

Blockpraktikum Allgemeinmedizin

Kernthema Rückenschmerzen



**Dr. Klas Mildenstein
Laatzen**

Mariana by Sir John Everett Millais 1851

Facharzt für Allgemeinmedizin
Facharzt für Neurologie
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychotherapie, Psychoanalyse
Psychoanalytiker DPG
Spezielle Schmerztherapie
Chirotherapie
Akupunktur
Diabetologie
Fachkunde Ernährungsmedizin
Lernbeauftragter für Allgemeinmedizin MHH
Regionalleiter Deutsche Migräne- und
Kopfschmerzgesellschaft
Diabetologische Schwerpunktpraxis KVN

Nijmegen: entweder `Havanna´ oder `Harvard´ an die Waal?



Dion Eijkenboom

Student , Radboud Universiteit Nijmegen (Die Niederlande)

12. Semester

April-Juni 2009: PJ Allgemeinmedizin

Praxis Dr. med. K. Mildenstein

Meine positivste Lehrerfahrung

- Seminar/Debatte
- 2 Gruppen à 4 oder 5 Teilnehmer erarbeiten PRO und CONTRA
- Zu verschiedenen Themen
z.B. PTCA und Stentimplantation

Kreuzschmerzen



- Kreuzschmerzen sind Schmerzen oder Unwohlsein im Bereich des Rückens vom unteren Rippenbogen bis zu den Glutealfalten, evtl. mit Ausstrahlung in die Beine
- Der durch Rückenschmerzen bedingte Arbeitsunfähigkeit verursacht Kosten von mehr als 11 Mrd. Euro jährlich

- **Akute Kreuzschmerzen: Dauer < 12 Wochen**
- **Subakute Kreuzschmerzen: Dauer > 6, < 12 Wochen**
- **Chronische Kreuzschmerzen: > 12 Wochen**
- **Rezidivierende Kreuzschmerzen: nach symptomfreiem Intervall von mind. 6 Monaten**

DEGAM-Leitlinie (www.degam.de)

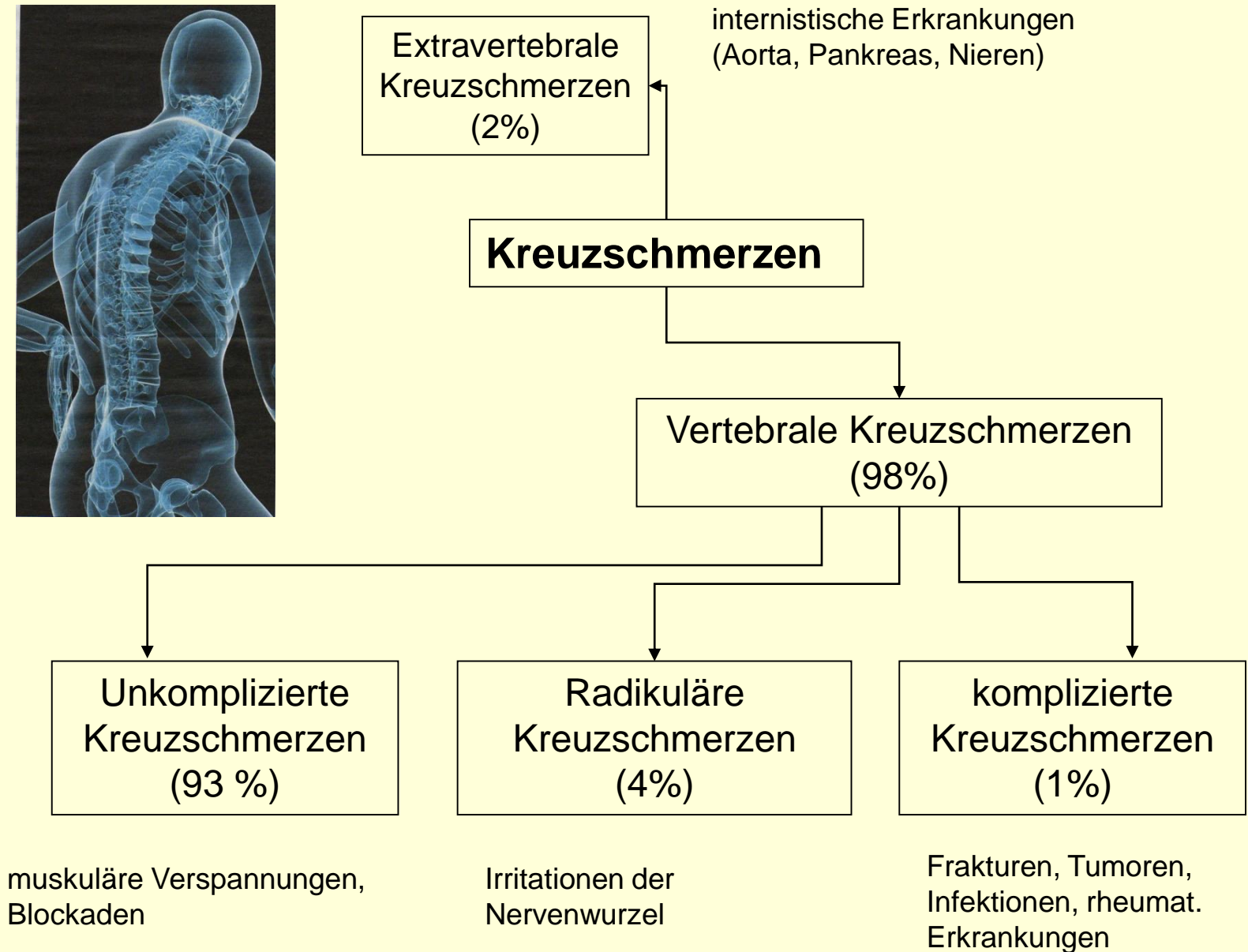
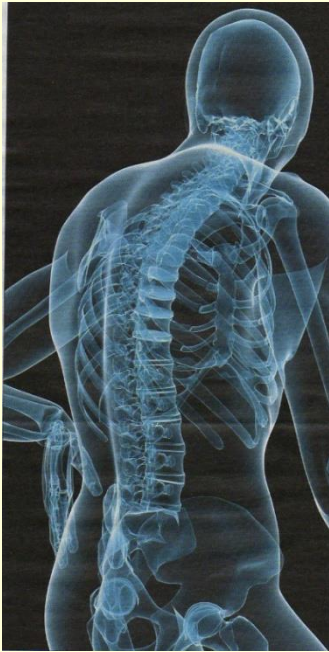


Leitlinie "Kreuzschmerzen"



*evidenzbasierte
Leitlinie der*

**Deutschen Gesellschaft
für Allgemeinmedizin
und Familienmedizin**



Anamnese:

- Differenzierung in
- extravertebral,
- unkompliziert,
- radikulär,
- kompliziert

Beobachtung, Inspektion

Gesichtsausdruck,
Mobilität, Haltung

klin. Untersuchung

Lokaler Druckschmerz
Muskelhartspann
Bewegungsausmaße
Neurolog. Defizite
Durchblutung,
Temperatur

Weiterführende Diagnostik

Labor (BSG, CRP, BB, AP,
Serumelektrophorese ...)
Röntgen
CT/ MRT
Szintigraphie
Weitere Internist. Diagnostik

Abwendbar gefährliche Verläufe (red flags)

- **Risikokonstellationen**

- Alter <20 Jahre und > 50 Jahre
- Reduzierter Allgemeinzustand
- Auffälligkeiten in der Anamnese (Trauma, B-Symptomatik, bekanntes Tumorleiden, Steroidmedikation, Osteoporose)
- V.a. Erkrankungen der inneren Organe (Pankreas-, Nieren-Ca.)
- V.a. rheumatische Erkrankungen
- Neurologische Ausfälle
- i.v. Drogenabusus

Warnhinweise auf chronische Verläufe (yellow flags)

Ungünstiger Verlauf:

- anhaltende und rezidivierende Schmerzen
- Arbeitsunfähigkeit >4-6 Wochen
- Radikuläre Schmerzen

Psychosoziale Faktoren:

- geringer Bildungsstand
- Pessimistisch-resignative Einstellung , Depression
- Starkes Krankheitsgefühl und Schmerzerleben
- Anhaltende private Belastungen
- Unbefriedigende berufliche Situation
- Rentenbegehren

Klinisches Vorgehen bei Beschwerden im Bereich des muskuloskelettalen Systems

Zuhören, Fragen, Untersuchen

Unkomplizierte Beschwerden von komplizierten
Beschwerden (verursacht durch Tumoren, Frakturen,
Infektionen oder rheumatischen Erkrankungen)
differenzieren und abwendbar gefährliche Verläufe
erkennen.

Der Arzt schreitet zum Äußersten.
Er entfernt die Bettdecke und
untersucht den Patienten.

Therapie

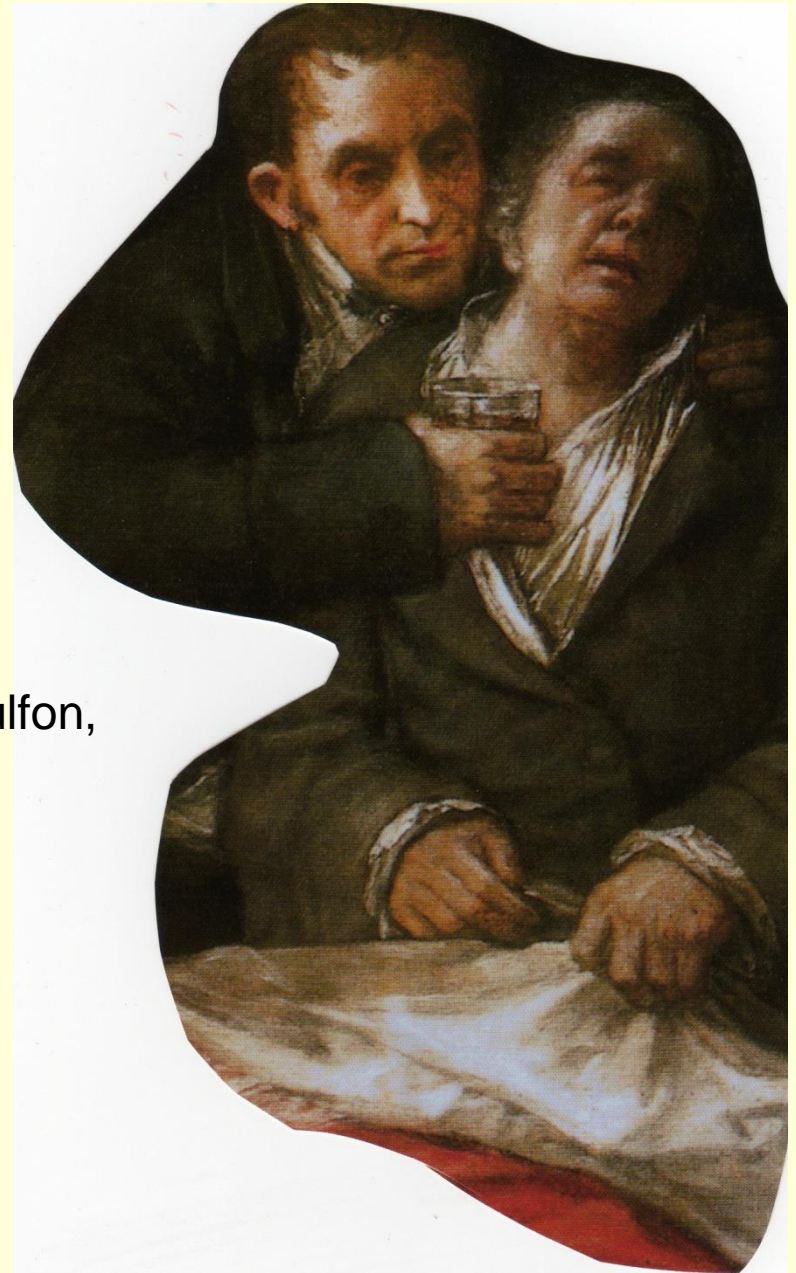
CAVE: Diclo i.m. (Abszess)

Unkomplizierte Kreuzschmerzen:

- Paracetamol, NSAR per os

Radikuläre, komplizierte und chronische Kreuzschmerzen

- Je nach Intensität Paracetamol, Novaminsulfon, NSAR, Opioide, Antiepileptika, Cortison, Myotonolytika,
- TLA , PRT
- Akupunktur
- Physikalische Therapien



Chronifizierung

Chronische Kreuzschmerzen: > 12 Wochen

Diagnose überdenken !!!

Andere Ursachen:

- Muskuläre Dysbalancen
- Ängstliche Patienten mit Phobien und gesteigerter Körperwahrnehmung
- Somatisierung bei psychovegetativem Erschöpfungssyndrom
- Depression
- Probleme am Arbeitsplatz
- Rentenbegehren

➤ Verhalten

- Ausgeprägtes Schon-/Vermeidungsverhalten
- (Ausgeprägte Bewegungsangst)
- Extremes Schmerzverhalten (auch Intensität)
- Rückzug von normalen Alltagsaktivitäten und sozialen Betätigungen
- Medikamenten-Mißbrauch
- Hohes Inanspruchnahmeverhalten

Yellow Flags
(Kendall et al. 1997, Linton 1999)

➤ Familie / soz. Umfeld

- Überprotektiver, zu fürsorglicher Partner
- Familienangehöriger ist/war Schmerzpatient
- Gravierende familiäre / partnerschaftliche Konflikte
- Abhängigkeitsvorgeschichte (Alkohol, Medikamente)

Yellow Flags
(Kendall et al. 1997, Linton 1999)

➤ Arbeitsplatz

Bei Unzufriedenheit am Arbeitsplatz
ist die Wahrscheinlichkeit
des Auftretens von Rückenschmerzen
um den Faktor 7 erhöht !!!

**Der Schmerz bekommt instrumentelle Funktion.
Entlastungsfunktion. Rentenbegehren.**

Prävention Chronifizierung

1. keine Sensibilisierung für Pathologie
(Rückenschmerzen sind i.d.R. harmlos)
2. Cave: schnelle Krankenschreibung
und lange AUF
3. Berücksichtigung des Umfeldes
Arbeitsplatz und psychosoz. Faktoren
→ ggf. Kooperation mit Psychotherapeuten

4. Möglichst frühzeitige Aktivierung



med@gemprax.de



Fallbeispiel 1

- Frau B, 56 Jahre alt,
- Bürokauffrau, Raucherin, HLP
- keine Dauermedikation
- seit ca. 11 Jahren zunehmend Schmerzen in beiden Beinen,
- bei Belastung zunehmend, insbesondere im Bereich beider Oberschenkel, im Glutaeus beginnend und dorsal bis zum Fuß reichend (VAS 7-8), dumpf, aber auch ziehend und reißend,
- in Ruhe beschwerdefrei
- Nächtliche Wadenkrämpfe

Diagnostik:

- 1997 : verminderte Leistungsfähigkeit, Glieder seien schwer (Neurologische Untersuchung bei FA o.B.)
- 2003 : MRT: medianer subligamentärer NPP L5/S1 und geringer Verdrängung der Wurzeln S1 bds.
- 2004: Rheumatologie (A.v. rheumatolog. Erkr.)
- 2004: MHH (Neuro) (zum A.v. Myopathie)(alles komplett o.B., Cortison ohne wesentl. Besserung)
- 2006: Neurologe o.B.
- 2007: PRT rechts etwas besser, links unverändert
V.a. larvierte Depression, Verzweiflung der Patientin,
Schmerz jetzt bis zum Knie, war auch bei allen
Orthopäden vor Ort

Überweisung an Schmerzambulanz

Diagnose: paVkl IIb bds. vom Beckentyp

nach Stent-Implantation beschwerdefrei

Fallbeispiel 2

Patient T. S., 69 Jahre

- 25.3.04 seit ca. 1 Jahr Diabetes mellitus bekannt. Behandlung bisher mit Metformin. In den letzten Wochen zunehmender Bz-Anstieg
- 7.4.04 Patient klagt über schon einige Zeit bestehende nächtliche Rückenschmerzen
- 8.4.04 Rö-BWS und LWS: kräftige Spondylosis deformans
- 12.5.04 bei anhaltenden Rückenschmerzen Durchführung eines MRT

Diagnose: Pankreas-Carcinom

Fallbeispiel 3

Patientin P.R., 51 Jahre

25.4.05 Kreuzschmerzen

Manuelle Therapie + Ibuprofen 600

27.4.05 erneute manuelle Therapie

*Rö-LWS in 2 E: leichte Fehllhaltung, keine knöchernen Auffälligkeiten

*Rö-Thorax (angefertigt wegen trockenem Husten): Feine infiltrative Veränderungen li Unterlappen

4.5.05 unter der Diagnose Pneumonie Behandlung mit Cefuroxim

9.5.05 Intensivierung der Schmerztherapie mit DHC 60

17.5.05 *Rö-Thorax-Kontrolle: Abklärungsbedürftige Verdichtung am rechten Hilus

*CT Thorax: intrapulmonaler Tumor mit Lymphknotenmetastasen am rechten Hilus

*Ganzkörper-Knochenszintigraphie: Anreicherung 3. LWK

*MRT: gemischtförmige Metastase im LWK 3

Diagnose: Adeno-Bronchial-Ca re Lungenunterlappen mit Mediastinalen Lymphknoten-Metastasen, Lymphangiosis carcinomatosa und einer ossären Metastase in LWK 3

Frau R. ist Nichtraucherin

3.8.05 Patientin verstirbt nach vorausgegangener Chemotherapie und Strahlentherapie

Fallbeispiel 4

Patient F.W., 57 Jahre

20.9.04: Akut massive Kreuzschmerzen mit Ausstrahlung Rückseite linkes Bein, Schwäche und Taubheitsgefühl linker Fuß.

Befund: Beweglichkeit der LWS schmerzhaft eingeschränkt
Dehnungszeichen nach Lasègue bei 80 ° auslösbar
Sensible Störungen im Dermatome L5 und S1 links
ASR links leicht abgeschwächt
Deutliche Fuß- und Zehenheberschwäche links
Leichte Fußsenkerschwäche links
Glutealtonus linksseitig etwas vermindert

21.9.04: Rö-LWS: Leichte Fehllagerung. Chondrose L4/5 und L5/S1
CT-LWS: Massiver, nach caudal luxierter, frei sequestrierter
BSV L5/S1 links

22.9.04 Vorstellung beim Neurochirurgen
Operationsindikation gestellt.
Patient kann sich noch nicht für Operation entschließen

4.10.04 Mikrodiskektomie L5/S1 links

Fallbeispiel 5

Patientin G.R., 73 Jahre

14.11.00 Seit 1 Woche bestehende starke Kreuzschmerzen.
Außerdem Schmerzen in Armen und Beinen.
Allgemeines Schwäche- und Krankheitsgefühl, kein Fieber.

BKS 90/140 mm n.W.

Einweisung ins Krankenhaus.

Diagnose: Polymyalgia rheumatica

Fallbeispiel 6

Patientin H.M., 76 Jahre

13.6.00 Seit 14 Tagen nach Verhebetrauma Kreuzschmerzen

Befund:

ausgeprägte Druckdolenz im Bereich der LWS, keine neurologischen Ausfälle

Rö-LWS in 2 E: Osteopenie
Frische Kompressionsfraktur LWK 1
Ältere Deckplattenimpression LWK 2 bis 4