

Welche anatomischen Strukturen betroffen sein können

Tipps für die Abklärung von Rückenschmerzen

Rückenschmerzen sind ein häufiger Grund für einen Besuch in der Hausarztpraxis. Oft basieren sie auf Problemen in mehreren Strukturen. Um diesen häufig komplexen Konstellationen auf die Spur zu kommen, sei es wichtig, sowohl den Schmerzmechanismus als auch die Anatomie zu berücksichtigen, wie Prof. Dr. Stephan Gadola, Klinik für Rheumatologie & Schmerzmedizin, Bethesda-Spital, Basel, an einer FOMF-Veranstaltung erklärte.

Gemäss Lehrbüchern gelten 85% der Rückenschmerzen als unspezifisch. Das stimme so eigentlich nicht, relativierte Prof. Gadola. Der Begriff «unspezifische Rückenschmerzen» suggeriere fälschlicherweise, dass

diesen Schmerzsyndromen keine zuordenbare Ursache zugrunde liege. Die komplexe Anatomie in diesem Bereich birgt die Gefahr einer unzureichenden Untersuchung und einer folglich unzureichenden Therapie, wie der Experte weiter erklärte.

Wichtig sei es, in zwei Ebenen zu denken: jener des pathophysiologischen Schmerzmechanismus und jener der Anatomie. Als Schmerzmechanismus kommt beispielsweise eine mechanische Überbelastung wie bei einer aktivierten Spondylarthrose infrage. Ein weiterer Schmerzmechanismus

ist die Entzündung: infektiös bei einer Spondylodiszitis oder autoinflammatorisch bei einer Kalziumpyrophosphat-Arthropathie (CPPD) oder einer Gicht. Als dritten Schmerzmechanismus sollte auch an ein Tumorgeschehen gedacht werden, wie etwa bei Metastasen oder spinalen Tumoren.

Als Red Flags gelten eine B-Symptomatik, eine Tumoranamnese oder eine untypische und rasche Dynamik. So sollte z.B. bei ungewöhnlich rascher Zunahme von Spinalkanalsymptomen an eine Fazettenzyste, an eine Infektion oder an einen Tumor als Auslöser gedacht werden, so Prof. Gadola.

Zweite Ebene Anatomie

Der Ort der Schädigung bestimmt den Schmerz. Radikuläre Syndrome breiten sich innerhalb von Dermatomen aus und haben ihren Ursprung in einer Reizung von Nervenwurzeln. Pseudoradikuläre Schmerzen sind dagegen dermatomonabhängig und können von verschiedenen Strukturen, z.B. Fazettengelenken, Faszien und Muskeln ausgehen. Lokale, nicht ausstrahlende Schmerzen können z.B. auf Fazettengelenkdysfunktion, Wirbelfrakturen, Spinalkanalstenosen, Osteochondrosen oder Risse im Anulus fibrosus hinweisen. Sehr

häufig treten radikuläre und nicht radikuläre Syndrome gemeinsam auf, so Prof. Gadola.

Wie abklären?

Eine gute Anamnese ist alles andere als trivial, wie Prof. Gadola erklärte. Dazu gehört zunächst die Schmerzlokalisierung. Oft können schmerzgeplagte Patienten die primäre Schmerzlokalisierung wie auch die Ausstrahlung der Schmerzen nicht präzise angeben. Des Weiteren braucht es Angaben zur Schmerzdynamik: Seit wann sind diese vorhanden? Kommt der Schmerz akut oder schleichend? War er sofort oder schleichend immobilisierend? Wann kommt der Schmerz und was verstärkt ihn? Ein Schmerz im Stehen oder in Liegeposition auf dem Rücken kann beispielsweise ein Hinweis auf Fazettengelenksprobleme, Spinalkanalstenosen oder radikuläre Probleme durch foraminale Einengung einer Nervenwurzel sein. Tritt der Schmerz beim Aufstehen auf und wird beim Gehen besser, liegt die Ursache möglicherweise im Iliosakralgelenk. Können Positionsveränderungen, Belastungen bzw. Physiotherapie oder Medikamente die Schmerzen verbessern?

Die anschliessende klinische Untersuchung beginnt mit der Inspektion und umfasst z.B. die Körperhaltung bzw. Fehlhaltungen, Beckenstand, Gangbild, Wirbelsäulenform, Muskelatrophien sowie Gelenkschwellungen.

Weiter folgen passive und aktive funktionelle Untersuchungen von Wirbelsäule und Becken sowie von Hüft-, Knie- und Sprunggelenken. Die Untersuchung auf Druck- und Triggerpunkte und ein der Problematik angepasster Neurostatus komplettieren das Bild.

Eine Hyperlordose im Kreuz (Hohlkreuz) geht oft mit einer Hyperkyphose (Buckel) im Schulterbereich einher sowie mit einer hypertonen Verkürzung der grossen Rückenstrecker, der Hüftbeuger, Nackenmuskeln, Brustmuskeln und andererseits einer insuffizienten Rumpfstabilität. Diese Fehlhaltungen mit begleitenden muskulären Dysbalancen sind sehr oft assoziiert mit arthrogenen und myofaszialen Schmerzen in der Lenden-, Brust- und Halswirbelsäule sowie in den Schultern und den lateralen Hüften. Die sehr oft vorhandenen Trigger-



Stephan Gadola
(Foto: zVg)

Fälle aus der Praxis:

Lebensbedrohliche Rückenschmerzen

Ein 72-jähriger Mann wurde mit Wirbelkörperfrakturen bei Osteoporose stationär zugewiesen. Er gab an, seit drei Monaten Schmerzen im Lendenwirbelsäulenbereich zu verspüren. Diese hätten sich nach Anheben einer Tischplatte akut verstärkt. Analgetika sprachen nicht ausreichend an. Bei Aufnahme hatte der Patient Vitamin D₃, Kalzium und Oxycodonhydrochlorid/Naloxonhydrochlorid (Targin®) als Medikation. Der Patient litt bei Aufnahme unter stärksten Schmerzen (9 von 10 auf den Schmerzskala) und zeigte eine klopfdolente Wirbelsäule. Das Labor war unauffällig. Im Magnetresonanztomogramm (MRT) waren Deckplattenimpressionen von Brustwirbelkörper 12 bis Lendenwirbelkörper 4 zu sehen. In der STIR-Sequenz, mit der die Fettdarstellung auf dem Bild unterdrückt werden kann und das Fett damit dunkel erscheint, waren jedoch hell leuchtende Wirbelkörper zu sehen. Das bedeutete eine komplette Verdrängung des Fettmarks. Daraufhin konnte eine akute prä-B-lymphoblastische Leukämie mit hochgradiger Knochenmarkinfiltration diagnostiziert werden.

Sakrumfraktur

Eine 84-jährige Frau stellte sich mit akuten lumbosakralen Schmerzen vor. Die Röntgenaufnahme zeigte eine ältere Fraktur des dritten Lendenwirbelkörpers und zwei künstliche Hüftgelenke. Tipp: Ein Röntgenbild im Stehen zeigt die Lordose, während bei einem MRT die Patienten liegen.

Die lumbosakralen Schmerzen seien in den letzten drei Tagen aufgetreten und immer stärker geworden. Im MRT wurde eine Spontanfraktur im Os sacrum sichtbar, die weder im Computertomogramm noch in einer Röntgenaufnahme sichtbar war. Sakrumfrakturen sind sehr häufig, nicht selten auch zusammen mit Schambeinastfrakturen.

Osteochondrose

Ein 49-jähriger Mann klagte über lumbosakrale, mediane Rückenschmerzen beim Gehen und beim Hinuntersteigen von Treppen. Im Liegen war er schmerzfrei. Das MRT zeigte eine aktivierte Osteochondrose vom MODIC Typ 1. Als Therapie erhielt der Patient Etoricoxib, was seine Schmerzen gut linderte. Die MODIC-Klassifikation teilt degenerative Veränderungen der Wirbelkörper in verschiedene Klassen ein. Typ 1 bezeichnet die Ödemphase, Typ 2 die Fettgewebiskonversion, Typ 3 subchondrale Sklerosierungen.

sei, dass nach der Infiltration das Zeitfenster der Schmerzfreiheit genutzt werde, um mittels Physiotherapie eine Stabilisierung zu erreichen. NSAR können auch bei aktivierten Osteochondrosen und bei Spondylarthropathie eingesetzt werden; bei Spinalkanalstenosen und chronischen radikulären Syndromen wirken sie dagegen weniger gut, und bei myofaszialen Schmerzen, Entrapment-Syndromen und Triggerpunkten in der Regel gar nicht. Weitere Infiltrationstherapien der Wirbelsäule können auch bei radikulärer Problematik eingesetzt werden. Entscheidend seien dabei immer die genaue klinische und bildgebende Analyse des Problems, die sorgfältige Wahl der Infiltration, die präzise Durchführung und schliesslich die Dokumentation sowohl des rasch eintretenden, aber nur kurzzeitigen Lokalanästhesieeffekts und des später eintretenden, dafür potenziell nachhaltigen Kortison-Effekts.

Bei myofaszialen Schmerzen helfen in der Regel nur eine gut geführte Physiotherapie mit aktiven und passiven Therapieelementen sowie tägliche Eigenübungen, wie Prof. Gadola anmerkte. Eine Ausnahme seien sekundäre Triggerpunkte, z.B. bei chronischer foraminale Affektion einer Nervenwurzel, wo die Mitbehandlung der Nervenaffektion, z.B. mittels Infiltration, wirksam sein könne.

Fazit

Lumbosakrale und gluteale Schmerzen sind sehr häufige Probleme in der täglichen Praxis. Bei einem grossen Teil der Fälle handelt es sich um Spondylarthrosen, Spinalkanalstenosen, radikuläre Syndrome, foraminale Stenosen durch Degeneration der Foramina, eine Dysfunktion der Iliosakralgelenke sowie begleitende myofasziale Schmerzen. Bei neu auftretenden Schmerzen, die über die Tage immer stärker werden, sollte an eine osteoporotische Fraktur, z.B. eine Sakrumfraktur bei lumbosakralen Schmerzen, gedacht werden, vor allem bei älteren Menschen. Für die Beurteilung des Schmerzes sind eine gezielte Anamnese und sorgfältige klinische Untersuchung, oft ergänzt durch bildgebende Verfahren, sowie Kenntnisse der Anatomie des Bewegungsapparats von zentraler Bedeutung. □

Valérie Herzog

Quelle: «Lumbogluteale Rückenschmerzen». FOMF Allgemeine Innere Medizin Update Refresher, 21. Januar 2025, Basel

punkte, z.B. im Bereich der Musculi glutei medii et minimi, können zusätzlich eine radikuläre Problematik vortäuschen.

Was hilft bei chronischen Schmerzen?

Je nach Ursache der lumbosakralen Schmerzen sieht die Therapie unterschiedlich aus. Bei Fazettengelenksarthrosen bzw. aktivierten Spondylarthrosen wird zunächst mittels Physiotherapie die Fehlhaltung korrigiert und die sagittale Balance der Wirbelsäule verbessert. Führt das nicht zur gewünschten Linderung, können orale nicht steroidale Antirheumatika (NSAR) wie beispielsweise ein selektiver COX-2-Hemmer (z.B. Etoricoxib [Arcoxia®, div. Generika]) eingesetzt werden. Spricht diese Therapie nicht an, kann eine Fazettengelenksinfiltration mit Glukokortikoiden durchgeführt werden. Wichtig