

Claudicatio / Gangstörung

Stand September 2021

Unter Claudicatio („Schaufensterkrankheit“) versteht man das belastungsabhängige Auftreten von Beschwerden in den unteren Extremitäten reproduzierbar nach einer bestimmten schmerzfreien Gehstrecke. Die eine Form (Claudicatio intermittens) wird durch Schmerzen in Gesäß (Abdominaltyp), in den Oberschenkeln (Beckentyp) oder in den Waden (Femoraltyp) nach mehr oder weniger als 200 m schmerzfreier Gehstrecke (Stadium IIa bzw. IIB nach Fontaine) bestimmt. Höhere Stadien werden durch Ruheschmerz oder Gangrän (absterbende Gewebeteile) charakterisiert. Klinisch sind auf der betroffenen Seite die Fußpulse nicht oder vermindert tastbar, es finden sich charakteristische Strömungskurven im Dopplerultraschall. In der Praxis im KölnTriangle können die Gefäße mit der kontrastmittelgestützten Computertomographie (CE-CTA, contrast enhanced CT Angiography) oder mit der Kernspintomographie ohne und mit Kontrastmittel dargestellt werden (MRA oder CE-MRA).

Die zweite Form (Claudicatio spinalis) ist durch etwas diffusere Beschwerden wie Schweregefühl und Schmerzen in beiden unteren Extremitäten oder nichtradikuläre neurologische Symptome bei Belastung gekennzeichnet, die sich durch Vornüberbeugen oder Abstützen auf den Oberschenkeln bessern. In besonders schweren Fällen können Lähmungen und

Blasen-Mastdarmstörungen auftreten. Das morphologische Korrelat ist die Spinalkanalstenose (Enge des Rückenmarkkanales) der Lendenwirbelsäule mit Kompression der Nervenwurzelfasern der Cauda equina. Die knöcherne Enge, ggf. verstärkt durch eine Facettengelenksarthrose und Retrospondylose, können wir mit der Computertomographie gut darstellen, den bindegewebigen Anteil (Bandscheibe, Lig. Flavum, epidurales Fettgewebe) besser mit der Kernspintomographie. Die MR-Myelographie stellt die Flüssigkeitssäule des Rückenmarkwassers dar, eine Unterbrechung spricht für eine hochgradige (absolute) Spinalkanalstenose. Ist die Spinalkanalstenose weiter oben (thorakal oder cervical) gelegen, kommt es durch die Rückenmarkskompression zu einer Gangstörung. Je nachdem, ob mehr die vorderen motorischen oder hinteren sensiblen Fasern betroffen sind, variiert die Einschränkung des Gangbildes. Eine solche kann auch durch Multiple Sklerose-Herde, Tumoren mit Rückenmarkskompression, Frakturen oder Ähnliches bedingt sein. Auch ein Vitamin B12 Mangel (Funikuläre Myelose) kann sich durch eine Gangstörung äußern.

Veränderungen im Gehirn (Tumoren, Schlaganfälle, Normaldruckhydrocephalus) sind bekannt dafür, ebenfalls mehr oder weniger charakteristische Gangstörungen auszulösen. Insbesondere der Normaldruckhydrocephalus mit der klinischen Trias Verlangsamung, kleinschrittiges Gangbild und Inkontinenz ist bei korrekter gestellter Diagnose gut behandelbar.

Selbstverständlich gibt es auch orthopädische Ursachen für Gangstörungen: Trendelenburg-Hinken, TEP-Lockerung, Arthrose seien als Beispiele genannt.

Je nach vermuteter Ursache können wir der anatomischen Bildgebung eine funktionelle Dimension (Diffusionsstörung, Ödemcharakterisierung, Durchblutungsmessung, Zellularität, Knochen- oder Glukosestoffwechsel, Liquorflußmessung etc.) hinzufügen.



Abdominalarterien CT Angiographie o.B.



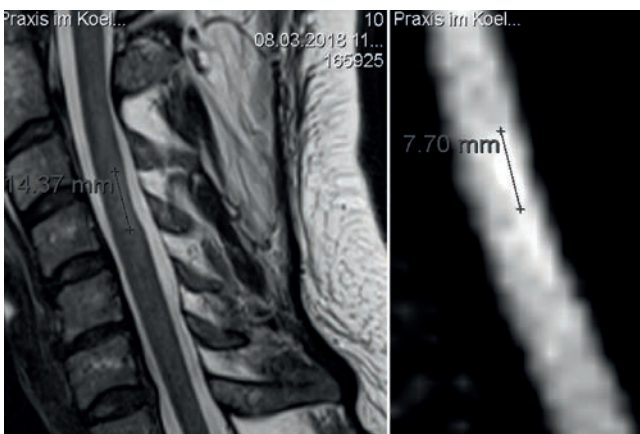
Arnold Chiari Malformation Typ I



MR Myelographie cervikal o.B.



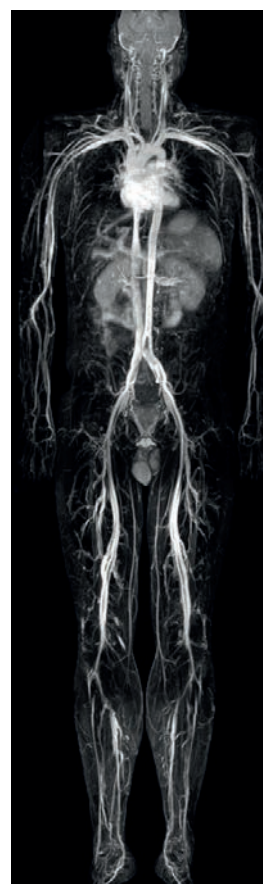
Hämangioblastom



MRT T2 Wichtung

Multiple Sklerose cervikale Myelonläsion

Diffusionswichtung



Ganzkörper MR- Angiographie TRANCE ohne Kontrastmittel



Ganzkörper MR- Angio mit KM



Iliakalarterienstenose links Fontaine II CT Angio



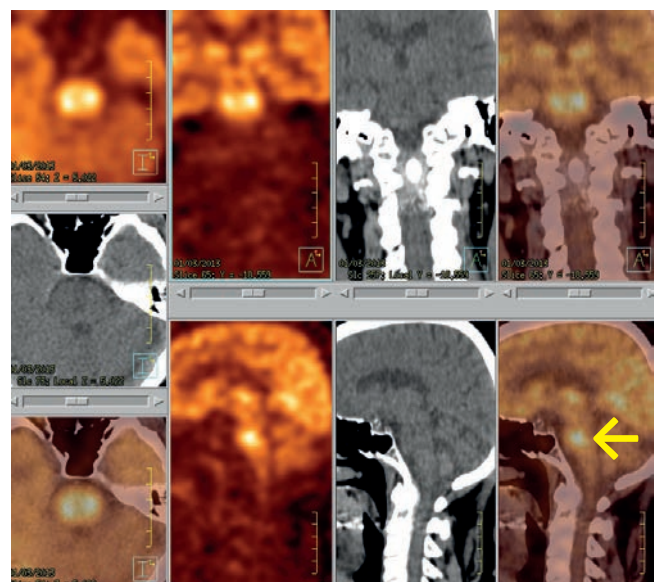
MR Angiographie Hand mit KM o.B.



Sehnenruptur M. tib. ant.
V.a. Riesenzelltumor T1



Sehnenruptur M. tib. ant.
V.a. Riesenzelltumor T1KM



Ponsgliom FDG PETCT