

Lumbago - The Healing Power of the Injection Alone

Erschienen im Niedersächsischen Ärzteblatt 3/2013

Kasuistik

Der 64 Jahre alte Patient stellte sich am 15. Mai 2009 in einer allgemeinmedizinischen Praxis mit akuter Lumbago vor. Dort erhielt er intragluteale (i.m.) Injektionen von 50 mg Prednisolon und 500 mg Analgin. Zwei weitere Injektionen der gleichen Medikamente erfolgten jeweils am 18. Mai 2009 und am 19. Mai 2009. Am 4. Juni 2009 suchte der Patient erneut die Praxis auf. Es fand sich ein livides Areal im Bereich des Gesäßes, das als Spitzenhämatom diagnostiziert wurde. Lokalmaßnahmen besserten zunächst die Beschwerden. Die Wiedervorstellung am 10. Juni 2009 erfolgte wegen jetzt eindeutiger Schwellung Rötung und subfebriler Temperaturen. Unter der Diagnose einer Infektion im linken Oberschenkel nach i.m. Injektion verordnete der Allgemeinmediziner zwei Antibiotika. Am nächsten Tag wurde eine Computertomographie von Gesäß und Becken durchgeführt mit der daraus resultierenden Verdachtsdiagnose eines infizierten Hämatoms. Bei lokal unverändertem Befund überwies der Allgemeinmediziner den Patienten am nächsten Tag zu einem Chirurgen, der einen großen Spritzenabszess diagnostizierte und den Patienten stationär in eine chirurgische Klinik einwies. Dort wurde der Abszess eröffnet, die Wundhöhle gespült. Nach der Entlassung aus der Klinik am 15. Juni 2009 wurde die Wunde ambulant weiter behandelt, bis sie am 28. August 2009 zugranuliert war.

Der Patient vermutet, die Applikation der Spritzen sei fehlerhaft gewesen und fehlerbedingt hätte sich der Spritzenabszess entwickelt.

Der Arzt argumentiert, der Patient habe, als er sich am 15. Mai 2009 mit den Zeichen einer akuten Lumbago beidseits in der Praxis vorstellte, angegeben, daheim ohne Erfolg Schmerzmittel eingenommen zu haben. Nach klinischer Untersuchung habe er den Patienten über die bestehenden Therapiemöglichkeiten (Erhöhung der Schmerzmitteldosis, Wärmeapplikation oder Spritzentherapie) aufgeklärt. Der Patient habe ausdrücklich eine Injektionsbehandlung gewünscht, da eine solche drei Jahre zuvor erfolgreich durchgeführt worden sei. An zwei unterschiedlichen Injektionsorten seien daraufhin

www.schlichtungsstelle.de
info@schlichtungsstelle.de

**Schlichtungsstelle
für Arzthaftpflichtfragen
der norddeutschen
Ärztekammern GbR**
Hans-Böckler-Allee 3
30173 Hannover

Telefon:
+49 511 / 380 -2416 oder
+49 511 / 380 -2420

50 mg Prednisolon und 500 mg Analgin nach Lagerung und Desinfektion intramuskulär verabreicht worden. Bei Persistenz der Beschwerden seien weitere Injektionen am 18. und 19. Mai 2009 erfolgt. Bei der Wiedervorstellung am 4. Juni 2009 habe der Patient über Schmerzen im rechten Musculus Gluteus geklagt. Unter der Annahme eines Hämatoms sei Kühlung verordnet und Heparinsalbe rezeptiert worden. Am 10. Juni 2009 habe der Patient über subfebrile Temperaturen berichtet. Daraufhin sei mit einer Antibiotikabehandlung begonnen worden. Als am Folgetag der Befund unverändert gewesen sei, habe er eine Computertomographie am gleichen Tag veranlasst, die einen Spritzenabszess ergab. Daraufhin sei der Patient einem niedergelassenen Chirurgen vorgestellt worden.

Einen Behandlungsfehler könne er nicht erkennen. Die Injektionen seien nach dem erforderlichen hygienischen Standard erfolgt. Die Überwachung und alle weitergehenden Maßnahmen nach Auftreten der Beschwerden seien zeit- und regelgerecht erfolgt.

Gutachten

Die intramuskuläre Injektion von Steroiden und Metamizol sei nicht indiziert gewesen. Generell sei die intramuskuläre Injektion von Medikamenten eine komplikationsträchtige Maßnahme und die Indikationsstellung streng zu überprüfen. Von einer Injektionstherapie bei Lumbago werde in den Leitlinien explizit abgeraten. Die Fachinformation für Solu-Decortin, das Prednisolon entspreche, enthalte zahlreiche zugelassene Anwendungsgebiete für eine parenterale Anfangsbehandlung. Lumbago sei nicht darunter aufgeführt. Das Auftreten des Glutealabszesses sei auf eine nicht indizierte und auch nicht zugelassene intramuskuläre Injektionsbehandlung mit Steroiden und Metamizol bei akuter Lumbago zurückzuführen.

Eingeschränkt werden müsse, dass die i.m. Injektion auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten erfolgt sei.

Zu dem Gutachten wurde ärztlicherseits eingewendet, dass vor der Konsultation am 15. Mai 2009 Wärmeapplikation, körperliche Schonung und Paracetamol in Tablettenform die Symptome nicht gebessert hatten. Die vorgeschlagene Kombinationsbehandlung mit einem Muskelrelaxans und Nichtsteroidalem Antirheumatikum (NSAR) habe der Patient wegen bekannter Magenunverträglichkeit vehement abgelehnt. Der Patient habe um die i.m. Injektion der Medikamente gebeten. Glukokortikoide könnten in Kombination mit Analgetika zur Behandlung chronischer Schmerzen eingesetzt werden und diese Kombination sei explizit auch für die Behandlung von Lumbago/Lumbalgien in einem Lehrbuch der Schmerztherapie

aufgeführt.

Entscheidung der Schlichtungsstelle

Die Schlichtungsstelle folgte den Argumenten des Gutachters und sah keine Indikation für die durchgeführte i.m. Medikation. Es gibt keine Belege für einen therapeutischen Effekt einer derartigen Behandlung (1).

In einer Übersicht über die therapeutischen Empfehlungen verschiedener (13 nationaler, zwei internationaler) Leitlinien zum Thema unterer Rückenschmerz inklusive Lumbago findet sich keine Nennung einer i.m. Medikation. Übereinstimmend werden Paracetamol und als Zweitlinienmedikation NSAR genannt.

Die Entscheidung zur i. m. Behandlung der akuten Lumbago war daher fehlerhaft. Als Fehlerfolge waren die Schmerzen, die Notwendigkeit der operativen Sanierung und der daraus resultierende längere Heilungsverlauf bis Ende August 2009 anzusehen.

Praxistipp

Es ist im Praxisalltag nicht ungewöhnlich, dass Patienten den Wunsch nach einer parenteralen Therapie äußern, die entweder in der Vergangenheit schon einmal erfolgreich angewandt wurde oder aber auch, weil sie diese Form von vornherein für wirksamer als die enterale Applikation halten. Die Erfüllung von derartigen Wünschen von Patienten ist jedoch stets limitiert durch die Grenzen der Indikation.

Fußnote 1: Staal, J.B. de Bie, R.A. de Vet, H.C.W., Hildebrandt, J, Nelemans, P. (2008) Injection Therapy for Subacute and Chronic Low Back Pain. Spine 34, 49