

Geht man einmal zum Orthopäden ...

In einer Woche vom Kreuzschmerz zum Herzschrittmacher

Anamnese

Am 12. Juli, einem Freitag, stellte sich kurz nach Praxisende um 14.00 Uhr ein 70-jähriger Mann (pensionierter Lehrer) wegen Rückenschmerzen in meiner Praxis vor. Er berichtete, dass die Beschwerden ins rechte Bein ausstrahlen würden. Ein Trauma war nicht erinnerlich.

Befund

Bei der klinischen Untersuchung fand sich eine Druckschmerzhaftigkeit über den Dornfortsätzen der unteren Lendenwirbelkörper sowie dem rechten Iliosacralgelenk mit positivem Vorlaufphänomen im Sinne einer ISG-Blockierung. Das Zeichen nach Lasègue & Bragard war rechts positiv, links negativ. Die grobe Kraft war seitengleich erhalten. Es lagen keine dermatomspezifischen Sensibilitätsstörungen vor. Vegetativum o. B.

Diagnose

Erste Diagnose (Orthopädie): ISG-Blockierung rechts; Lumboischialgie rechts.

Therapie

Erste Therapie (Orthopädie): Es erfolgte eine vorsichtige Mobilisierung bei ISG-Blockierung rechts sowie gezielte lokale Infiltration. Aufgrund der akuten Schmerzsymptomatik erfolgte die Verordnung eines NSAR, eines Muskelrelaxanz und eines Magenschutzmittels.

Da zum Untersuchungszeitpunkt die Röntgenanlage bereits heruntergefahren war, erfolgte aufgrund der bestehenden radikulären Symptomatik kurzfristig die Veranlassung einer CT-Untersuchung.

Diagnostik

Bei der computertomografischen Untersuchung der Lendenwirbelsäule fand sich ein zirkuläres Bandscheibenbulging im Segment L3/L4 sowie eine höhergra-

dige spinale Engpasssituation im Segment L4/L5 und spondylarthrotische Veränderungen der kleinen Wirbelgelenke im Segment L5/S1 (**Abb. 1**).

Als Nebenbefund fand sich ein Bauchaortenaneurysma, das nur teilweise erfasst war (Durchmesser zirka 44 mm), zudem eine Ektasie der linken Arteria iliaca communis, die in drei bis vier Schnitten von einer teilverkalkten Septe in zwei Kompartimente im Sinne einer Dissektion unterteilt wird.

Am 15. Juli stellte sich der Patient nochmals vor. Es erfolgte umgehend die Überweisung an einen Gefäßspezialisten. Hier bestätigte sich der Zufallsbefund eines Bauchaortenaneurysma (**Abb. 2**). Zudem fanden sich deutliche Plaqueablagerungen. Nebenbefundlich fanden sich bei der Untersuchung bradykarde Grundfrequenzen. Der Gefäßspezialist überwies an den Kardiologen.

Bei der kardiologischen Untersuchung am 19. Juli fand sich ein Sick-Sinus-Syndrom mit Sinusbradykardie und SA-Block II.–III. Grades. Es wurde die Notwendigkeit zu einer Schrittmacherindikation gestellt und im Krankenhaus eine Schrittmacherimplantation durchgeführt.

Fazit

Bei dem ursprünglich wegen „tief sitzender“ Wirbelsäulenbeschwerden vorstelligen Patienten fand sich im Rahmen der CT-Untersuchung ein abdominelles Aortenaneurysma, das der Gefäßspezialist sonografisch bestätigte. Dieses zeigt aber keine hämodynamische Relevanz. Im Rahmen der Untersuchung fielen bradykarde Grundfrequenzen auf, die schließlich zu einer Schrittmacherimplantation führten.

Am 30. Juli stellte sich der Patient nochmals in meiner Praxis vor und bedankte sich herzlich für die Behandlung

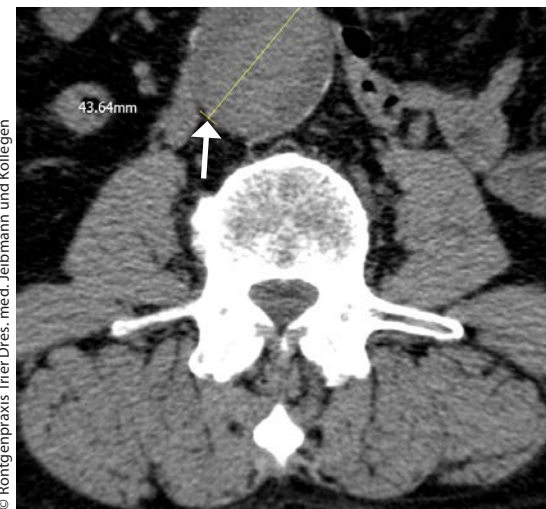


Abb. 1: CT. Pfeil: Außendurchmesser abdominales Aortenaneurysma



Abb. 2: Ultraschallbild. Pfeil: Bauchaorta

mit den Worten: „Geht man einmal im Leben wegen Rückenschmerzen zum Orthopäden, was hat man davon? Einen Herzschrittmacher!“

Dr. med. Peter Krapf
Orthopädische Gemeinschaftspraxis Trier