

Management des Rückenschmerzes



R. Dorotka, Wien



G. Stummvoll, Wien

Akute und chronische Rückenschmerzen betreffen eine sehr große Zahl von Menschen. Zum Ausschluss spezifischer Ursachen und auch für die Therapie sind meist einfache Methoden ausreichend. Wichtig sind neben der Schmerzbekämpfung die Prävention der Chronifizierung und die rasche Reintegration ins berufliche und private Leben.

Der nichtentzündliche Rückenschmerz

Definition

Akuter Rückenschmerz wird als Rückenschmerz mit einer Dauer von weniger als 6 Wochen, subakute Rückenschmerzen mit einer Dauer zwischen 6 und 12 Wochen und chronische Rückenschmerzen länger als 12 Wochen definiert.¹ Als unspezifisch wird der Rückenschmerz dann bezeichnet, wenn keine spezifischen Ursachen (siehe unten) vorliegen. Schwerpunkt dieses Artikels ist der unspezifische Rückenschmerz.

Epidemiologie

Die Lebenszeitprävalenz für den unspezifischen Kreuzschmerz liegt im sehr hohen Bereich von bis zu 84%, und auch die 1-Jahres-Rezidivrate erreicht 42–75%.¹ Die daraus resultierenden großen medizinischen, gesellschaftlichen und ökonomischen Herausforderungen sind augenscheinlich.

Diagnostik

Unumgänglich für die adäquate Betreuung von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen ist der Ausschluss aller spezifischen Schmerzformen (Häufigkeit ca. 15%).¹ So müssen Traumen, Spondyloarthritiden, Neoplasmen, In-

fektionen, Nervenwurzel-, Myelon- oder Caudairritationen, Wirbelsäulendeformitäten (z.B. Skoliose, Spondylolysen) sowie metabolische Erkrankungen in die diagnostischen Überlegungen miteinbezogen werden. Die derzeit verfügbaren Leitlinien beachten dabei jedoch nicht, dass bei den übrigen 85% der Patienten mit sogenannten unspezifischen Rückenschmerzen durch Manu-aldiagnostik durchaus Ursachen für Schmerzen im Sinne von Hypermobilitäten, Blockierungen etc. gefunden werden können.² Evidenzbasierte Nachweise fehlen hier freilich, allerdings ist die Wissenschaft noch den Lösungsvorschlag für die Durchführbarkeit von Studien zum Nachweis dieser Diagnoseform schuldig. Überschneidungen bei der Definition von spezifischem/unspezifischem Rückenschmerz gibt es bei degenerativen Veränderungen. Um degenerative Rückenschmerzen als spezifisch bezeichnen zu können, sollten die morphologischen Veränderungen auch mit den klinischen Beschwerden korrelieren. Hier sind vor allem degenerative Olisthesen und Osteochondrosen zu nennen.³ Um einen Ausschluss spezifischer Rückenschmerzen zu erleichtern, steht eine Reihe von Warnzeichen (Red Flags) zur Verfügung, die in Tabelle 1 dargestellt sind. Das Vorliegen einer Red Flag kann ausreichen, um eine weitere diagnostische Abklärung anzuschließen.^{1,3} Trotz aller technischen Hilfsmittel ist die klinische und manuelle Untersuchung mittels kombinierter Testung ein wichtiger Diagnosepfeiler.^{4, 5} Korrekt eingesetzt ist die klinische Untersuchung in Kombination mit der Ana-

lyse.

| | | |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------|
| Alter <20 und >55 Jahre | Thorakalschmerz | Belastungsunabhängiger Schmerz |
| Rezentes Trauma | Anhaltend schwere Einschränkung des Vorneigens | Gewichtsverlust |
| Hinweise auf Tumor, Entzündung oder Osteoporose | Steroide, Immunsuppressiva | Allgemeines Krankheitsgefühl |
| Neurologische Ausfälle | i.v. Drogen, HIV | Fieber |
| Schwere strukturelle Deformitäten | Therapieresistenz oder Schmerzzunahme | |

Tab. 1: Warnhinweise (Red Flags) zur Abgrenzung von spezifischem/unspezifischem Rückenschmerz

| | | |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Distress | Inadäquates Schmerzerleben, auffallendes physisches oder psychisches Verhalten | Geringe Bildung |
| Depressive Stimmung | Somatisierung | Aggravation und inadäquate schwere Funktionsausfälle |
| Schlafstörungen | Probleme am Arbeitsplatz | Pensionsbegehren |
| Rückzug aus sozialer Umgebung | | |

Tab. 2: Warnhinweise (Yellow Flags) auf psychosoziale Faktoren, die das Chronifizierungsrisiko erhöhen

mnese in den meisten Fällen nicht nur richtungsweisend, sondern oft auch zur Diagnose ausreichend. Eine exakte Inspektion am entkleideten Patienten beinhaltet die Prüfung des Gangbildes, des Bewegungsmaßes (Finger-Boden-Abstand, Seitneigung, Reklination, Patrick-Zeichen etc.), von Deformitäten, Beckenschiefständen, Fußfehlstellungen usw. Ebenso müssen auch benachbarte Gelenke (Hüfte, Schulter) mituntersucht werden. Essenziell ist auch eine neurologische Untersuchung mit Prüfung der Sensibilität, Motorik (inkl. anamnestischer Blasen-/Mastdarmfunktion) und des Reflexstatus.^{3, 4} Danach folgt nach orthopädischen Grundsätzen die eigentliche Chirodiagnostik mit Struktur- und Schmerzpalpation. Nicht nur knöcherne Landmarken werden dabei palpirt, sondern auch Sehnen- und Bandansätze sowie Muskelverspannungen. Eine Prüfung der segmentalen Beweglichkeit zur Unterscheidung von Blockierungen und Hypermobilitäten sollte unbedingt angeschlossen werden. Dazu zählen z.B. die Prüfung der segmentalen Flexion, Rotation usw., Federungstests, Springingtests, die Testung der Rippenbeweglichkeit, das Testen des translatorischen Gleitens und einer atlantodentalen Instabilität. Ebenso sollten einzelne Muskeln hinsichtlich Verkürzung versus Schwäche untersucht werden.²

Eine weiterführende Diagnostik sollte bei Vorliegen von Red Flags durchgeführt werden, wobei hier die Entscheidung über das Vorgehen im Ermessen des Untersuchers liegen muss. Eine Red Flag alleine kann, muss aber nicht zwingend zur weiteren Abklärung führen (z.B. Lumbalgie beim grippalen Infekt mit mäßigem Fieber). Red Flags sind gemäß der Grunderkrankung abzuklären.

Bei Nichtvorliegen von Red Flags kann man davon ausgehen, dass mit 99%iger Wahrscheinlichkeit keine schwere Wirbelsäulenpathologie vorliegt.¹

Demnach wird eine routinemäßige Bildgebung übereinstimmend abgelehnt.^{1, 3, 5} Bei akuten Rückenschmerzen soll nach klinischem Ausschluss gefährlicher Verläufe durch Anamnese und körperliche Untersuchung keine bildgebende Untersuchung durchgeführt werden. Bei subakuten Rückenschmerzen, die nach 6-wöchiger adäquater Therapie keine Besserung oder eine Progression erfahren, soll eine einmalige bildgebende Diagnostik erfolgen, ebenso bei chronischen bzw. chronisch rezidivierenden Schmerzen.⁵ Liegen Hinweise (Red Flags) auf schwere spezifische Pathologien vor, wird die Durchführung einer MRT bzw. bei Vorliegen einer strukturellen Deformität die Durchführung eines Nativröntgens empfohlen.¹ Beim unspezifischen Rückenschmerz ist die MRT nicht hilfreich, wird jedoch meist vom Patienten eingefordert. Ein Aufklärungsgespräch, insbesondere über internationale Leitlinien, ist diesbezüglich oft sehr zeitaufwendig und wenig zielführend. Bei entsprechendem Verdacht sind auch Laboruntersuchungen angezeigt.

Therapie

Akute unspezifische Rückenschmerzen werden in den meisten Fällen (ca. 70%) zufriedenstellend behandelt. Zur Therapie zählen NSAR für ca. maximal 2 Wochen, Opioide und Muskelrelaxanzien als 2. Stufe.³ Gezielte Infiltrationen werden in Leitlinien bei akuten Formen des unspezifischen Rückenschmerzes entweder nicht erwähnt oder nicht empfohlen.¹ Allerdings konnte aus wissen-

schaftlicher Sicht ein Nutzen weder nachgewiesen noch widerlegt werden.⁶ Zu erwähnen ist auch, dass sich diese Leitlinienempfehlungen nicht auf radikuläre oder andere spezifische Beschwerden beziehen. Ebenso wird immer wieder der Stellenwert der gezielten Infiltration in der Diagnostik hervorgehoben.⁷

Empfohlen werden manualtherapeutische Maßnahmen im Sinne einer Segmentmobilisierung, Manipulation, Traktion, Weichteilbehandlung oder Muskeldehnung entsprechend der chirodiagnostischen Prüfung.^{1, 3, 5} Hier kann meist sofort aus der manuellen Untersuchung heraus die entsprechende Therapie durchgeführt werden. Massagen, Bewegungstherapie und Bettruhe sind im akuten Stadium abzulehnen.⁵

Für allgemein physikalische Therapien liegen wenige Studien vor. Eine Nichtwirksamkeit lässt sich daraus allerdings nicht ableiten.³ Lindernde Effekte sind häufig zu beobachten. Wesentlich ist auch die beruhigende Aufklärung über den meist zu erwartenden guten Verlauf. Eine Aufklärung über Verhaltensmaßnahmen im Alltag, insbesondere im Beruf, und auch eine Beratung hinsichtlich einer Sportoptimierung muss aus sekundärpräventiven Gründen erfolgen. Kernpunkte einer angemessenen Beratung sollen sein: die gute Prognose, die Bedeutung körperlicher Aktivität, kein Bedarf an einer Röntgenuntersuchung der Wirbelsäule, die Option weiterer diagnostischer Maßnahmen bei Persistenz oder Verschlechterung der Beschwerden.⁵

Wesentlich komplexer verhält sich die Therapie bei subakuten bzw. chronifizierten Rückenschmerzen. Besteht eine Schmerzdauer von mehr als 6 Wochen oder eine auffallende Verschlimmerung des akuten Schmerzes, müssen auch psychosoziale Warnhinweise („Yellow Flags“) miteinbezogen werden (Tab. 2). Im chronischen Stadium ist es deshalb auch essenziell, einerseits psychosoziale Warnhinweise, andererseits auch immer wieder Hinweise auf spezifische Schmerzursachen neu zu evaluieren (Kontrollscreening auf Red und Yellow Flags).³ Zusätzlich können auch folgende iatrogene Ursachen eine Chroni-

fizierung begünstigen: mangelhafte Respektierung der multikausalen Genese, Überbewertung somatischer/radiologischer Befunde bei nicht spezifischen Schmerzen, lange, schwer begründbare Krankschreibung, Förderung passiver Therapiekonzepte und übertriebener Einsatz diagnostischer Maßnahmen.⁵ Folgende Behandlungen stehen beim chronischen Rückenschmerz zur Verfügung:

Auch hier sind NSAR ein wesentlicher Pfeiler. Es muss natürlich eine genaue Nutzen-Risiko-Einschätzung erfolgen. Die entsprechenden Risikofaktoren und Empfehlungen sind zu beachten.^{3,8} Werden Opioide eingesetzt, sind regelmäßige Kontrollen unerlässlich. Auch muss vermieden werden, dass diese Substanzen von mehreren Stellen gleichzeitig verschrieben werden. Für Muskelrelaxanzien liegt kein eindeutiger Wirksamkeitsnachweis bei chronischen, unspezifischen Rückenschmerzen vor, insbesondere wenn man die allgemein empfohlene maximale Einnahmedauer von 2 Wochen beachtet.^{3,5} Hingegen liegt für Schmerzplaster mit Capsaicin eine gute Evidenzlage vor.^{3,9} Capsaicin kommt auch in den verbreitet eingesetzten Munaripackungen vor. Darüber hinaus sind beim chronischen Rückenschmerz trotz unklarer Evidenzlage auch Massagen, TENS-Geräte, Kombinationsanwendungen mit Thermo-, Hydro-, Elektro- und Ultraschalltherapie angezeigt.³ Wesentlich sind aber Bewegungstherapien mit Heimanleitungen, Rückenschulen, Arbeitsplatzanpassungen, Verhaltenstherapien, multidisziplinäre Ansätze (medizinisch-psycho-sozial) und medizinische Trainingstherapien.^{1,3,5} Welche davon geeignet sind, muss individuell entschieden werden. Manualtherapie kann zusätzlich auch bei chronischen Formen hilfreich sein.^{1,5}

Die Wirksamkeit wurzelnaher oder facet tengelknaher Infiltrationen ist beim unspezifischen Rückenschmerz derzeit unklar. Es liegen keine adäquaten Studien vor. Somit kann weder deren Wirksamkeit noch ihre Nichtwirksamkeit seriös beurteilt werden. Infiltrationen sind vor allem spezifischen Rückenschmerzen, wie z.B. symptomatischen Facettengelenksirrita-

tionen, Nervenwurzelirritationen durch Bandscheibenpathologien etc., vorbehalten. Der Wert einer gezielten diagnostischen Infiltration im Sinne der Ursachenanalyse ist jedoch hoch einzuschätzen. Bei positivem Ansprechen können die infiltrierten Strukturen als für den Schmerz verantwortlich identifiziert werden, womit ein spezifischer Kreuzschmerz vorliegen würde.^{3,7}

Für andere Therapien liegt beim unspezifischen Rückenschmerz entweder kein („spinal cord stimulation“) oder nur ein schwacher Evidenzgrad (Akupunktur) vor. Für eine chirurgische Versorgung oder Radiofrequenztherapien besteht beim unspezifischen Rückenschmerz keine Indikation.

Unter Beachtung der bereits erwähnten psychosozialen Faktoren sollten beim chronischen Schmerz auch eine psychiatrische bzw. psychologische Vorstellung und Intervention angeboten werden.^{3,5} In den meisten Fällen sind begleitende Schmerz- und Stressbewältigungsprogramme und Entspannungsverfahren etc. notwendig.³ Ebenso gehört die Gabe von Antidepressiva und Antikonvulsiva in geeignete Hände. An dieser Stelle müssen nochmals multidisziplinäre Programme für chronische Rückenschmerzpatienten genannt und gefordert werden.^{1,3,5,10} Dazu gehören auch koordinierte fachärztliche, arbeitsbezogene, verhaltenstherapeutische und bewegungstherapeutische Interventionen im niedergelassenen Bereich.³

Besonders hervorzuheben ist auch, dass bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen schon am Beginn realistische Therapieziele abgesteckt werden müssen. Das Ziel einer jeden Behandlung sind die Verbesserung der Lebensqualität, die Verbesserung der Alltagsaktivität, die berufliche Reintegration und die Reduktion der Schmerzen. Eine vollkommene Schmerzfreiheit kann angestrebt, aber nicht versprochen werden.

Fazit

Akute und chronische Rückenschmerzen betreffen eine sehr große Zahl von Menschen. Zum Ausschluss spezifischer Ursachen und auch für die Therapie sind keine übertriebenen apparativen Tech-

niken notwendig, sondern meist einfache Methoden ausreichend. Wichtig sind neben der Schmerzbekämpfung die Prävention der Chronifizierung, die frühe Information der Patienten über den meist guten Verlauf, der (multidisziplinäre) Erhalt der Funktionen im täglichen Leben und die Vermeidung diagnostischer Maßnahmen ohne Konsequenzen. Eine regelmäßige Überprüfung auf das Vorliegen von Risikofaktoren (Red Flags, Yellow Flags) ist von großer Bedeutung. Oberstes Ziel ist die rasche Reintegration ins berufliche und private Leben.

Literatur:

- 1 COST B13 Working Group: European guidelines for the management of acute and chronic nonspecific low back pain in primary care. www.backpaineurope.org 2004
- 2 Tilscher J et al: Manuelle Medizin – konservative Orthopädie: vom Befund zur Behandlung. 2008
- 3 Update der evidenz- und konsensusbasierten österreichischen Leitlinien für das Management von unspezifischen Kreuzschmerzen 2011; Österreichische Ärztezeitung Nr. 23-24, 15.12.2012
- 4 van der Windt DAWM et al: Physical examination for lumbar radiculopathy due to disc herniation in patients with low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010
- 5 Bundesärztekammer (D) et al: Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz 2013
- 6 Staal JB et al: Injection therapy for subacute and chronic low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008
- 7 Lampl C: Rückenschmerz aus neurologischer Sicht. *Schmerz* 2/2014
- 8 Roelofs PDDM et al: Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008
- 9 Gagnier JJ et al: Herbal medicine for low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006
- 10 Karjalainen KA et al: Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low-back pain among working age adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003

Der entzündliche Rückenschmerz

Abgrenzung und Epidemiologie

Die Einteilung des Rückenschmerzes erfolgt einerseits nach dem Zeitraum des Bestehens der Schmerzen (akuter vs. chronischer Rückenschmerz [>3 Monate]), andererseits nach der Genese (degenerativ vs. entzündlich).

Der Rückenschmerz ist ein häufiges Ereignis: Studien für Europa zeigen eine Punktprävalenz von 30 bis 35% und eine Lebenszeitprävalenz von 80%.^{1, 2} Die Prävalenz des entzündlichen Schmerzes aufgrund einer Spondyloarthritis (SpA) nach den Kriterien der ESSG (European Spondyloarthritis Study Group) liegt zwischen 0,3 und 1,4%.^{3, 4} Patienten mit entzündlichen Erkrankungen des Achsenskeletts können sich sowohl in der Gruppe mit akutem Schmerz als auch in der Gruppe mit chronischem Schmerz befinden, wobei Letzteres häufiger ist und die Wahrscheinlichkeit einer SpA bei Schmerzen über 3 Monate auf 5% steigt.⁵

Klinische Beurteilung

Der entzündliche Rückenschmerz ist gekennzeichnet von einer Beteiligung der sakroiliakalen Gelenke (SI-Gelenke) und wird aufgrund der anatomischen Lokalisation als tief sitzend (meist gluteal) beschrieben. Die ASAS (Assessment of SpondyloArthritis International Society) hat zur Definition des entzündlichen Rückenschmerzes einfache klinische Kriterien bereitgestellt (Tab. 1).⁶ Die

1. Schmerzbeginn vor dem 45. Lebensjahr
2. Schleichender Schmerzbeginn
3. Besserung durch Bewegung
4. Keine Besserung in Ruhe
5. Nachtschmerz (mit Besserung durch Aufstehen)

Die Kriterien sind erfüllt, wenn bei Patienten mit chronischem Rückenschmerz 4 von 5 Parametern vorhanden sind.

Tab. 1: Die ASAS-Kriterien des entzündlichen Rückenschmerzes⁶

häufigste Ursache für den entzündlichen Rückenschmerz ist eine Erkrankung aus dem Spektrum der SpA.

Spondyloarthritis (SpA): Versuch einer Begriffsentwerrung

Das Konzept des Begriffs Spondyloarthritis (SpA) umfasst eine Gruppe chronisch-entzündlicher Erkrankungen, die gemeinsame klinische und genetische Merkmale haben. Genetisch zeigt die SpA eine Assoziation mit dem Leukozyten-Antigen HLA-B27. Klinisches Merkmal der SpA und Substrat für den entzündlichen Rückenschmerz sind die Sakroiliitis und Spondylitis. Weitere typische Beteiligungen außerhalb des Achsenskeletts sind eine periphere (meist asymmetrische und seronegative) Arthritis, die Enthesitis (Inflammation und Knochenneubildung an den Stellen von Sehnen oder Bandansätzen an den Knochen), Daktylitis („Wurstzehe“), Uveitis, Psoriasis und eine inflammatorische Darmerkrankung.⁷

Innerhalb der Spondyloarthritis-Gruppe gibt es Erkrankungen, die vornehmlich das Achsenskelett befallen (axiale SpA), und solche, die hauptsächlich periphere Manifestationen haben (periphere SpA). Zur SpA-Gruppe zählen insbesondere die ankylosierende Spondylitis (AS oder M. Bechterew), die Psoriasisarthritis, die reaktive Arthritis sowie die chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen M. Crohn und Colitis ulcerosa im Falle von Manifestationen im Skelettsystem.⁷

Die axiale SpA bildet ein klinisches Konzept, das man gemäß den ASAS-Kriterien weiter unterteilen kann in die radiologisch gesicherte axiale SpA (axSpA oder AS oder M. Bechterew) und die nichtradiologische SpA (nr-axSpA).⁸ Die Unterscheidung zwischen Patienten mit (=AS, M. Bechterew) und ohne (=nr-axSpA) nativrontgenologisch sichtbare strukturelle Veränderungen in den sakroiliakalen (SI-) Gelenken ist in erster Linie eine historische Unterteilung, die zum Teil auch heute noch Bedeutung hinsichtlich der Zulassung von Medikamenten zu ihrer Behandlung hat. Meist wird aber davon ausgegangen, dass es sich bei der axialen SpA um e i n

Krankheitsbild handelt, wobei die Übergänge von der nr-axSpA zur axSpA schleichend sind und nicht jeden Patienten betreffen.⁹ Letztlich ist es derzeit noch unklar, ob die AS und die nr-axSpA unterschiedliche, aber überlappende Krankheiten sind oder verschiedene Zeitpunkte in der Chronologie einer einzelnen Entität darstellen.¹⁰

Die Zusammenfassung im Begriff SpA ist aber sehr wohl sinnvoll, weil die klinischen und funktionellen Parameter bei AS und nr-axSpA praktisch gleich sind, also auch Patienten ohne nativradiologische Veränderungen die gleichen Schmerzen und Funktionseinschränkungen haben und von einer suffizienten Therapie hinsichtlich dieser für das tägliche Leben entscheidenden Parameter profitieren.¹⁰

Interessanterweise wird die radiologisch gesicherte axSpA häufiger bei Männern (2/3) diagnostiziert, die nr-axSpA häufiger bei Frauen (2/3) gefunden.¹¹

Hilfsbefunde

An weiteren Hilfsmitteln haben das Labor (HLA-B27 und CRP, BSG) und die Bildgebung Bedeutung. Stand hier früher nur das native Röntgen zur Verfügung, verlagert sich die Diagnostik immer mehr Richtung MRT, das typische Veränderungen früher erkennbar macht. Das native Röntgenbild der SI-Gelenke zeigt im strengen Sinn nicht die Entzündung, sondern deren Folgeerscheinungen (Sklerose, Erosionen, Ankylose). Die MRT kann auch eine aktive Entzündung nachweisen, die als subchondrales Knochenmarködem bezeichnet wird. Auch dieser Begriff ist historisch gewachsen und ein Knochenmarködem kann bei anderen Erkrankungen der SI-Gelenke vorkommen, weshalb eine Übereinstimmung mit der typischen Klinik erforderlich ist. Die allfälligen extraartikulären Beteiligungen einer SpA bedürfen weiterer spezifischer Abklärung.

Klassifikation der SpA: die ASAS-Kriterien

Akute und chronische Rückenschmerzen Wie bei allen rheumatischen Erkrankungen gibt es keine echten Diagnosekriterien, sondern bestenfalls Klassifikationskriterien, die eine hohe Spezifität

Schmerz: Selbstbeurteilung durch den Patienten (Skala 1–10)

BASDAI und/oder ASDAS

BASFI

Globale Beurteilung durch den Arzt (Skala 1–10)

BSG und CRP

Tab. 2: Empfehlungen für das Assessment eines Patienten mit AS (axSpA), modifiziert nach David T. Yu¹⁸

haben und für den Einschluss in Studien gedacht sind. Frühformen und oligosymptomatische Formen werden hier oft nicht adäquat erfasst, sie dienen aber als gute Leitlinie.

Die ASAS-Kriterien für das Vorliegen einer SpA erfordern als Eingangskriterium das Vorliegen von chronischen Rückenschmerzen über mindestens 3 Monate bei einem Patientenalter von <45 Jahren zu Beginn der Symptome. Ist das erfüllt, kann die weitere Abklärung der Verdachtsdiagnose „axiale SpA“ nach einem bildgebungsorientierten Arm (Sacroiliitis in der Bildgebung plus 1 weiteres SpA-Kriterium) erfolgen oder anhand eines klinischen (laborgestützten) Armes (HLA-B27 plus zwei weitere SpA-Kriterien) (Abb. 1).⁸

Assessment der SpA

Zur Beurteilung der SpA stehen zahlreiche Werkzeuge zur Verfügung. Der Aktivitätsscore BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) besteht aus 6 Fragen, die letztlich einen Zahlenwert ergeben, der die Aktivität widerspiegelt. Ebenso zur Aktivitätsbeurteilung wird der ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score) verwendet. Sinngemäß ist auch der BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index) eine Sammlung von standardisierten Fragen zur Funktionalität. Die extraartikulären Manifestationen haben weitere Beurteilungsscores (Haut bei Psoriasis etc.) (Tab. 2).

Therapie der axialen SpA

Die Prinzipien in der Therapie der SpA werden folgendermaßen charakterisiert:^{12, 13}

- Das Therapieziel sollte nach einer gemeinsamen Entscheidung des Patienten und des Arztes festgelegt werden.
- Wichtig ist ein multidisziplinärer Ansatz, koordiniert vom Rheumatologen und anderen Spezialisten (Ophthalmologe etc.).
- Das primäre Ziel ist, langfristig die Lebensqualität und Möglichkeit zur sozialen Teilhabe (Partizipation) zu maximieren: durch Kontrolle von Symptomen der Inflammation, durch Verhinderung eines strukturellen Schadens, eine Erhaltung/Normalisierung der Funktion, unter Vermeidung von Toxizität und Minimalisierung von Komorbiditäten.
- Die Aufhebung der Entzündung ist wahrscheinlich wichtig, um dieses Ziel zu erreichen.
- AS: Die Therapie umfasst eine Kombination von nicht pharmakologischen und pharmakologischen Therapieformen.¹²

Die nicht pharmakologischen Therapieformen sind in erster Linie Maßnahmen

aus der physikalischen Therapie („Bechterew-Turnen“).

Das „Treat to target (T2T)“-Konzept bei der SpA

Wie bei anderen entzündlichen Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises wird nun auch bei der SpA gefordert, klar definierte Therapieziele zu entwerfen und mit dem Patienten zu beschließen. Das Konzept wurde zunächst bei der chronischen Polyarthritits ange-dacht und nun auch auf die SpA übertragen. Sehr kurz gefasst geht es darum, die Therapie so lange nachjustieren, bis eine lang anhaltende Remission (Hauptbehandlungsziel) oder zumindest niedrige Krankheitsaktivität (alternatives Behandlungsziel) erreicht wird.¹³

Medikamentöse Therapie der SpA

Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR)

NSAR sind der erste Behandlungsarm für alle symptomatischen Patienten, sofern sie nicht kontraindiziert sind. Sie sind oft

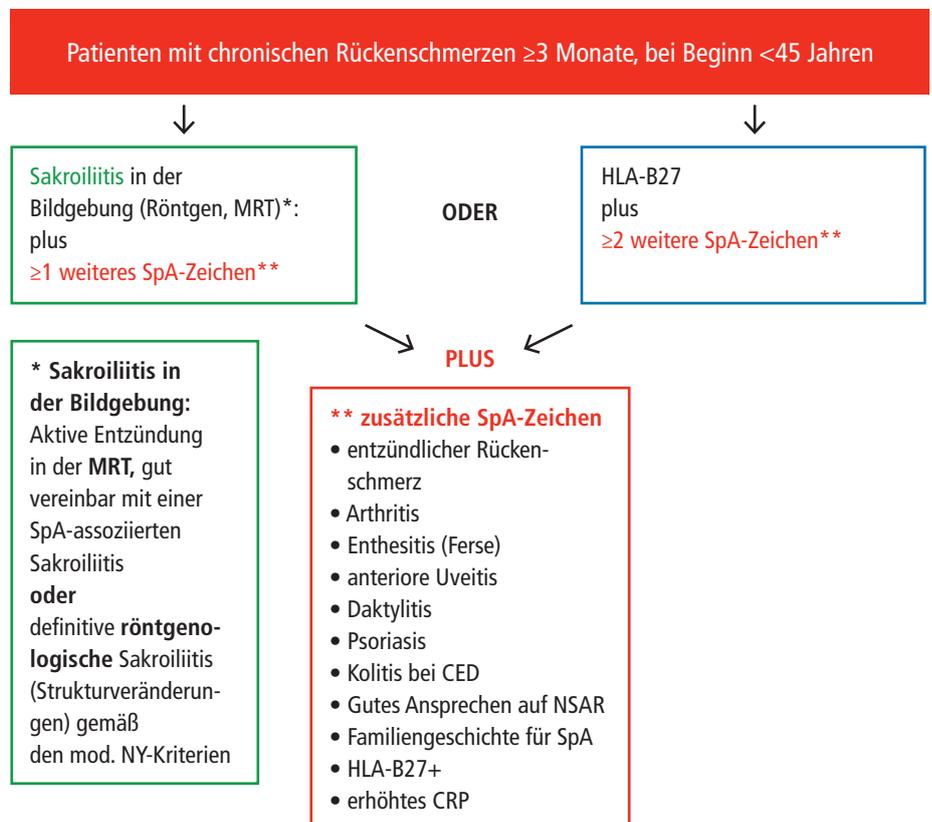


Abb. 1: ASAS-Klassifikationskriterien für axiale SpA 2009, modifiziert nach Rudwaleit M et al⁸

die einzige notwendige Therapie, weil 70–80% der AS-Patienten eine substanzielle Erleichterung ihrer Symptome berichten.¹⁴ Eine Vielzahl von NSAR ist hier erfolgreich angewandt worden, selektive COX2-Hemmer waren genauso erfolgreich wie nicht selektive NSAR; in der Regel ist die Maximaldosierung notwendig.¹⁸ Die tägliche Einnahme scheint bzgl. der radiografischen Progression einer rein bedarfsorientierten Einnahme überlegen zu sein.¹⁵

TNF-Blocker

Ist die Therapie mit NSAR nach 6 bis 8 Wochen nicht erfolgreich, ist nach gewissenhafter Abschätzung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses eine Therapie mit einem TNF-Blocker indiziert. In Österreich sind Adalimumab (Humira®), Certolizumab (Cimzia®), Etanercept (Enbrel®), Golimumab (Simponi®) und Infliximab (Remicade®) zur Behandlung der AS zugelassen, Adalimumab, Certolizumab und Etanercept auch für die nraxSpA (Quelle: MedIS bzw. EMA). Die meisten dieser TNF-Blocker sind auch bei den anderen, meist primär peripheren SpA-Erkrankungen (Psoriasis, Colitis ulcerosa, M. Crohn) zugelassen und wirksam.¹⁶ Bei manchen dieser Medikamente ist eine höhere Dosierung als z.B. bei der chronischen Polyarthritiden empfohlen (cave!).

Im Gegensatz z.B. zur chronischen Polyarthritiden ist bei der axialen SpA keine gleichzeitige Gabe von synthetischen DMARDs („disease modifying antirheumatic drugs“) notwendig (wie z.B. Methotrexat), weil dies keinen zusätzlichen Nutzen bringt und lediglich Kosten und Nebenwirkungsfahrer erhöhen würde.¹⁷

Literatur:

- Schmidt CO, Raspe H, Pflugsten M et al: Back pain in the German adult population: prevalence, severity, and sociodemographic correlates in a multiregional survey. *Spine (Phila Pa 1976)* 2007; 32: 2005-2011
- Webb R, Brammah T, Lunt M et al: Prevalence and predictors of intense, chronic, and disabling neck and back pain in the UK general population. *Spine (Phila Pa 1976)* 2003; 28: 1195-1202
- Reveille JD, Hirsch R, Dillon CF et al: The prevalence of HLA-B27 in the US: data from the US National Health and Nutrition Examination Survey, 2009. *Arthritis Rheum* 2012; 64: 1407-1411
- Saraux A, Guillemin F, Guggenbuhl P et al: Prevalence of spondyloarthropathies in France: 2001. *Ann Rheum Dis* 2005; 64: 1431-1435
- Calin A, Kaye B, Sternberg M et al: The prevalence and nature of back pain in an industrial complex: a questionnaire and radiographic and HLA analysis. *Spine (Phila Pa 1976)* 1980; 5: 201-205
- Sieper J, van der Heijde D, Landewe R et al: New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: a real patient exercise by experts from the Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS). *Ann Rheum Dis* 2009; 68: 784-788
- Garg N, van den Bosch F, Deodhar A: The concept of spondyloarthritis: Where are we now? *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2014; 28: 663-672
- Rudwaleit M, Braun J, Sieper J: [ASAS classification criteria for axial spondyloarthritis]. *Z Rheumatol* 2009; 68: 591-593
- Poddubnyy D, Brandt H, Vahldiek J et al: The frequency of non-radiographic axial spondyloarthritis in relation to symptom duration in patients referred because of chronic back pain: results from the Berlin early spondyloarthritis clinic. *Ann Rheum Dis* 2012; 71: 1998-2001
- Kiltz U, Baraliakos X, Karakostas P et al: Do patients with non-radiographic axial spondylarthritis differ from patients with ankylosing spondylitis? *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2012; 64: 1415-1422
- Boonen A, Sieper J, van der Heijde D et al: The burden of non-radiographic axial spondyloarthritis. *Semin Arthritis Rheum* 2015; 44(5): 556-562
- Braun J, van den Berg R, Baraliakos X et al: 2010 update of the ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2011; 70: 896-904
- Smolen JS, Braun J, Dougados M et al: Treating spondyloarthritis, including ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis, to target: recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis* 2014; 73: 6-16
- Song IH, Poddubnyy DA, Rudwaleit M, Sieper J: Benefits and risks of ankylosing spondylitis treatment with nonsteroidal antiinflammatory drugs. *Arthritis Rheum* 2008; 58: 929-938
- Wanders A, Heijde D, Landewe R et al: Nonsteroidal antiinflammatory drugs reduce radiographic progression in patients with ankylosing spondylitis: a randomized clinical trial. *Arthritis Rheum* 2005; 52: 1756-1765
- Sieper J, van der Heijde D, Dougados M et al: Efficacy and safety of adalimumab in patients with non-radiographic axial spondyloarthritis: results of a randomised placebo-controlled trial (ABILITY-1). *Ann Rheum Dis* 2013; 72: 815-822
- Sieper J: Developments in the scientific and clinical understanding of the spondyloarthritides. *Arthritis Res Ther* 2009; 11: 208
- David T Yu: Assessment and treatment of ankylosing arthritis in adults. UpToDate, Zugriff am 18.02.2015

Autoren:

Priv.-Doz. Dr. Ronald Dorotka¹
 Facharzt für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (Rheumatologie, Sportorthopädie) Orthopädiezentrum Innere Stadt, Wien
 E-Mail: r.dorotka@ortho-zentrum.at

Priv.-Doz. Dr. Georg Stummvoll²
 Facharzt für Innere Medizin (Rheumatologie) Klinische Abteilung für Rheumatologie Universitätsklinik für Innere Medizin III Medizinische Universität Wien
 E-Mail: georg.stummvoll@meduniwien.ac.at

¹ Der Autor zeichnet für den Artikel „Der nichtentzündliche Rückenschmerz“ verantwortlich.

² Der Autor zeichnet für den Artikel „Der entzündliche Rückenschmerz“ verantwortlich.

Ärztlicher Fortbildungsanbieter:

Gesellschaft der Ärzte in Wien

Lecture Board:

Prim. Dr. Ludwig Erlacher
 2. Medizinische Abteilung mit Rheumatologie und Osteologie sowie Akutgeriatrie, Sozialmedizinisches Zentrum Süd – Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital, Wien

Prim. Univ.-Prof. Dr. Martin Friedrich
 Zentrum für Orthopädische Schmerztherapie, Perchtoldsdorf

Univ.-Prof. Dr. Petra Krepler
 Universitätsklinik für Orthopädie, Medizinische Universität Wien

■0421

So machen Sie mit

Den Fragebogen zu diesem Artikel finden Sie online unter <http://med-diplom.at> oder mithilfe dieses QR-Codes. Für die richtige Beantwortung der Fragen werden 2 DFP-Fachpunkte angerechnet.

