

## Rückenschmerzen interdisziplinär angehen

# Komplexe Herausforderung gemeinsam lösen

**Obwohl es sich bei Rückenschmerzen um eines der häufigsten klinischen Symptome handelt, sind Diagnostik und Therapie oft sehr unterschiedlich – das ist für den Behandler eine Herausforderung und für die Patienten manchmal unbefriedigend. Wie man am besten vorgeht, wurde an einer Fortbildung an der Reha Rheinfelden aus neurologischer, rheumatologischer und sportmedizinischer Sicht erläutert.**

### Aus neurologischer Sicht

Aus neurologischer Perspektive ist es wichtig zu wissen, dass Rückenschmerzen häufig auf eine verspannte Muskulatur (ca. 70%) zurückzuführen oder degenerativ (10%) bedingt sind. Viel seltener findet sich als Ursache eine Diskusherniation (4%) oder eine spinale Stenose (3%). Die Liste der Differenzialdiagnosen ist lang: Bei radikulären Symptomen sollte neben einer Diskushernie auch an degenerative Veränderungen, Tumoren, Abszesse oder Infektionen als Ursache gedacht werden.

Neue Daten belegen, dass sich bei klinisch Gesunden kernspintomografisch recht häufig lumbale Bandscheibenvorfälle zeigen (bei > 60% der über 60 Jahre alten Bevölkerung). Auch degenerative Veränderungen korrelieren häufig nicht mit der Klinik. Da die bildmorphologische Pathologie keinen prädiktiven Wert für das Auftreten einer klinischen Symptomatik hat, sollte die entsprechende weitergehende Diagnostik nur bei therapeutischer Relevanz erfolgen. Eine Hilfestellung geben hierbei die Red-Flag-Symptome mit entsprechend empfohlener weiterer Diagnostik (siehe *Tabelle 1*). Darüber hinaus ist bei schmerzbedingter, ambulant nicht therapierbarer Immobilität eine akutstationäre Krankenhauseinweisung notwendig.

Die typische Klinik radikulärer Symptome beginnt akut und geht mit nächtlicher Schmerzverstärkung einher. Je nach Ausdehnung ist eine Ausstrahlung entlang den Dermatomen möglich, gegebenenfalls kommt es zu Sensibilitätsausfällen. Die Symptomatik ist bewegungsabhängig mit Verstärkung durch Pressen, Husten oder Niesen. In der klinischen Untersuchung zeigt sich oft eine Reflexabschwächung. Die Therapie sollte primär kausal und möglichst konservativ erfolgen. Notfallmässige OP-Indikationen sind zum Beispiel das Kauda-Syndrom, Blasen- oder Mastdarmlähmungen, hochgradige/progrediente Paresen oder auch therapieresistente Schmerzen.

Wichtig hierbei: Bei frühzeitig operierten Patienten bilden sich Schmerzen und neurologische Defizite rascher zurück als bei nicht oder spät operierten Patienten. Chronifizierte Rückenschmerzen ohne radikuläre Ausstrahlung sind jedoch durch operative Massnahmen in der Regel nicht besserungsfähig. Die Indikation zur Operation sollte deshalb sehr sorgfältig gestellt werden.

### Aus rheumatologischer Sicht

Für den Rheumatologen ist insbesondere der entzündliche Rückenschmerz (ERS) ein ernst zu nehmendes Alarmzeichen. Ein ERS tritt häufig zu Beginn des M. Bechterew (Synonym: ankylosierende Spondylarthritis [AS]) bei jungen Patienten auf. Diese entzündlich rheumatische Systemerkrankung betrifft etwa 0,5 bis 1 Prozent der Bevölkerung. Das ist klinisch relevant: Die Diagnosestellung dieser Erkrankung erfolgt oft erst viele Jahre nach Beginn der Symptomatik. Zu diesem Zeitpunkt sind möglicherweise bereits irreversible Schäden an der Wirbelsäule aufgetreten, die hätten verhindert werden können.

Klinisch wichtig ist, dass im Gegensatz zur rheumatoiden Arthritis (RA) insbesondere jüngere Patienten betroffen sind. So beginnt die Symptomatik der AS in aller Regel in der dritten Lebensdekade. Charakteristisch ist zu Beginn der entzündliche Rückenschmerz. Kriterien hierfür sind das junge Alter (< 40 Jahre), die Morgensteifigkeit (> 30 min), der langsame Beginn mit Besserung bei Bewegung und ein schmerzbedingtes Aufwachen in der zweiten Nachthälfte. Gleichermassen diagnostische und therapeutische Bedeutung hat das sehr gute Ansprechen der Schmerzen auf nicht steroidale Antirheumatika (NSAR).

Leider erfolgt die Diagnosestellung im Mittel erst etwa neun Jahre nach Beginn der ersten Symptomatik. Strukturelle

Tabelle 1:

### Red-Flag-Symptome der lumbalen Radikulopathie

Red Flags	Vorgehen
Vorausgegangenes Trauma bei älteren Menschen mit erhöhter Frakturgefahr, auch Bagatelltraumata, Osteoporose	Röntgen, MRT
Tumoranamnese/Infektion, Gewichtsverlust, Fieber, Schmerzverstärkung bei Nacht	Röntgen, CT, MRT, Skelettszintigrafie, Laboruntersuchungen
Progrediente Parese, nachlassende Schmerzen bei deutlicher Parese, Kauda-Syndrom, Miktionsstörung	MRT, CT

adaptiert nach (1)

Tabelle 2:

## Risikofaktoren für nicht spezifische Kreuzschmerzen

### Psychosoziale Faktoren (Yellow Flags)

- ▲ Depressivität, negativer Stress (vor allem berufs- und arbeitsplatzbezogen)
- ▲ schmerzbezogene Kognition, z. B. Katastrophisieren, Hilf-/Hoffnungslosigkeit, «fear-avoidance beliefs» (der Schmerz wird zwingend auf eine Verletzung bzw. organische Ursache zurückgeführt)
- ▲ passives Schmerzverhalten, z. B. ausgeprägtes Schon- und Angstvermeidungsverhalten
- ▲ überaktives Schmerzverhalten (beharrliche Arbeitsamkeit [task persistence], suppressives Schmerzverhalten)
- ▲ schmerzbezogene Kognitionen (Gedankenunterdrückung)
- ▲ Neigung zur Somatisierung

### Arbeitsplatzbezogene Risikofaktoren (Blue Flags/Black Flags)

- ▲ überwiegend körperliche Schwerarbeit (Tragen, Heben schwerer Lasten)
- ▲ überwiegend monotone Körperhaltung
- ▲ überwiegend Vibrationsexposition
- ▲ geringe berufliche Qualifikation
- ▲ geringer Einfluss auf die Arbeitsgestaltung
- ▲ geringe soziale Unterstützung
- ▲ berufliche Unzufriedenheit
- ▲ Verlust des Arbeitsplatzes
- ▲ Kränkungsverhalten am Arbeitsplatz, chronischer Arbeitskonflikt (Mobbing)
- ▲ eigene negative Erwartung hinsichtlich der Rückkehr an den Arbeitsplatz
- ▲ Angst vor erneuter Schädigung am Arbeitsplatz

adaptiert nach (3)

ossäre Veränderungen können bei fortgeschrittener Erkrankung nativradiologisch diagnostiziert werden. In frühen Phasen der Erkrankung ist die MRT-Diagnostik deutlich sensitiver. Neue Daten zeigen jedoch, dass auch Gesunde entsprechende Veränderungen in der Bildgebung aufweisen können und dass es falsch positive Befunde gibt. Besteht klinisch der Verdacht auf eine AS, muss deshalb bei der Diagnosestellung eine Vielzahl möglicher Symptome dieser Systemerkrankung Berücksichtigung finden. Typisch für die Erkrankung sind zum Beispiel Daktylitis, Enthesitis, anteriore Uveitis oder Positivität für HLA-B27. Sie sind jedoch mit verschiedenen Wahrscheinlichkeiten assoziiert. Nach rheumatologischer Diagnosestellung erfolgt die Therapie multimodal (inkl. Physiotherapie). Medikamentös finden zu Beginn stets NSAR Verwendung. Insbesondere die medikamentöse Therapie hat sich in den letzten Jahren grundlegend gewandelt. Biologika (TNF-Hemmer und Interleukin-17-Hemmer) stellen heutzutage eine effektive

Therapiemöglichkeit dar, mit der sich das Fortschreiten der Erkrankung oft stoppen lässt. Selbst in schwierigen Situationen (z. B. Schwangerschaft) ist eine Therapie prinzipiell möglich. Aktuelle Registerdaten zeigen, dass zum Beispiel das Malignomrisiko unter TNF- $\alpha$ -Inhibitoren nicht signifikant ansteigt. Die etwaigen Risiken einer Basistherapie sind akzeptabel, weil eine nicht oder schlecht behandelte AS für den Patienten mit deutlich erhöhter Mortalität verbunden ist.

### Aus sportmedizinischer Sicht

Bei der sportmedizinischen Herangehensweise liegt der Schwerpunkt auf der Evaluation der Bewegungsqualität und möglicher Haltefunktionsstörungen. Letztere finden in der klassischen klinischen Untersuchung weniger Beachtung und werden somit bei gegebener Problematik eher übersehen. Dazu trägt nicht zuletzt auch die häufige Überinterpretation bilddiagnostischer Befunde bei. Dabei ermöglicht die Differenzierung von Haltedysfunktionen bei entsprechend ärztlich-therapeutischem Verständnis ein gezielteres Behandlungskonzept mit entsprechend spezifischen, problemorientierten Kraft-/Bewegungsübungen, was den Therapieeffekt begünstigt.

Parallel sollten auch psychosoziale Belastungsfaktoren (Yellow Flags) identifiziert und regelmässig überprüft werden. Sie haben im Sinne des gesamtheitlichen Behandlungskonzepts einen wichtigen Stellenwert als Indikator für eine mögliche Chronifizierung von Schmerzen. Darüber hinaus kommt der Vollständigkeit halber auch den sogenannten Blue beziehungsweise Black Flags besondere Bedeutung zu (siehe *Tabelle 2*). Von den Beschäftigten subjektiv empfundene Belastungen am Arbeitsplatz (physisch oder psychosozial) werden den Blue Flags zugeordnet. Objektivierbare soziale Rahmenbedingungen seitens der Arbeitgeber/Versorgungssysteme und objektiv messbare Arbeitsplatzfaktoren fallen in den Bereich der Black Flags. Zusammenfassend ist es im klinischen Alltag besonders wichtig, dass in Bezug auf berufsbezogene Faktoren grundsätzlich zwischen physischen (Körperbelastungen, ungünstige Haltungen, Arbeitsschwere) und berufs- und arbeitsplatzspezifischen psychischen Faktoren (Unzufriedenheit, mentaler Stress, Zeitdruck) unterschieden wird. Insbesondere aus sportmedizinischer Sicht ist eine gesunde mentale Fitness ein zwingender Leistungsfaktor und somit auch längerfristig für den Therapieerfolg mitbestimmend. ▲

Thierry Ettlin, Ulrich Gerth, Frédéric Schaub

Korrespondenzadresse:

PD Dr. Dr. Ulrich Gerth

Reha Rheinfelden

4310 Rheinfelden

E-Mail: U.Gerth@reha-rhf.ch

Alle Autoren sind an der Reha Rheinfelden tätig. Der Artikel fasst die wesentlichen Punkte der Fortbildung «Rückenschmerzen interdisziplinär» zusammen, die am 14. Februar 2020 an der Reha Rheinfelden in der Fortbildungsreihe «Voneinander lernen: Hausärzte & Fachärzte im Dialog» stattfand.

Interessenlage: Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel vorliegen.