

Unspezifische chronische Rückenschmerzen

Ein aktueller Stand und eine Darstellung der Europäischen Leitlinien **Matthias Strathmann**

Die Existenz von Leitlinien für bestimmte Krankheitsbilder soll den Therapeuten und Medizinern effektive Behandlungsstrategien aufzeigen und den Patienten eine wirksame, im Idealfall auch kostengünstige Behandlung gewährleisten. Für viele Diagnosen existieren Leitlinien, die noch nicht die optimalen Behandlungsmethoden darlegen und wichtige Informationen offen lassen. Die aufgeworfenen Fragen in den Leitlinien sollen aufdecken, welche Forschungsarbeiten noch notwendig sind, welche Teilaspekte noch erforscht und in Zukunft geklärt werden müssen. Allerdings erfüllen Leitlinien noch weitere Aufgaben. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit soll gefördert werden und unnötige sowie ineffektive Behandlungen vermieden werden (Airaksinen et al 2005). Dieser Beitrag beruht auf einer Zusammenfassung der Europäischen Leitlinien für chronischen unspezifischen Rückenschmerz (📄_Seite 497) (ULBP) COST B 13 (European Cooperation in the field of Scientific and Technical Research).

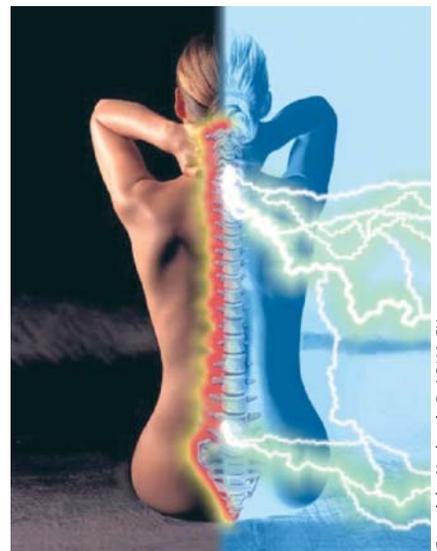
Unspezifischer chronischer Schmerz:

Unspezifisch besagt, dass keine bestimmte Struktur für die Beschwerden verantwortlich zu machen ist. Bei 80%-90% der Rückenschmerzen sind die ursächlichen Beschwerden nicht auffindbar (Mayer 2008).

Chronische Schmerzen werden in der meisten Literatur dann als chronisch bezeichnet, wenn sie länger als 12 Wochen anhalten und infolge mehrerer Episoden auftreten. Man findet Zeitanlagen zwischen vier Wochen bis sechs Monaten und länger. Diese Definition wird momentan aufgrund der aktuellen Erkenntnisse von Schmerzmechanismen neu diskutiert, ist aber in der Literatur häufig mit der Angabe von drei Monaten noch zu finden.

Aktueller Stand

Sieht man heute die Anzeigenteile der Anbieter für Fortbildungsangebote, scheint es manchmal unmöglich zu sein, die verschiedenen Konzepte auseinander halten zu können und deren Inhalte zu definieren. Regelmäßig werden Indikationskataloge mit aufgeführt, die die Möglichkeiten einer fast grenzenlosen Therapie bieten. Manchmal könnte man den Eindruck gewinnen, dass sich die unterschiedlich angebotenen Konzepte in ihrer praktischen Ausführung und



Copyright-Nachweis © AQUA.CH

angewandten Technik oder lediglich in ihrer Grifftechnik voneinander unterscheiden. Selbst der skeptische Leser wissenschaftlicher Studien sucht letztendlich nach effektiven Behandlungsmethoden und ist enttäuscht über deren wissenschaftliche Evidenz. Leider basiert ein Großteil unserer physiotherapeutischen Behandlungen nur auf theoretischen Grundlagen und unzureichender physiologischer Begründung. Doch nicht selten ist es der unzureichende technische Stand, der momentan noch keine konkreten Aussagen über die Mechanismen spezifischer Strukturen während einer Behandlung zulässt.

Da unser Alltag immer mehr von den Auswirkungen der Gesundheitsreformen, Budgetverteilungen, fehlerhafter oder unangemessener Diagnostik bestimmt wird, müssen wir uns die Frage stellen, welche diagnostischen Optionen und Therapiemaßnahmen in den einzelnen Krankheitsbildern effektiv und notwendig sind. Auch Physiotherapeuten müssen kritisch hinterfragen, ob sie immer die richtigen Maßnahmen auswählen, um den Kosten-Nutzen-Faktor optimal zu gestalten.

Betrachtet man die aktuellen europäischen Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung von chronischen Rückenschmerzen, wird ersichtlich, dass wir in der Lage sein sollten, Patienten primär klinisch gut zu untersuchen. Viele Therapeuten fühlen sich kompetent für einen Erstkontakt mit dem Patienten. Das beinhaltet die hohe Eigenverantwortung Patienten zu selektieren, ob sie für eine Therapie in der Physiotherapie geeignet sind oder nicht. Red flags, yellow flags, Sicherheitstests und der sichere Umgang mit neurologischen Untersuchungen sind essentiell in der Befundaufnahme von Patienten. Die klinische Untersuchung ist somit das »A&O« einer effektiven und sicheren Behandlung.

Leider muss man die Therapeuten etwas enttäuschen, die jetzt gespannt sind auf eine konkrete Therapie und Behandlungsempfehlungen für chronische unspezifische Rückenschmerzpatienten.

In den Leitlinien findet man hauptsächlich Diagnostik- und Behandlungsmethoden, die nach Ausschluss gewisser Warnsignale nicht empfohlen werden. Die Behandlungsstrategien, die einen positiven Einfluss versprechen, sind überschaubar, lassen jedoch der therapeutischen Kreativität extrem großen

Spielraum. Die Leitlinien für Diagnosen, wie zum Beispiel das Inversionstrauma oder auch die akuten Rückenschmerzen, zeigen deutlich befriedigendere Ergebnisse.

ULBP: eine Auflistung vieler Symptome

Realisieren wir hier an dieser Stelle nochmals, dass es sich um die Richtlinien bei »unspezifischen chronischen Rückenschmerzen« handelt. ULBP ist eher eine Auflistung von Symptomen, ein komplexer Mechanismus, als eine eindeutig bestehende Diagnose. Patienten sind in unterschiedlicher Ausprägung beeinträchtigt, oft arbeitsunfähig und leiden unter ihren chronischen Beschwerden.

Man kann also sagen, dass Patienten hauptsächlich Funktionsdefizite aufweisen und in ihrer täglichen Situation zusätzlich unter psychischen und sozialen Aspekten stark eingeschränkt sind.

Aus diesem Grund muss man wieder zur Kenntnis nehmen, dass es zunehmend die allgemeine Aktivierung ist, zusätzlich zu aufklärenden Interventionen und Gesprächen, die den Ansatz der Behandlungsstrategien bilden (van Tulder et al 2000). Eine Kombination aus medikamentöser Therapie und aktiver Bewegungstherapie durchbricht gewissermaßen den circulus vitiosus zwischen Inaktivität, Angstvermeidungsverhalten und Schmerz (Rozenberg 1998) (Abb. 1).

Jede alleinige Therapie ist wenig effizient. Eine Behandlung sollte grundsätzlich aus mehreren Teilbereichen bestehen und muss den bio-psycho-sozialen Aspekt stärker berücksichtigen. Die interdisziplinäre Kooperation ist somit von grundlegender und entscheidender Bedeutung.

Diese Maßnahmen sind in der Diagnostik nicht immer notwendig

Wie bereits erwähnt, ist es unumgänglich, spezielle Pathologien auszuschließen. Hierbei ist zu selektieren, ob ein Patient für eine physiotherapeutische Behandlung geeignet ist oder nicht. Gegebenenfalls muss der Patient bei Warnsignalen zur weiteren Abklärung und Diagnostik an einen Spezialisten verwiesen werden. Sogenannte »red flags« müssen abgefragt bzw. ausgeschlossen werden.

Solange man in der Untersuchung jedoch keinen Verdacht auf eine schwerwiegende Pathologie hat und keine Warnzeichen findet, werden Röntgen, Computertomographie, Magnetresonanztomographie, SPECT sowie Facetten Blocks und Elektromyographie als diagnostische Maßnahme nicht empfohlen. Manuelle Tests werden von der Kommission teilweise als >>>

Tab. 1_Warnzeichen müssen abgefragt und gegebenenfalls mit weiterer Diagnostik abgeklärt werden

<p>»Red flags«:</p> <ul style="list-style-type: none"> auffälliges Blutbild, z. B. Blutsenkung Alter < 20 Jahre oder > 55 Jahre Karzinom oder HIV Infektion (Fieber > 38° C) kürzlich stattgefundenes schweres Trauma unerwarteter Gewichtsverlust Nachtschmerz Keine bewegungsabhängigen Schmerzen Kribbelparästhesien am gesamten Rücken Gangstörungen, z. B. Ataxien oder Spastik Immunsuppression <ul style="list-style-type: none"> • Steroidtherapie • Drogenanamnese neurologische Symptomatik <ul style="list-style-type: none"> • Kontinenzstörung • Reithosenanästhesie • Paresen

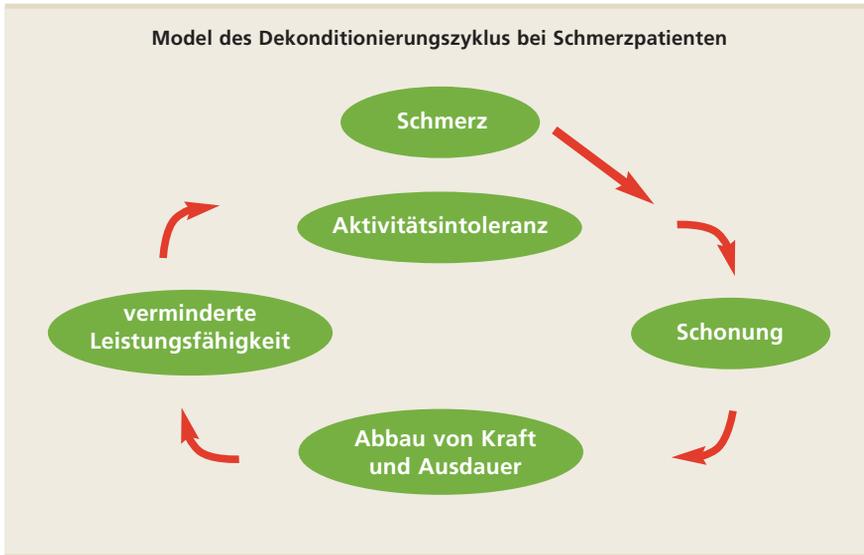


Abb. 1_Teufelskreis

nicht notwendig betrachtet. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass diverse manuelle Tests und Palpationen dem erfahrenen Therapeuten entscheidende Informationen liefern können, ob eine weitere abzuklärende Diagnostik notwendig ist oder nicht (Airaksinen et al 2005).

Hierauf sollte in der Therapie mehr Wert gelegt werden

Zu Beginn einer Untersuchung geht es darum, eine Einteilung, eine sogenannte Triage (S. 497), vorzunehmen. Es handelt sich hierbei um ein Stratifikationsverfahren (S. 496). Dieses beinhaltet das Abschätzen bestimmter Risiken, mit der eine Krankheit fortschreitet oder zu weiteren Komplikationen führt. Die Faktoren, die eine Chronifizierung begünstigen, sollen in diesem Fall mithilfe von »yellow flags« (Tab. 2) beurteilt werden (Anderson 1999). Beurteilt und ebenso dokumentiert werden sie mittels speziell entwickelter Frage- und Beurteilungsbögen. Auf den angegebenen Internetseiten sind einige zu finden und stehen als kostenloser Download zur Verfü-

gung (Tab. 3). Zur Empfehlung in der Diagnostik und zur Behandlung von unspezifischen chronischen Rückenschmerzen werden folgende Hinweise gegeben:

- Erfassung der Arbeitssituation und deren Einfluss auf die Beschwerden
- Beurteilung und Erfassung von psychischem Stress
- Beurteilung der Stimmung des Patienten
- Erfassung früherer Beschwerden
- funktionelle Beeinträchtigung
- Erfassung übermäßiger Symptome
- Erwartungshaltung des Patienten.

Die zu erfassenden Daten deuten schon auf die Therapiemaßnahmen hin, die den größten und gewinnbringenden Effekt liefern sollen. Diese beziehen sich auf eine angeleitete Übungstherapie zur Verbesserung der allgemeinen und lokalen aeroben Muskelausdauer. Hierbei werden keine konkreten Übungen aufgeführt. Vielmehr sind die Aktivierung im Allgemeinen und die Verbesserung der Ausdauerleistungsfähigkeit aus-

Tab. 2 Beurteilung psychosozialer Risikofaktoren, die eine Chronifizierung begünstigen

»Yellow flags«

- Arbeitsunfähigkeit von länger als 4 Monaten
- niedriger Sozialstatus/ Berufsqualifikation
- geringe Arbeitszufriedenheit
- vorausgegangene Bandscheibenoperation
- psychische und soziale Schwierigkeiten
- depressive Störungen
- Vermeidungsverhalten oder übertriebene Durchhaltestrategien
- belastende Kindheit, mangelhafte emotionale Beziehung
- geringe Geborgenheit
- Misshandlungen
- sexueller Missbrauch
- häufiger Streit im Elternhaus oder Scheidung
- unklares Befundmuster
- Bagateltrauma

schlaggebend für das Schmerzmanagement und die Rekonditionierung (Abb. 2) der Patienten (Taimela et al 2000). Des Weiteren sollen kurze aufklärenden Instruktionen sowie ein kognitives Verhaltenstraining Erfolge in der Behandlung bringen. Diese klären den Patienten über die Schmerzmechanismen, die Pathophysiologie sowie über die momentane Belastbarkeit der Strukturen auf und motivieren den Patienten zur Aktivität. Angstvermeidung und das Wiedererlangen in das Vertrauen der körpereigenen Belastbarkeit ist der Schlüssel zum Ziel.

Aus der Trainingstherapie hat man Erfahrungswerte gesammelt, die bei Schmerzpatienten ein Training mit einem 2/3 Wert eine gute Richtgröße für die Belastungsdauer darstellen. Sollte ein Patient zum Beispiel nach 60 Minuten einer beliebigen, alltäglichen Aktivität vermehrt Schmerzen bekommen, wird er angeleitet, diese Belastungen nach 40 Minuten zu unterbrechen und zu

einem späteren Zeitpunkt fortzuführen. Dabei ist es völlig egal, ob es sich um alltägliche Haushalts- und Gartenaktivitäten oder um ein spezifisches aerobes Ausdauertraining handelt. Diese Intervalle müssen dementsprechend auch kontinuierlich gesteigert werden.

Das zusätzliche Auffinden von strukturellen Veränderungen oder segmentalen Bewegungseinschränkungen sollte in Erwägung gezogen werden, um die Mobilität und die Biomechanik günstig zu beeinflussen. Mobilisationen und Manipulationen sind somit nur als ergänzende, jedoch nicht als alleinige Therapiemaßnahme aufgeführt (Kokmeyer et al 2002). Ein Mangel der analysierten Studien basiert leider immer wieder auf der unzureichenden Individualität, mit der auf die Patienten eingegangen wird. Deshalb muss niemand auf seine bisher erlernten Techniken verzichten! Man sollte sich nur Klarheit darüber verschaffen, dass die Behandlungsbank und die Passivität der Patienten als sekundär in der Behandlung von ULBP zu betrachten sind. Nur

die kombinierte Therapie und der multidisziplinäre Zugang zum Patienten scheint gute Erfolge in der Behandlung zu liefern.

Diese Therapiemaßnahmen sind nicht entscheidend

Leider werden weder für physikalische Maßnahmen wie Wärme-/Kälteanwendungen, Laser, Ultraschall, Kurzwele, Interferenz, TENS, noch für Massage oder passive Hilfen wie ein Korsett Empfehlungen in irgendeiner Weise ausgesprochen.

Die Liebhaber der Schlingentisch- und Traktionstherapie werden hierbei leider ebenso enttäuscht. Für diese Therapie gibt es keinerlei Evidenzen (Airaksinen et al 2005).

Jedoch soll die Enttäuschung nicht nur alleine uns Physiotherapeuten treffen. Ein kleiner Trost, und das sollte man auch als Physiotherapeut/-in wissen, zeigen die Richtlinien auch für die invasiven Behandlungsmaßnahmen. Akupunktur, epidurale Corticosteroidinjektionen, intraartikuläre Facetteninfiltra-

tionen, lokale Nervenblocks, Triggerpunktinjektionen, Facettendenervationen, intradiscscale Radiofrequenzläsionen, Spinal Cord Stimulation und die intradiscscale elektrothermische Kathethertherapie sind genauso wenig empfohlen wie intradiscscale Injektionen, Wurzelinjektionen oder die Prolotherapie (Riew et al 2000). Über eine percutane elektrische Nervenstimulation und Neuroreflextherapie kann eventuell nachgedacht werden (Urrutia et al 2004). Auch die Anhänger der beliebten »Botoxparties« für Gesichtsfalten und Rückenschmerzen finden bei ULBP keine Berücksichtigung (Foster et al 2001).

Was jedoch außer einer allgemeinen Aktivität und der Verbesserung der allgemeinen Ausdauerleistungsfähigkeit hilfreich ist, sind pharmakologische Therapieansätze. Kurzfristig angewendete NSAID's und schwache Opioide kommen bei der medikamentösen Schmerztherapie zum Einsatz und sind in Kombination mit dem Ausdauertraining essentiell.

Fazit

Leider müssen wir auf die erwünschten konkreten Therapieoptionen verzichten. Nicht einmal die Maßnahmen, die empfohlen werden und einen annähernd positiven Behandlungserfolg versprechen, werden in den Leitlinien konkretisiert. Dies bedeutet, dass zukünftig weitere Untersuchungen notwendig sind, um noch spezifischer die effektiven Methoden darstellen zu können. Das betrifft die Stabilisation genauso wie die Art und Weise des Ausdauertrainings und ebenso die Mobilisationen und Manipulationen von Strukturen. Auch die medikamentöse Therapie zeigt hierbei noch Lücken auf. Langfristig verabreichte NSAID's oder beispielsweise die Wirkungsweise von Muskelrelax- >>>

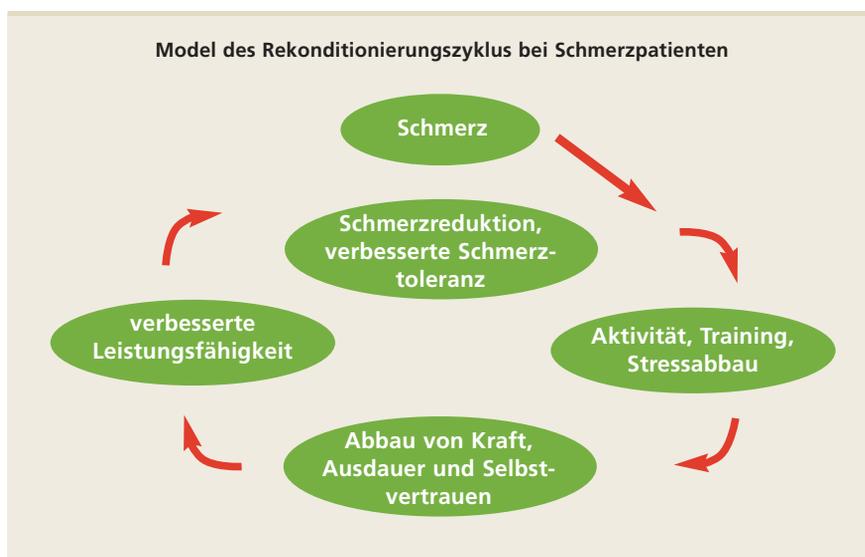


Abb. 2_Moderne Modelle der Physiologie der Schmerzchronifizierung nach Chronic Pain: A New Disease? Daniel Brookoff University of Tennessee

xantien sind noch unzureichend geklärt (van Tulder et al 2003). Was es bei diesem Symptomenkomplex noch komplizierter macht, ist die Frage, welche kombinierten Therapieoptionen unter Berücksichtigung der Individualität anzuwenden sind.

Folgende Punkte und Fragestellungen müssen zukünftig bei den Untersuchungen mehr Berücksichtigung finden:

- Bei welchen Zielgruppen findet man die besten Behandlungsergebnisse?
- Neu entwickelte Werkzeuge sind notwendig, um Zielgruppen klar einordnen zu können.
- Mindestanforderung an das Studiendesign sollte ein RCT sein, um spezifische und effektive Interventionen für eine spezielle Zielgruppe zu definieren.
- Physiotherapeuten sollten bei den Untersuchungen zurate gezogen werden, um die Techniken zu spezifizieren, variabel zu gestalten und deren Individualität in den Vordergrund zu stellen.
- Eine Kombination aus mehreren passiven und aktiven Techniken könnte evt. noch größere Erfolge zeigen und welche Kombination ist sinnvoll?
- Die Frequenzen und die Inhalte der Übungen und auch die Verhaltensmaßnahmen müssen untersucht und festgelegt werden.

Aber lassen wir uns nicht von großen Studien und Leitlinien entmutigen die bisher erlernten Techniken weiterhin anzuwenden. Man sollte zukünftig vermehrt darauf achten Patienten zu aktivieren, deren Belastbarkeit zu steigern und ihnen durch aufklärende Gespräche die Angst vor Belastungen nehmen.

Tab. 3_Folgende Fragebögen zur Beurteilung von Behinderung, Funktionsdefizit und Schmerzangabe können hilfreich sein

- Brief Pain Inventory
- McGill Pain Questionnaire
- Roland and Morris Disability Questionnaire
- Nottingham Health Profile
- Roland back pain and disability index
- POMS
- Oswestry Disability Index
- Dartmouth COOP Function Charts
- EuroQoL Health Index, (EQ-5D)
- Fear and Avoidance Beliefs Questionnaire

Gezielte Mobilisationen und Weichteiltechniken wohlüberlegt einzusetzen, unter der Berücksichtigung und dem Verständnis von Mechanismen bei chronischen Schmerzen, sind als ergänzende und kombinierte Behandlung hilfreich (Aure et al 2003). Das Einbeziehen der psychosozialen Komponenten ist hierbei wesentlich, sollte in den Vordergrund rücken und wird durch die Verwendung von ausgearbeiteten Fragebögen erleichtert. ■



HINWEIS

PRAXIS_POLITIK

Behandlungsrealität und Leitlinienempfehlungen zu Rückenschmerzen stehen auch im Fokus des Beitrags von Eckhardt Böhle: ZVK-Symposium – »schöne neue Physiotherapiewelt«, S. 585 in dieser pt_Ausgabe

PRAXIS_LEITLINIEN

In einer der nächsten pt_Ausgaben stellen wir zu diesem Thema ein Therapiekonzept vor: »Multimodales Konzept chronischer Rückenschmerzen«

LITERATUR

- Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi I, et al. 2005. *European guidelines for the management of chronic non-specific low back pain*. Amended version June 14th
- Anderson M. 1999. *Epidemiologic Features of chronic low back pain*. *Lancet* 354: 581-5
- Arokoski JP, Valta T, Kankaanpaa M, Airaksinen O. 2004. Activation of Lumbar Paraspinal and Abdominal Muscles During Therapeutic Exercises in Chronic Low Back Pain Patients. *Arch Phys Med Rehabil* 85: 823-32
- Aure OF, Nilsen JH, Vasseljen O. 2003. Manual Therapy and Exercise Therapy in Patients With Chronic Low Back Pain: A Randomized, Controlled Trial With 1-Year Follow-up. *SPINE* 28(6): 525-32
- Axelsson P, Johnsson R, Stromqvist B, Andreasson H. 2003. Temporary external pedicular fixation versus definitive bony fusion: a prospective comparative study on pain relief and function. *Eur Spine J* 12(1): 41-7
- Foster L, Clapp L, Erickson M, Jabbari B. 2001. Botulinum toxin A and chronic low back pain: a randomized, double-blind study. *Neurology* 56(10): 1290-3
- Goldby LJ, Moore AP, Doust J, Trew ME. 2006. A Randomized Controlled Trial Investigating the Efficiency of Musculoskeletal Physiotherapy on Chronic Low Back Disorder. *SPINE* 31(10): 1083-93
- Helmhout PH, Harts CC, Staal JB, Candel MJJM, de Bie RA. 2004. Comparison of a high-intensity and a low-intensity lumbar extensor training program as minimal intervention treatment in low back pain: a randomized trial. *Eur Spine J* 13: 537-47
- Mayer K. 2008. Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalyse. www.neuro24.de
- Kokmeyer DJ, Van der Wurff P, Aufdemkampe G, Fickenscher TC. 2002. The reliability of multi-test regimens with sacroiliac pain provocation tests. *J Manipulative Physiol Ther* 25(1): 42-8
- Liddle S, Baxter D, David G, Gracey JH. 2004. Exercise and chronic low back pain: what works? *Pain* 107
- Maher CG, Latimer J, Hodges PW, Refshauge KM, Moseley GL, Herbert RD, Costa LOP, McAuley J. 2005. The effect of motor control exercise versus placebo in patients with chronic low back pain. *BMC Musculoskeletal Disorders* 6: 54
- Niemi L, Kalso E, Malmivaara A, Seitsalo S, Hurri H. 2003. Radiofrequency denervation for neck and back pain: a systematic review within the framework of the cochrane collaboration back review group. *SPINE* 28(16): 1877-88
- Riew KD, Yin Y, Gilula L, Bridwell KH, Lenke LG, Laurusen C, Goette K. 2000. The effect of

nerve-root injections on the need for operative treatment of lumbar radicular pain. A prospective, randomized, controlled, double-blind study. *J Bone Joint Surg Am* 82-A(11): 1589-93

Rosenberg JM, Quint TJ, de Rosayro AM. 2000. Computerized tomographic localization of clinically-guided sacroiliac joint injections. *Clin J Pain* 16(1): 18-21

Rozenberg S. 1998. Glucocorticoid therapy in common lumbar spinal disorders. *Rev Rhum Engl Ed.* 65(11): 649-55

Staiger TO, Gaster B, Sullivan MD, Deyo RA. 2003. Systematic review of antidepressants in the treatment of chronic low back pain. *SPINE* 28(22): 2540-5

Simo T, Diederich C, Hubsch M, Heinrich M. 2000. The Role of Physical Exercise and Inactivity in Pain Recurrence and Absenteeism From Work After Active Outpatient Rehabilitation for



LESER FEEDBACK

Über Kritik und Anregungen würde ich mich sehr freuen:

matthias.strathmann@gmx.de

Recurrent or Chronic Low Back Pain. *SPINE* 25(14): 1809-16

Urrutia G, Burton AK, Morral A, Bonfill X, Zanolli G. 2004. Neuroreflexotherapy for non-specific low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* (2): CD003009

Van der Velde G, Mierau D. 2000. The Effect of Exercise on Percentile Rank Aerobic Capacity, Pain, and Self-Rated Disability in Patients With Chronic Low-Back Pain: A Retrospective Chart Review. *Arch Phys Med Rehabil* 81: 1457-63

van Tulder MW, Touray T, Furlan AD, Solway S, Bouter LM. 2003b. Muscl relaxants for nonspecific low back pain: a systematic review within the framework of the cochrane collaboration. *SPINE* 28(17): 1978-92



INTERNET

Internetadressen zum kostenlosen Download für Fragebögen und Patienteninformationen:

www.drk-schmerz-zentrum.de
www.schmerzlinik.de/html/fragebogen.html
<http://leitlinien.net>