

Leitfaden Allgemeinmedizin 2016



Kapitel Kreuzschmerzen

Christoph Fischer, Lisa Fischer

Für Betroffene gab es zum Thema Kreuzschmerzen eine zweiseitige Patienteninformation der DEGAM; diese ist aber leider nicht mehr aktuell und nur mehr im Archiv der DEGAM abrufbar¹. Ersetzt wurde sie durch die „Patienteninformation zur Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) Kreuzschmerz“², welche aber mit einem Umfang von 150 Seiten für den Praxisalltag zu umfangreich erscheint.

Auch Hausärzte brauchen übersichtliche Handlungsanleitungen zu diesem häufigen Krankheitsbild. Einen raschen Überblick können Sie sich im Archiv der DEGAM in der Kurzversion der Leitlinie Kreuzschmerz verschaffen. Auch diese wird nicht mehr aktualisiert. An ihre Stelle ist die NVL Kreuzschmerz getreten, die Langfassung hat einen Umfang von 200 Seiten.

Wir haben versucht, aus diesen Leitlinien für Ärzte und den Patienteninformationen eine detaillierte, aber übersichtliche Version zusammen zu stellen, die sprachlich so gestaltet ist, dass sie sowohl für Erkrankte, als auch für Hausärzte kurz, übersichtlich und allgemein verständlich die Grundprinzipien von Diagnostik und Therapie von Kreuzschmerzen darstellt.

An Hand dieser Broschüre können Arzt und Erkrankter wichtige Entscheidungen – muss ein CT gemacht werden, ist eine Ambene-Spritze sinnvoll? – gemeinsam auf Basis guter Evidenz treffen.

Häufigkeit/Dauer von Kreuzschmerzen

Die Patienteninformation zur „Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) beginnt mit einer ersten wichtigen Information für Kreuzschmerzpatienten: „Sie sind nicht allein! Kreuzschmerzen gehören zu den am meisten angegebenen Schmerzen überhaupt. Kreuzschmerzen sind nicht nur Grund für wiederkehrende Arztbesuche, sondern führen auch seit Jahren die Statistik der Anlässe für Arbeitsunfähigkeit und die Durchführung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen an. Der Schmerz im unteren Rückenbereich gehört heute somit zu den häufigsten und teuersten Erkrankungen in den industrialisierten Ländern ...“

60–80 % der Bevölkerung hatten schon einmal in ihrem Leben Kreuzschmerzen. Sie treten bei jüngeren Menschen häufiger auf als bei älteren. In hausärztlichen Praxen gehören Kreuzschmerzen zu den häufigsten Gründen, weshalb Patienten ihren Arzt konsultieren.

Kreuzschmerzen können von einer Vielzahl anatomischer Strukturen ausgehen, doch bleibt trotz Diagnostik bei ca. 85 % der Patienten die genaue Ursache der Kreuzschmerzen unklar, und die Beschwerden heilen spontan. Meist bessern sich die Kreuzschmerzen innerhalb von 4–6 Wochen.

Das Vorgehen sollte nicht darauf ausgerichtet sein, den Ursprung der Kreuzschmerzen zu klären, sondern statt dessen Patienten mit unkomplizierten Verläufen vor übermäßiger Diagnostik zu schützen und gleichzeitig die wenigen gefährlichen Verläufe, die sofortiger Behandlung oder weiterer Diagnostik bedürfen, zu erkennen und umgehend zu behandeln.

¹ [http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien Inhalte/Dokumente/Patienteninformationen/Pat.info_kreuzschmerz_2011.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien%20Inhalte/Dokumente/Patienteninformationen/Pat.info_kreuzschmerz_2011.pdf)

² <http://www.versorgungsleitlinien.de/patienten/pdf/nvl-kreuzschmerz-patienten-2.pdf>

Für die Behandlung der Kreuzschmerzen sind drei Fragen wichtig:

- Werden Nerven komprimiert?
- Gibt es Faktoren (z. B. depressive Verstimmung, Unzufriedenheit mit dem Arbeitsplatz), die die Prognose des Patienten verschlechtern?
- Liegt eine gefährliche Erkrankung zugrunde?

Das ärztliche Gespräch und eine kurze körperliche Untersuchung genügen, um einen entsprechenden Befund zu erheben.

Unkomplizierte Kreuzschmerzen

Synonyme: Lumbago, „Hexenschuss“

Drei von vier Patienten mit Kreuzschmerzen in hausärztlichen Praxen leiden unter „unkomplizierten Kreuzschmerzen“. Sie treten spontan auf oder auch nach körperlicher Beanspruchung, etwa nach Heben schwerer Lasten. Die Patienten sind in gutem Allgemeinzustand und ihre Schmerzen ändern sich typischerweise je nach Körperposition und Bewegungsablauf. In 2/3 der Fälle strahlen die Kreuzschmerzen in ein oder beide Beine aus (allerdings selten bis unterhalb des Knies), ohne dass eine Einklemmung einer Nervenwurzel besteht.

Unkomplizierte Kreuzschmerzen liegen vor, wenn keine Schmerzausstrahlung über das Knie hinunter vorliegt und der Lasègue-Test negativ ausfällt. Dazu liegt der Untersuchte am Rücken und der Arzt hebt das gestreckte Bein hoch. Der Test gilt als negativ, wenn das gestreckte Bein schmerzfrei bis ca. 70° gehoben werden kann.

Ärztliches Gespräch und Untersuchung genügen, um sich ein Bild über die Art der Kreuzschmerzen zu machen und gefährliche Verläufe auszuschließen, eine neurologische Untersuchung ist nicht notwendig.

Bei unkomplizierten Kreuzschmerzen bringen zusätzliche bildgebende Verfahren (Röntgen, CT, MRT) keinen diagnostischen Mehrwert, sondern können dazu führen, dass Arzt und Patient sich auf nicht behandlungsrelevante Zufallsbefunde fixieren, die nicht in Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden stehen.

Nur wenn sich unter adäquater Behandlung die Kreuzschmerzen binnen 4 Wochen nicht bessern, ist eine einmalige Röntgenuntersuchung sinnvoll, bei wiederkehrenden unkomplizierten Rückenschmerzen ist keine neuerliche Röntgen-Untersuchung notwendig.

Radikuläre Kreuzschmerzen

Synonyme: Ischialgie, Lumboischialgie

Bei Kreuzschmerzen, die auf eine Einklemmung der Nervenwurzel zurückgehen, spricht man von „radikulären“ Symptomen (lat. Radix = Wurzel). Nur bei etwa einem von sieben Erwachsenen, die mit Kreuzschmerzen in die hausärztliche Praxis kommen, handelt es sich um eine Einklemmung einer Nervenwurzel, meist in Zusammenhang mit einem Bandscheibenvorfall. Fast alle Bandscheibenvorfälle (98 %) befinden sich im Bereich zwischen 4. Lendenwirbel und 1. Kreuzbeinwirbel (L4–S1), andere Bandscheiben sind extrem selten (2 von 100) betroffen. Ein Bandscheibenvorfall muss nur in Einzelfällen operiert werden, auch radikuläre Rückenschmerzen bessern sich häufig unter konservativer Behandlung.

Radikuläre Schmerzen strahlen typischerweise über das Knie bis in den Vorfuß aus, werden als klar begrenzt und scharf einschneidend beschrieben, wobei die Schmerzen im Bein schlimmer als die Kreuzschmerzen erscheinen. Sie sind häufig mit Taubheitsgefühl der Haut im schmerzhaften Areal verbunden und lassen sich bei der Untersuchung mittels Lasègue-Test auslösen. Dazu liegt der Untersuchte am Rücken, und der Arzt hebt das gestreckte Bein hoch. Treten Schmerzen schon unterhalb eines Winkels von 70° auf gilt der Lasègue-Test als positiv. Typischerweise sind die Schmerzen dann im Bein stärker als im Rücken.

Übersichtstabellen

Unkomplizierte Kreuzschmerzen	Radikuläre/komplizierte Kreuzschmerzen
Anamnese	
Schmerzcharakteristik, Beeinträchtigung im Alltag, Beschwerdedauer, bisherige Therapie, Vorstellung des Patienten zu Ätiologie und Behandlung	
Körperliche Untersuchung	
Inspektion, Palpation, Bewegungsprüfung, Lasègue	Wenn Schmerzausstrahlung unter das Knie Muskelkraft: Zehenstand (S1), Fersenstand + Zehenheben (L5), Kniestrecker (L4) ASR (S1), PSR (L4) + Sensibilität
Apparative Diagnostik	
Überflüssig bei akuten unkomplizierten Kreuzschmerzen und rezidivierenden Beschwerden ohne Risikofaktoren für chronische Verläufe	MRT*: bei Persistenz radikulärer Symptome trotz Therapie > 1–2 Wo Labor: CRP, BSG b. V.a. Entzündungen, Harn bei V.a. HWI Röntgen: bei Frakturen CT: bei Verdacht auf Tumore
Überweisung zum Spezialisten	
Orthopäde: Persistenz unkomplizierter Kreuzschmerzen trotz Therapie	Neurochirurg o. ä.: zur Klärung einer OP-Indikation, z. B. Bandscheibe Psychotherapeut: frühzeitige Überweisung bei rezidivierenden Kreuzschmerzen mit Risikofaktoren für chronische Verläufe
Klinikeinweisung	
Nicht erforderlich	Cauda-equina-Syndrom, Tumorverdacht

* In der NVL Rückenschmerz wird zur Verkürzung der Kaskade Rö-CT-MRT primär das MRT empfohlen.

Radikuläre Kreuzschmerzen liegen vermutlich vor, wenn eines oder mehrere der folgenden Zeichen vorliegen:

- Einseitige Schmerzen im Bein, die schlimmer als die Kreuzschmerzen sind
- Ausstrahlung in den Fuß oder die Zehen
- Taubheitsgefühl in gleicher Ausbreitung
- Positiver Lasègue-Test
- Reflexauffälligkeiten
- Minderung der Muskelkraft: Zehenstand, Fußheber, Kniestrecker

Anmerkung: Schmerzen, die nur bis zum Knie ausstrahlen, sind häufig „pseudoradikulär“ und zeigen in der körperlichen Untersuchung einen negativen Lasègue-Test. Sie gehören zu den unkomplizierten Kreuzschmerzen.

Wann soll bei radikulären Schmerzen bildgebende Diagnostik eingesetzt werden, und welche?

- Sofort nur bei besonders starken Schmerzen, ausgeprägten neurologische Störungen (Lähmungserscheinungen), Störung von Blasen- oder Mastdarmfunktion, bei Unfällen, bei Warnhinweisen auf entzündliche Prozesse oder Tumorerkrankungen
- Wenn sich radikuläre Kreuzschmerzen unter adäquater Behandlung nicht bessern, sollte nach ca. ein bis zwei Wochen eine MRT veranlasst werden.

Chronische Rückenschmerzen

Bessern sich die Beschwerden über mehr als 12 Wochen nicht, spricht man von chronischen Rückenschmerzen. Schmerzerleben und körperliche Beeinträchtigung verselbständigen sich, und die Rückenschmerzen sprechen schlechter auf Behandlung an. Um diesen Prozess aufzuhalten, sollten Arzt und Patient frühzeitig besprechen, ob Risikofaktoren für chronische Verläufe vorliegen.

Risikofaktoren für chronische Verläufe

- anhaltende und wiederkehrende Beschwerden
- Arbeitsunfähigkeit von mehr als 4–6 Wochen
- radikuläre Schmerzen

Psychosoziale Faktoren:

- Niedriger Bildungsstand
- Pessimistisch resignative Einstellung und Erwartungen, Depression
- Starkes Krankheitsgefühl und Schmerzerleben, „Katastrophisieren“
- Anhaltende Belastungen im privaten Alltag

Die DEGAM empfiehlt bei Patienten mit Risikofaktoren für einen chronischen Verlauf, die mit langen Arbeitsunfähigkeitszeiten einhergehen, eine Psychotherapie.

Gefährliche Erkrankungen

Höchstens etwa 1 % aller Kreuzschmerzen primärärztlicher Patienten sind auf Tumorerkrankungen, Frakturen oder Infektionen zurückzuführen. Warnsignale sind: ausgeprägte neurologische Ausfälle (Lähmungserscheinungen), schlechter Allgemeinzustand, unklares Fieber, bekannte Tumorerkrankung, Unfall, der eine Fraktur wahrscheinlich macht.

Therapie von Kreuzschmerzen

Ziel der Kreuzschmerztherapie ist die Schmerzkontrolle oder Linderung der Beschwerden. Die Patienten sollten möglichst rasch in die Lage versetzt werden, ihren täglichen Verrichtungen wieder nachzukommen

Patientenberatung

Der wichtigste Baustein der hausärztlichen Therapie ist das Beratungsgespräch. Ziel ist es, die Patienten aktiv in die Behandlung einzubeziehen, um sie so früh wie möglich zur Wiederaufnahme ihrer üblichen Aktivität zu bewegen. Das bedeutet für Patienten mit akuten Kreuzschmerzen, schnellstmöglich wieder ihren gewohnten Tagesablauf aufzunehmen bzw. für Patienten mit chronischen Kreuzschmerzen, sportlich aktiv zu werden. Hierdurch werden die Beschwerden schneller gelindert, chronische Verläufe verhindert und Arbeitsunfähigkeitszeiten reduziert

Im Beratungsgespräch sollten folgende Punkte angesprochen werden:

- Harmlosigkeit und hohe Spontanheilungstendenz der Beschwerden
- Ausreichende medikamentöse Schmerzlinderung und rasche Wiederaufnahme der körperlichen Aktivität fördern einen raschen Heilungsprozess
- Körperliche Aktivierung und Muskelkräftigung sind der beste Schutz gegen neuerliche Kreuzschmerzen.
- Auf weitere Diagnostik (Röntgen etc.) soll bewusst verzichtet werden.
- Bildgebung nur bei längerer Dauer der Beschwerden oder Verschlechterung

Medikamentöse Behandlung

Schmerzmittel

Bei leichten Kreuzschmerzen ist Ibuprofen (Standarddosierung 3 x 400 mg, max. 4 x 600 mg) Mittel der 1. Wahl. Alternative 2x2 Paracetamol 500mg.

Naproxen in einer Standarddosierung von 3 x 250 mg und einer Maximaldosierung von 1.250 mg pro Tag wirkt weniger stark, es treten aber etwas häufiger Magenbeschwerden im Vergleich zu Ibuprofen und Paracetamol auf. Diesem Nachteil steht ein Vorteil bei älteren Patienten und solchen mit höherem Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall gegenüber: Während alle anderen NSAR insbesondere bei längerer Anwendung die Zahl der Infarkte und Schlaganfälle erhöhen, ist dies bei Naproxen als einzigem NSAR nicht der Fall.

NSAR sollten grundsätzlich oral verabreicht werden. Eine intramuskuläre Injektion, die mit einem Placeboeffekt verbunden sein kann, ist angesichts gefährlicher Komplikationen, wie z. B. allergischer Schock, Verletzung von Nerven und Gefäßen, Abszesse, nicht gerechtfertigt. Bei Infusionen entfällt zwar das Risiko von Spritzenabszessen, aber das Allergierisiko ist gegenüber der oralen Gabe auch erhöht.

Patienten mit einer Magenblutung oder einem Magengeschwür in der Vorgeschichte können NSAR in Kombination mit einem Säureblocker erhalten, die routinemäßige Verordnung bei Patienten ohne Risiko für Magenblutungen als „Magenschutz“ ist nicht zu empfehlen!

Muskelrelaxantien

Muskelentspannende Medikamente reduzieren den Bedarf an Schmerzmitteln, allerdings treten Nebenwirkungen, wie Benommenheit, bei bis zu 70 % der Patienten auf.

Beispiel: Norgesic® enthält 500 mg des Schmerzmittels Paracetamol und das Muskelrelaxans Orphenadrin (Standarddosierung: 2-0-2). Allerdings sollte es wegen des Risikos der Abhängigkeit nicht länger als 2 Wochen eingenommen werden.

Die NVL erwähnt das Nicht-Benzodiazepinen Tizanidin SIRDALUD nicht, laut arznei-telegramm ist die Datenlage zu Sirdalud allenfalls widersprüchlich³.

Bei muskelentspannenden Mitteln vom sog. „Benzodiazepintyp“ kann bereits nach einer Woche körperliche Abhängigkeit entstehen. Auch die Verkehrstauglichkeit kann beeinträchtigt sein. Nachdem das Benzodiazepin Myolastan® wegen gehäufter Allergien vom Markt genommen wurde, wird aus dieser Stoffklasse ersatzweise meist Gewacalm® verordnet. Die Einnahme sollte wegen der Suchtgefahr strikt auf 1 Woche beschränkt werden, Vorsicht im Straßenverkehr!

Salben

Wegen mangelnder Wirksamkeit und des Risikos der Allergie-Entwicklung werden antirheumatische Einreibungen bei Kreuzschmerzen nicht empfohlen.

Kortisoninfiltration in die Umgebung der Nervenwurzel oder in den Epiduralraum

Angesichts möglicher Nebenwirkungen (z. B. Infektionen) sollte das Verfahren in der Behandlung unkomplizierter Kreuzschmerzen nicht eingesetzt werden. In der Behandlung radikulärer Kreuzschmerzen kann sie im Einzelfall sinnvoll sein, wenn mit Schmerzbehandlung keine ausreichende Schmerzlinderung zu erzielen war.

Opioide (z. B. Tramal®)

Die Datenlage zur Wirksamkeit von Opioiden beim akuten Kreuzschmerz ist unzureichend; es finden sich nur wenige, vorwiegend mit schwach wirkenden Opioiden durchgeführte plazebokontrollierte Studien, die eine Schmerzreduktion durch Opioide belegen.

Bei auf andere analgetisch wirkende Substanzen anhaltendem schwerem Kreuzschmerz oder bei Unverträglichkeit anderer Analgetika können Opioide (akuter Kreuzschmerz: kurzfristig bis drei Tage, maximal zwei bis drei Wochen; bei chronischem Kreuzschmerz auch länger) gegeben werden. Eine Reevaluation der Opioidtherapie soll bei akutem nichtspezifischem Kreuzschmerz nach spätestens vier Wochen, bei chronischem Kreuzschmerz nach spätestens drei Monaten erfolgen. Tritt die gewünschte Schmerzlinderung/Funktionsverbesserung nicht ein, ist die Fortsetzung der Opioidtherapie kontraindiziert. Eine Reevaluation ist daher unumgänglich. Für das Monitoring der Schmerzintensität ebenso wie für die Therapieevaluation wird in der Regel die visuelle Analogskala (VAS) bzw. numerische Rating-Skala (NRS) verwendet⁴.

Quaddelung, Triggerpunktinjektionen

Hierunter werden Injektionen von Lokalanästhetika z. T. gemischt mit Kortison in die Haut und in schmerzhafte Strukturen, wie Muskeln, verstanden. Angesichts wirksamer anderer Behandlungsmöglichkeiten und möglicher

³ a-t 2013; 44: 29-30

⁴ Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz – Langfassung. Version 1.4, 2013

Nebenwirkungen (z. B. Blutungen, Infektionen etc.) sowie einer möglichen Fixierung des Patienten auf die Anwendung sollten sie in der Behandlung akuter Kreuzschmerzen nicht angewendet werden. Auch in der Behandlung chronischer Kreuzschmerzen sollten sie, wenn überhaupt, nur dann eingesetzt werden, wenn andere besser geprüfte Behandlungsmethoden versagen, Langzeittherapien sollten vermieden werden!

Abzulehnende medikamentöse Therapie

Cox-2-Hemmer

Sogenannte selektive Cox-2-Hemmer (z. B. Celecoxib, Celebrex[®]) werden damit beworben, weniger häufig Magenbeschwerden auszulösen als nicht selektive NSAR, sind aber mit einem Anstieg von Herzinfarkten und Schlaganfällen verbunden. Meloxicam (Movalis[®]) scheint nach Labor-Tests ähnlich selektiv zu sein wie Celecoxib⁵.

Kortison

Bei Kreuzschmerzen gibt es keinen Wirksamkeitsnachweis für Kortison als Tablette, intramuskuläre Injektion oder Infusion. Enthalten ist Kortison z. B. in Ambene[®], Rheumesser[®] und dem immer noch beliebten „Fellinger-Coctail“, der neben allergiegefährlichen und nutzlosen Vitaminen die „Kortison-Vorstufe“ Synacten[®] enthält. In Anbetracht der möglichen Nebenwirkungen sollten diese Mittel für die Behandlung von Kreuzschmerzen nicht eingesetzt werden.

Intramuskuläre Injektionen

Angesichts des großen Spektrums wirksamer Arzneimittel, die als Tabletten verabreicht werden können, ist es pharmakologisch nicht gerechtfertigt, Schmerzmittel für die Behandlung akuter oder chronischer Kreuzschmerzen intravenös oder intramuskulär zu verabreichen. Die intramuskuläre Injektion von Diclofenac hat auch bei korrekter Injektionstechnik zu Spritzenabszessen und in Einzelfällen sogar zu schweren Allergien mit Todesfolge geführt; das Risiko von Spritzenabszessen nach regulärer Anwendung wird mit 1:10.000 angegeben.

Nicht-medikamentöse Therapien

Bettruhe ist zur Behandlung von Kreuzschmerzen nicht nur unwirksam, sie kann den Krankheitsverlauf sogar negativ beeinflussen. So können vermehrt chronische Verläufe auftreten und die Rehabilitation verzögert werden. Lendenstützmieder sollen nicht verschrieben werden.

Mikrowelle, Kurzwellenbehandlung

Bislang gibt es keinen Wirksamkeitsnachweis für Hitze- und Kälteanwendungen, Massagen, Kurzwellenbehandlung oder Ultraschallanwendungen bei akuten Kreuzschmerzen. Bei subakuten und chronischen Kreuzschmerzen konnten positive Effekte durch Massage gezeigt werden. Wiederholte Anwendungen können zu einem stärkeren Krankheitserleben des Patienten führen und sollten deshalb möglichst vermieden werden.

Die Manipulationsbehandlung gilt als wirksam.

Mobilisationsbehandlung, zum Beispiel ISG-Blockierungen, ist ähnlich wirksam wie eine Behandlung mit Schmerzmitteln.

Rückenschule

Die Wirksamkeit von Rückenschulen ist mehrfach untersucht worden, doch sind die Ergebnisse widersprüchlich. Die DEGAM empfiehlt Rückenschulen bei Patienten mit länger anhaltenden unkomplizierten Kreuzschmerzen (mehr als 6 Wochen), die auf Schmerzbehandlungen nicht angesprochen haben.

Krankengymnastik

In der Behandlung akuter Kreuzschmerzen zeigten mehrere Studien zur Traktionsbehandlung widersprüchliche Ergebnisse. Ebenso widersprüchlich werden spezielle Rückenübungen beurteilt; im akuten Schmerzeignis angewendet, hatten diese teils sogar einen negativen Effekt. Auch in der Behandlung chronischer Kreuzschmerzen konnte kein Effekt einer Traktionsbehandlung im Vergleich zu Placebo nachgewiesen werden. Die DEGAM empfiehlt Krankengymnastik optional bei Patienten mit chronischen unkomplizierten Kreuzschmerzen; wenn möglich, im Zusammenhang mit schmerz- und verhaltenstherapeutischer Betreuung.

⁵ a-t 2007; 38: 1-3

Akupunktur

Die Stellung der Akupunktur in der Behandlung von Kreuzschmerzen ist z. Zt. noch ungeklärt. Sie kann optional neben evidenzbasierten Therapieverfahren (Aktivierung, Analgetika) in Abstimmung mit dem Patienten eingesetzt werden.

TENS

Die Stellung der transkutanen elektrischen Nervenstimulation (TENS) in der Behandlung akuter Kreuzschmerzen ist nicht endgültig geklärt. Im Vergleich zu Paracetamol konnte eine schnellere Schmerzlinderung und Verbesserung der Beweglichkeit nach sechs Wochen gezeigt werden. Über mögliche Nebenwirkungen wurde bislang nicht berichtet. Studien zur Behandlung chronischer Kreuzschmerzen mit TENS zeigen keine eindeutigen Ergebnisse bezüglich Schmerzlinderung und Beweglichkeit.

Psychotherapie

Es gibt Erkenntnisse, dass Verhaltenstherapie bei akuten und chronischen Kreuzschmerzen zu einer effektiveren Schmerzlinderung und Funktionsverbesserung führt. Die DEGAM empfiehlt eine psychologische Therapie bei Patienten mit Risikofaktoren für einen chronischen Verlauf, die mit langen Arbeitsunfähigkeitszeiten einhergehen.

Multimodale/interdisziplinäre Behandlungskonzepte

In der Behandlung des chronischen Rückenschmerzes zeigten multimodale/interdisziplinäre Behandlungskonzepte einen Effekt. Eine Wirkung bzgl. Schmerzreduktion und funktionaler Verbesserung konnte aber nur für tägliche intensive Therapieprogramme von mind. 100 h gezeigt werden. Sie sollten aus körperlichem Training kombiniert m. psychologischen, sozialen o. ergotherapeutischen, auf die Arbeitsplatzbedingungen ausgerichteten Maßnahmen bestehen.

Multimodale Behandlung und Rehabilitation kombiniert verschiedene Bausteine auf der Grundlage eines strukturierten interdisziplinären Assessments, inhaltlich & zeitlich abgestimmt auf die individuellen Bedürfnisse: medizinische (Pharmakotherapie, Edukation), physische (Bewegungstherapie), berufsbezogene und verhaltenstherapeutische Komponenten. Sie sollten von mindestens drei Berufsgruppen mit unterschiedlichem therapeutischem Hintergrund durchgeführt werden (z. B. Medizin, Physio-, Sport-, Psycho- oder Ergotherapie). Patienten mit chronischem nichtspezifischem Kreuzschmerz sollen, wenn weniger intensive evidenzbasierte Therapieverfahren unzureichend wirksam waren, mit multimodalen Programmen im Bereich der Kuration oder Rehabilitation behandelt werden⁶.

Überblick Therapie

Basistherapie für alle unkomplizierten und radikulären Kreuzschmerzen

Aufklärung und Beratung: Harmlosigkeit, Fortsetzen der gewohnten körperlichen Aktivität, keine Bettruhe
Medikamente: Paracetamol max. 3 g/d oder tNSAR: Diclofenac 100, max. 150 mg/d; Naproxen 750 mg, max. 1,25 g/d; Ibuprofen 1,2, max. 2,4 g/d – Maximaldosierung jew. nach umfass. Medikamentenanamnese und unter Beobachtung
Lokalanästhetika + Kortison epidural oder an die Spinalwurzel bei radikulären Kreuzschmerzen
Physiotherapie: nicht indiziert
Manipulationsbehandlung (Ausbildung!): ev. unkompliz. Kreuzschmerzen ohne Ausstrahlung

Rezidivierende und persistierende KS > 4 Wochen, Arbeitsunfähigkeit < 3 Monate

Reevaluation zum Ausschluss von Risikofaktoren für chronische Verläufe
Ggf. psychotherapeutische Behandlung
Intensivierung der bisherigen Behandlung
Physiotherapie

Persistierende und rezidivierende chron. unkomplizierte KS, Arbeitsunfähigkeit > 3 Mo

Zusätzlich Verhaltenstherapie, möglichst in Form eines multiprofessionellen Programms in einer geeigneten ambulanten oder stationären Einrichtung

⁶ Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz – Langfassung. 2013

Interessante Studien zur Therapie der Lumbalgie

4 x 1 g Paracetamol versus Manipulation

Eine RCT mit 240 Patienten in 14 AM-Praxen in Australien prüfte plazebokontrolliert den Effekt von Diclofenac + Manipulation der LWS zusätzlich zu einer Therapie mit 4x 1 g Paracetamol.

Primäre Endpunkte: Dauer bis zum ersten schmerzfreien Tag, Dauer bis der Patient 1 Woche ohne Unterbrechung schmerzfrei blieb

Sekundärer Endpunkt: Schmerzintensität, funktionelle Einschränkungen

Resultate: Weder Manipulation, noch Diclofenac brachten im Vergleich zu einer „Pseudomanipulation“ bzw. Plazebo zusätzliche Beschwerdelinderung.⁷

Physiotherapie versus Schmerzmittel + Beratung

Eine prospektive RCT mit 402 Patienten mit akuter Lumbalgie in der Primärversorgung vergleicht den Effekt von klassischer Physiotherapie mit der Wirkung eines kurzen Schmerzberatungsprogramms mit dem Ziel, die Angst vor Schmerzen zu nehmen und die Patienten zu körperlicher Aktivität anhält. Resultat: Weder nach 3, noch nach 12 Monaten unterscheiden sich funktionelle Einschränkung, Schmerzintensität, Schmerzmittelverbrauch sowie allgemeine Gesundheit und Patientenzufriedenheit. Einziger Unterschied: Die Patienten mit der Physiotherapie suchten häufiger zusätzlich einen Spezialisten auf.⁸

Die vielzitierte Arbeit von Manion aus Zürich vergleicht den Effekt von Physiotherapie mit Fitnessstudio und Aerobic bei 150 Patienten mit chronischer Lumbalgie und kommt zum selben Schluss: Kein Unterschied, in ihrer Selbsteinschätzung fühlten sich die Patienten der Aerobic- und Fitness-Gruppen aber weniger krank.⁹ Die jüngste Cochrane-Metaanalyse¹⁰ bewertet in Auswertung von 29 RCT Übungen zur Förderung von Geschicklichkeit/Koordination (3–12 Monate lang ausgeführt) als schmerzreduzierend; Langzeiteffekte müssten aber weiter untersucht werden, auch die Datenlage zum bewertenden Vergleich unterschiedlicher Übungsformen sei noch nicht ausreichend.

Schmerzmittel bei Begleiterkrankungen

Christoph Fischer

NSAR & Niere

Prostaglandin führt am Vas afferens des Glomerulums zur Vasodilatation und steigert dadurch die glomeruläre Filtrationsrate. Angiotensin II verengt das Vas efferens des Glomerulums und steigert so den Filtrationsdruck im Glomerulum. Bei Patienten, die wegen einer Hypertonie oder Herzinsuffizienz einen ACE-Hemmer einnehmen, führt die zusätzliche Gabe von 50 mg Diclofenac zu einem 40 %-igen Rückgang der glomerulären Filtration; unter niedrig dosiertem ASS (100 mg) tritt dieser Effekt nicht ein.

NSAR & Herzinsuffizienz

Bei herzinsuffizienten Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion kann die tNSAR-Gabe die Herzinsuffizienz verschlechtern oder Nierenversagen auslösen. Das Risiko der Hospitalisierung wegen Herzinsuffizienz erhöht sich um den Faktor 6!

NSAR und Prothesenlockerung

Postoperative ektope Ossifikationen nach Hüft-TEP werden durch 6-wöchige NSAR-Gabe deutlich gemindert¹¹. Befürchtet wird, dass der hemmende Einfluss der NSAR auf die Knochenbildung, der möglicherweise durch die Synthesehemmung der für den Knochenstoffwechsel wichtigen Prostaglandine vermittelt wird, auch die postoperative Verankerung der Prothesen im Knochen hemmt: 142 von 144 ursprünglichen Teilnehmern einer

⁷ Hancock M et al. Assessment of diclofenac or spinal manipulative therapy, or both, in addition to recommended first-line treatment for acute low back pain: RCT. Lancet 2007; 370: 1638-43

⁸ Hay EM. Comparison of physical treatments versus a brief pain-management program for back pain in primary care: a RCT in physiotherapy practice. The Lancet 2005, 365:2024-30

⁹ Mannion AF et al. A randomized clinical trial of three active therapies for chronic low back pain.. Schulthess Clinic, Zürich

¹⁰ Saragiotto BT et al. Motor control exercise for chronic non-specific low-back pain. 01/2016, Cochrane Database of Systematic Reviews, DOI: 10.1002/14651858

¹¹ Fransen M. et al. BMJ 2006; 333: 519

dreiarmligen randomisierten Kurzzeitstudie (zwei Arme mit Ibuprofen, ein Arm Placebo) konnten zehn Jahre nach der Operation erneut nachbeobachtet werden. Von den 13 Revisionseingriffen entfallen 12 auf Patienten der ehemaligen Ibuprofen-Gruppen¹².

Wichtige Differentialdiagnosen der Lumbalgie

Herbert Bachler, Christoph Fischer

M. Piriformis-Syndrom

Das Piriformis-Syndrom wird oftmals mit einer Bandscheibenproblematik verwechselt, da sich die Symptomatik leicht mit einer Wurzelreizung des Nervus ischiadicus verwechseln lässt.

Mögliche Ursachen

- Langes einseitiges Sitzen (Computerarbeit, Autofahren)
- Geldtasche in der Gesäßtasche
- Überanstrengung (vor allem vornüber gebeugte Haltung)
- Heben schwerer Gegenstände aus der Grätsche heraus

Symptome

- Dumpfer Schmerz in der Mitte des Gesäßes.
- Schmerzausstrahlung entlang des Ischias-Nervs in das Bein
- ohne radikuläre Zuordenbarkeit
- Außenrotationsschmerz
- Verstärkung nach Belastung
- Hutschmerz
- Druckschmerz am M. piriformis

Das Piriformis-Syndrom trifft oft dann zu, wenn keine eindeutige Ursache für „Ischiasschmerzen“ diagnostiziert werden kann. Der Ischiasnerv verlässt in Höhe des Gesäßes das Becken, läuft auf die Rückseite des Oberschenkels und schickt seine Äste schließlich bis in die Fußspitzen. An der Austrittsstelle zieht der Nerv unmittelbar unterhalb des M. piriformis durch eine knöcherne Öffnung des Beckens. Die Ursache der Nervenkompression ist die Verkürzung des Muskels, dazu neigt der M. piriformis unter Belastung.¹³

Morbus Bechterew

Morbus Bechterew, ankylosierende Spondylitis, ist eine chronisch entzündliche rheumatische Erkrankung mit Schmerzen und Versteifung von Gelenken. Frauen sind gleich häufig wie Männer betroffen – ein eher leichter Verlauf bei Frauen führt allerdings dazu, dass Morbus Bechterew bei Frauen seltener diagnostiziert wird.

Iliosakralgelenk, Achillessehnen, Plantaraponeurose, Trochantere

Verlauf: plötzlich einsetzend, manchmal nächtlicher Schmerzanfall, in Bewegung besser als in Ruhe

Diagnose: zumindest 2 der 4 Kriterien:

- 1) Besserung der Rückenschmerzen durch Bewegung, aber nicht durch Ruhe
- 2) Erwachen in der zweiten Nachthälfte wegen Rückenschmerzen
- 3) Zwischen links und rechts alternierende Gesäßschmerzen
- 4) Morgensteifigkeit > 30 Minuten

Therapie: Physiotherapie, Pharmakotherapie, Operation

Eine frühe Diagnosestellung der Erkrankung ist für den Verlauf entscheidend. Gegenwärtig dauert es von den ersten Beschwerden bis zur Diagnose bis zu zehn Jahre! In der Anamnese liefern Beschwerden, wie entzündliche Rücken-, Brust- oder Fersenschmerzen sowie Gelenk- und Augenentzündungen, erste Hinweise; es besteht zudem eine familiäre Häufung. Die körperliche Untersuchung zeigt insbesondere Bewegungseinschränkungen der Wirbelsäule (Schober-Zeichen!).

¹² Persson PE et al.: Acta Orthop. 2005; 76: 735-40

¹³ Wikipedia