

HANDLUNGSLEITLINIE RÜCKENSCHMERZEN

aus

Empfehlungen zur Therapie von Rücken- schmerzen

der



ARZNEIMITTELKOMMISSION
DER DEUTSCHEN ÄRZTESCHAFT

Arzneiverordnung in der Praxis, Sonderheft 6, Mai 1997

I. DIAGNOSTIK

A. Anamnese

- *Schmerzbeginn, -auftreten* (plötzlich/allmählich, nachts, in Ruhe/bei Belastung)
- *Schmerzlokalisierung* (umschrieben, ausstrahlend, diffus, wechselnd, s. a. IV)
- *Schmerzauslöser* (Traumen, körperliche/psychosoziale Belastungen, spontan, s. a. IV)
- *Schmerzmittelkonsum*
- *Frühere und Begleiterkrankungen* (Tabelle 1)
- *Wirbelsäulenunspezifische Symptome* (z. B. Fieber, Gewichtsverlust)

B. Weitere Diagnostik

- *Klinische Untersuchung: Inspektion* (Haltung, Deformierungen), *Palpation* (Schmerz-, Druckpunkte, muskulärer Tonus), *Perkussion, Stauchung, Funktionsprüfung der Wirbelsäule* (Beweglichkeit, Paresen, Lasègue, PSR, ASR, Sensibilität)
- *Röntgenübersicht*: bei unkompliziertem Lumbalsyndrom nicht routinemäßig indiziert, sondern bei Verdacht auf nichtdegenerative Wirbelsäulenerkrankung, extravertebrale Schmerzursachen oder Therapieresistenz
- *CT und MRT*: bei Hinweisen auf schwere Grunderkrankungen wie z. B. Tumorleiden, therapieresistente Wurzelreizsyndrome
- *Laboruntersuchung*: BSR, Blutbild, ggf. je nach Verdacht andere zur Differentialdiagnose erforderliche Parameter

Tabelle 1: Differentialdiagnose des Kreuzschmerzes

vertebrale Ursachen	extravertebrale Ursachen
<ul style="list-style-type: none">• <i>degenerativ</i> Bandscheibenschaden, Spondylarthrose, Osteochondrose• <i>entzündlich/immunologisch</i> M. Bechterew, rheumat. Erkrankungen, Psoriasis, M. Reiter, M. Crohn, M. Whipple, Colitis ulcerosa, Infektionen (Osteomyelitis, Tuberkulose, Zoster)• <i>endokrin/metabolisch</i> Osteoporose, Osteomalazie, Hyperparathyreoidismus, Akromegalie• <i>Variationen, Fehlbildungen, statische Störungen</i> Spondylolisthesis, Sakralisation des 5. LWK, Skoliose• <i>Entwicklungsstörung</i> M. Scheuermann• <i>Traumen</i> Frakturen, Luxationen• <i>Tumore</i> Knochentumore u. -metastasen, Tumore im Wirbelkanal	<ul style="list-style-type: none">• <i>psychogen</i> chronifizierte Rückenschmerzen, depressive Syndrome, psychosomatische Störungen• <i>nephrourologisch</i> Pyelonephritis, Hydronephrose, Urolithiasis, Nieren-/Prostatatumore• <i>gynäkologisch</i> Adnex- u. Uterusprozesse• <i>retroperitoneal</i> Tumore u. Metastasen• <i>anorektal</i> Rektumkarzinom, Abszesse• <i>vaskulär</i> Aortenaneurysma, spinale Durchblutungsstörungen• <i>hämatologische Systemerkrankungen und Hämolyse</i>

II. INDIKATION

Das therapeutische Vorgehen ist den *subjektiven Beschwerden* sowie der *neurologischen Symptomatik* (s. a. V) und nicht dem Ausmaß der radiologischen Befunde anzupassen.

III. THERAPIE

A. Nichtmedikamentöse Therapie

Allgemeines

Ärztliches Gespräch:

- Aufklärung, bei psychogenen oder chronifizierten Schmerzen ggf. psychotherapeutische Führung

Körperliche Aktivität:

- Bei unkomplizierten Rückenschmerzen (s. a. V) ist die möglichst weitgehende Beibehaltung oder baldige schrittweise Wiederaufnahme der täglichen Aktivitäten anzustreben, da dies eine schnellere symptomatische Besserung fördert und zur Vermeidung einer Chronifizierung der Rückenschmerzen beiträgt. Bettruhe ist für maximal zwei Tage indiziert, sofern keine radikulären Schmerzen vorliegen.

Tabelle 2: Allgemeine Maßnahmen zur Sekundärprophylaxe von Rückenschmerzen, nach (3, 4)

günstig	ungünstig
<ul style="list-style-type: none">• regelmäßige körperliche Bewegung• Fahrradfahren, Rückenschwimmen, Skilanglauf, Wandern• Rückenschule: halte den Rücken gerade, gehe beim Bücken in die Hocke, hebe keine schweren Gegenstände, verteile Lasten und halte sie dicht am Körper• ergonomische Anpassung am Arbeitsplatz (richtige Tischhöhe, keilförmiges Sitzkissen)• Erlernen von Entspannungstechniken (progressive Muskelrelaxation nach Jakobsen, autogenes Training)• insbesondere bei chronifizierten Schmerzen: Erlernen von Schmerzbewältigung (z. B. Verhaltenstherapie, Ablenkungsstrategien, Analyse persönlicher Problem-bereiche mit sekundärem Krankheitsgewinn)	<ul style="list-style-type: none">• zu langes Stehen und Sitzen• Tennis, Squash, Reiten, Kegeln, Ski-abfahrtslauf• Wirbelsäulenbelastung durch extreme Drehbewegungen• Übergewicht• Nikotinabusus (Bandscheibenprolaps bei Rauchern 3 x häufiger)• geringe körperliche Kondition• monotone, unangenehm erlebte Arbeit• Vibrationsexposition (z. B. Bau-maschinen)

Physiotherapie

Entlastung

- Stufenlagerung bei Lumboischialgie

Wärme

- z. B. Heizkissen, Fangopackungen, Wärmflasche, Interferenzströme

Krankengymnastik

Manuelle Therapie

- Indikation: akute Rückenschmerzen innerhalb der ersten 6 Wochen (Wirksamkeit bei chronischen Rückenschmerzen nicht hinreichend belegt)
- Durchführung nur von erfahrenen Manualtherapeuten nach Ausschluß von Tumoren und Entzündungen

Orthesen

- Der Anwendung passiver therapeutischer Maßnahmen wie Orthesen sollte eine kritische fachärztliche Indikationsstellung vorangehen.
- Unabdingbare Voraussetzung für die vorübergehende Versorgung mit einer Rumpforthese ist die gleichzeitige Durchführung von muskelkräftigenden Übungen im Rahmen der Krankengymnastik.

Sekundärprävention

Allgemeine Maßnahmen (s. Tabelle 2)

Rückenschule (s. TE)

Tabelle 3: Ratschläge für den Einsatz nichtsteroidaler Antiphlogistika

- ***Keine Dauerbehandlung***, sondern nur befristet während Schmerzperioden
- Einzeldosis ***so niedrig wie möglich, aber so hoch wie nötig***
- Nichtsteroidale Antiphlogistika bei Patienten im ***höheren Alter***:
 - Bevorzugung von Substanzen mit möglichst geringer gastrointestinaler Toxizität und kurzer Halbwertszeit (s. TE)
 - Engmaschige Überwachung von Gastrointestinaltrakt (Cave: mehr Ulzera, besonders bei Frauen) und Nierenfunktion
 - Altersadaptierte Minderung der Tagesdosis

B. Pharmakotherapie

- Aufgrund der geringeren Nebenwirkungen sollten zunächst Analgetika (*Paracetamol*), bei unzureichender Wirkung *nichtsteroidale Antiphlogistika/Antirheumatika (NSAR)* (Tabelle 3; mittlere Tagesdosen und unerwünschte Wirkungen s. TE) eingesetzt werden.
- Eine *parenterale Gabe* von NSAR bringt keinerlei Vorteile. Sie ist aber mit potentiell gefährlichen Nebenwirkungen, wie z. B. dem Auftreten eines *anaphylaktischen Schocks*, belastet.
- Bei Patienten mit der Notwendigkeit einer NSAR-Gabe, aber einem besonders *hohen Risiko für gastrointestinale Komplikationen* (> 70 Jahre, bekannte Ulkus-Krankheit, gastrointestinale Blutungen in der Anamnese) kann die prophylaktische Gabe von Misoprostol erwogen werden. Bei einer Therapie mit NSAR ist die Gefahr einer Wirkungsverstärkung von gleichzeitig verordneten oralen Antikoagulantien zu beachten.
- Stehen Muskelspasmen im Vordergrund, können *kurzfristig Myotonolytika* ergänzend eingesetzt werden.
- *Perkutan applizierbare Antiphlogistika und Hyperämika* verbessern möglicherweise auch durch die lokale Massagewirkung die Befindlichkeit des Patienten; einen Beleg ihrer Wirksamkeit im Sinne einer Analgesie oder Entzündungshemmung gibt es jedoch nicht.
- *Lokale Injektionsbehandlung*
Eine gezielte Injektionsbehandlung mit Lokalanästhetika (ggf. mit Glucocorticosteroiden) kann die konservative Therapie ergänzen, insbesondere bei radikulär bedingten Schmerzen und Fehlen der Rückbildung der Beschwerden im Laufe der Zeit unter konservativer Therapie. Zu vermeiden ist die Fortführung der Injektionstherapie über längere Zeiträume.

Indikationen zu weiterführenden invasiven Maßnahmen s. V. und TE

IV. BESONDERE PATIENTENGRUPPEN UND BEHANDLUNGSFORMEN

Chronifizierte Rückenschmerzen

Chronifizierung von Rückenschmerzen bedeutet Übergang vom akuten zum chronischen Rückenschmerz, wenn das Schmerzgeschehen *mehr als 3 Monate anhält*, seine *Alarmfunktion verloren* hat und zunehmend *psychologische Begleiterscheinungen* mit veränderter Schmerzwahrnehmung und Schmerzverarbeitung aufweist.

Diagnostik:

- Differentialdiagnose zu somatischen Rückenschmerzen mit den dort beschriebenen Maßnahmen (s. I.)
- Typische Merkmale psychogener (chronifizierter) und somatischer Wirbelsäulenbeschwerden zeigt Tabelle 4.

Tabelle 4: Charakteristika psychosomatischer und organischer Wirbelsäulenbeschwerden (3)

Psychosomatische Wirbelsäulenbeschwerden	Organische Wirbelsäulenbeschwerden
<ul style="list-style-type: none"> • Sind nicht positionsabhängig • Ungenaue Schmerzlokalisierung („die ganze linke Seite“) • Werden als anhaltend, unerträglich geschildert, mit häufigem Gebrauch von Superlativen • Sprechen nicht auf einschlägige Therapie an • Verschwinden bei Ablenkung • Patient wird nicht vom Schmerz geweckt, wacht so auf 	<ul style="list-style-type: none"> • Sind positionsabhängig • Genaue Schmerzlokalisierung • Einsehbare Kausalität durch exogene Faktoren • Wechselhafter Schmerz, der nach Lagerung, Extension und Analgetika erträglich wird • Werden bei Ablenkung nur etwas gemildert • Der typische Schmerz weckt den Patienten, wenn er nachts unwillkürlich die „falsche Position“ einnimmt

Darüber hinaus weisen die Patienten in der Regel folgende *psychologisch relevante Merkmale* auf:

- auffällige Schmerzbeschreibung (Ausbreitungs- und Lokalisationswechsel der Schmerzen, Symptomwechsel und Wechsel in den anamnestischen Angaben), Angst vor Aktivität und Belastung
- häufige Arztbesuche unterschiedlicher Fachdisziplinen, mehrfache Arztwechsel, wiederholte apparative Diagnostik, multiple erfolglose Behandlungen, fehlende Ansprechbarkeit auf therapeutische Maßnahmen, andauernder oder steigender Medikamentenverbrauch (insbesondere zentrale Analgetika, Myotonolytika); der Lebensfokus ist konzentriert auf sog. „Schmerzmanagement“-Aktivitäten (Arztbesuche, Medikamenteneinnahme, Behandlungen)
- bei der körperlichen Untersuchung keine Übereinstimmung von Verhalten mit klinischem Befund
- Depression, Hilflosigkeit, Angst, Abbruch der Sozialkontakte
- Psychovegetative Reaktionsweisen: z. B. häufig begleitende Gastritiden, Kopfschmerzen

Therapie:

- frühzeitige *interdisziplinäre* Schmerzbehandlung: z. B. Orthopäde, Neurochirurg, Neurologe, Anästhesist, klinischer Psychologe, Physiotherapeut im Rahmen eines multimodalen Therapiekonzepts
- rechtzeitige körperliche Reaktivierung mit Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. die Reduktion von Arbeitsausfallzeiten
- größte Zurückhaltung bei der Verordnung von Medikamenten (Analgetika, Myotonolytika)

Prophylaxe:

- Information über die gute Prognose des Kreuzschmerzes zu Beginn der Behandlung, vorsichtige Interpretation von Röntgenbefunden
- Vermeidung zu langer Krankschreibung und körperlicher Inaktivität
- Vermeidung unreflektierter Verschreibung von Medikamenten über längere Zeiträume
- frühzeitiger Einsatz der Rückenschule zur Sekundärprävention
- restriktive Handhabung der Indikation zu Bandscheibenoperationen
- Beachtung psychosozialer Faktoren
- frühzeitige Einbeziehung von Rehabilitationseinrichtungen mit aktiver Therapie

Literatur:

Siehe Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission.

V. SYNOPSIS ZUR DIAGNOSTIK UND THERAPIE VON RÜCKENSCHMERZEN

