



ORTHOPÄDISCHES SPITAL  
WIEN SPEISING

Ceops

## 3. Pfizer – Schmerzsymposium

8. bis 11. Dezember 2005

Hotel Hilton  
Innsbruck



# Workshop

## Nozizeptives Schmerzmanagement

### 3. Pfizer – Schmerzsymposium

9. Dezember 2005



**Hans J. Latta**

Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie

Facharzt für Chirurgie

Leiter der Interventionellen Schmerztherapie

Oberarzt Orthopädisches Spital Wien - Speising,

CEOPS, Spine Unit

# Workshop

## Nozizeptives Schmerzmanagement

### 3. Pfizer – Schmerzsymposium

#### **Rückenschmerzen I**

##### **Anamnese:**

Seit gestern starke Schmerzen (nach Gartenarbeit) im unteren LWS – Bereich.

Ausstrahlung der Schmerzen bis in den großen Zeh, Schmerzcharakter ziehend, Schmerzen im Oberschenkel -/ Hüftbereich stärker als im Rücken. Schmerzen immer vorhanden, werden bei Belastung (Gehen) stärker. Patient hat keine Ulkus-Anamnese.

VAS in Ruhe (Liegen) 5 - 6, VAS in Gehen 7 - 8.

##### **Untersuchung:**

Lasègue – Zeichen li. positiv

keine motorischen Ausfälle der unteren Extremität, jedoch geringe Störung der Sensibilität im Dermatome L5/S1 li.

##### **Diagnose:**

Akute radikuläre Rückenschmerzen.

# Workshop

## Nozizeptives Schmerzmanagement

### 3. Pfizer – Schmerzsymposium

#### Rückenschmerzen I

##### **Therapie:**

Mefenaminsäure (oder Diclofenac) und Tetrazepam

Kein Tramadol

Kein Röntgen

Kein MRT (keine motorischen Ausfälle)

zunächst Schonung, dann körperliche Aktivität.

##### **Verlauf:** (vier Tage später)

Schmerzen nicht besser, Pat. kann sich kaum bewegen, Schmerzen beim Aufstehen.

Bei Untersuchung: Weiterhin keine motorischen Ausfälle

Symptomatik unverändert zur Voruntersuchung

##### **Therapieoptimierung:**

Zusätzlich Tramadol – Tropfen (3 bis 4mal tägl. 20 Trpf.)

→ bessere Schmerzlinderung und zunehmende Mobilität

# Workshop

## Nozizeptives Schmerzmanagement

### 3. Pfizer – Schmerzsymposium

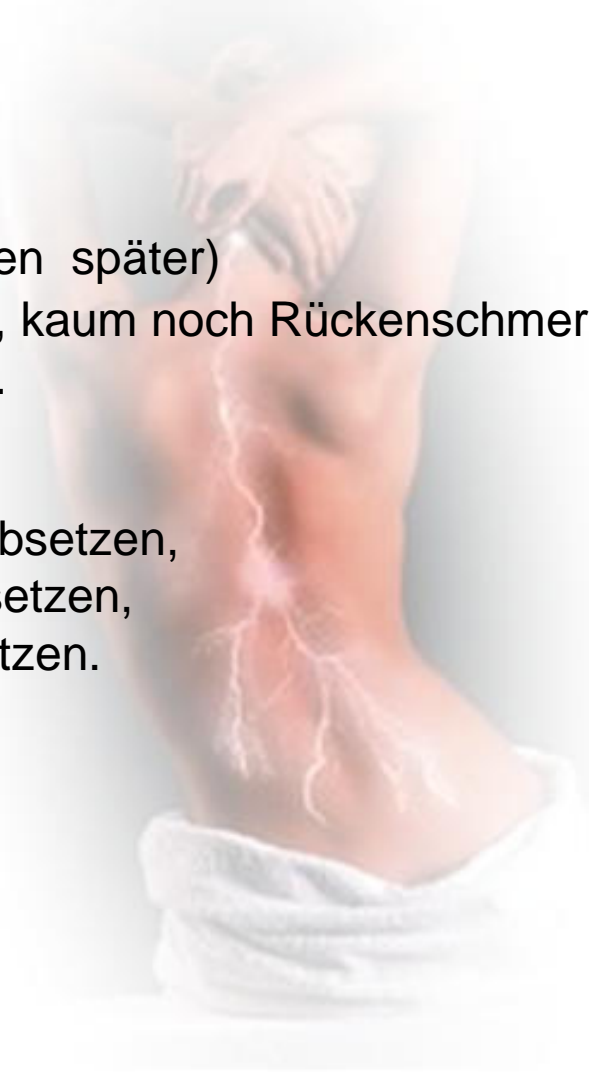
#### **Rückenschmerzen I**

**Verlauf:** (zwei Wochen später)

Deutliche Besserung, kaum noch Rückenschmerzen, erheblich verbesserte Mobilität.

#### **Weiteres Procedere:**

Tramadol – Tropfen absetzen,  
dann Tetrazepam absetzen,  
dann Diclofenac absetzen.



# Workshop

## Nozizeptives Schmerzmanagement

### 3. Pfizer – Schmerzsymposium

#### Rückenschmerzen II

##### **Anamnese:**

66jähriger Patient mit Ulkus-Anamnese. Vor 2 Jahren 2x Bandscheiben OP im abstand von vier Wochen, jeweils präoperative Parese mit Sensibilitätsstörungen li. Bein und starke Rückenschmerzen. Postoperativ weiterhin starke Rückenschmerzen, keine Lähmung mehr. VAS in Ruhe 4 – 5, VAS bei Belastung 8 – 9.

##### **Untersuchung:**

Pseudo-Lasègue li. bei 80°  
keine eindeutigen motorischen oder sensiblen Störungen, diffuse DS LWS. Letztes MRT LWS vor etwa 6 Monaten, ergab keine Indikation für eine weitere OP.

##### **Diagnose:**

Chronische Lumbalgie bei Postnukleotomie- Syndrom.

# Workshop

## Nozizeptives Schmerzmanagement

### 3. Pfizer – Schmerzsymposium

#### Rückenschmerzen II

##### **Bisherige Therapie:**

Tramadol-Tropfen (bis zu 6x tgl. 20 Trpf.)

Gelegentlich zusätzlich Ibuprofen.

Multiple konventionelle Infiltrationen ohne Erfolg.

##### **Therapieumstellung a:**

Umstellung auf retardiert freisetzendes Tramadol 2x. 150mg tgl.

Zusätzl. Celecoxib 2x 200mg tgl.

**Verlauf:** (zwei Wochen später)

Weniger Magenschmerzen, weniger Übelkeit, aber weiterhin Schmerzen.

##### **Therapieumstellung b:**

Umstellung auf ein starkes Opioid der WHO-Stufe-III, retardiertes Oxycodon,

Beginn mit 2x 10mg tgl. , zusätzl. Macrogol (=Movicol) 1 (-2) Btl. tgl. und anfangs

Metoclopramid Trpf.

Weiterhin Celecoxib.

# Workshop

## Nozizeptives Schmerzmanagement

### 3. Pfizer – Schmerzsymposium

#### Rückenschmerzen II

##### Weiteres Procedere:

Engmaschige Kontrollen zur Opioid-Titration.

Multimodale Schmerztherapie empfohlen mit psych.

Schmerzbewältigungsverfahren, umfangreichen physikalischen und physiotherapeutischen Behandlungen, Jakobson u.a.

→ Reduktion auf Monotherapie Oxycodon

##### Weiterer Verlauf: (drei Monate später)

Nach langsamer Dosissteigerung 2x20mg tgl. Oxycodon sind Schmerzen noch da, aber erträglicher; Pat. kann mit den Schmerzen besser umgehen, positivere Einstellung, bewegt sich besser.

Berufliche Wiedereingliederung

# Workshop

## Nozizeptives Schmerzmanagement

### 3. Pfizer – Schmerzsymposium

#### **Bandscheibenvorfall:**

#### **Anamnese:**

43jähriger Maurer leidet seit 19.04.05 nach Bagatellbewegung an starken Schmerzen im Bereich der linken Gesäßregion mit Ausstrahlung in den dorsalen Außenknöchel li. Ein Auftreten mit dem linken Fuß ist nicht möglich. VAS in Ruhe 7 – 8, VAS beim Gehen 9.

#### **Untersuchung:**

Deutliche Schmerzfehlhaltung der WS nach rechts, FBA 20cm, Lasègue bei 70° li. pos. Deutl. Großzehenheberschwäche li. , keine sensiblen Störungen.

#### **MRT LWS** vom 24.04.2005:

Medialer linksbetonter mässig nach kaudal sequestrierter BS- Vorfall L4/L5

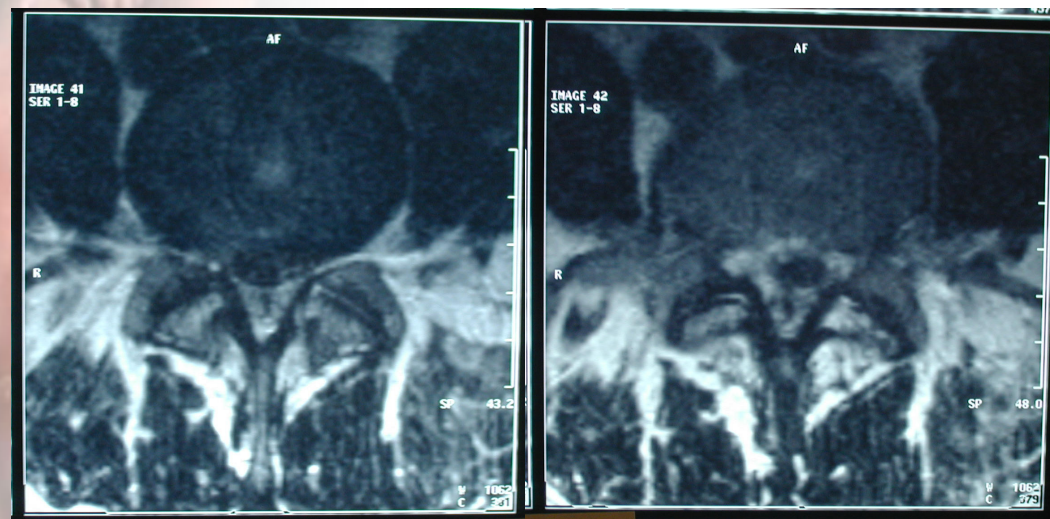
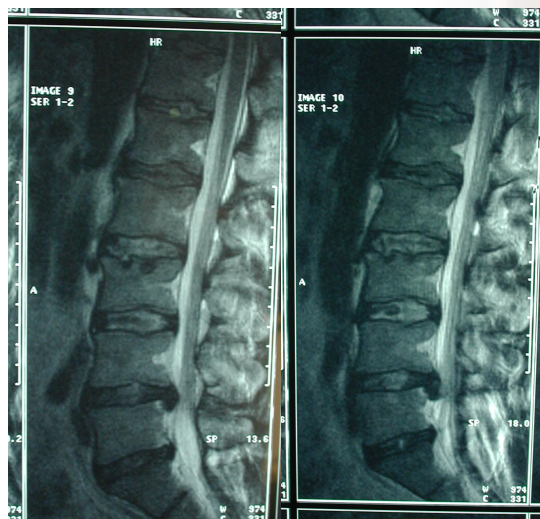
# Workshop

## Nozizeptives Schmerzmanagement

### 3. Pfizer – Schmerzsymposium

**MRT LWS** vom 24.04.2005:

Medialer linksbetonter mäßig nach kaudal sequestrierter Vorfall L4/L5



# Workshop

## Nozizeptives Schmerzmanagement

### 3. Pfizer – Schmerzsymposium

#### **Bandscheibenvorfall**

#### **Diagnose:**

Akute Lumboischialgie li. mit GZHS bei sequestriertem Bandscheibenvorfall L4/L5 li.

#### **Therapie:**

Transforaminale Infiltrationen L4/L5 und L5/S1 li. mit Ropivacain 2mg/ml und Triamcinolon am: 26.04, 10.05 und 24.05.2005.  
(Bei Bedarf Diclofenac oral.)

#### **Verlauf:** (21.06.2005)

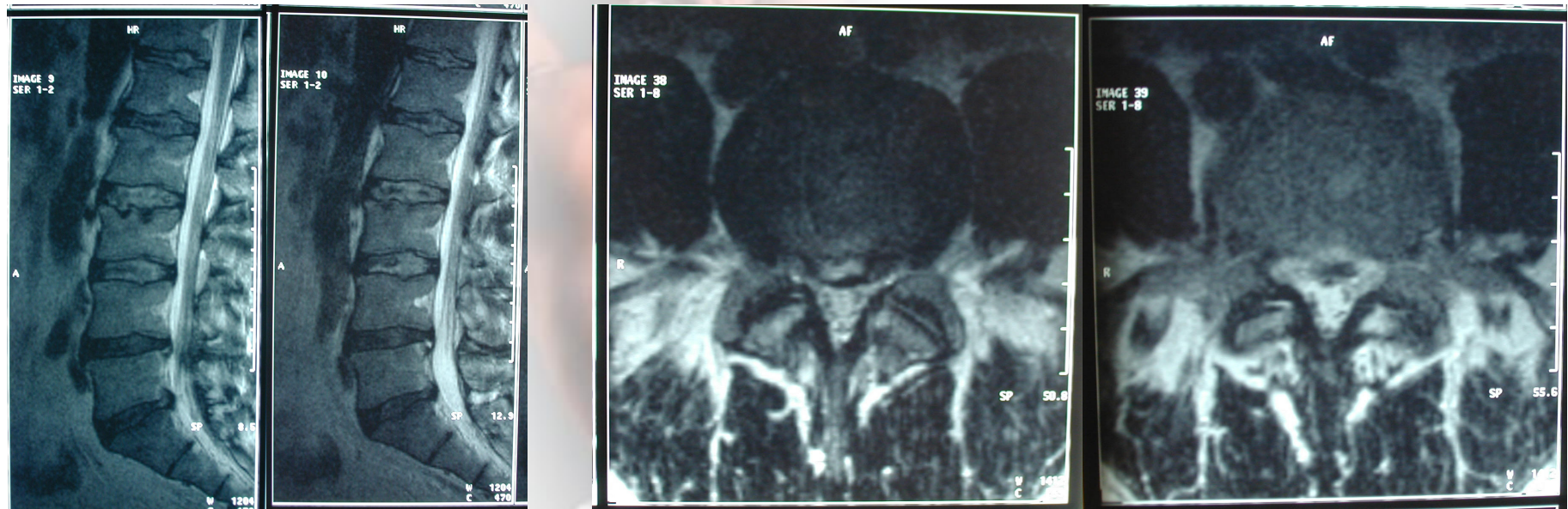
Erhebliche Besserung der Schmerzen, nur noch gelegentliche Restbeschwerden, Patient sehr zufrieden. Keine GZH-Schwäche mehr. Patient war nach erster Infiltration bereits wieder arbeitsfähig und benötigt keine orale Medikation.

# Workshop

## Nozizeptives Schmerzmanagement

### 3. Pfizer – Schmerzsymposium

**MRT LWS** vom 14.11.2005:  
Deutliche Rückbildung des BS-Vorfalles L4/L5



#### **Aktueller Status:**

Patient vollkommen beschwerdefrei.  
Keinerlei sensiblen oder motorischen Störungen  
Patient ist als Maurer voll arbeitsfähig.

# Workshop

## Nozizeptives Schmerzmanagement

### 3. Pfizer – Schmerzsymposium

#### **Muskuloskeletale Schmerzen:**

##### **Anamnese:**

75jährige schlanke Pat.

Vor zwei Jahren Hüft-TEP re.

Bereits früher diagnostizierte Kniegelenksarthrose re.

Zunehmende Rückenschmerzen, kann kaum noch gehen

Magendrücken und –schmerzen.

„Kopfschmerztabletten“ nicht wirksam, keine Besserung.

Ruhschmerzen VAS 4 – 5, Belastungsschmerzen VAS ca. 7

##### **Untersuchung:**

Verdacht auf aktivierte Gonarthrose mit deutlicher Schwellung des re. Kniegelenkes.

Nicht –radikuläre Rückenschmerzen, wahrscheinlich aufgrund der schmerzbedingten Fehlbelastung.

##### **Bisher eingenommene Medikamente::**

Ibuprofen 3x tgl. 200mg

Selbstmedikation mit ASS bei Bedarf (Dosierung nicht bekannt).

# Workshop

## Nozizeptives Schmerzmanagement

### 3. Pfizer – Schmerzsymposium

#### **Muskuloskeletale Schmerzen:**

#### **Röntgenuntersuchung:**

Fortgeschrittene Kniegelenksarthrose re.

#### **Medikamentöse Therapieempfehlung:**

Tramadol Trpf. (1 bis 3x tgl. 10 Trpf.) und Celecoxib (2x tgl. 100mg)

#### **Verlauf:** (eine Woche später)

Deutliche Schmerzbesserung, aber Übelkeit und Schwindel, kann deswegen wieder nicht gehen.

#### **Therapieumstellung:**

Beibehaltung der Celecoxib -Medikation und Verordnung eines Buprenorphin –Pflasters 35microg/h (Wechsel alle 3 Tage)

#### **Verlauf:** (drei Wochen später)

Deutliche Besserung der Pat. , kann wieder gehen, weniger Übelkeit (nur die ersten Tage nach Beginn mit Pflaster), Abführtropfen werden regelmäßig eingenommen. Pat. kann sich wieder bewegen und Einkaufen.