

DISKUSSION

zu dem Beitrag

Akuter lumbaler Rückenschmerz: Diagnostik, Differenzialdiagnostik und Therapie

von Prof. Dr. med. Hans-Raimund Casser, Dr. med. Susann Seddigh, Prof. Dr. med. Michael Rauschmann in Heft 13/2016

Klare Diagnose und Therapie möglich

Die Autoren gehen davon aus, dass es einen sogenannten „unspezifischen“ Rückenschmerz gibt, dessen Ursachen so gut wie nicht identifizierbar seien (1). Wenn es denn Rückenschmerz ohne somatische Grundlage überhaupt gibt, so sind es somatoforme oder andere psychische Störungen – und somit eben nicht unspezifische. Spätestens seit dem Artikel von DePalma 2015 (2) sollte jedoch der diagnostische und therapeutische Nihilismus endlich abgestellt werden.

Durch entsprechende diagnostische Werkzeuge lässt sich eine Aufschlüsselung etwa wie folgt erzielen: Circa 40 % der Rückenschmerzen sind diskogen, 30 % auf Probleme der Facettengelenke und 20 % auf das Iliosakralgelenk zurückzuführen.

Große Fallzahlen (3) bestätigen die Validität der Verfahren, auch Problemfälle wie Syndrome nach Spondylodese lassen sich diagnostisch zuordnen (4). Somit ist eine klare Diagnose und Therapie sehr wohl möglich.

Auch erscheinen mir die Zeiträume zur Annahme eines akuten beziehungsweise subakuten Schmerzes in Anbetracht der raschen Chronifizierungsvorgänge deutlich zu lang. Eine Intervention kann hier den Verlauf signifikant abkürzen – mit entsprechend relevanten Einsparungen an direkten und indirekten Krankheitskosten.

Auch die Verordnung von Koanalgetika, wie Antidepressiva oder Antikonvulsiva, fehlt in der Darstellung von Casser et al., ist jedoch eine pathophysiologisch begründete Maßnahme mit dem Nebeneffekt, dass begleitende Depressionen und Angst mit behandelt werden können.

DOI: 10.3238/arztebl.2016.0562a

LITERATUR

1. Casser HR, Seddigh S, Rauschmann M: Acute lumbar back pain—investigation, differential diagnosis, and treatment. *Dtsch Arztebl Int* 2016; 113: 223–34.
2. DePalma MJ: Diagnostic nihilism toward low back pain: what once was accepted, should no longer be. *Pain Med* 2015; 16:1453–4.
3. Verrills P, Nowesenitz G, Barnard A: Prevalence and characteristics of discogenic pain in tertiary practice: 223 consecutive cases utilizing lumbar discography. *Pain Med* 2015; 16: 1490–9.
4. DePalma M, Ketchum JM, Saullo TR: Etiology of chronic low back pain in patients having undergone lumbar fusion. *Pain Med* 2011; 12: 732–9.

Dr. med. Thomas Bambach
Neumarkt/Oberpfalz
dr-bambach-privat@gmx.de

Positiver Effekt von Schonung und Bettruhe

Unter Bezugnahme auf die Nationale Versorgungsleitlinie „Kreuzschmerz“ heißt es in dem Beitrag (1) zu akuten, nicht-spezifischen lumbalen Rückenschmerzen: „Schonung und Bettruhe haben keinen positiven Effekt und verzögern die Verbesserung der Beschwerden.“

Wie kommt es dann, dass meine in 45 Jahren als Allgemeinarzt behandelten Patienten mit akuter Lumbago unter einer speziellen Seitenlagerung (unteres Bein gerade, oberes Bein gebeugt, obere Schulter zurückgedrückt mit Hand auf dem oberen Gesäß), die die Lendenlordose verstärkt, schmerzfrei schlafen können und nach abendlicher Gabe von 1 Supp. Diclofenac-Natrium nach drei Tagen schmerzfrei arbeiten können?

Wie kann es sein, dass beim Auftreten akuter Schmerzen der Lendenwirbelsäule (LWS) abends nach dem Zubettgehen in Rückenlage ein kleines festes Kissen, das unter die LWS gelegt wird, zu einem sofortigen Verschwinden der Kreuzschmerzen führt?

DOI: 10.3238/arztebl.2016.0562b

LITERATUR

1. Casser HR, Seddigh S, Rauschmann M: Acute lumbar back pain—investigation, differential diagnosis, and treatment. *Dtsch Arztebl Int* 2016; 113: 223–34.

Dr. med. Dieter Feldmann
Bad Lauterberg im Harz
dr.feldmann.dieter@t-online.de

Warnsignal an den Körper

Zu der ausgezeichneten Publikation (1) sei mir eine kritische Anmerkung bezüglich des wichtigen Aspekts der Therapie erlaubt. Die Autoren berufen sich auf die Nationalen Versorgungsleitlinien mit der Aussage: „Schonung und Bettruhe haben nachgewiesenerweise keinen Effekt oder führen gar zu einer Verstärkung der Schmerzen . . .“

Ich richte an alle interessierten Kolleginnen und Kollegen die Frage, wer von ihnen jemals unter massiven akuten Rückenschmerzen gelitten hat. In einem derartigen Fall sehnt man sich nach einem Stufenbett oder einer Seitlage in Viererposition, lokaler Wärme, Schmerzmedikation oder vielleicht sogar Sedierung – sicher mit dem Ziel, wieder eine zeitnahe adaptierte Mobilisation anzustreben, sobald es das Krankheitsbild zulässt.

Schmerz ist ein Warnsignal des Körpers. Akuter Schmerz ist ein wichtiges akutes Warnsignal, Aktivitäten zu stoppen und eine Ruhephase einzulegen, um manifeste strukturelle Schäden zu verhindern. Die Autoren beschreiben den absolut wichtigen Aspekt, dass 80–90 % akuter Rückenschmerzen kein pathomorphologisches Korrelat aufweisen. Ich sehe hier die Situation eines beginnenden, akuten, funktionellen, segmentalen neuromuskulären Kompartmentsyn-

droms, begleitet von lokalen Entzündungsvorgängen. Wenn wir den Schmerz ignorieren, würden wir diese Spirale der neuromuskulären Störung definitiv verstärken. Welche Empfehlung geben wir einem Leistungssportler im Wettkampf, der unter der Belastung eine zunehmende akute Schmerzsymptomatik der Oberschenkelmuskulatur entwickelt? Weitermachen, bis eine komplexe morphologische Muskelverletzung vorliegt? Wie therapieren wir den akuten funktionellen Schiefhals? Warum ignorieren wir bei der Lendenwirbelsäule alle fundamentalen Kenntnisse der Muskelpathophysiologie? Weil es (Nationale) Leitlinien gibt?

DOI: 10.3238/arztebl.2016.0562c

LITERATUR

1. Casser HR, Seddigh S, Rauschmann M: Acute lumbar back pain—investigation, differential diagnosis and treatment. Dtsch Arztebl Int 2016; 113: 223–34.

Dr. med. Roland Roth
Essen
dr-roland-roth@t-online.de

Rückenschmerz als Signal, etwas zu ändern

Aus der täglichen leidvollen Praxis des orthopädisch-chirurgischen Facharztes halte ich es für wichtig, ergänzend und zusammenfassend folgende Punkte noch einmal besonders zu betonen:

Der akute unspezifische Rückenschmerz ist ein lästiges, aber harmloses Alltagsleiden mit guter Prognose der Selbstlimitierung. Er bedarf primär keiner fachärztlichen Diagnostik oder Behandlung. Die klinische Untersuchung und Erstbehandlung durch den Hausarzt ist für die ersten 3–6 Wochen ausreichend, sofern „red flags“ ausgeschlossen wurden.

Zur Erstbehandlung sind weder (Kortison-)Spritzen noch tiefe lumbale Infiltrationen noch Massagen oder ähnliches indiziert, auch wenn sie von Patienten und deren „Beratern“ gerne eingefordert werden. Aufwendige und teure IGeL-Leistungen zur Behandlung des akuten unspezifischen Rückenschmerzes halte ich für unlauter bei der hohen Spontanheilungsrate der Beschwerden. Ein einfaches Rückentape leistet hier die gleichen Dienste wie teure Maschinen.

Der häufiger wiederkehrende unspezifische Rückenschmerz sollte den Patienten darauf hinweisen, dass er etwas in seinem Leben ändern muss. In der Regel geht es hier um mehr Bewegung und den Abbau von Stressoren. Leider muss der Patient das selbst tun und hier aus der Bequemlichkeitsfalle und dysfunktionalen Verhaltensmustern herauskommen. Bedauerlicherweise beraten nicht alle Ärzte ihre Patienten diesbezüglich leitliniengerecht.

Ich würde es sehr begrüßen, wenn sich auch andere Meinungsbildner, wie Krankenkassen, Schulen, Arbeitgeber, Verbraucherberatungen und so weiter, bei diesem Thema noch stärker präventiv engagieren.

DOI: 10.3238/arztebl.2016.0563a

LITERATUR

1. Casser HR, Seddigh S, Rauschmann M: Acute lumbar back pain—investigation, differential diagnosis, and treatment. Dtsch Arztebl Int 2016; 113: 223–34.

Dr. med. Michael Schneider
Eppingen
info@op-eppingen.de

Schlusswort

Erwartungsgemäß setzen sich die meisten Kommentare kritisch mit der in der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz vorgenommenen Unterteilung des Rückenschmerzes in „spezifisch“ und „nichtspezifisch“ auseinander. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass wir analog zum „spezifischen“ auf die Bezeichnung „nichtspezifischen“ Rückenschmerz Wert legen, da der Begriff „unspezifisch“ allein sprachlich ungeeignet ist.

In Bezug auf die durchaus nachvollziehbaren Anmerkungen von Herrn Dr. Bambach ist festzuhalten, dass nichtspezifisch keinesfalls „Kreuzschmerzen ohne somatische Grundlage“ bedeutet und nicht zum „diagnostischen und therapeutischen Nihilismus“ führt.

Der Oberbegriff „nichtspezifischer Rückenschmerz“ verbietet ja keinesfalls eine Abklärung der hier überwiegend anzutreffenden Funktionsstörungen – genauso wenig wie eine entsprechende Therapie. Vermieden werden soll allerdings eine über die körperliche Untersuchung hinausgehende apparative Diagnostik und invasive Therapie, ohne dass ein Hinweis für ein patho-anatomisches Korrelat besteht. So provozieren die beim Erstkontakt mit Rückenschmerzpatienten zum Teil schon screeningmäßig durchgeführten MRT-Untersuchungen mit deskriptiven Befunden die Formulierung nicht-relevanter Diagnosen und die Initiierung invasiver Therapiemaßnahmen.

Diagnostische Zurückhaltung wird das Erkennen von „Chronifizierungsvorgängen“ sicherlich nicht verzögern, sondern vielmehr eher vermeiden. So nehmen ungünstige Schmerzattributierungen zu irrelevanten bildgebenden Befunden ihren Ursprung bei Befunddemonstrationen gegenüber dem Patienten. Die von der zitierten Forschergruppe um Bogduk (1, 2) propagierte sichere Zuordnung der Rückenbeschwerden zu fraglichen Krankheitsentitäten, zum Beispiel zum „diskogenen Kreuzschmerz“, anhand differenzierter diagnostischer Verfahren, zum Beispiel Diskographie, lässt sich weder in der Literatur (3, 4) noch nach unserer Erfahrung nachvollziehen. Eine Zusammenstellung körperlicher Befunde ohne eindeutige pathoanatomische Beziehung beziehungsweise spezifische Rückenschmerzen mit erforderlicher Abklärung beinhalten die *eTabelle 1* und die *eTabelle 4* zum Beitrag, die wir aus Platzgründen online stellen mussten. Das A und O eines erfolgreichen Vorgehens bei den häufigen Funktionsstörungen des nicht-spezifischen Rückenschmerzes sind die sorgfältige Schmerzanamnese und die kompetente (manualdiagnostische) körperliche Untersuchung.