

Der besondere Fall

Ortner-Syndrom – gefährliche Rarität

V.K. MATUSSEK, N. SAPUNDZHIEV, J.A. WERNER, O. KASCHKE

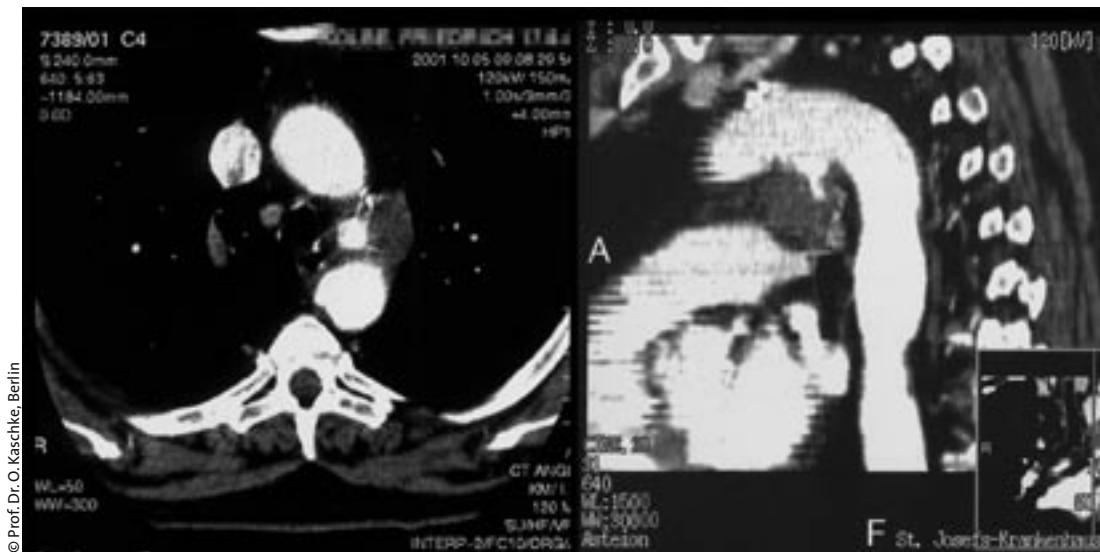


Abb. 1: Thorakales CT mit Darstellung des größtenteils thrombosierten Aneurysmas zwischen Aorta ascendens und descendens

Eine therapieresistente Dysphonie mit isolierter linksseitiger Recurrensparese ist zunächst nichts Außergewöhnliches. Ergeben sich aber Hinweise auf ein zurückliegendes Dezelerationstrauma, kann diese Symptomatik auf ein lebensbedrohliches Aortenbogenaneurysma hinweisen. Die folgende Kasuistik zeigt den Fall eines Patienten, der sich wegen einer plötzlich aufgetretenen Dysphonie in einer HNO-Klinik vorstellte.

Im August 2001 suchte der Patient wegen einer therapieresistenten Heiserkeit unsere Klinik auf. Schluckbeschwerden bestanden keine; Hinweise auf eine akute Infektion ergaben sich nicht. Der Patient gab an, etwa sieben bis acht Zigaretten täglich zu rauchen; der Zigarettenkonsum hatte früher bis zu 30 Zigaretten pro Tag betragen. Endolaryngeale Voroperationen oder Intubationsnarkosen waren nicht zu eruieren. Wegen einer seit 25 Jahren bekannten

arteriellen Hypertonie war der Patient mit Antihypertonika auf Blutdruckwerte von 140/90 mm Hg eingestellt. Bis zum Zeitpunkt des Auftretens der Beschwerden sang der Patient in der Tenorstimme eines Laienchores.

Untersuchungsbefund

In der Lupenendoskopie des Larynx zeigte sich ein linksseitiger Stimmlippenstillstand bei rosiger Schleimhaut ohne Hinweis für raumfordernde Prozesse. Der

Aortenaneurysmen

Voraussetzung für die Entstehung eines Aneurysmas ist eine Gefäßwandchwäche. Diese kann angeboren oder erworben sein. Ein Aortenaneurysma ist in aller Regel Folge der dilatierenden Form der Arteriosclerosis obliterans. Die früher häufige Mesoarteritis luica ist heute eine ausgesprochene Rarität. Sie betrifft fast ausschließlich die Aorta ascendens. Im deszendierenden Anteil der Aorta sind syphilitische Aneurysmata so selten, dass sie differenzialdiagnostisch praktisch nicht mehr in Erwägung gezogen werden müssen. Bindegeweberkrankungen, wie z.B. das autosomal dominant vererbte Marfan-Syndrom oder das Ehlers-Danlos-Syndrom spielen ebenfalls eine nachgeordnete Rolle. Die häufigsten Ursachen für ein thorakales Aneurysma im Bereich des Aortenbogens sind posttraumatische Veränderungen, arteriosklerotische und poststenotische Dilatationen bei Coarctatio aortae.

Schluckversuch mit Methylenblau ergab keinen Hinweis für eine subklinische Aspirationsneigung.

Zervikal fand sich inspektorisch und palpatorisch ein unauffälliger Befund ohne Hinweis für pathologisch vergrößerte Halslymphknoten oder venöse Stauungszeichen. Die Schilddrüse war normal schluckverschieblich ohne palpatorisches Schwirren und zeigte in der Sonographie keinen Hinweis für pathologische Prozesse oder eine Hypertrophie. Die Funktion der kaudalen Hirnnerven war bis auf die linksseitige Stimmlippenparese unauffällig.

CT-Befund

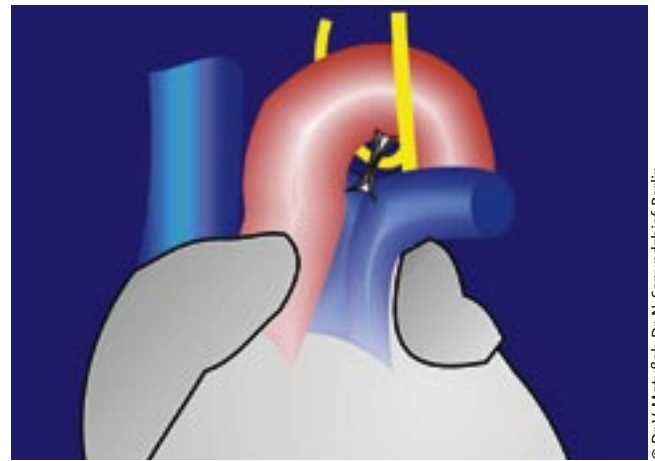
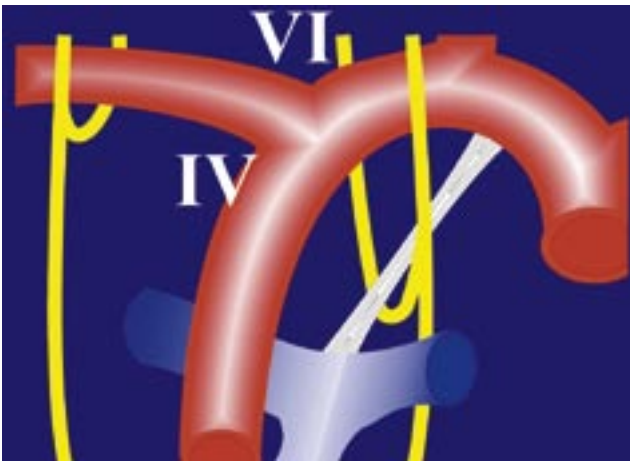
Zur weiteren Abklärung der linksseitigen Stimmlippenparese veranlassten wir eine Spiral-Computertomografie des Thorax und eine Angiographie. Hier ließ sich ein über 6 cm großes, überwiegend thrombosiertes sakkuläres Aortenbogenaneurysma im Bereich des Isthmus aortae darstellen (Abb. 1).

Dezelerationstrauma und Aortendissektion

Durch Dezelerationstraumen kann ein Intimaeinriss und eine Dissektion der Aortenwand mit nachfolgender Entwicklung eines Aneurysmas ausgelöst werden. Das traumatische Aneurysma ist pathologisch und anatomisch gesehen ein Aneurysma spurium. Durch die initial traumatisch bedingte Scherkraft und anschließende Kraft des strömenden Blutes kommt es nach Einriss der gefäßauskleidenden Intima zu einer Spaltung von der darüber liegenden muskulären Media mit einer Wühlblutung. Der blutgefüllte Raum wird als falsches Lumen bezeichnet und kann auch in das Gefäß rekanalisieren.

Vorraussetzung ist ein erhebliches Unfallereignis des Brustkorbs oder auch des Abdomens. Vorstellbar sind Thoraxtraumen mit Rippenreihenfraktur oder Quetschungen des Thorax wie zum Beispiel beim Aufprall auf das Lenkrad (Autounfall). Bei Unfällen mit starker Dezeleration (die kritische Geschwindigkeit beim Autofahren beträgt 30 km/h) kommt es zu extremen Scherkräften, insbesondere an den Punkten, an denen die mobilen Anteile der Aorta in die fixierten Anteile übergehen. Eine Prädilektionsstelle stellt der Aortenisthmus, unmittelbar distal des Abgangs der Arteria subclavia sinistra dar. In diesem Bereich wendet sich die Aorta descendens nach dorsal und wird durch das Ligamentum arteriosum, die Arteria subclavia sinister und die Interkostalarterien an der thorakalen Wand fixiert (Abb. 2a und 2b).

Wird der Oberkörper eines Menschen durch ein Hindernis plötzlich abgebremst, setzen das Herz und der horizontale Anteil des Aortenbogens die Vorwärtsbewegung fort, während die Aorta descendens an der Wirbelsäule fixiert bleibt. Dadurch entstehen meist Einrissverletzungen im Isthmusbereich der Aorta. Prinzipiell ist natürlich eine Verletzung aller Teile der Aorta möglich.



© Dr. V. Matušek, Dr. N. Sapundzhief, Berlin

Abb. 2 a und b: Prädilektionsstelle für posttraumatisches Aortenbogenaneurysma; Position des linken Nervus laryngeus recurrens

Spezielle Anamnese: „Bagatellunfall“

Die Genese des Aneurysmas war zunächst unklar. Arteriosklerotische Gefäßveränderungen konnten ausgeschlossen werden. Die Lues-Labordiagnostik war negativ. Wir zogen eine Traumatisierung des Aortenisthmus in Erwägung und befragten den Patienten nach vorangegangenen Dezelerationstraumen.

Erst bei dieser gezielten Anamnese gab der Patient einen Verkehrsunfall („Bagatellunfall“) vor acht Jahren an. Sein Wagen wurde dabei von einem anderen Fahrzeug am Heck gerammt und kippte bei einer Geschwindigkeit von etwa 40 bis 45 km/h um; das Fahrzeug kam zum Stillstand, nachdem es sich auf dem Dach liegend um 360° gedreht hatte, zum Stillstand. Bei diesem Unfall war der Patient angeschnallt.

Die damalige Erstversorgung erfolgte in einer Notfallambulanz, wobei lediglich ein arterieller Bluthochdruck bemerkt wurde. Nach eigenen Angaben lagen äußerlich keine Verletzungen vor, sodass der Patient nach zwei Stunden wieder aus der Klinik entlassen wurde. Lediglich wegen der psychischen Schockwirkung und des erhöhten Blutdruckes erfolgte eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für drei Tage. Danach war der Patient acht Jahre lang beschwerdefrei.

Therapie und Verlauf

Die Therapie des Aortenaneurysmas erfolgte mittels endovaskulärer Stentprothesenimplantation in den Isthmus aortae der Aorta descendens. Die postoperative Angio-CT-Kontrolle zeigte einen regelrechten Sitz der Prothese, so dass der Aneurysmasack jetzt vollständig vom

arteriellen Blutfluss abgesetzt war. Nebenbefundlich zeigte sich ein Teilverschluss der Arteria subclavia sinister durch die Stentprothese.

Die Lähmung des Nervus recurrens blieb postoperativ zunächst unverändert. Erst nach 20 Stunden logopädischer Behandlung konnte die Dysphonie durch die Hypertrophie der rechten Stimmlippe kompensiert werden. Eine Aphonie trat nur bei Dauerbelastung der Stimme auf. Der Sprachfluss blieb aber weiterhin aufgrund der forcierten Inspiration gestört.

Literatur bei den Verfassern

Dr. med. Vera K. Matušek,
Sankt Gertrauden-Krankenhaus
Abteilung für HNO-Heilkunde,
plastische Gesichts- und Halschirurgie,
Paretzer Str. 12, 10713 Berlin

Fazit

Die um Jahre verzögerte Symptomatik eines Aortenaneurysma gilt als absolute Rarität und ist bisher nur zweimal in der Literatur beschrieben. Die eindeutig höhere Inzidenz linksseitiger Stimmlippenparesen erklärt sich aus der Topographie des Nervus recurrens sinister, bedingt durch seine spezifische embryologische Entwicklung. Außergewöhnlich war in dem beschriebenen Fall die isolierte Ortner-Symptomatik (linksseitige Stimmlippenparese) ohne Ausprägung anderer Symptome. In diesem Fall gab die linksseitige Stimmlippenparese als einziges und letztendlich lebensrettendes Symptom den Hinweis auf die Dissektion eines Aortenaneurysmas.

Zum Ausschluss einer lebensbedrohlichen Aortendissektion sollten daher Patienten mit unklarer Heiserkeit nach Bagatelltrauma einer HNO-ärztlichen und einer bildgebenden Diagnostik zugeführt werden. Analog sind bei linksseitiger Stimmlippenparese mit blandem Larynxbefund in der Anamneseerhebung auch Fragen zu früheren Verkehrsunfällen oder ähnlichen Dezelerationstraumen zu berücksichtigen.