DIE 10-MINUTEN-SPRECHSTUNDE

Alter < 20 Jahre – Fieber – Nachtschweiß

Red flags bei Rückenschmerz

A. Schuh, S. Salminen, S. Füssel, M. Janka

Eine 17-jährige Patientin sucht ihren Hausarzt wegen starker, zunehmender Rückenschmerzen auf, die in beide Beine ausstrahlen, besonders nachts. Die Schmerzen bestehen seit sechs Wochen. Seit zwei Tagen hat die Patientin Fieber und schwitzt nachts.

Abb. 1 Spondylodiszitis L4/L5 im MRT.

— Die Reiseanamnese ergibt eine Salmonellenenteritis vor zehn Wochen in Thailand. Stuhlgang und Miktio sind aktuell unauffällig. Bei der körperlichen Untersuchung lassen sich Druck-, Klop- und Stauchungsschmerz im Bereich der Lendenwirbelsäule auslösen. Der Fingerkuppenbodenabstand beträgt 70 cm, es liegen keine sensomotorischen Defizite vor, der Lasègue ist beidseits negativ. Der CRP-Wert ist mit 21 mg/dl deutlich erhöht. Eine Magnetresonanztomografie (MRT) ergibt eine Spondylodiszitis L4/L5 mit ventralem Abszess (Abb. 1).

Infektiöse Spondylodiszitis

Die infektiöse Spondylodiszitis stellt eine seltene Erkrankung im Kindes- und Jugendalter dar. Wegen der meist unspezifischen Beschwerden wird die Diagnose häufig erst nach Wochen bis Monaten gestellt. Die Prävalenz beträgt etwa 1:250.000. Staphylococcus aureus ist mit 30–80% der häufigste Erreger. Gramnegative Bakterien sind weitaus seltener, aber bei bis zu 33% der pyogenen Spondylodiszitiden anzutreffen. Häufige Erre-

ger sind E. coli, Proteus, Klebsiella und Enterobacter. Neben den unspezifischen Spondylodiszitiden müssen spezifische Infektionen (z. B. Tb, Brucellose, Salmonellose) ausgeschlossen werden.

Was kann der Hausarzt tun?

Wichtig ist eine sorgfältige Anamnese und die Beachtung der sog. Red flags des Rückenschmerzes:

- Schmerzqualität (Ruheschmerz, vor allem nachts)
- Rückenschmerz bei unter 20-Jährigen
- Anzeichen einer Infektion (Fieber, Nachtschweiß), Hautinfektion, Harnwegs-, Magen-Darm-Infekt
- Gewichtsverlust
- Komorbiditäten (z. B. Neoplasie, Immunschwäche, Drogenkonsum).

Red flags bei der körperlichen Untersuchung sind:

- Schmerz der Wirbelknochen bei Perkussion oder Erschütterung,
- sensomotorische Defizite, gesteigerte oder pathologische Reflexe, Gefühlsstörung in der Gesäßgegend, Blasen-Mastdarm-Inkontinenz.

Weitere Untersuchungen durch den Hausarzt

- Fieber messen
- Kontrolle der Entzündungsserologie (BB, BSG, CRP), ggf. Blutkultur.
- Ggf. MRT – bei V. a. Spondylodiszitis das wichtigste Diagnostikum, v. a. in der Frühphase.

Wann zum Facharzt überweisen?

Bei V. a. Spondylodiszitis umgehende Überweisung zum Facharzt (mit oder ohne MRT). In frühen Stadien (ohne ossäre Destruktionen bzw. neurologische Ausfallerscheinungen) kann eine konservative Therapie – konsequente Ruhigstellung im Korsett, Antibiotika i.v. – erfolgen. Bei zunehmendem knöchernen Substanzverlust mit Deformität bzw. Instabilität, ausgedehnten Abszessen, insbesondere intraspinalen Raumforderungen mit rasch progredienten neurologischen Defiziten, besteht die Op.-Indikation. ■

→ Für die Verfasser:

Prof. Dr. med. habil. Alexander Schuh
Muskuloskelettales Zentrum Klinikum
Neumarkt, Akademisches Lehrkranken-
haus der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg, Nürnberger Str. 12,
D-92318 Neumarkt i. d. OPf., E-Mail:
Alexander.Schuh@klinikum.neumarkt.de

→ Koautoren: Dr. med. Sari Salminen,
Dr. med. Stefanie Füssel, Dr. med. Michael
Janka, Neumarkt i. d. OPf.

Internet-Tipp

AWMF-Leitlinie „Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz“

→ www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-007l_s3_Kreuzschmerz_2017-03.pdf

Kasuistik

WIE GING ES WEITER?

Blutkultur und Wirbelkörperbiopsie ergeben eine Salmonellenspondylodiszitis. Da unter adäquater i.v. Antibiotikagabe die Infektion mit Abszessbildung progredient ist, führt erst die Abszessausräumung und Spondylodese zur Ausheilung.