Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle

Leserbrief zum aktuellen Fall der Gutachterstelle im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 4/2025, Seite 7

Werter Herr. Dr. Kluge, ich möchte vorausschicken, dass ich kein Freund von Kortikosteroidinjektionen in/an Gelenke oder gelenknahe Strukturen bin. Der schnelle Erfolg ist zwar in der Regel für Patient wie Arzt eindrucksvoll, genauso regelhaft jedoch nur kurz anhaltend; die Risiken, von denen das Infektionsrisiko nur eines ist, jedoch insbesondere bei der absehbar wiederholten Durchführung nicht unerheblich. Prinzipiell ist jedoch eine solche Injektion bei der beschriebenen Klinik (Impingement der Schulter) eine zulässige Behandlungsoption. Ein Infektionsrisiko ist nie ganz auszuschließen, und Staph aureus als Hautbewohner kommt dafür vorrangig in Frage. Um eine Infektion in der Region des Sternoklavikulargelenkes auszulösen fehlt mir allerdings ein klarer Zusammenhang: Es hat offenbar keine Infektion in der Region der Injektion gegeben (Bursa beziehungsweise Schultergelenk). Auch über eine Infektion zum Beispiel in der Pectoralisloge wird nichts berichtet. Es fehlt mir hier also

der logische anatomische Zusammenhang.

Eine Spondylodiszitis ist ein seltenes, aber gefährliches Ereignis. In circa 25 Jahren Praxistätigkeit kann ich zwei Fälle überblicken: eine Patientin nach Chemotherapie bei einem Tumorleiden und ein Patient mit einem aufgrund Noncompliance schlecht geführten sekundären Diabetes; Alkohol spielte hier auch eine Rolle – in beiden Fällen also eine immunkompromittierende Situation. Diese ist beim vorliegenden Fall auch gegeben und durch Leberzirrhose und Alkohol, die beide immunkompromittierend wirken, sogar doppelt. „Metastatische“ septische Absiedlungen in zum Teil kuriose Lokalisationen kamen beim zweiten der oben genannten Patienten in ähnlicher Weise wie im vorliegenden Gutachterfall vor, und Staph aureus war auch hier der Erreger; er ist insgesamt bei Spondylodiszitis häufig. Ich würde die Ursache der multiplen Absiedlungen hier also klar in der Spondylodiszitis sehen. Der unmittelbare zeitliche Zusammenhang

zur Schulterinjektion kann eventuell durch eine gewisse systemische Resorption des Triamcinolons, die der vorbestehenden immunsupprimierten Situation bei gerade noch beherrschter Infektion eine weitere Komponente hinzufügte, bedingt sein. In diesem Zusammenhang wäre es interessant, wenn auch für die Gesamtbeurteilung meines Erachtens nicht ausschlaggebend, ob die Leberzirrhose zum Zeitpunkt der Injektion bekannt war (wohl genauso wenig wie die Spondylodiszitis). Eine plötzliche Dekompensation einer vorher beherrschten lokalen Infektion durch Einleitung einer immunsupprimierenden Therapie, zum Beispiel durch Kortikosteroide, habe ich wiederholt gesehen (zum Beispiel Exazerbation einer latenten TEP-Infektion). Insgesamt denke ich, dass die Hauptursache des geschilderten tragischen Verlaufes die Spondylodiszitis und die Leberzirrhose bei Alkoholmissbrauch ist. ■

Dr. med. Thomas Werlich, Neumark