

Leistenschmerz in der Praxis



...pitfalls...

SAMM Jahreskongress 2022

Dr. med. Andreas Bürgi

...Zeitdruck...



..... Routine.....





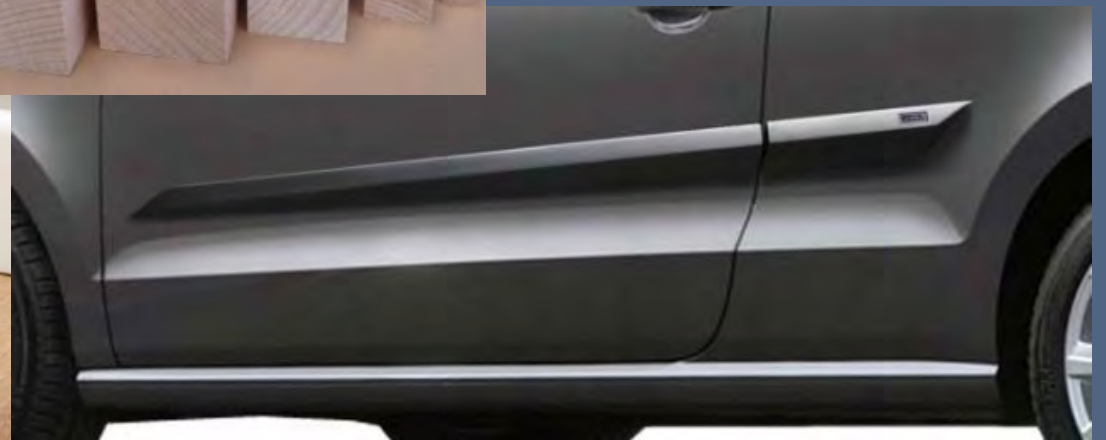
... Erfahrung...



... Antizipation ...



Anamnese: Wo und was ist die Leiste??



Differenzialdiagnose Leistenschmerz

- Consensus conference 2014
- «Doha agreement»
- Kategorisierung in 33 Entitäten



Pareto-Prinzip

80/20-Regel



Vilfredo Federico Pareto
(geb 1848 in Paris, gest 1928 in Genf)
italienischer Ingenieur, Ökonom
und Soziologe

Leistenschmerz: *the big five*



Fall 1

w, 18j, Schülerin und Geräteturnerin

PA vor einem Jahr hartnäckiges lumbovertebrales Syndrom

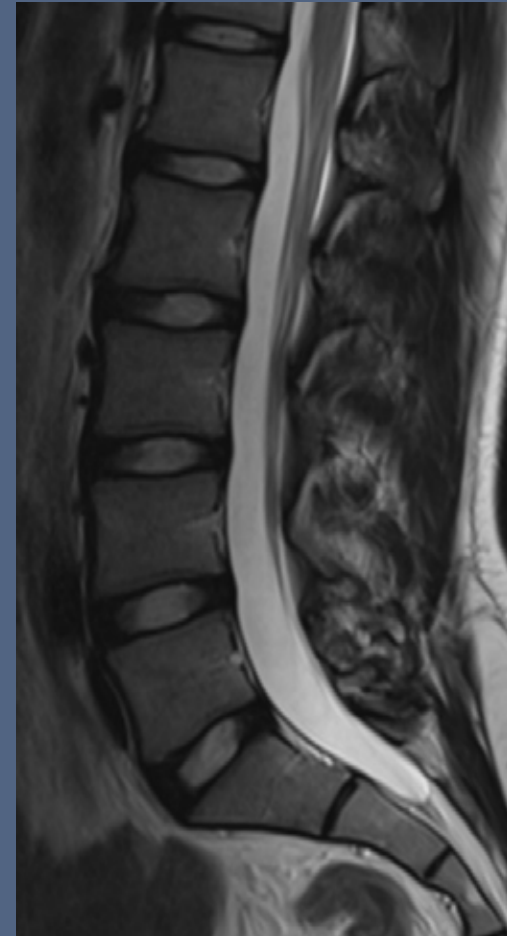
- segmentale Dysfunktion va L5/S1, keine radikulären Zeichen
- Nach MMI deutlich besser, aber 2x nur kurzzeitiger Effekt
- 2 Serien PT mit teilweiser Verbesserung, gelegentlich NSAR p.o.

- Erst Trainings-/Wettkampfpause führte zu Beschwerdefreiheit

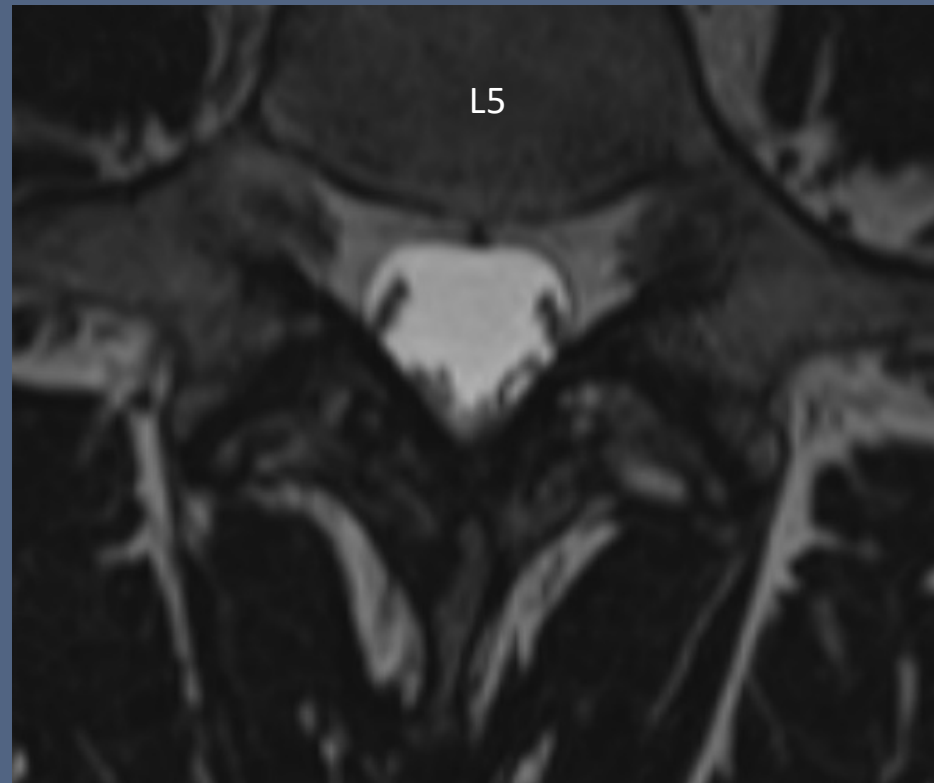
- Aktuell
 - Schmerz-Rezidiv tieflumbal rechts, Ausstrahlung in Leiste, VAS 8-9
 - nach Training regelmässiger NSAR-Bedarf (v.a. nachts)

- Keine Besserung auf MMI
- Erst Sport-Pause bringt Verbesserung
- PT feedback:
 - Sehr gute Stabilisationsfähigkeit!?
- *return to sport* erfolglos

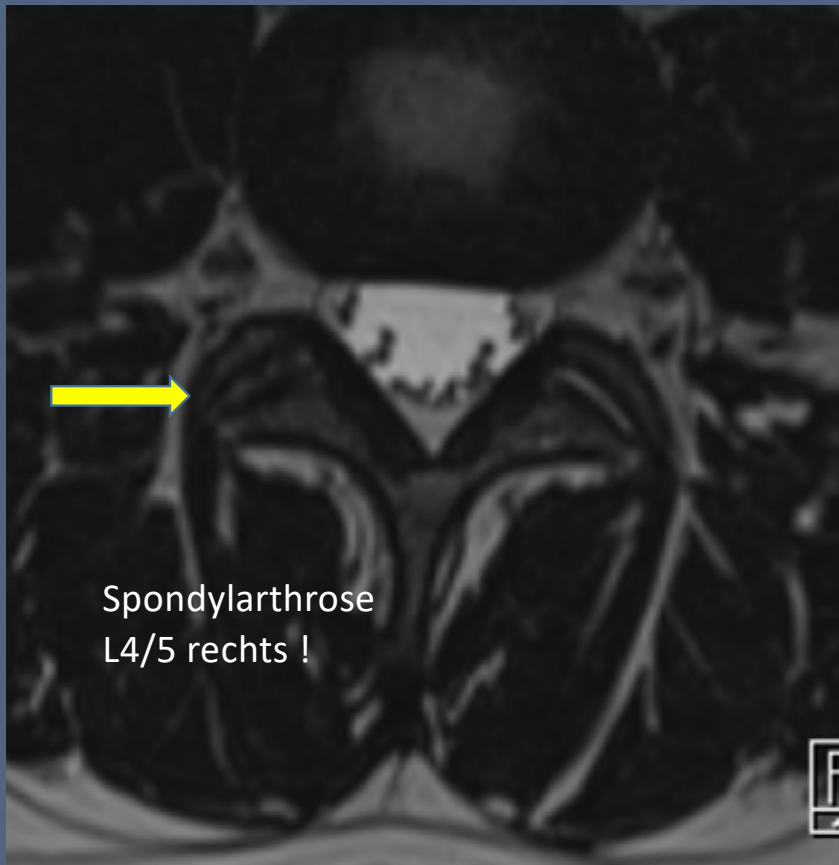
- Wie weiter?
- MR: Frage Spondylolyse, DH



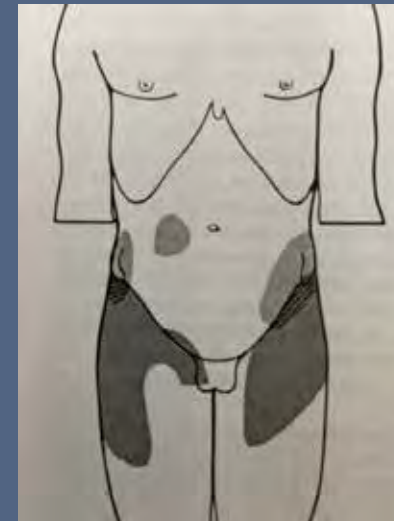
MR LWS: keine DH, keine Spondylolyse



... der zweite Blick...

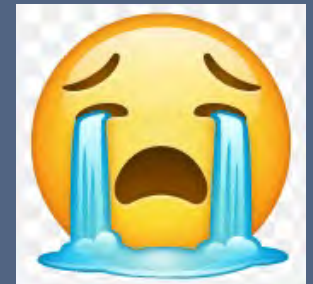


Travell & Simons
Übertragungsschmerz
Facettengelenke L4/5



Weitere Behandlung? Weiter Wettkampfsport?

- Infiltration L4/5 rechts mit 20mg Kenacort/3ml Lidocain
 - ohne Bildgebung, 1.5 cm paraspinal
- Sportpause, PT
- Schmerzrezidiv nach Wiederaufnahme des Trainings



Fall 2

m, 28j, Student

- Leistenschmerzen links seit einigen Monaten

nicht einschränkend, keine Ruhe-/Nachtsz, keine Analgetika, Ausstrahlung ventraler OS,
keine Schwäche, keine Parästhesien

- Rezidivierende Lumboischialgie seit ca 7 Jahren

- Konservativ behandelte DH L4/5 links

- -> PT

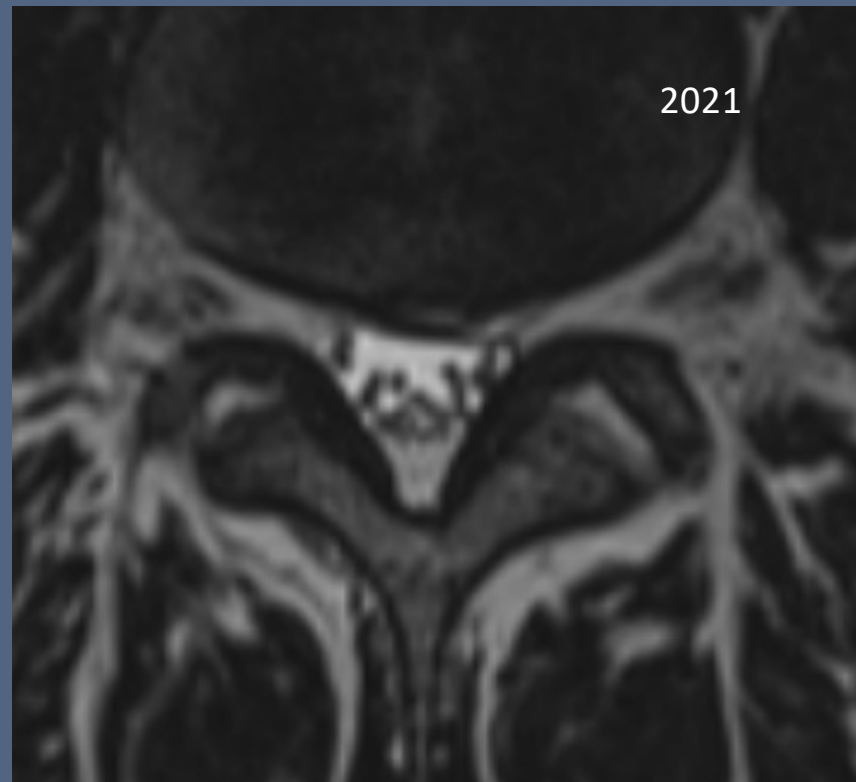


Routine nicht immer optimal?

- Nach PT deutlich schlechter
- Nun eingeschränkte Gehstrecke, braucht NSAR
- Weiterhin va Leistensz, eher weniger Lumbalgie
- Patient fordert MRI...

Positive Überraschung...

L 4/5 nach 7 Jahren

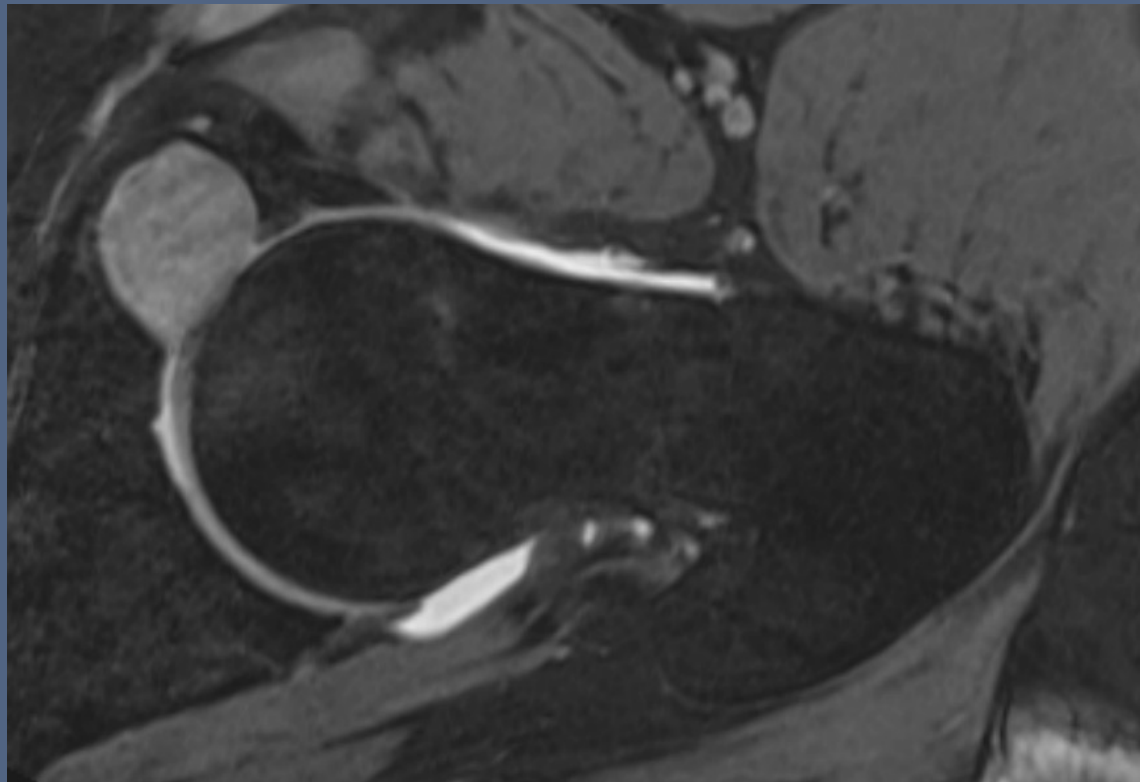


nochmalige klinische Untersuchung !

- Hüfte links mit sz-haft eingeschränkter F / IR !
- Vd a femoroacetabuläres Impingement FAI
- > Rx Beckenübersicht:



Negative Überraschung...



- Histologie:
 - CT gesteuerte Biopsie: **benignes Schwannom** intraartikulär anteriores Hüftgelenk links
- Behandlung:
 - Chirurgische Hüftluxation und Resektion des Schwannomes
- Verlauf
 - Verlaufs-MR nach 12 Monaten: kein Vd a Rezidiv-/Rest-Tumor

Retrospektiv: war es immer schon die Hüfte??

Fall 3

m, 54j, Manager

- PA unauffällig, gelegentlich leichtgradiges LVS
- Diagnostischer Slalom...



Freitagnachmittag Notfall

- Heftige Flankenschmerzen links seit heute Nacht, trotz 2g Dafalgan kein Schlaf
 - Anamnese: Nachtschweiss
- Klinisch: afebril, Hartspann paraspinal links, LWS eingeschränkte Seitneigung rechts, keine KDo über LWS, keine segmentale Dysfkt
- UST: blande
- Leuk 12.8, CRP 70
- Rx Thorax: fragliches retrocardiales Infiltrat

- Nach knapp 48h Co-Amoxi und Irfen: nicht besser (!!)
- Sz lumbal links mit Ausstrahlung in Leiste links
- Klinischer Status unverändert
- Lc 10.0, CRP 90
- UST blande
- SONO: Nieren bds unauffällig, keine Hinweise auf Urolithiasis, Abszess

Tag 6....

- Schmerz sei nun klar im Bereich von Wirbelsäule und Leiste
 - Weshalb nicht endlich Manipulation??
- Klinisch:
 - Segmentale Dysfunktion L3/4
 - Provokation in allen Richtungen ++
 - **ungerichteter Provokationsschmerz !!**
- Wie weiter?
 - DD Spondylodiszitis ??
 - MR LWS mit KM



Tag 9...

- MR: kleine Diskushernie L4/5 mediolateral links
 - Keine Hinweise auf Spondylodiscitis!
- Nochmals klinische Untersuchung
 - Keine neurologischen Befunde, Leiste unauffällig
 - Leicht gespanntes Abdomen und DDo im Unterbauch bds, auch leichter LLSz

...die Idee...



ca 5 Jahr zuvor: St.n. Appendicitis...

Kommentar

Das histomorphologische Bild ist suggestiv auf eine Beteiligung der Appendix durch eine IBD vom Typ Morbus Crohn. Wir empfehlen eine entsprechende Abklärung.

- Lc 14.5, CRP 210
- notfallmässiges CT Abdomen
 - Hinweise auf Crohn, Wandverdickungen, Abszesse?

Befund CT Abdomen: unauffällig...

- im Kleingedruckten: mögliche pericolische Fettgewebsimbimierung

- Morbus Crohn !!
 - Ohne Veränderung Stuhlgang??
- Motivation der Gastroenterologin (und des Patienten!) zur dringlichen Koloskopie

Multiple
Ulcerationen
Colon
descendens



Tag 13...

- unveränderte Leistenschmerzen, lumbal etwas besser
- Klinisch unverändert
- Labor: CRP 230, Procalcitonin 0.12
- Arbeitshypothese: Morbus Crohn!
 - Histo noch ausstehend
- Wie weiter?
 - Spiricort 50mg/d

Tag 15...

... when the postman rings twice...

Mail Patient:

Gehe viel besser, er sei im Wald am Spazieren mit seinem Hund... fast schmerzfrei...

Kommentar

1817, 1819-1820: Das histomorphologische Bild spricht in erster Linie für eine medikamentöse Genese (NSAR). Eine chronisch entzündliche Darmerkrankung ist weniger wahrscheinlich.

? Diskussion !

- Ursache der Colitis?? weiterhin unklar...
 - Bisher kein Rezidiv
 - vielleicht halt doch NSAR ?
 - Ansprechen auf Steroide??
- Relevanz der Diskushernie
 - Zufallsbefund oder Schmerzursache?
 - Ansprechen auf 2x 50mg Spiricort eher unwahrscheinlich

Fall 4

m, 93j, Rentner

- Rüstig! geht jeden Tag eine Runde spazieren (ca 1.5km)
- Störende Leistenschmerzen rechts, belastungsabhängig
- Kürzliche Hospitalisation wegen Schwindel, Atemnot (und LeistenSz)
 - hochgradige Aortenstenose (KÖF 0.9) > TAVI ??
 - sick-sinus (Bradycardien bis 38/min) > Micra-Pacer
 - Sonografie Abdomen:

Rechte und linke Leiste:
Weder in Ruhestellung noch beim Valsalva-Manöver liess sich eine Leistenhernie nachweisen.



Trau keinem Ultraschall, den du nicht selber gemacht hast...



mit Leistengurt beschwerdefrei....



Vielen Dank für die Aufmerksamkeit

