

FAKTEN der Rheumatologie

Fachzeitschrift für rheumatologisch tätige Ärzte



Der Dichter litt an Gicht, siehe Seite 5.

Rheumatologie & Orthopädie

- Synovektomie und Radiosynoviorthese
- Fingerpolyarthrosen
- Atypischer Fußschmerz
- Chronischer Rückenschmerz
- Ergotherapie bei RA
- Interdisziplinärer Dialog:
Orthopädie – Rheumatologie

Wissenschaft aktuell

- Rheumatische Erkrankungen und Schwangerschaft
- IgG4-related disease

Serie: Biologika und synthetische Moleküle

Teil 8: Neue Therapiekonzepte bei Gicht



MedMedia
Verlags Ges.m.b.H.
Part of Medical
Opinion Network

Wissenschaftlicher Herausgeber
o. Univ.-Prof. Dr. Josef Smolen
Chefredakteur
ao. Univ.-Prof. Dr. Kurt Redlich



MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT
WIEN



- ▶ Eine exakte **manuell-orthopädische Untersuchung** plus **Anamnese** sind für die Diagnose entscheidend.
- ▶ Eine **Abgrenzung zum spezifischen** Rückenschmerz ist essenziell (so genannte „red flags“).
- ▶ Die Behandlung des **akuten unspezifischen** Rückenschmerzes erfolgt mit Analgetika, gezielten Infiltrationen und manualtherapeutischer Mobilisation.
- ▶ Bei **chronischem Rückenschmerz** kommen NSAR, Opioide, Capsaicinpflaster sowie physikalische Maßnahmen zum Einsatz. Über die Wirksamkeit von Infiltrationen liegen beim chronischen Geschehen keine Studien vor.
- ▶ Bei Chronifizierung oder Verschlechterung müssen auch **psychosoziale Faktoren** („yellow flags“) hinterfragt werden.

Konservative Behandlung aus orthopädischer Sicht

Chronischer Rückenschmerz abseits des M. Bechterew

Ronald Dorotka

Die Lebenszeitprävalenz für den unspezifischen Kreuzschmerz liegt im sehr hohen Bereich von 60–85 %, und auch die 1-Jahres-Rezidivrate erreicht bis zu 70 %. Diese Zahlen zeigen, dass sich der eindeutig größte Anteil von Rückenschmerzpatienten abseits des rheumatischen Formenkreises findet. Und damit auch die großen medizinischen, gesellschaftlichen und ökonomischen Herausforderungen.

Diagnostik

Ausschluss spezifischer Schmerzformen. Unumgänglich für die adäquate Betreuung von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen ist der Ausschluss aller spezifischer Schmerzformen (Häufigkeit ca. 15 %), wobei rheumatologische Ursachen wie die ankylosierende Spondylitis hier nicht extra erwähnt werden. So müssen natürlich Traumen, Neoplasmen, Infektionen, Nervenwurzel-, Myelon- oder Caudairritationen sowie metabolische Erkrankungen in die diagnostischen Überlegungen miteinbezogen werden. Überschneidungen bei der Definition spezifischer/unspezifischer 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 Listhesen und Osteochondrosen zu nennen. Um einen Ausschluss spezifischer Rückenschmerzen zu erleichtern, stehen 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 zu erfordern.

Manuelle Untersuchung. Trotz aller technischen Hilfsmittel ist die klinische und manuelle orthopädische Untersuchung immer noch unersetzbar und – korrekt eingesetzt – in den meisten Fällen nicht nur richtungsweisend, sondern auch zur Diagnose ausreichend. Bei Rückenschmerzen ist schon die Anamnese wertvoll. Eine exakte Inspektion am entkleideten Patienten beinhaltet die Prüfung des Gangbildes, Bewegungsausmaßes (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 von Sensibilität, Motorik (inkl. anamnestisch Blasen-/Mastdarmfunktion) und Reflexstatus. Danach folgt 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. Prüfung der segmentalen Flexion, Rotation usw., Federungstests, Springing-Tests, Testung der Rippenbeweglichkeit, das Testen des translatorischen Gleitens und einer atlanto-dentalen Instabilität. Ebenso müssen einzelne Muskeln hinsichtlich Verkürzung versus Schwäche untersucht werden.

Tab. 1: Warnhinweise („red flags“) zur Abgrenzung spezifischer/unspezifischer Rückenschmerz

- 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

„Red flags“ abklären. 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). Liegen keine Hinweise für einen spezifischen Rückenschmerz vor, sollten nach 6 Wochen persistierender Beschwerden weitere diagnostische Schritte gesetzt werden. Hierzu zählen Nativröntgen der Wirbelsäule a. p. und seitlich sowie Funktionsaufnahmen, gegebenenfalls auch der benachbarten Gelenke. Beim unspezifischen Rückenschmerz ist die MRT meist nicht hilfreich, sollte aber bei weiterer Persistenz überlegt werden, wenn sie nicht schon vorher vom Patienten erfolgreich eingefordert wurde. Ein Aufklärungsgespräch ist diesbezüglich oft sehr zeitaufwändig und wenig zielführend. Bei entsprechendem Verdacht sind auch Laboruntersuchungen angezeigt.

Akuter unspezifischer Rückenschmerzen

Akute unspezifische Rückenschmerzen werden in den meisten Fällen (ca. ¾) zufriedenstellend behandelt. Zur Therapie zählen NSAR für maximal zwei Wochen, Opioide und Muskelrelaxanzien als 2. Stufe und gezielte Infiltrationen entsprechend der festgestellten Ursachenlokalisation. Empfohlen sind auch manualtherapeutische Maßnahmen im Sinne einer Segmentmobilisierung, Manipulation, Traktion, Weichteilbehandlung oder Muskeldehnung entsprechend der chirodiagnostischen Prüfung. Hier kann meist sofort aus der manuellen Untersuchung heraus die entsprechende Therapie durchgeführt werden. Eine exakte Chirodiagnostik ist erforderlich, um hier nicht nur Zufallserfolge verbuchen zu können.

Für allgemein physikalische Therapien liegen wenige Studien vor, lindernde Effekte sind allerdings 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. Erfahrungsgemäß ist hier die Compliance aber am geringsten.

Chronifizierte Rückenschmerzen

„Yellow flags“. Wesentlich komplexer verhält sich die Therapie bei chronifizierten Rückenschmerzen. Besteht eine Schmerzdauer von mehr als fünf Wochen oder eine auffallende Verschlechterung des akuten Schmerzes müssen auch psychosoziale Warnhinweise („yellow flags“) miteinbezogen werden (Tab. 2). Im chronischen Stadium ist es deshalb auch essenziell, einerseits psychosoziale Warnhinweise aber auch immer wieder Hinweise auf spezifische Schmerzursachen neu zu evaluieren (Kontrollscreening auf „red flags“ und „yellow flags“). Therapie. Folgende Behandlungen stehen beim chronischen Rückenschmerz zur Verfügung: Auch hier sind NSAR ein wesentlicher Pfeiler. Es muss natürlich eine genaue Nutzen-Risiko-Einschätzung erfolgen. Werden Opioide eingesetzt, sind regelmäßige Kontrollen unerlässlich. Auch muss vermieden werden, dass diese Substanzen von mehreren Stellen gleichzeitig verschrieben werden. Für Muskelrelaxanzien liegt kein Wirksamkeitsnachweis für chronische unspezifische Rückenschmerzen vor. Hingegen liegt für Schmerzpflaster mit Capsaicin eine gute Evidenzlage vor. Capsaicin kommt auch in den verbreitet eingesetzten Munaripackungen vor. Darüber hinaus sind beim chronischen Rückenschmerz auch Massagen, TENS-Geräte sowie Kombinationsanwendungen

Tab. 2: Warnhinweise („yellow flags“) auf psychosoziale Faktoren mit erhöhtem Chronifizierungsrisiko

- 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

mit Thermo-, Hydro-, Elektro- und Ultraschalltherapie angezeigt. Wesentlich sind aber Bewegungstherapien mit Heimanleitungen, Rückenschulen, Arbeitsplatzanpassungen und medizinische Trainingstherapien. Welche geeignet sind, muss individuell entschieden werden.

Infiltration fraglich. Die Wirksamkeit wurzelnaher- oder facetgelenksnaher Infiltrationen ist beim unspezifischen Rückenschmerz derzeit unklar. Es liegen keine adäquaten Studien vor. Somit kann weder deren Wirksamkeit oder Nichtwirksamkeit seriös beurteilt werden. Infiltrationen sind vor allem spezifischen Rückenschmerzen, wie z. B. symptomatischen Facettengelenksirritationen, Nervenwurzelirritationen durch Bandscheibenpathologien etc. vorbehalten. Eine Probebehandlung bei unspezifischen Beschwerden ist allerdings auch nicht abzulehnen. Ebenfalls ist auch der Wert einer gezielten diagnostischen Infiltration im Sinne der Ursachenanalyse hoch einzuschätzen. 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.

Psychosoziale Faktoren. Unter Beachtung der bereits erwähnten psychosozialen Faktoren sollte beim chronischen Schmerz auch eine Überweisung zum Facharzt für Psychiatrie bzw. Neurologie erfolgen. In vielen Fällen sind begleitende Psychotherapien, Schmerzbewältigungsprogramme etc. notwendig. Ebenso gehört die Gabe von Antidepressiva und Antikonvulsiva in geeignete Hände. An dieser Stelle müssen auch multidisziplinäre Programme für chronische Rückenschmerzpatienten eingefordert werden, die in Österreich nicht in geeignetem Ausmaß zur Verfügung stehen. Dazu gehören auch koordinierte, fachärztliche, arbeitsbezogene, verhaltenstherapeutische und bewegungstherapeutische Interventionen im niedergelassenen Bereich.

Realistisches Therapieziel. Besonders hervorzuheben ist auch, dass bei chronischen Rückenschmerzpatienten schon am Beginn realistische Therapieziele abgesteckt werden müssen. Das Ziel einer jeden Behandlung ist 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. ■

Literatur beim Verfasser