



Peter Uwe Henß

Schmerz als interdisziplinärer Forschungsgegenstand Der Schmerzbegriff in Viktor von Weizsäckers medizinischer Anthropologie und seine Bedeutung in der ärztlichen Praxis

KIT Scientific Publishing

Zwei Kasuistiken aus dem eigenen Patientengut

Publisher: KIT Scientific Publishing
Place of publication: KIT Scientific Publishing
Year of publication: 2015
Published on OpenEdition Books: 13 septembre 2019
Serie: KIT Scientific Publishing
Electronic ISBN: 9791036538292



<http://books.openedition.org>

Electronic reference

HENSS, Peter Uwe. *Zwei Kasuistiken aus dem eigenen Patientengut* In: *Schmerz als interdisziplinärer Forschungsgegenstand: Der Schmerzbegriff in Viktor von Weizsäckers medizinischer Anthropologie und seine Bedeutung in der ärztlichen Praxis* [Online]. Karlsruhe: KIT Scientific Publishing, 2015 (Erstellungsdatum: 12 janvier 2021). Online verfügbar: <<http://books.openedition.org/ksp/5041>>. ISBN: 9791036538292.

This text was automatically generated on 12 janvier 2021. It is the result of an OCR (optical character recognition) scanning.

Zwei Kasuistiken aus dem eigenen Patientengut

Kasuistik I

Patientenvorstellung

- 1 im Rahmen der Schmerzkonferenz im Februar 2009: Dr. Uwe HENSS
- 2 Veranstalter: Dr. Birgit ZÖLLER, Heidelberg
- 3 Pat.: weibliche Patientin, geb. 1940. Sie lebt zusammen mit ihrem Ehemann und befindet sich seit Jahren in meiner hausärztlichen Betreuung.

Schmerzanamnese

- 4 Schmerzen in den Fingerspitzen beidseits, Schmerzen in den Füßen beidseits (plantar und am Fußrücken) bis 2 cm über das Sprunggelenk, links mehr als rechts. Im Bereich des Großzehs wird ein stechender Schmerz beschrieben, sonst weisen die Schmerzen einen einschießenden Charakter auf und dauern in der Regel wenige Sekunden an. Die Schmerzen sind bei Wärme geringer ausgeprägt, bei Kälte wird eine Schmerzzunahme berichtet. Nach Geschirrspülen mit kaltem Wasser klagt die Patientin über stechende Schmerzen in den Fingerspitzen, die ca. 5 Minuten andauern. Sie trägt nachts wärmende Schuhe aus Schaffell, um dem Schmerz vorzubeugen. Schmerzen treten auch beim Halten eines Staubsaugers auf, so dass die Patientin diese Tätigkeit abbrechen muss.
- 5 Die Beschwerden bestehen seit Oktober 2007 im Anschluss an eine Kleinhirnschämie. Damals erfolgte eine stationäre Behandlung (*stroke unit*) und im Anschluss daran eine Behandlung in einer Rehabilitationsklinik.
- 6 Auf der *Visuellen Analog-Skala* (VAS) wird die Schmerzstärke mit 10 angegeben.
- 7 Lidocain-Salbe 5% lokal angewendet half nicht, Paracetamol p.o. und Metamizol p.o. ohne schmerzlindernden Effekt.

Schmerzdiagnosen

- 8 V. a. Thalamus-Schmerz-Syndrom, zentrale neuropathische Schmerzen, diabetische Polyneuropathie

Eigenanamnese

- 9 Z.n. akuter Kleinhirnschämie Oktober 2007
10 Absolute Arrhythmie bei Vorhofflimmern
11 Hypertensive Herzerkrankung bei langjähriger art. Hypertonie
12 D.M. (*Diabetes mellitus*) Typ II, ED Oktober 2010
13 COPD (Chronisch obstruktive Atemwegserkrankung)
14 Hyperlipidämie

Status

- 15 Gewicht 60 kg, Größe 156 cm, guter Allgemeinzustand, guter Ernährungszustand.
16 RR 120/80 mm Hg, Carotiden und Cor auskultatorisch frei, HerzHerzaktion: arrhythmisch. Pulmo: vesikuläres Atemgeräusch. Geringe periphere Ödeme. Abdomen: weich, keine Resistenzen palpabel, keine Organomegalie, Nierenlager frei.
17 Kleine Petechien an den Füßen.

Neurologischer Befund

- 18 Sensibilität an den Fingerspitzen herabgesetzt, Pallhypästhesie an den Füßen beidseits, ASR bds. reduziert. PSR unauffällig. Feinmotorik, grobe Kraft, Hirnnerven, Pupillenreflexe unauffällig. Ataktisches Gangbild, ataktischer FNV (Finger-Nasen-Versuch).

Psychopathologischer Befund

- 19 subdepressive Stimmung, zu allen Qualitäten orientiert, bewussteinklar.

Labor

- 20 Vit. B-12-Spiegel i.N., Digoxin im Serum im therapeutischen Bereich, Eiweiß-Elektrophorese bis auf geringe Erhöhung der Gammafraktion (18%) unauffällig. Quick-Wert (Thromboplastin-Zeit) 32%, INR 1.89 (unter Antikoagulanzen-therapie), Blutbild unauffällig, Differentialblutbild bis auf geringe Monozytose (9.4%) unauffällig.
21 Thrombozyten 109/hl -, Hämoglobin A1C (HbA1c) 6.3%, γ -Gluta-myltranspeptidase (γ -GT) 107 U/l +, Glutamat-Pyruvat-Transaminase (GPT/ALAT) 49 U/l +, Alkalische Phosphatase im Normbereich, Harnstoff, Kreatinin im Serum, C-reaktives Protein (CRP), Cholesterin, HDL-Cholesterin, LDL-Cholesterin, Thyreotropes Hormon (TSH) im

Normbereich. Borrelien-Serologie: Westernblot IGG positiv, nachgewiesene Banden P93, P41, P34, P31. Westernblot IgM negativ.

22 Folsäure im Serum: 17.7 ng/ml +.

Knochenmarkszytologie

23 vom 18.10.2007: Kein Anhalt für chronische myeloproliferative Erkrankung.

Neurologisches Konsil

24 Oktober 2008: Distal symmetrische Polyneuropathie mit Pallesthesie (3/8), *Diabetes mellitus*. Die motorische Neurographie des *Nervus tibialis* rechts zeigte mit 34,3 m/sec. eine reduzierte motorische Nervenleitgeschwindigkeit (der *Nervus medianus* rechts weist einen unauffälligen Wert auf.)

25 DemTect (14 Punkte) und Uhrentest (3) grenzwertig.

Kraniale Computertomographie

26 Oktober 2008: Vergrößerung des Furchenreliefs im Bereich des Kleinhirns sowie eine Atrophie im Bereich der Inselzisternen beidseits.

27 *Doppler der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße:*

28 Oktober 2007: Lumeneinengung der ACI (*Arteria carotis interna*) 30-40% links.

Elektroenzephalographie

29 November 2007: unauffällig.

Aktuelle Medikation

30 Digitoxin Tabletten 0,07 mg 1-0-0, Marcumar® (Phenprocoumon) nach Plan, LYRICA® Hartkapseln 0-150-225 mg, Simvastatin Filmtabletten 40 mg 0-0-1, Metoprolol succinat Retardtabletten 47,5 mg 1-0-0, Metformin Filmtabletten 500 mg 1-0-1, Hydrochlorthiazid 25 mg Tabletten 1-0-0, Spiriva® (Tiotropiumbromid) 18 Mikrogramm Kapseln mit Inhalationspulver 1-0-0, Tilidin 100mg/8 mg comp. Retardtabletten 1-0-1.

Kasuistik 2

Patientenvorstellung

31 im Rahmen der Schmerzkonferenz im März 2008: Dr. Uwe HENSS

32 Veranstalter: Dr. Birgit ZÖLLER, Heidelberg

33 *Pat.:* weibliche Patientin, geh. 1926, lebt im Seniorenwohnheim, keine Kinder, Witwe, seit Juni 2007 in meiner ärztlichen Betreuung.

Schmerzanamnese

- 34 Schmerzen linke Körperseite nach Apoplex, bohrend, kontinuierlich, ihr Ehemann verstarb im Juli 2007 an einem Tumorleiden, vor seinem Tode trug er ein Morphin-Pflaster.
- 35 Nach dem Tod des Ehemannes wurden die Schmerzen nicht schlimmer. Schmerzzunahme bei Bewegung des linken Armes und Beines: Schmerzstärke 7-8 auf der visuellen Analogskala (0-10), in Ruhe 5. Carbamazepin (September 2007) und Amitriptylin (Januar 2008) ohne Schmerzlinderung. Während einer Phase verstärkter Depression und optischer Halluzinationen kaum Schmerzen. Nach Ende dieser Episode erneut Schmerzzunahme.

Schmerzdiagnose

- 36 Zentrale Schmerzen nach Apoplex (Literatur 1,5% Häufigkeit¹).

Eigenanamnese

- 37 Herpes Zoster links, Dermatom Th 12 rechts.
- 38 Sigma-Karzinom (wenig differenziert), Zustand nach Operation mit Anlage eines Anus praeter Juni 2007
- 39 Ulcus ventriculi (Forrest III) mit Blutung, Helicobacter pylori-positiv, 2 EK (Erythrozyten-Konzentrate) bei Blutungsanämie April 2007
- 40 Z.n. Magenulkus mit Blutungsanämie März 2007
- 41 D.M. (Diabetes mellitus) Typ II (diät.), ED 2001
- 42 Z.n. Apoplex 2000 und 2001, Hemiparese links: Rehaklinik: Februar bis April 2001
- 43 Pertrochantäre Femurfraktur links, DHS (dynamische Hüftschraube) im Februar 2000
- 44 Stuhl-und Harninkontinenz
- 45 Intermittierende absolute Arrhythmie bei Vorhofflimmern (seit April 2007)
- 46 Osteoporose, Z. n. Deckplattenimpressionen BWK 12 und LWK 1 mit Keilwirbelbildung Mai 1999.

Kraniale Computertomographie

- 47 April 2007: Kleiner lacunärer Substanzdefekt im Stammganglienbereich rechts, keine Blutung, keine Raumforderung.

Karotis-Doppler-Untersuchung

- 48 März 2007: Plaques in den Bulbi beidseits ohne hämodynamisch wirksame Stenose.

Neurologischer Befund

- 49 Hemiphypästhesie links. Reflexsteigerung links, Hypalgesie linke Körperseite. Grobe Kraft: das linke Bein kann eben gegen die Schwerkraft gehoben werden (Kraftgrad 3

nach MRC *rating scale*) der linke Arm kann gut gehoben werden (Kraftgrad 4).² Spastische Hemiparese links, Beugekontraktur des linken Fußes, Abduktion der linken Schulter erschwert. Pupillenreflexe unauffällig. Zentrale Parese des *Nervus facialis* links. Die Patientin wird mit dem Rollstuhl gefahren, keine Dysphagie.

Psychopathologischer Befund

- 50 Depressive Stimmung, orientiert zu allen Qualitäten, bewusstseinsklar, optische Halluzinationen wechselnden Ausmaßes nach Apoplex.

Orthopädisches Konsil

- 51 Juni 2006: Keine eigenständige Schulterpathologie, in der Röntgenaufnahme der linken Schulter: Humeruskopf-Tiefstand. Empfehlung: Muskelrelaxantien, ggf. Nervus suprascapularis-Blockaden.

Labor

- 52 März 2008: Hämoglobin 11.1 g/dl -, MCH 31 pg -, übriges Blutbild im Normbereich, Quick-Wert (Thromboplastin-Zeit), partielle Thromboplastinzeit (PTT), Serum-Glucose (BZ), Glutamat-Pyruvat-Transaminase (GPT/ALAT), Kreatinin im Serum, Thyreotropes Hormon (TSH), Gesamt Eiweiß im Normbereich. Cholesterin 227 mg/dl +, γ -Glutamyltranspeptidase (γ -GT) 72 +, Borrelienserologie negativ, ANA (Antinukleäre Antikörper) 1:80.

Aktuelle Medikation

- 53 Gabapentin 300 mg Hartkapseln 1-0-1, Tilidin 100 mg/8mg Retard-tabletten 1-0-1, Acetylsalicylsäure Tabletten 100 mg 1 x 1, Lansoprazol magensaftresistente Hartkapseln 30 mg 1 x 1, Metamizol Tropfen 30 Trpf. b.B. bis 3 x tgl., Haloperidol Tabletten 1,75 mg 1-0-1, Tetrazepam Tabletten 50 mg 0-0-1, Ossofortin® forte (Calciumcarbonat 1500 mg, Colecalciferol 10 μ g) Brausetabletten 1-0-1.

Weitere Therapie

- 54 Krankengymnastik, stützende Gespräche.

NOTES

1. Vgl. FREYNAGEN & BARON 2006, 27

2. MRC: *Medical Research Council*, vgl. PSCHYREMBEL 2007, 1036.