

Wichtige Punkte zum Thema Rückenschmerzen

Einfach bleiben, Bildgebung sparsam einsetzen, Übungstherapien berücksichtigen

Ob akut, subakut oder chronisch: Rückenschmerzen sind eine häufige Konsultationsursache. Moderne Richtlinien geben im akuten Stadium eher einfache diagnostische und therapeutische Schritte vor. Eine rasche, ausreichende Schmerzlinderung kann den weiteren Verlauf positiv beeinflussen.

HALID BAS

Akute Rückenschmerzen gelten – meist zu Recht – als eher banales medizinisches Problem. Sie sind aber für viele Arztkonsultationen, diagnostische Massnahmen und therapeutische Interventionen verantwortlich. Wesentlich schwieriger sind die chronischen Rückenschmerzpatienten zu behandeln, sie lösen hohe Kosten aus und leiden oft über viele Jahre (Kasten 1). Zu den Mechanismen, die dabei eine Rolle spielen, gibt es viele Untersuchungen. Sie sind auch in die internationalen Guidelines eingeflossen, die sich hinsichtlich des Vorgehens bei akuten Rückenschmerzen bemerkenswert einig sind, wie eine systematische Review fand (1). Offenbar ist die Adhärenz von Ärztinnen und Ärzten gegenüber den Empfehlungen nicht frei von Schwankungen, und das tatsächliche unterscheidet sich vom empfohlenen Vorgehen in bemerkenswert vielen Fällen. Zu diesem Schluss kam zumindest eine Untersuchung an 3533 Patienten, die wegen neu aufgetretener lumbaler Schmerzen einen Allgemeinpraktiker aufgesucht hatten (2).

Was tun bei akuten lumbalen Rückenschmerzen?

Was schlagen die einschlägigen Empfehlungen bei Patienten vor, die wegen akuter Rückenschmerzen in die Praxis kommen? Einige wichtige Punkte sind:

- Die Anamnese soll nach Schmerzcharakteristika, vorangegangenen ähnlichen Episoden oder Traumata sowie nach den «red flags», also Warnzeichen für ernsthafte Ursachen für das Schmerzgeschehen, fahnden (Kasten 2).
- Die Diagnostik soll sich – bei fehlenden Warnzeichen – auf Anamnese und Klinik beschränken und auf eine initiale Bildgebung verzichten.

- Gleichzeitig mit der Therapie erfolgt die Patientenschulung: Aufklärung über den meist günstigen Verlauf, Abbau von Ängsten, Aufforderung zu mehr anstatt weniger Bewegung, Diskussion möglicher auslösender Faktoren.
- Die Behandlung soll eine rasche Schmerzlinderung und damit eine Unterbrechung des Zirkels von Schmerz und muskulärer Verspannung erzielen sowie der Entwicklung eines ängstlichen Vermeidungsverhaltens entgegenwirken.
- Für die Schmerzlinderung kommen zunächst Wärme- oder Kälteapplikationen infrage, weiter einfache Analgetika wie Paracetamol, das allerdings etwas schwächer wirkt als nichtsteroidale Antirheumatika (Kasten 3).
- Bei Bedenken wegen systemischer Nebenwirkungen können auch topische Präparate (z.B. Schmerzpflaster) zum Einsatz kommen.
- Opioide kommen erst bei chronischen Rückenschmerzen in Betracht, wenn physiotherapeutische und andere medikamentöse Behandlungen nicht ausreichend waren.

..... Merksätze

- Internationale Guidelines sind sich hinsichtlich des Vorgehens bei akuten Rückenschmerzen bemerkenswert einig, allerdings werden ihre Empfehlungen in der Praxis oft nicht umgesetzt.
- Bei akuten Rückenschmerzen sollen vor allem die Anamnese und die körperliche Untersuchung zum Zug kommen, eine Bildgebung ist nur bei Warnzeichen eindeutig indiziert.
- Teil jeder Behandlung soll die eingehende Aufklärung und Beruhigung der Betroffenen sein.
- Die Behandlung soll eine rasche Schmerzlinderung und damit eine Unterbrechung des Zirkels zwischen Schmerz und muskulärer Verspannung erzielen sowie der Entwicklung eines Vermeidungsverhaltens entgegenwirken.
- Bei chronischen unspezifischen Rückenschmerzen stützt die Evidenzlage Übungstherapien mit verhaltenstherapeutischem Ansatz, die ambulant individuell angepasst als Heimübungen mit relativ geringem Instruktions- und Überwachungsaufwand durchgeführt werden können.

**Kasten 1: Rückenschmerzen:
Das Ausmass des Problems**

- Rückenschmerzen sind der häufigste Überweisungsgrund für eine ambulante Physiotherapie.
- Dies entspricht ungefähr 60 Prozent aller ärztlichen Verordnungen.
- 80 Prozent aller Menschen haben in ihrem Leben eine Rückenschmerzepisode.
- 85 Prozent aller Rückenschmerzpatienten gelten als Patienten mit unspezifischem Rückenschmerz.
- 80 bis 90 Prozent erholen sich im Zeitraum von 6 Wochen.
- 8 bis 10 Prozent entwickeln chronische Beschwerden.
- Chronische Rückenschmerzpatienten verursachen 80 bis 90 Prozent der Kosten.

(nach www.rheuma-schweiz.ch)

**Kasten 2: Warnzeichen bei Rückenschmerzen
(red flags)**

- Alter unter 20 oder über 55 Jahre
- konstanter Ruheschmerz
- nächtlicher Schmerz
- beeinträchtigter Allgemeinzustand (Gewichtsverlust, Fieber)
- Blasenentleerungsstörungen
- Hypästhesien am Gesäss, perianal
- Hyperreflexie, erhöhter Muskeltonus, Koordinationsstörungen
- progressive oder funktionell stark beeinträchtigende Ausfallsymptomatik trotz adäquater Therapie
- anamnestische Hinweise auf Wirbelkörpertrauma, Osteoporose, Tumorleiden
- Symptompersistenz oder -zunahme trotz adäquater Therapie nach 4 Wochen
- länger dauernde systemische Steroideinnahme, Immunsuppression, Drogenabusus, HIV

Die Praxis der australischen Grundversorger sah jedoch in der erwähnten Untersuchung (2) anders aus: Sie überwiesen über ein Viertel der Patienten zur Bildgebung. Aufklärung und einfache Analgesie erhielten nur 20,5 respektive 17,7 Prozent der Patienten. Die typischerweise verordneten Medikamente waren nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR 37,4%) und Opioide (19,6%). Dieses Muster erfuhr auch durch die Publikation einer lokalen Guideline keine Änderung. Die suboptimale Befolgung von Guidelines ist auch aus etlichen anderen Ländern dokumentiert (3).

Die Krux mit der Bildgebung

Dass bei akut aufgetretenen lumbalen Rückenschmerzen nach sorgfältiger Anamnese und klinischer Untersuchung eine bildgebende Diagnostik initial nicht erfolgen soll, ist für die Fachleute, die Guidelines verfassen und herausgeben, eine ausgemachte Sache, und auch Vertreter der Krankenversicherer werden nicht müde, auf diesen Punkt zu verweisen. In der täglichen Praxis ist es aber nicht immer einfach, dem Patientenwunsch nach Röntgenbild, CT oder MRI angesichts der Realitäten in der sie umgebenden Medienwelt die überzeugenden Argumente entgegenzusetzen. Eine Bestandesaufnahme, von der sich hierzulande niemand betroffen zu fühlen braucht, stammt aus den USA und ergab Folgendes (5): Von 35 039 Lumbalgiepatienten erfolgte bei 28,8 Prozent innert der ersten 28 Tage und bei 4,6 zusätzlichen Prozent innert 28 und 180 Tagen eine bildgebende Diagnostik. Dies waren in 88,2 Prozent konventionelle Röntgenbilder, bei den Übrigen wurde initial sofort ein CT oder MRI veranlasst. Weisse Patienten erhielten öfter eine Bildgebung als schwarze Patienten. Bei Patienten mit geringerem Versicherungsschutz (Medicaid) kam es später zu bildgebenden Untersuchungen, und die neuesten Methoden wurden seltener eingesetzt. Rückenschmerzpatienten hatten dann eine höhere Bildgebungsrate, wenn ihr Allgemeinarzt in einer grossen Praxis arbeitete. Qualitätsbasierte Anreize (incentives) reduzierten den Einsatz der eingehenderen bildgebenden Verfahren im Vergleich zum Fehlen solcher Anreize signifikant (10,5 vs. 1,4% innert der ersten 28 Tage). Anreize, die auch die Patientenzufriedenheit mitberücksichtigten, führten jedoch zum rascheren Einsatz von bildgebender Diagnostik und zu mehr CT/MRI.

Die Chronifizierungsfälle

Zunächst die gute Nachricht: Im Rahmen der hausärztlichen Praxis werden 80 bis 90 Prozent der Patienten mit akuten lumbalen Rückenschmerzen nach drei Monaten wegen dieses Problems keine Hilfe mehr beanspruchen. Und die schlechte Nachricht: Gemäss neueren longitudinalen Studien werden dennoch 30 bis 40 Prozent im späteren Verlauf persistierende Symptome zeigen. Für die Chronifizierung von Schmerz und Behinderung scheinen dabei psychosoziale Faktoren eine wichtigere Rolle zu spielen als die anatomische Pathologie, die den Schmerzen zugrunde liegt. Zu diesen Faktoren gehören unter anderem(4):

- frühere Episode von Rückenschmerzen
- geringe Zufriedenheit mit der Arbeitssituation oder geringe Entlohnung
- inadäquate Bewältigungsstrategien
- ängstliches Vermeidungsverhalten
- manuelle oder körperlich belastende Arbeit
- Adipositas
- Somatisierung
- Rauchen
- schon vorbestehend geringes Aktivitätsniveau
- juristische Auseinandersetzungen
- Angst und/oder Depression
- emotional belastende Lebensumstände.

Kasten 3: Wichtige Behandlungsschritte bei akuten unspezifischen Rückenschmerzen

- Patientenaufklärung: Beruhigung; Information über den meist nach kurzer Zeit günstigen Verlauf. Die Aufforderung, Bettruhe zu vermeiden und aktiv zu bleiben, ist evidenzbasiert!
- Analgesie mit einfachen Mitteln:
 lokal: Kälte- oder Wärmeapplikation; topische Medikamente, z.B. Schmerzpflaster auf Capsaicin-/Methylsalicylat- (z.B. Isola® Capsicum N PLUS, Traumalix® dolo Thermo-Patch) oder NSAR- (z.B. Flector EP Tissuegel®)-Basis
 systemisch: Paracetamol p.os; NSAR p.os (Cave unerwünschte Arzneimittelwirkungen!)
- Allenfalls kommen zur Muskelrelaxation kurzfristig Benzodiazepine infrage, hier ist aber das Abhängigkeitsrisiko gegen den Nutzen sorgfältig abzuwägen.
- Unter den alternativen Therapien gibt es nur zu spinalen Manipulationen und oberflächlichen Wärmeanwendungen Evidenz für die Wirksamkeit (4).

Was tun bei chronischen unspezifischen Rückenschmerzen?

Im Allgemeinen spricht man von akuten Rückenschmerzen, wenn sie weniger als sechs Wochen und von chronischen Rückenschmerzen, wenn sie mehr als zwölf Wochen dauern. Chronische unspezifische Rückenschmerzen sind meist an mehr als der Hälfte der Tage eines Jahres vorhanden. Sie gelten als die häufigste Schmerzart und haben weitreichende Konsequenzen für die Betroffenen, für das Gesundheitswesen und für die Arbeitswelt. Sie sind der zweithäufigste Grund für die Ausrichtung einer IV-Rente. Patienten mit chronischen Rückenschmerzen sind meistens schon umfangreich abgeklärt worden, ohne dass spezifische Therapien das Leiden beendet hätten. In dieser Situation wird in modernen Richtlinien eine Beeinflussung des Halte- und Bewegungsapparats angestrebt, wozu sich Übungstherapien anbieten. Ihr Ziel ist die Kräftigung und Dehnung sowie eine Verbesserung der Ausdauer und eine bessere Stabilisation der Wirbelsäule. Daneben sollen verhaltenstherapeutische Anleitungen das Schmerzverhalten der Betroffenen in günstigere Bahnen lenken. Diese Therapien haben einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität, und ihr erklärtes Ziel ist es auch, eine Reintegration in das Arbeitsleben zu fördern.

Letzterer Aspekt war Gegenstand einer systematischen Review und Metaanalyse schweizerischer und norwegischer Autoren (6). Die Ergebnisse bestätigen die heutigen Richtlinien und die für Übungstherapien in Anspruch genommenen Vorteile insofern, als sie im Vergleich zu einer üblichen Behandlung (ohne Übungselemente) zu einer Reduktion der Arbeitsabsenzen führten. Bei Studien mit einer Nachbeobachtung von mehr als sechs Monaten war die Verringerung der Arbeitsabsenzen

signifikant (Odds Ratio = 0,66; 95%-Konfidenzintervall [KI] 0,48–0,92). Die Autoren fanden, dass methodologisch schlechtere Studien die Wirksamkeit von Übungstherapien überschätzten, und schlossen solche von den weiteren Analysen aus. So fanden sie statistisch signifikante Effekte bei Heimübungen (OR = 0,38; 95%-KI 0,17–0,84), bei einer Dauer der Übungstherapie von weniger als 17 Kontaktstunden (OR = 0,51; 95%-KI 0,35–0,73) und bei Übungstherapien mit einem verhaltenstherapeutischen Behandlungsansatz (OR = 0,52; 95%-KI 0,34–0,80). Übungstherapien, die einen Bezug zur Arbeit herstellten, wiesen einen günstigen, statistisch aber nicht signifikanten Effekt auf (OR = 0,46; 95%-KI 0,41–1,55). Als praktische Schlussfolgerung erwähnen die Autoren, dass ambulante, individuell angepasste Heimübungen mit einem verhaltenstherapeutischen Ansatz für die längerfristige Arbeitsintegration empfehlenswert sind und dass die Instruktion und Überwachung dieser Übungstherapie keine grosse Anzahl von Kontaktstunden erfordern. ■

Halid Bas

1. Walter Bouwmeester et al.: Quality of Low Back Pain Guidelines Improved. *Spine* 2009; 34(23): 2562–2567.
2. Christopher M. Williams et al.: Low back pain and best practice care – A survey of general practice physicians. *Arch Intern Med* 2010; 170(3): 271–277.
3. Michael D. Cabana: Adherence, not just for Patients. *Arch Intern Med* 2010; 170(3): 277–278.
4. Steven P. Cohen et al.: Management of low back pain. *BMJ* 2009; 338: 100–106.
5. Hoangmai F. Pham et al.: Rapidity and modality of imaging for acute low back pain in elderly patients. *Arch Intern Med* 2009; 169(10): 972–981.
6. Peter Oesch et al.: Effectiveness of exercise on work disability in patients with non-acute non-specific low back pain: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Rehabil Med* 2010; 42; 193–205.