste Erreger (Abbildung 1). Bei 65% der inkludierten Patienten bestanden vor Therapiebeginn Komplikationen der Spondylodiscitis, meist Abszesse oder neurologische Probleme. Alle Patienten erhielten Fosfomycin (täglich 8 bis 24 g i.v.) meist in Kombination mit einem Cephalosporin der 2. Generation. Die Behandlungsdauer betrug durchschnittlich im Median 24 Tage, die antimikrobielle Therapie wurde bis eine Woche nach Normalisierung des CRP-Wertes beibehalten. Die klinische Erfolgsrate betrug 87,5%. Bei 75% der Teilnehmer konnte eine klinische Heilung, bei 12,5% eine klini-

sche Besserung erreicht werden. Bei allen Therapieversagern wurde Fosfomycin in einer niedrigen Dosierung (2 x 4 g/Tag) verabreicht. Es wurde kein schwerwiegendes unerwünschtes Ereignis registriert. Durch die Studie wurde gezeigt, dass eine Antibiotikakombination mit Fosfomycin eine sehr effektive und sichere Therapie der unspezifischen bakteriellen Spondylodiscitis darstellt. Es muss dabei aber auf eine ausreichend hohe Dosierung geachtet werden.

Anschrift des Referenten:

OA Dr. Bernd Stöckl
Univ.-Klinik für Orthopädie, Medizinische
Universität Innsbruck
A-6020 Innsbruck, Anichstraße 35

E-Mail: bernd.stoeckl@uibk.ac.at