

- ▶ 85–95 % der Patienten leiden an **nichtspezifischem Rückenschmerz**. Sehr häufig besteht eine Assoziation mit Faktoren („yellow flags“), die ein Chronifizierungsrisiko des Schmerzbildes bergen.
- ▶ Es liegen zahlreiche randomisierte kontrollierte Studien, systematische Reviews und nationale sowie internationale Leitlinien zur Behandlung des Rückenschmerzes vor. Dennoch besteht auf **allen Versorgungsebenen Optimierungsbedarf** für Patienten mit nichtspezifischem Kreuzschmerz.
- ▶ Eine **frühzeitige multimodale, interdisziplinäre Therapie** des nichtspezifischen Rückenschmerzes verbessert den Behandlungserfolg hinsichtlich Schmerzreduktion, Funktionalität, Lebensqualität und vor allem hinsichtlich der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit deutlich.



Diagnostik und Therapie des Rückenschmerzes Room for Improvement

Schmerzhafte Erkrankungen der Wirbelsäule sind in der zivilisierten Welt zu einer ernsthaften Volkskrankheit geworden. Rückenschmerzen sind einer der häufigsten Gründe, weshalb ein Arzt konsultiert wird. Kreuzschmerzen sind mit einem Anteil von 50 % die häufigsten Wirbelsäulenschmerzen.

Status quo in Österreich

Mehr als acht Millionen der insgesamt knapp 40 Millionen Krankenstandstage in Österreich im Jahr 2009 waren durch Probleme des Bewegungsapparates bedingt. Fast 100.000 Krankenhausaufenthalte entfallen jedes Jahr auf Wirbelsäulenleiden. Rund 40 % der vorzeitigen Renten gehen auf chronische Rückenleiden zurück. Die Kosten durch Therapien und Arbeitsausfälle werden in Österreich auf vier bis sechs Milliarden Euro pro Jahr geschätzt.

Handlungsbedarf: Es liegen zahlreiche RCT, systematische Reviews und nationale sowie internationale Leitlinien zur Behandlung vor. Dennoch besteht auf allen Versorgungsebenen für Patienten mit nichtspezifischem Kreuzschmerz Optimierungsbedarf. Insbesondere für die Vernetzung der Einrichtungen auf primärer und sekundärer Versorgungsebene zur inter- bzw. multidisziplinären Bewertung der Behandlungssituation bezüglich „yellow flags“ besteht Handlungsbedarf. Auch die Einrichtungen der tertiären Versorgungsebene sowie des

rehabilitativen Sektors sind an der Versorgung von Patienten mit Kreuzschmerz beteiligt.

Wichtige Rolle des Hausarztes: Dem Erstbehandler kommt beim Rückenschmerz besondere Bedeutung zu. Aufgrund von Rückenschmerzen werden in 74 % der Fälle der Hausarzt und in ca. 12 % der Fälle ein Schmerztherapeut erstkonsultiert. Neben der Erfassung ernster somatischer Erkrankungen oder von Hinweisen für komplizierte somatische Beschwerden sollten schon bei der Erstversorgung des Patienten psychosoziale Risikofaktoren erfasst und entsprechende inter- und multidisziplinäre Behandlungsmaßnahmen ergriffen werden.

Definition des Rückenschmerzes

85–95 % der Patienten leiden an nichtspezifischem Rückenschmerz. Diesem liegt keine spezifische Ursache zugrunde, und sehr häufig besteht eine Assoziation mit Faktoren („yellow flags“), welche ein Risiko für die Chronifizierung des Schmerzbildes bergen. 5–15 % der Patienten leiden an spezifischen Rückenschmerzen. Hier ist eine klare Diagnose und Pathologie sowie eine Manifestation von „red flags“ eindeutig feststellbar.

Von akutem Rückenschmerz spricht man bei einer Schmerzepisode von weniger als sechs Wochen, von subakuten Rückenschmerzen bei sechs bis zwölf Wochen und von chronischem

Rückenschmerz, wenn dieser bereits länger als zwölf Wochen andauert.

International wurde eine Dreiteilung in einfache Rückenschmerzen, komplizierte Schmerzen und alarmierende Wirbelsäulenproblematik eingeführt.

Diagnostik

Bei der Differenzialdiagnose des akuten Rückenschmerzes sollte durch die Anamnese und klinische Untersuchung relativ rasch der geringe Anteil an komplizierten und schwerwiegenden und damit weiter abklärungsbedürftigen Rückenschmerzen erkannt werden.

Bei der Diagnostik der Wirbelsäulenbeschwerden ist die bio-psycho-soziale Anamnese mit einer standardisierten körperlichen Untersuchung von großer Wichtigkeit. Bei einfachen Rückenschmerzen ist eine röntgenologische Diagnostik nicht gerechtfertigt. Bei komplizierten Rückenschmerzen und bei alarmierender Wirbelsäulenproblematik ist eine bildgebende Diagnostik mit konventionellem Röntgen indiziert.

Die Magnetresonanztomografie (MRT) ist die genaueste Methode zur Beurteilung der diskogenen und nervalen Strukturen. Bei der Erkennung und Beurteilung von Tumoren und Entzündungen, aber auch in der Beurteilung des Spinalkanals ist die MRT anderen Methoden überlegen. Dennoch ist aus medizinischer, aber auch volkswirtschaftlicher Überlegung eine MRT erst nach erfolgloser konservativer



Tab.: Medikamentöse Therapieverfahren bei nichtspezifischem Kreuzschmerz nach der Empfehlung der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz 2010

		pos.	neg.
6–2	Paracetamol	↔	
6–3	tNSAR	↑	
6–8	COX-2-Hemmer	↔	
6–9	Flupirtin		↑↑
6–17	Muskelrelaxanzien	↔	
6–10	Opioide	↔	
6–18	Antidepressiva	↔	
6–20	Antiepileptika		↑

Nach: Stomer W

Therapie, bei neurologischer Ausfallsymptomatik und bei Verdacht auf Tumor oder Infektion indiziert.

Therapie

Die zentralen Punkte in der Behandlung unspezifischer Rückenschmerzen, welche bereits länger als zwei Wochen andauern, sind

- eine adäquate Aufklärung des Patienten
- das frühzeitige Erkennen von Chronifizierungsfaktoren
- die frühzeitige Berücksichtigung psychosozialer Aspekte
- die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit
- eine rechtzeitige multimodale und interdisziplinäre Diagnostik und Therapie
- die Forcierung aktivierender Therapiemaßnahmen

Diese Punkte entsprechen der Empfehlung der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz (Deutschland), welche einer evidenzbasierten Entscheidungshilfe für die strukturierte medizinische Versorgung von Patienten mit Rückenschmerz entspricht und im Speziellen auf die Versorgung von Patienten mit nichtspezifischem Kreuzschmerz eingeht.

Nichtmedikamentöse Maßnahmen

Neben der körperlichen Bewegung, Beratung und medikamentösen Therapie gibt es eine Reihe nichtmedikamentöser Maßnahmen, welche die Behandlung des akuten, subakuten und chronischen nichtspezifischen Kreuzschmerzes unterstützen können. Dazu gehören die kogni-

tive Verhaltenstherapie, der Besuch von Rückenschulen, Ergotherapie bei akutem nichtspezifischem Kreuzschmerz oder bei Chronifizierungsrisiko Entspannungstechniken wie die progressive Muskelrelaxation.

Invasive Verfahren sind wegen Potenzierung des Chronifizierungsrisikos als kontraindiziert anzusehen und sollen daher bei Patienten mit nichtspezifischem Kreuzschmerz nicht eingesetzt werden.

Zudem liegen für die Anwendung von perkutanen Verfahren – wie z. B. Triggerpunktinfiltrationen, Injektionen an den sakroiliakalen oder Wirbelgelenken sowie epidurale Injektionen – bei akuten nichtspezifischen Kreuzschmerzen keine verlässlichen Daten vor.

Medikamentöse Therapieverfahren bei nichtspezifischem Kreuzschmerz

Die medikamentöse Therapie ist symptomatisch. Sie soll im akuten Stadium die nichtmedikamentösen Maßnahmen unterstützen, damit die Betroffenen frühzeitig ihre üblichen Aktivitäten wieder aufnehmen können. Die Indikation bei chronischem Kreuzschmerz besteht, wenn zur Umsetzung der aktivierenden Maßnahmen eine Schmerztherapie erforderlich ist.

Je nach der individuellen Befundkonstellation können aus der Gruppe der Nichtopioid-Analgetika Paracetamol, traditionelle nichtsteroidale Antiphlogistika (tNSAR) und Cox-2-Hemmer zur Anwendung kommen (Tab.).

Flupirtin soll weder zur Behandlung von akutem noch von chronischem nichtspezifischem Kreuzschmerz zum Einsatz kommen.

Muskelrelaxanzien können für die Dauer von

maximal zwei Wochen bei akutem und chronischem nichtspezifischem Kreuzschmerz angewendet werden – wenn nichtmedikamentöse Maßnahmen oder die alleinige Gabe von Nichtopioid-Analgetika keine Besserung bewirken –, sind jedoch aufgrund ihrer Nebenwirkungen mit Bedacht einzusetzen.

Schwache Opiode: Bei fehlendem Ansprechen auf Nichtopioid-Analgetika können schwache Opiode – wie z. B. Tramadol – bei nichtspezifischem Kreuzschmerz eingesetzt werden.

Starke Opiode sind möglichst nur im Rahmen eines multimodalen Therapiekonzeptes und in Zusammenarbeit mit schmerzmedizinisch geschulten Fachleuten einzusetzen. Die Reevaluation der Opioidtherapie soll bei akutem/chronischem Kreuzschmerz nach spätestens 4 Wochen/3 Monaten erfolgen. Tritt die gewünschte Schmerzlinderung bzw. Funktionsverbesserung nicht ein, ist die Fortsetzung der Opioidtherapie kontraindiziert.

Noradrenerge oder noradrenerg-serotonerge Antidepressiva können als Komedikation im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzeptes zur Schmerzlinderung für Patienten mit chronischen nichtspezifischen Kreuzschmerzen in Betracht gezogen werden. Dabei sind mögliche Kontraindikationen und Nebenwirkungen zu beachten.

Antidepressiva vom Typ Selektive-Serotonin-/Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer sollten bei Personen mit nichtspezifischem Kreuzschmerz nicht regelhaft und nur bei indikationsrelevanten Komorbiditäten (Depression, Angststörung) eingesetzt werden.

FAZIT: Der Rückenschmerz ist eines der bedeutendsten Krankheitsbilder der heutigen Gesellschaft. Die strukturierte Anamnese und klinische Untersuchung sollten den Rückenschmerz eindeutig in eine einfache, komplizierte und alarmierende Wirbelsäulensymptomatik unterteilen können. Eine weiterführende Diagnostik erfordert der komplizierte und alarmierende Rückenschmerz. Eine frühzeitige multimodale, interdisziplinäre Therapie des unspezifischen Rückenschmerzes verbessert den Behandlungserfolg hinsichtlich Schmerzreduktion, Funktionalität sowie der Lebensqualität und vor allem hinsichtlich der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit deutlich. ■

Literatur bei der Verfasserin