

UNSPECIFISCHER LOW BACK PAIN? GIBT ES NICHT!

Interview mit Beat Michel und Pius Brühlmann

Beat Michel und Pius Brühlmann sind sich einig: Einen unspezifischen unteren Kreuzschmerz gibt es nicht, obschon es in der grössten medizinischen Datenbank PUB MED von Publikationen dazu nur so wimmelt. Für Diagnose und Patient relevant sind die Anamnese und eine genaue klinische Untersuchung, beides kommt heute zu kurz.

Pink Floyd meets Edgar Allan Poe

Christian Larsen

3 GRUNDTYPEN VON KREUZSCHMERZEN

Lumbovertebral

«Lumbo» heisst «Kreuz» oder «Lenden» und «vertebral» bezieht sich auf die Wirbelsäule. Lokalisation und Ursache des Schmerzes sind in der Lendenwirbelsäule.

Lumboradikulär mit typischer Ausstrahlung ins Bein. Der Begriff «radikulär» kommt vom lateinischen Radix (= Wurzel) und bezieht sich auf die Irritation der Nervenwurzel nahe der Wirbelsäule, zum Beispiel ausgelöst durch Bandscheibenvorfälle.

Lumbospondylogen

Schmerzen entstehen in der Wirbelsäule, werden aber in bestimmten Muskeln des Rücken-, Becken- oder Hüftbereichs wahrgenommen.

WAS GENAU VERSTEHT MAN UNTER DEM BEGRIFF «UNSPECIFISCHER KREUZSCHMERZ»?

So etwas wie einen unspezifischen Kreuzschmerz gibt es nicht.

WIE MEINEN SIE DAS?

Jedem sogenannten Non-specific-low-back-Pain liegt eine spezifische Ursache zugrunde, beispielsweise die Irritation eines kleinen Wirbelgelenks oder die schmerzhafte Blockierung eines Wirbelsegments.

WELCHES SIND DANN DIE HÄUFIGSTEN SPEZIFISCHEN URSACHEN DES UNSPEZIFISCHEN RÜCKENSCHMERZES?

In der Alterskategorie 20- bis 60-Jährige am häufigsten sind blockierte Wirbelsegmente, die sich manualtherapeutisch gut lösen lassen. Beim älteren Menschen nehmen die Verschleisserscheinungen zu – Verschleiss der Bandscheiben und Arthrose der kleinen Wirbelgelenke. An dritter Stelle kommen Instabilitäten der Lendenwirbelsäule. Typisch für die Instabilität ist der scharfe Aufrichteschmerz des Oberkörpers nach einer Vorbeuge.

LASSEN SICH DIESE URSACHEN IM RÖNTGENBILD ODER IN MRI-SCHNITTBILDERN ERKENNEN?

Genau da liegt das Problem! Eine schmerzhafte Blockierung von zwei oder mehr Wirbelkörpern lässt sich weder im Röntgenbild noch im MRI er-

kennen. Schmerzen sind nie sichtbar. Das Fehlen struktureller Veränderungen verleitet zum Fehlschluss, es gebe keine Ursache. Oder gar zum Verdacht, der Patient habe psychische Probleme.

Bei älteren Menschen ist es dann genau umgekehrt: Der Arzt sieht irgendwelche Abnützungsercheinungen im Röntgenbild und macht reflexartig die radiologisch sichtbaren Befunde für die Beschwerden des Patienten verantwortlich! Was erwiesenermassen in vielen Fällen falsch ist. Im Röntgenbild imponiert beispielsweise eine Bandscheibenabnutzung, die Schmerzen kommen aber von der Rückenmuskulatur, bedingt durch chronische Fehlbelastung. Diese Beispiele zeigen, wie dominant die visuelle Strukturdiagnostik geworden ist – auf Kosten der klinischen Funktionsdiagnostik.

WIE LASSEN SICH DENN DIE URSACHEN DES UNSPEZIFISCHEN KREUZSCHMERZES DIAGNOSTIZIEREN?

Ganz einfach: durch Anamnese und Untersuchung. Also: dem Patienten genau zuhören, präzise nachfragen und dann genau untersuchen.

KLINGT LOGISCH, SCHON FAST SELBSTVERSTÄNDLICH. WO LIEGT DAS PROBLEM?

Leider ist das Selbstverständliche heute nicht mehr selbstverständlich! Viele Ärzte haben nie gelernt, den Rücken richtig zu untersuchen. Da haperts beträchtlich. Das hängt vermutlich mit

der wachsenden Komplexität und der zunehmenden Spezialisierung zusammen. Fakt ist: Die klinische Untersuchung kommt regelmässig viel zu kurz, obschon sie für die Diagnose wegleitend ist.

IST IN SACHEN UNTERSUCHUNGSKOMPETENZ BEI JUNGEN ÄRZTEN BESSERUNG IN SICHT?

Leider nein. Bei der letzten Reform des Medizinstudiums wurden die Rheumatologie und Untersuchung des Bewegungssystems redimensioniert. Das Thema muss im Schnellverfahren abgehandelt werden. Definitiv zu wenig. Die Untersuchungskompetenz muss später im Verlauf der Weiterbildung als Assistenzarzt erworben werden. Hier fehlen oft die Lehrmeister, die Zeit, die Empathie oder der Blick fürs grosse Ganze. Gleichzeitig nehmen Bildgebung, Labor, Genetik und administrative Arbeiten überhand. Wer nie in der Orthopädie oder Rheumatologie gearbeitet hat, muss das Defizit mithilfe spezialisierter Fortbildungskurse beispielsweise in manueller Medizin nachholen.

WELCHE LANGZEITKONSEQUENZEN FÜR DIE BEVÖLKERUNG SIND ZU ERWARTEN?

Die klinische Kompetenz der Ärzte wird abnehmen, die Kosten werden steigen.

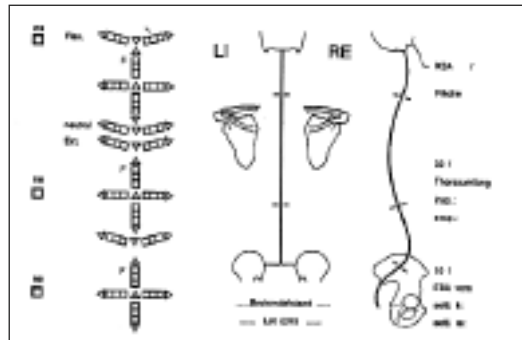
GIBT ES TIPPS UND TRICKS FÜR DIE UNTERSUCHUNG?

Ja, natürlich. Die klinische Untersuchung ist Erfahrungssache. Lernbar. Mit der Zeit hat jeder seine Tricks und Tipps. Ein nützliches Beispiel für die Praxis: Die Palpation der Kreuzmuskulatur erfolgt am besten, wenn der Patient in Rückenlage auf der Untersuchungsfläche liegt. Im Stehen oder Sitzen sind die Kreuzmuskeln automatisch angespannt, da lässt sich schwer sagen, ob sie verspannt sind oder nicht. Wir arbeiten seit über zwanzig Jahren mit einem strukturierten Befundbogen (siehe Abbildung), das hat sich bewährt.

APROPOS INFILTRATION: WELCHES SIND DIE HÄUFIGSTEN SPRITZUNGEN, DIE SIE ANWENDEN?

Zuoberst steht die Diagnosesicherung. Wenn ich beispielsweise ein bestimmtes Wirbelgelenk infiltriere und die Schmerzen verschwinden, weiss ich mit Sicherheit, woher genau die Schmerzen kommen. An zweiter Stelle stehen therapeutische Infiltrationen, insbesondere der Muskelsehnenansätze im Becken- und Gesässbereich.

WENN DIE SPRITZE NICHTS NÜTZT, STEHT JA OFT EIN OPERATIVER EINGRIFF AN DER WIRBELSÄULE ZUR DISKUSSION. WELCHE VORAUSSETZUNGEN MÜSSEN



Statusbogen Wirbelsäule

FÜR SIE ERFÜLLT SEIN, DAMIT EINE OPERATION WIRKLICH ERFOLG VERSPRECHEND IST?

Die Diagnose muss wasserdicht sein, die konservative Therapie ausgeschöpft sein und wichtig, es muss ein möglichst risikoarmes und Erfolg versprechendes Operationsverfahren geben. Sind alle drei Bedingungen erfüllt, kommt es meist gut. Wenn nicht, wird es schnell heikel.

WIR KOMMEN ZUM SCHLUSS DES INTERVIEWS. ICH HÄTTE GERNE AUFGRUND IHRER JAHRZEHNTELANGEN ERFAHRUNG UND FÜHRENDEN POSITION AUF DIESEM GEBIET JE EINEN TIPP FÜR DEN ARZT UND DEN PHYSIOTHERAPEUTEN. ZUERST FÜR DIE GRUNDVERSORGER – DIE HAUSÄRZTE.

Genau zuhören, genau untersuchen – das sind die goldenen Schlüssel. Hinzu kommen vertiefte Kenntnisse der Red Flags und im Zweifelsfall die Überweisung an den richtigen Spezialisten.

UND FÜR DIE PHYSIOTHERAPEUTEN?

Globalbefund und Lokalbefund erheben. Wünschenswert wäre zudem der Erwerb der Fähigkeit, Röntgenbilder interpretieren zu können. Dann gemäss Clinical Reasoning die Therapiestrategie festlegen und zusammen mit dem Patienten umsetzen. Schwierig wird dieses Vorgehen zugegebenermassen, wenn der Arzt eine nichtssagende Diagnose – wie zum Beispiel den Non-specific-low-back-Pain – aufs Rezept schreibt und gleichzeitig dem Therapeuten eine bestimmte Therapie vorgeben will. Gar nicht einmal so selten, diese Konstellation.

WELCHEN STELLENWERT HABEN KOMPLEMENTÄR-THERAPEUTISCHE UND ALTERNATIVMEDIZINISCHE DISZIPLINEN IN IHRER TÄGLICHEN ARBEIT?

Unterstützung durch physikalisch-medizinische Massnahmen wie Wasser, Wärme und so weiter gehören zu unserem Berufsalltag. Akupunktur zur Entspannung bei verspannten Muskeln hat sich zudem bewährt.



BEAT MICHEL

Seit 2016 RheumaClinic, Privatklinik Bethanien, Zürich, davor 23 Jahre Direktion der Rheumaklinik, Universitätsspital Zürich, 1987–1990 Fellowship Immunology and Rheumatology, Stanford, USA. Seit 2006 Präsident Rheuma Schweiz (www.rheuma-schweiz.ch) bmichel@klinikbethanien.ch



PIUS BRÜHLMANN

Seit 2016 RheumaClinic, Privatklinik Bethanien, Zürich, davor seit 1993 Leitender Arzt Rheumaklinik Universitätsspital Zürich, 1981–1992 Assistenz- und Oberarzt in diversen Fachgebieten inkl. Innere Medizin, Rheumatologie, Physikalische Medizin pbruehlmann@klinikbethanien.ch