

Rehabilitation bei akuten Schmerzproblemen

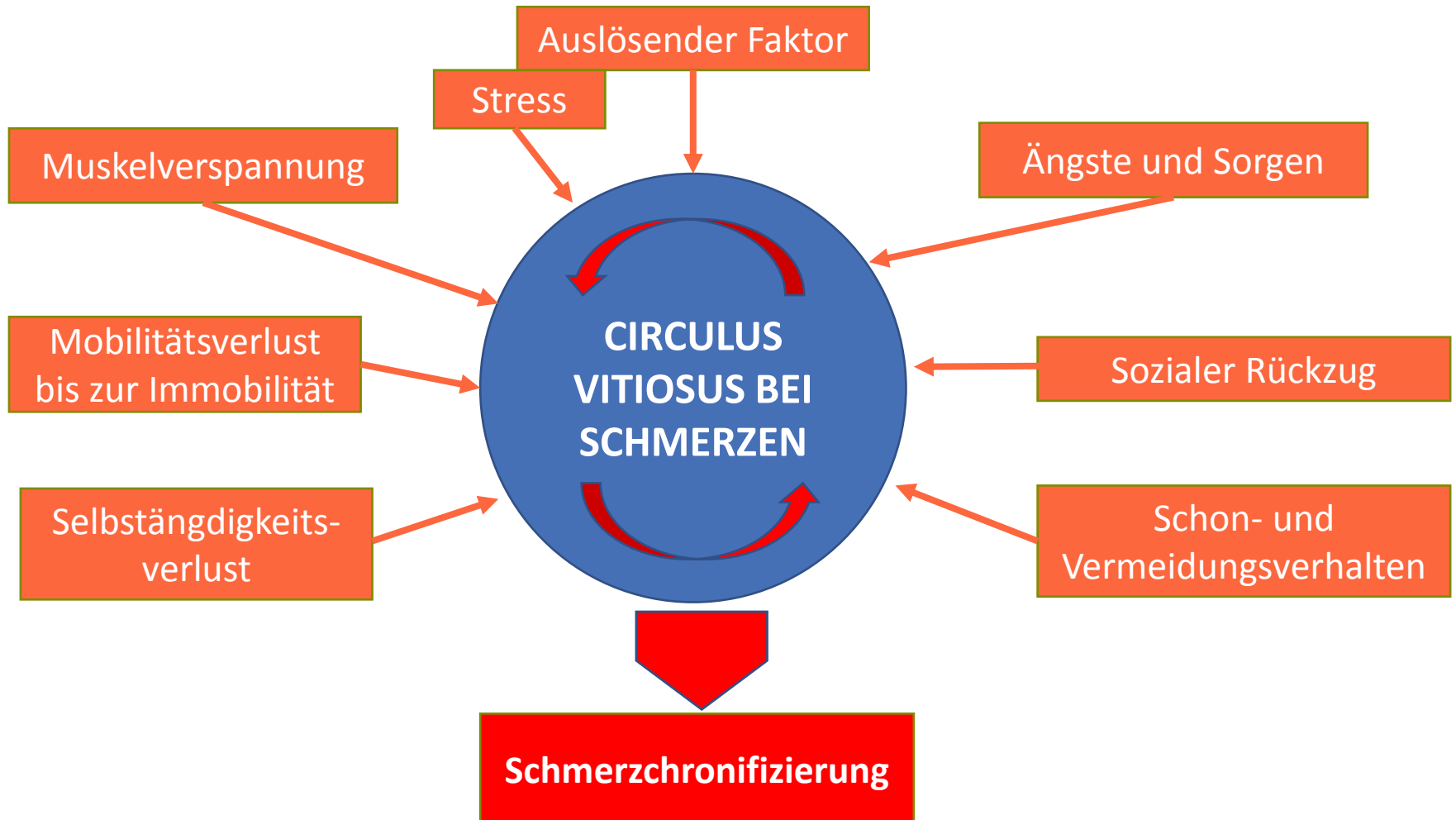
J. Blanco, Rehaklinik Dussnang
15.03.2018

6. Ostschweizer Notfallsymposium
Workshop 6

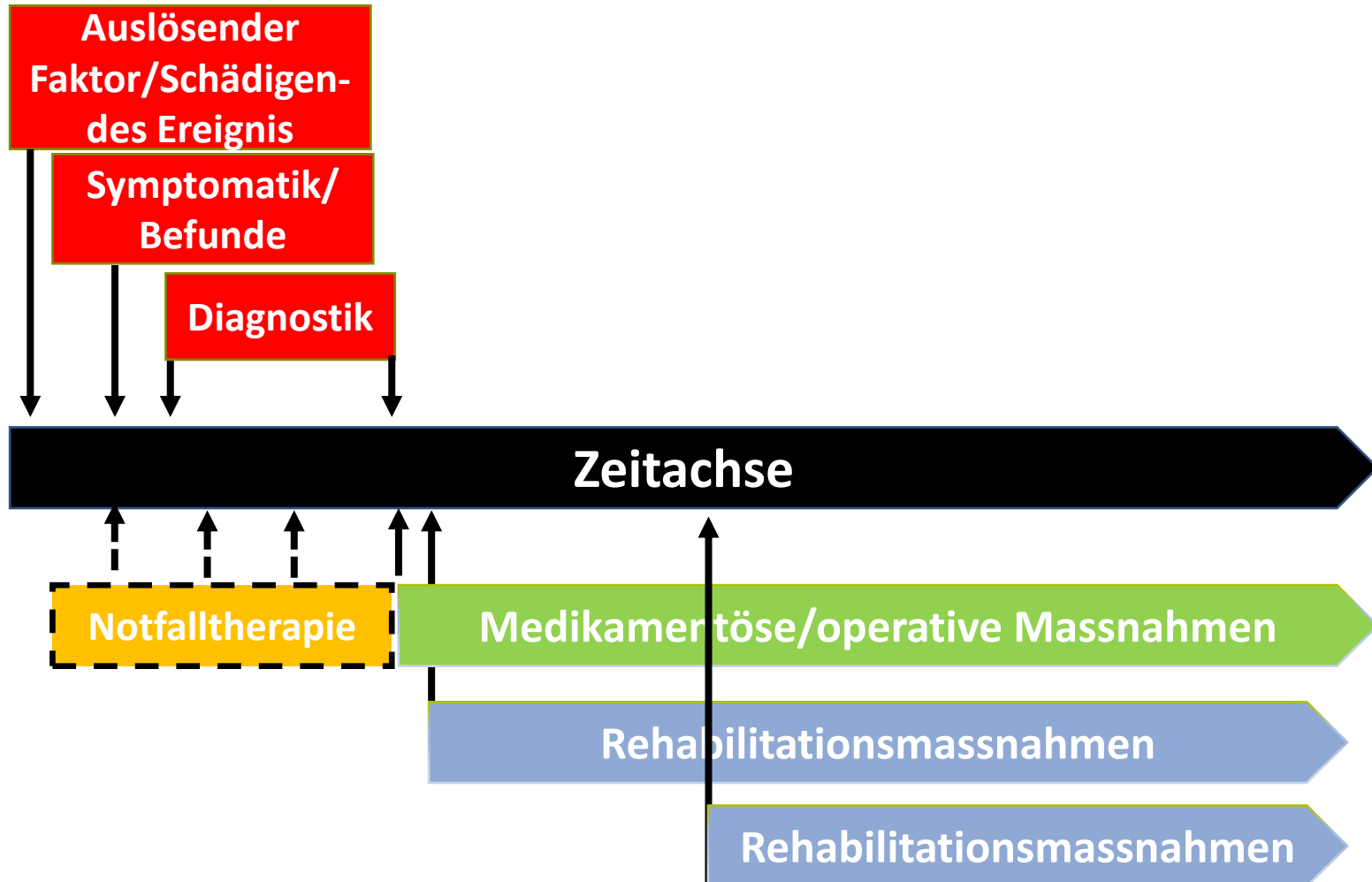
Rehabilitationsmassnahmen bei Notfallsituationen ?

- Sinnhaftigkeit früher rehabilitativer Massnahmen in der Notfallversorgung
- **Schmerz** als zentrales und häufiges Leitsymptom einer Notfallsituation
 - Muskulo-skelettalen Notfällen
 - Neurologischen Notfällen
 - Kardio-vaskulären Notfälle
- Sinn und Inhalt des Workshops
 - Ausarbeitung und Erkennung klinischer Situationen
 - Diagnostik, Medikation → frühe rehabilitative Massnahmen
 - Schwerpunkt auf konservative und weniger operative
 - Auswahl einiger Krankheitsbilder und klin. Zustände
 - Interaktives Vorgehen

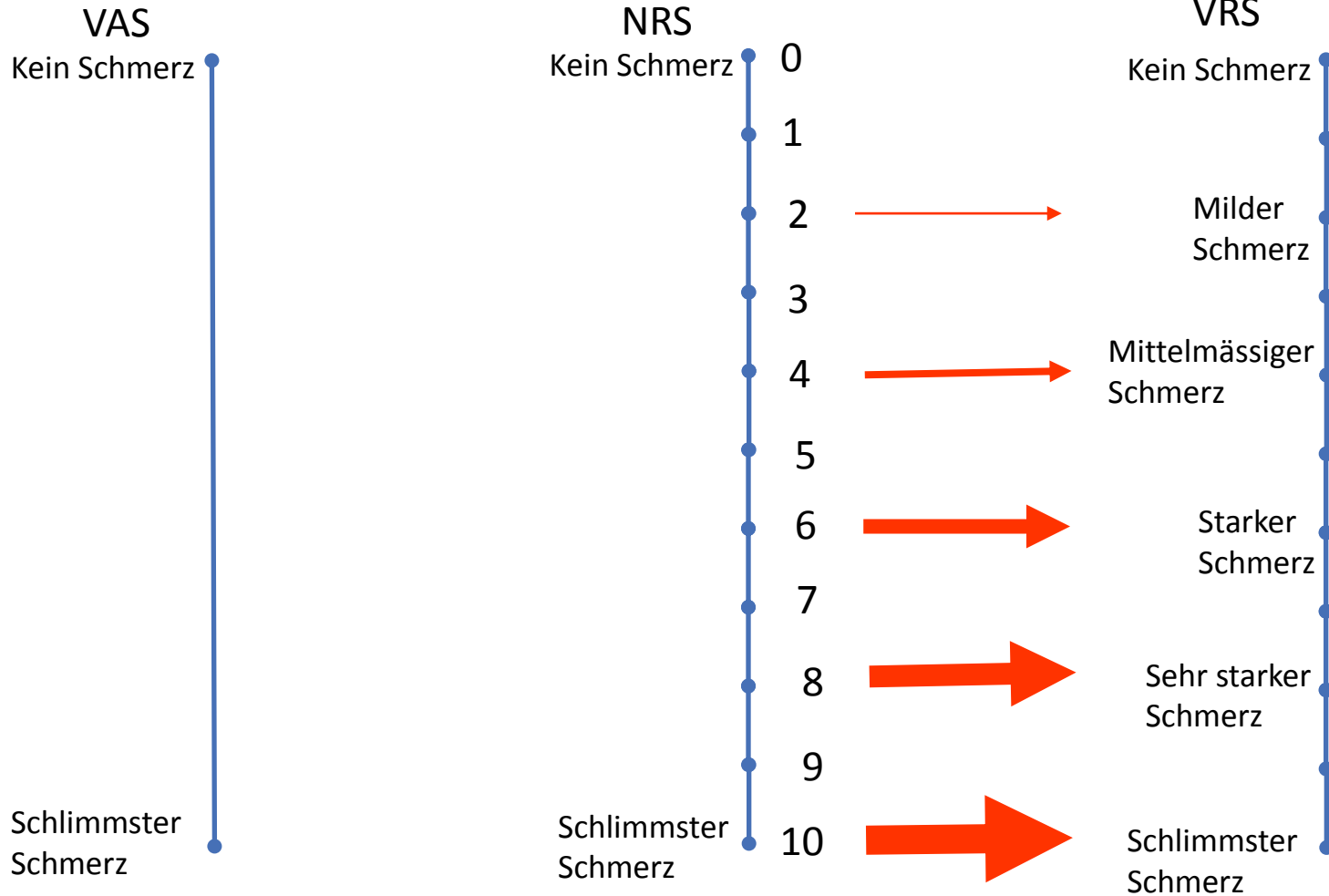
Zentrale Stellung des Schmerzes bei Notfallsituationen



Zeitlicher Ablauf und Phasen von Notfallsituationen



Schmerzeinteilung: Skalen



Fall 1

Anamnese

- 56-jähriger Verwaltungsangestellter
- Getränkebox (ca 15 kg) in den Keller getragen
- Ausrutscher auf der Kellertreppe und abruptes Nachgreifen zum Treppengeländer
 - Blitzartiger Schmerz ins rechte Bein und in den Rücken,
 - «tief in der Lendenregion» besonders stark ausgeprägt
 - Kribbeln über dem post. OS, dem lateralen US bis zur Kleinzeh rechts
- Heftige anhaltende lumbale Schmerzen und Blockierung des Rumpfes
- Gelegentliche Schmerzen im Bereich der LWS den letzten Monaten bereits mehrfach Schmerzen im
 - Nur kurzfristig mit spontanem verschwinden
 - Keine Störung des beruflichen und privaten Alltags

Fall 1

Untersuchungsbefunde

- 54-jähriger Mann, schmerzbedingte Reduktion des AZ (NRS 8/10)
- 187 cm, Gewicht 87 kg.
- Leichte linkskonvexe Skoliose der LWS.
- Sehr starker paravertebraler Muskelhartspann der gesamten Lendenwirbelsäule mit leichtem Druck- und Klopfeschmerz., ISG bds frei und indolent
- Lasegue rechts ab 30 Grad positiv, Bragad positiv
- FBA 40 cm, Zehenspitzen- und Fersengang rechts wegen Schmerzen erschwert aber durchführbar
- PSR li ++/ re ++; ASR li ++ /re +, Babinski bds neg.

Fall 1

DD

- Anamnese und klinischer Befund -> Lumboradikuläre Problematik
 - Kribbeldysästhesie im Dermatoms S 1 rechts
 - Nervendehnungsschmerz rechtes Bein

Verdachtsdiagnose:

- Diskushernie L5/S1 rechts mit sensorischem Defizit ohne motorische Ausfallserscheinungen
- Diagnose des Bandscheibenvorfalls nicht sicher
 - therapeutische Konsequenzen !

Sicherung der Verdachtsdiagnose

- **Sicherung der Diagnose durch MRI**
- **Häufig keine Korrelation zwischen Herniengrösse und Symptomatik**

Fall 1

Therapieoptionen

konservative oder operative Behandlung ?

- immer **individueller Entscheid**
 - Konservative Behandlung bei ca. 90 % aller Bandscheibenvorfälle

Medikamentöse Behandlung:

- nichtsteroidale Antiphlogistika (NSAR) bevorzugt - > antientzündliche und abschwellende Wirkung
- Ggf. systemische Kortikosteroide (starke Antiphlogistika).

Wann Kortikosteroide ?

- Bestehende leichte neurologische Ausfallserscheinungen
- Muskelrelaxanzien

Fall 1

Weitere Therapieoptionen

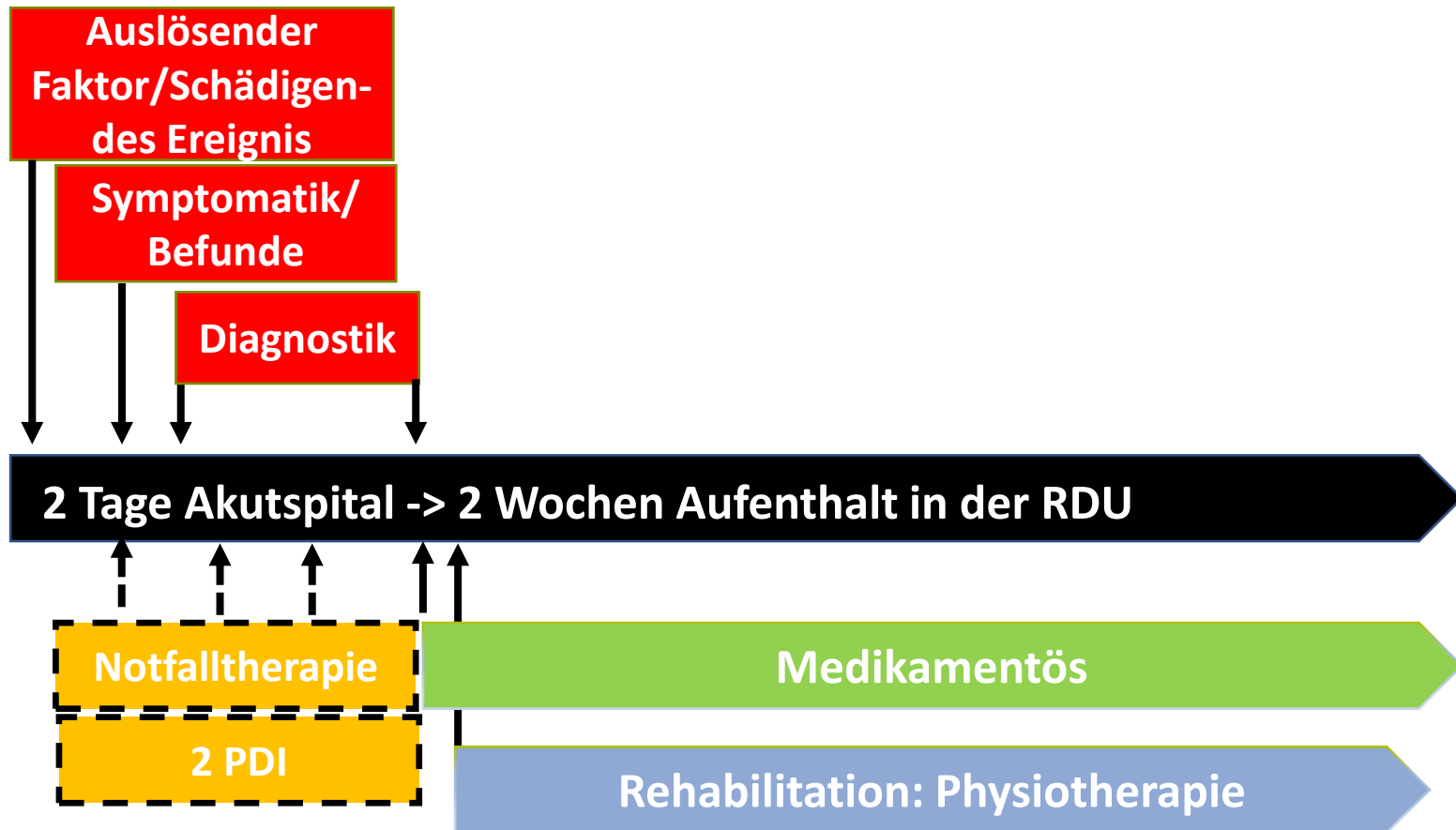
Peridurale Infiltration (PDI) und periradikuläre Therapie (PRT):

- Eindämmung der entzündlichen Reaktion an der Nervenwurzel und Abschwellung der nervalen Strukturen

Indikation zur Operation?

- Schweren Paresen
- Blasen- und Mastdarmstörungen
- (medikamentös nicht beherrschbare Schmerzzustände)

Fall 1 : Zeitlicher Ablauf



Fall 1

Physiotherapie

Akutes Stadium:

- Lagerung in schmerzfreier Entlastungsstellung
- Leichte Traktionsbehandlung der WS
- So früh wie möglich schonende Mobilisation der WS im «schmerzarmen» Bereich (NSR 2-3)
 - Unterstützung der Reorganisation des Bindegewebes
 - Vermeidung von peri- und intraduralen Verklebungen
- Kälte- oder Wärmeanwendungen
- Dosierte isometrische Stabilisationstraining

Fall 1

Physiotherapie

Subakutes Stadium (Nachlassen der Schmerzen und der Blockierung):

- Haltungsschulung
- ADL- und Bücktraining (ADL: Aktivitäten des tgl. Lebens)
- Leichte Mobilisationsübungen der WS -> Ökonomisches Bewegungsverhalten
- Rückenschulgruppe

Fall 1

Weiterer Verlauf

- 2 Wochen Aufenthalt in der RDU
- Nach 3 Wochen nur noch leichte Restbeschwerden (NSR 2-3)
- Deutliche Abnahme der Kribbeldysästhesien aber kein vollständiges Verschwinden in den ersten 6 Wochen
- Wiederaufnahme der Arbeit zu 50% nach 3 Wochen
- Individuelles Schulungsprogramm zuhause

Fall 2

Anamnese

Überweisung zur amb. Sprechstunde

- 41-jähriger deutscher Unternehmer
- Seit einigen Jahren Schmerzen im tiefen Kreuzbereich.
- Phasen mit Nachtschmerz
 - Aufwachen mit stärksten BWS-Schmerzen und Schmerzen in der Sakralregion
- Monatelange, (fast) beschwerdefreie Intervalle
- Keine zusätzlichen Gelenkbeschwerden
- Mehrere lokale Infiltrationen wegen „Blockaden“ im Bereich der BWS und LWS -> «mittelmässige» Wirkung
- Aktuell: Notfallmässige Konsultation wegen massivsten Beschwerden im Bereich der BWS, LWS und Sakralregion

Fall 2

Untersuchungsbefunde

- 41-jähriger Mann, sehr starke schmerzbedingte Reduktion des AZ (NRS 8-9/10)
- 182 cm, Gewicht 85 kg.
- Diskreter paravertebraler Muskelhartspann der gesamten Lendenwirbelsäule. FBA 50 cm (Sz in den ISG)
- Eingeschränkte Thoraxexkursionen (< 2,5 cm)
- Zehenspitzen- und Fersengang bds gut möglich
- Symmetr. Reflexbild. Sensibilität o.B.
- ISG bds sehr druckempfindlich. Mennell-Test bds positiv. Labor: Rheumafaktor negativ, die BSG ist 30/ 1. Stunde, das CRP 4,8 (Norm <5)
- Konventionell-radiologisch unauff. Beckenübersicht

Fall 2

DD

- Anamnese und klinischer Befund -> Spondylarthritis mit Sakroilleitis
 - Schmerzhafte ISG bds, Menell positiv
 - BWS-Blockierungen, eingeschränkte Atemexkursionen

Verdachtsdiagnose:

- Spondylitis ankylosans (Ankylosierende Spondylitis, Morbus Bechterew)

Sicherung der Diagnose

- MRI des Beckens und v.a. ISG

Fall 2

MRI:

- **Stadium I:** nicht-röntgenologisches Stadium der SA
- Im MRI aktive entzündliche Veränderungen der ISG

HLA-B27 beim Patienten positiv (> 90% bei SA)

- Kein diagnostisches Kriterium (zu wenig spezifisch)

Fall 2

Therapieoptionen

Baseline-Therapie

- nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR)
- spezielle Wirbelsäulengymnastik und Balneotherapie

systemische Glukokortikoid-Therapie

- ohne gesicherte Wirksamkeit

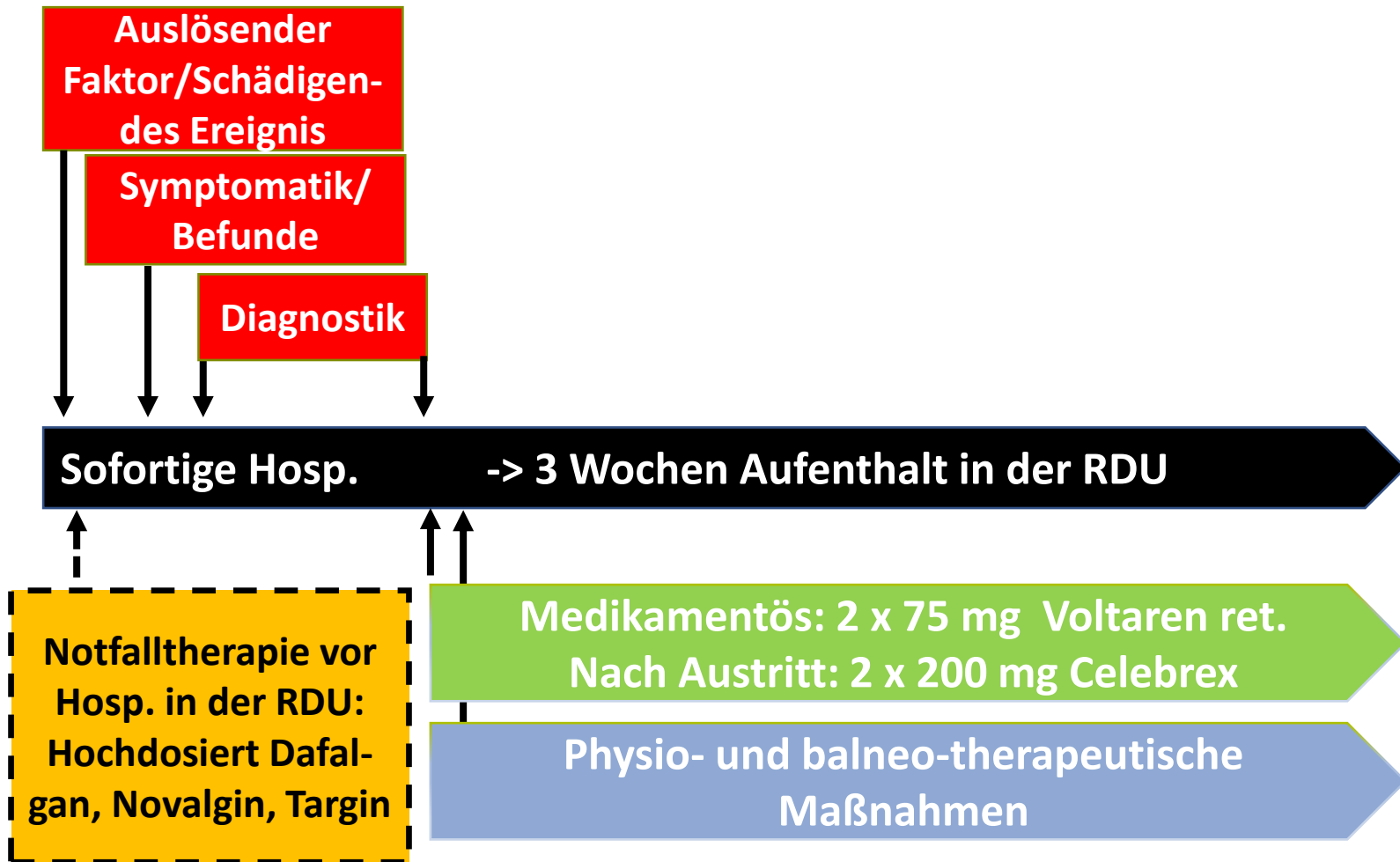
Disease Modifying Antirheumatic Drugs (DMARDs, Basistherapeutika)

- keine Evidenz für die Wirksamkeit von wie Methotrexat und Salazopyrin auf die axiale Symptomatik.
- Salazopyrin: moderater Effekt in der Therapie peripherer Gelenke

TNF-a-Blocker (Etanercept (Enbrel), Adalimumab (Humira))

- Biologika mit guter Wirksamkeit in zahlreichen Studien
- Einsatz bei fehlendem oder unzureichendem Ansprechen von NSAR sowie physio- und balneotherapeutischen Maßnahmen

Fall 2 : Zeitlicher Ablauf



Fall 2

Therapieoptionen

Basierend auf Empfehlungen der ASAS - Assessment of spondyloarthritis international society (www.asas-group.org).

- **effektive analgetische und antientzündliche Therapie**
 - Voraussetzung für die Durchführung physikalisch-rehabilitativer Maßnahmen
- **Wirbelsäulenmobilisation** inkl. Verbesserung der Thoraxmobilität und Atemfunktion
 - **Atemgymnastik** als integraler Bestandteil
- Förderung von Kraft, Ausdauer und Koordination
- Gang- und Haltungsschulung

Fall 2

Therapieoptionen

- Präventiv nachts flach schlafen
- Wassertherapie: Schwimmen, Aquajogging
- Elektrotherapie: Interferenzstrom, TENS, Ultraschall (v.a. bei lokalen Enthesiopathien)

Schulungsprogramm und Informationen

- Verbesserung des Wissenstands (inkl. medikamentöse Optionen) und Erhaltung der Funktionsfähigkeit
- Begleitung bei der Wiedereingliederung in den Beruf

Fall 2

Weiterer Verlauf

- 3 Wochen Aufenthalt in der RDU
- Nach 3 Wochen unter Celecoxib keine Restbeschwerden (NSR 0)
- Wiederaufnahme der Arbeit zu 50% nach 3 Wochen
- Individuelles Schulungsprogramm zuhause

Fall 3

Anamnese

- 64-jähriger Mann. Pensioniert.
- Kreuzband- und Meniskusschaden links vor 22 Jahren, zunächst nicht operativ versorgt.
 - Meniskusteilentfernung dorsomedialer Meniskus im Folgejahr
- Radiologisch verifizierten Gonarthrose links, seit 10 Jahren zunehmende Beschwerden
- Wegen Ruheschmerzen nachts und Anlaufschmerz nach dem Aufstehen vom HA zur amb. Reha in die RDU überwiesen (4 Therapieeinheiten absolviert)
- Verpasste vor 1 Tag den Bus
 - 30 Minuten Gehstrecke nach Hause!
- Invalidisierende belastungsabhängige Knieschmerzen links (NRS 8-9/10) am Folgetag

Fall 3

Untersuchungsbefunde

- 64-jähriger Mann, kommt im Rollstuhl in die Arztpraxis
- Stehen auf dem linken Bein schmerzbedingt (NRS 8-9/10) nicht möglich
- 162 cm, Gewicht 75 kg.
- Kniegelenk deutlich angeschwollen und überwärmt
- Flex/Ext li Knie 80-20-0°, re 110-0-0°
- Leichtes Genu varum von 10°
- Palpatorisch und sonographisch deutlicher Kniegelenkserguss

Fall 3

DD

- Anamnese und klinischer Befund -> Inflammatorischer Prozess im Zusammenhang mit der Gonarthrose
 - Kein Trauma, aber Überbeanspruchung des Knies
 - Überwärmung und Knieerguss
 - Stehunsfähigkeit und Beweglichkeitseinschränkung des Knies

Verdachtsdiagnose:

- Aktivierte Gonarthrose

Sicherung der Diagnose

- Konventionelles Röntgen Knie links
- Entzündungsparameter
- Kniegelenkspunktion

Fall 3



Knie-Röntgen:

- Fortgeschrittene mediale Gonarthrose links

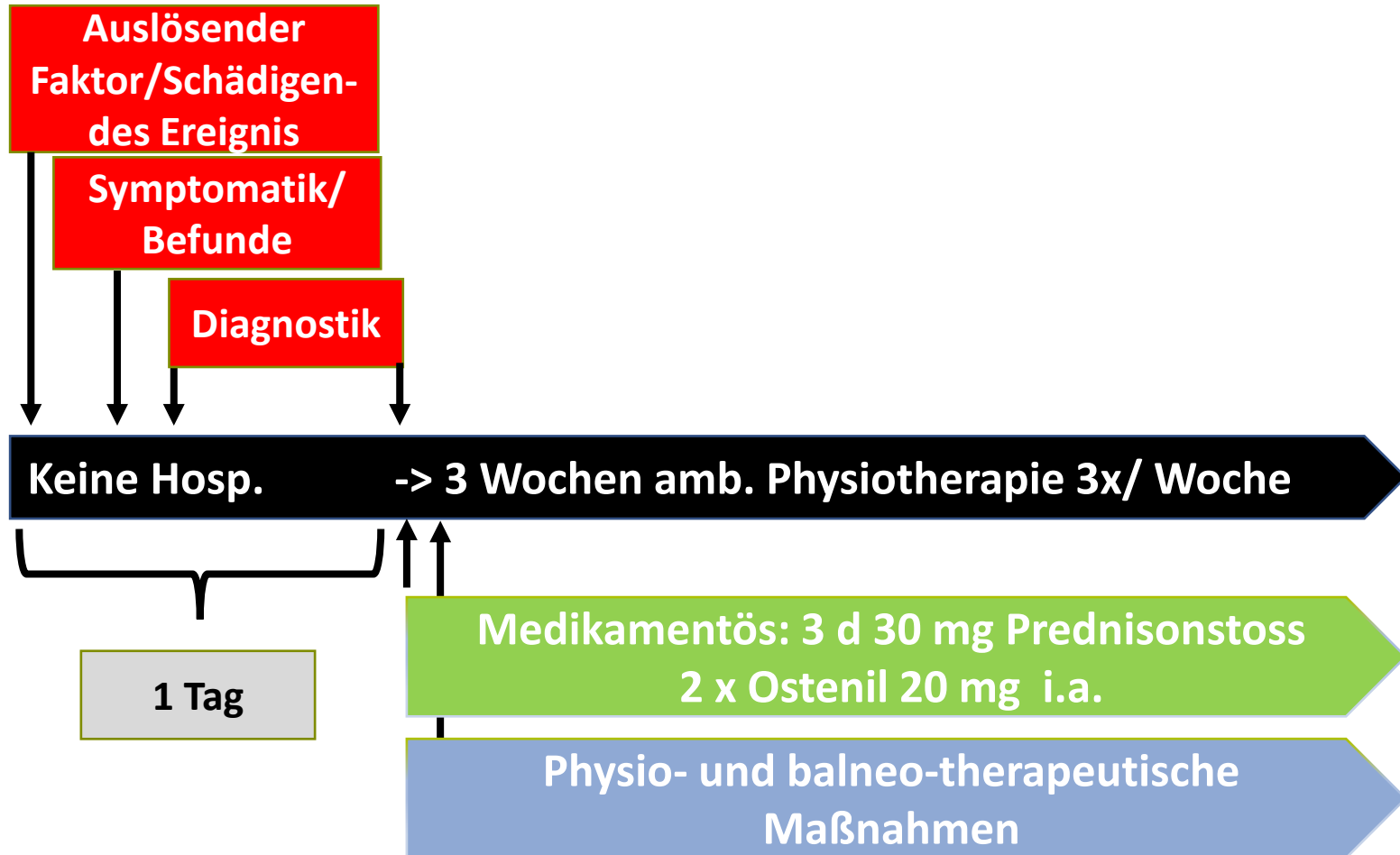
Labor:

- Lc 7500, CRP 32 mg/l

Gelenkspunktion:

- 120 ml Flüssigkeit, gelb, klar, Druckschrift leserlich, Viskosität ↓
- 2200/ul, 50% Lymphoz.
- 0 Ec, 0 Kristalle
- Kultur neg, PCR neg.

Fall 3 : Zeitlicher Ablauf



Fall 3

Therapieoptionen

- **effektive antientzündliche Therapie**
 - Keine NRAS wegen NI -> Stosstherapie Kortikosteroide
- **Physiotherapie**
 - adäquate Bewegung trotz initialer Beschwerden elementar für erfolgreiche
 - Gezielte Bewegungsübungen zum Erhalt und Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit,
 - Entspannung der Muskulatur (Perarthropathie), Förderung von Kraft, Ausdauer und Koordination am betroffenen Bein
 - Keine belastende Tätigkeiten (langes Gehen, Stehen auf hartem Untergrund)
 - Kein Springen, Knien oder in die Hocke gehen während den ersten 3 Wochen
- **Wassertherapie: Schwimmen und Aqua-Jogging**

Fall 3

Weiterer Verlauf

- Sehr ängstliches und schonendes Verhalten in der 1 Woche ambulanter Therapie in der RDU
 - NSR 4-5 (Novalgin, Dafalgan, keine NSAR)
- Unter Physiotherapie kontinuierliche Verbesserung
- Flex/Ext Knie li nach 3 Wochen: 90-10-0°
- Schmerzarme Gehdauer von 10-15 Min.
- Wenig Restbeschwerden vor Austritt (NSR 2-3)
- Individuelles Schulungsprogramm zuhause

Besten Danke für Ihre Aufmerksamkeit