

Patient mit persistierendem Rückenschmerz

Diagnostische und therapeutische Überlegungen

von Christoph Mehren

Anamnese

Ein 55-jähriger adipöser Patient mit einer akut aufgetretenen rechtsseitigen Ischialgie, dem Dermatome L₅ entsprechend, stellt sich in der Sprechstunde vor. Es wurde bereits vor drei Jahren eine mikrochirurgische Diskektomie im Bandscheibenfach L₅/S₁ rechtsseitig vorgenommen. In der durchgeführten kernspintomographischen Untersuchung der Lendenwirbelsäule (LWS) mit Kontrastmittel zeigte sich ein frischer, bis intraforaminal reichender Bandscheibensequester L₅/S₁ rechtsseitig mit deutlicher Kompression der Nervenwurzel L₅ rechtsseitig. Aufgrund der massiven, persistierenden Schmerzsymptomatik wurde die Indikation zur mikrochirurgischen Redisektomie L₅/S₁ von rechts gestellt und durchgeführt. Der postoperative Verlauf gestaltete sich unauffällig, die Ischialgie war unmittelbar postoperativ verschwunden, sodass der Patient kurze Zeit später nach Hause entlassen werden konnte. Laborchemisch zeigten sich sowohl in Bezug auf die Retentionswerte als auch auf die Entzündungsparameter keine Auffälligkeiten.

Nach drei Monaten stellte sich der Patient erneut mit stärksten Lumbalgien vor. Fieber oder andere allgemeine Krankheitszeichen wurden verneint. Nach Angaben des Patienten hatten die Rückenschmerzen bereits seit einigen Wochen bestanden, woraufhin er in unregelmäßigen Abständen hohe Dosen von nicht steroidalen Antirheumatika (NSAR) einnahm.

Laborchemie

Nach wie vor zeigten sich laborchemisch keine Erhöhungen der Entzündungsparameter (Leukozyten $8,2 \times 10^3 / \mu\text{l}$, CRP $0,39 \text{ mg/dl}$). Auffällig war jedoch

eine erhöhte BSG von $85/110$ und ein Kreatinin-Wert von $1,41 \text{ mg/dl}$ sowie eine GFR von $56 \text{ ml/min/1,73 m}^2$.



Abbildung 1: Röntgenkontrolle der LWS

Radiologische Untersuchung

Die Röntgenkontrolle der LWS in zwei Ebenen (siehe Abbildung 1) zeigte keinen auffälligen Befund. Aufgrund der persistierenden Schmerzsymptomatik wurde erneut eine MRT der LWS durchgeführt (Abbildung 2).



Abbildung 2: MRT der LWS (T₂ – gewichtete Sequenz).

Fotos: Wirbelsäulenzentrum Starnberger See

Dr. Christoph Mehren ist Chefarzt des Wirbelsäulenzentrums Starnberger See, Benedictus Krankenhaus Tutzing.

Kurzanleitung zur Zertifizierten Kasuistik

Hinweis: Die 2 Fortbildungspunkte können über das System des Einheitlichen Informationsverteilers (EIV) Ihrem Punktekonto bei der Ärztekammer gutgeschrieben werden. Es werden Ihre Einheitliche Fortbildungsnummer, die Veranstaltungsnummer und die Anzahl der Punkte übermittelt.

via Rheinisches Ärzteblatt

Im ersten Rheinischen Ärzteblatt des Quartals werden jeweils veröffentlicht: der einführende Artikel zum Thema, der Fragenkatalog und die Lernerfolgskontrolle mit Bescheinigung.

Ausführliche Informationen zur Differenzialdiagnostik werden im Internet www.aekno.de in der Rubrik Rheinisches Ärzteblatt/Übersicht aktuelle Ausgabe im Anschluss an den Artikel veröffentlicht. Zum Erwerb der Fortbildungspunkte müssen mindestens 70 Prozent der Fragen richtig beantwortet werden. In dem Fall können die Fortbildungspunkte über den Elektronischen Informationsverteiler (EIV) dem elektronischen Punktekonto des Arztes bei seiner Ärztekammer automatisch gutgeschrieben werden, falls die Einheitliche Fortbildungsnummer/Barcode auf die Lernerfolgskontrolle aufgeklebt und das Einverständnis zur Datenübermittlung mit einem Kreuzchen dokumentiert worden ist.

Einsendeschluss: Die Lernerfolgskontrolle muss spätestens bis **Montag, 30.8.2010** per Fax oder per Post eingegangen sein (Poststempel). **Fax: 02 11/43 02-1 84 12**, Postanschrift: Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf.

Auflösung: im Rheinischen Ärzteblatt 9/2010 in der Rubrik Magazin.

via www.aekno.de

Die Zertifizierte Kasuistik findet sich auf der Homepage der Ärztekammer Nordrhein unter www.aekno.de/cme.

Anmeldung: Erstmalige Registrierung mit Nachnamen, Arztnummer, Einheitlicher Fortbildungsnummer (falls vorhanden) und einer aktuellen E-Mail-Adresse. An diese werden die Zugangsdaten geschickt. Die zukünftige Anmeldung erfolgt über Nachnamen und die per E-Mail übermittelte Benutzer-ID.

In dem geschlossenen Bereich finden sich

- der einführende Artikel zum jeweiligen Thema,
- die ausführlichen medizinischen Informationen und
- der Fragekatalog inklusive Evaluation.

Professor Dr. Malte Ludwig, Chefarzt der Abteilung Angiologie und Phlebologie, Gefäßzentrum Starnberger See am Benedictus Krankenhaus Tutzing, koordiniert und begleitet die Reihe inhaltlich.

Fragenkatalog zur Zertifizierten Kasuistik „Patient mit persistierendem Rückenschmerz“

1. Wie lautet Ihre Diagnose?

- a) Osteochondrose L5/S1
- b) Spondylodiszitis L5/S1
- c) Rezidiv-Bandscheibenvorfall
- d) aktivierte Spondylarthrose
- e) Spinalkanalstenose

2. Mögliche klinische Symptome der unter 1. korrekt festgestellten Erkrankung sind:

- a) unspezifisches Fieber
- b) belastungsabhängiger Rückenschmerz
- c) neurologische Ausfälle
- d) Meningismus
- e) Alle Antworten sind richtig.

3. Bei Verdacht auf die in 1. korrekt gestellten Diagnose sollte gezielt gefragt werden nach

- a) vorausgegangenen bakteriellen Infekten als primärer Fokus.
- b) vorausgegangenen Eingriffen an der Wirbelsäule.
- c) prädisponierenden Erkrankungen, wie Diabetes mellitus, Alkoholismus, HIV-Infektionen.
- d) Art und Dauer der Schmerzen (Ruheschmerz, Belastungsschmerz).
- e) Alle Antworten sind richtig.

4. Welche Veränderungen im konventionellen Röntgenbild weisen auf die in 1. korrekt gestellten Diagnose hin?

- a) Osteophytäre Anbauten
- b) Fischwirbelbildung
- c) Bandscheibenfach-Höhenminderungen mit Arosionen der Abschlussplatten
- d) Spondylolisthesen
- e) Glatt begrenzte Deckplattenimpressionen

5. Welche Aussagen bezüglich der Diagnostik sind falsch?

- a) Anhand des konventionellen Röntgenbildes sind auch Initialstadien einer Spondylodiszitis sicher diagnostizierbar.
- b) Die Positronen-Emissions-Tomographie ist die Bildgebung mit der höchsten Sensitivität.
- c) Mittel der Wahl zur Diagnostik einer Spondylodiszitis ist die Kernspintomographie.
- d) Die Computertomographie wird vor allem zur Beurteilung der knöchernen Destruktion zur Anwendung gebracht.
- e) Das konventionelle Röntgenbild wird vor allem zur engmaschigen Verlaufsbeobachtung verwendet.

6. Zur charakteristischen Darstellung der in 1. gestellten Diagnose im MRT gehört:

- a) Black disc
- b) Eine hyperintense Darstellung des Diskus in der T2-Gewichtung (weiße Bandscheibe).
- c) Ein hypointenser Diskus in der T1-Gewichtung mit hyperintenser Darstellung nach Kontrastmittelgabe.
- d) Die Antworten b) und c) sind richtig.
- e) Keine Antwort trifft zu.

7. Welche laborchemischen Veränderungen sind bei dem Verdacht auf eine Spondylodiszitis zu erwarten?

- a) Das CRP ist immer erhöht.
- b) Die BSG ist in den meisten Fällen erhöht.
- c) Es kommt zu einem signifikanten Anstieg der Gamma-GT.
- d) Eine Leukozytose ist obligat.
- e) Es kommt zu spontanen Gerinnungsstörungen.

8. Der häufigste Erreger der in 1. gestellten Diagnose ist:

- a) Pilze
- b) Escherichia coli
- c) Staphylokokkus aureus
- d) Pseudomonas aeruginosa
- e) Staphylokokkus epidermis

9. Die konservative Therapie der in 1. gestellten Diagnose beinhaltet

- a) die Ruhigstellung in einem Korsett.
- b) eine meist mehrmonatige antibiotische Therapie.
- c) engmaschige radiologische Kontrollen.
- d) eine engmaschige Kontrolle der Entzündungsparameter.
- e) Alle Antworten sind richtig.

10. Vorteile der operativen Sanierung von Spondylodiszitiden sind

- a) die rasche Mobilisation des Patienten.
- b) eine verminderte Inzidenz von ausgedehnten Knochendefekten bzw. Fehlstellungen.
- c) die prinzipiell kürzere antibiotische Therapie.
- d) Die Antworten a) und b) sind richtig.
- e) Die Antworten a) bis c) sind richtig.

Lernerfolgskontrolle und Bescheinigung der Zertifizierten Kasuistik zum Thema „Patient mit persistierendem Rückenschmerz“



★ 2 7 6 0 5 1 2 0 1 0 0 3 5 3 6 0 0 2 0 ★

Hier Teilnehmer EFN-Code aufkleben

 Titel, Vorname, Name (Bitte Druckbuchstaben)

 Straße, Hausnummer

 PLZ, Ort

(Eine Weitergabe der erworbenen Punkte ist nur bei aufgeklebtem Barcode möglich.)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Fortbildungspunkte über den EIV meinem elektronischem Punktekonto auf elektronischem Wege gutgeschrieben werden.

Bitte füllen Sie die Lernerfolgskontrolle aus und unterzeichnen Sie die Erklärung.

Einsendeschluss: Montag, 30. August 2010 per Fax oder Post (Poststempel)

Faxnummer: 0211/4302 18412

Postadresse: Nordrheinische Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf

Lernerfolgskontrolle

Zertifizierte Kasuistik „Patient mit persistierendem Rückenschmerz“ (*Rheinisches Ärzteblatt 7/2010*)

Bitte nur eine Antwort pro Frage ankreuzen

Frage	Antwort	a)	b)	c)	d)	e)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

Erklärung: Ich versichere, dass ich die Beantwortung der Fragen selbst und ohne fremde Hilfe durchgeführt habe.

 Ort, Datum, Unterschrift

Bescheinigung (Nur von der Ärztekammer Nordrhein auszufüllen.)

- Hiermit wird bescheinigt, dass bei der Lernerfolgskontrolle mindestens 70 % der Fragen richtig beantwortet wurden. Für die Zertifizierte Kasuistik werden 2 Fortbildungspunkte angerechnet.
- Die Fortbildungspunkte können nicht zuerkannt werden, da weniger als 70 % der Fragen richtig beantwortet wurden.

Auflösung im *Rheinischen Ärzteblatt* September 2010 in der Rubrik Magazin.

Düsseldorf, den _____
 (Datum, Stempel, Unterschrift) **Diese Bescheinigung ist nur mit Stempel gültig.**