



Unspezifischer Kreuzschmerz - evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen

Peter Keel, Hans Schwarz, Alain Borgeat

Akute Kreuzschmerzen klingen meist innerhalb weniger Tage bis Wochen weitgehend ab. Nur selten dauern sie mehrere Wochen bis Monate, ohne dass eine organische Ursache gefunden werden kann. Dem ungünstigen Verlauf gehen oft mehrere Rezidive voraus. Nach Ausschluss einer spezifischen Ursache ist das Hauptziel der Behandlung die rasche schrittweise Wiedererlangung des früheren (eventuell modifizierten) Funktionsniveaus trotz vorerst anhaltender Schmerzen. Dazu sind einfache schmerzstillende Massnahmen angezeigt: Bei protrahierten Verläufen ist es wichtig den Zeitpunkt für intensivere Massnahmen nicht zu verpassen, da sich die Prognose rasch verschlechtert.

Phasen des Verlaufs

Akute Phase

In der akuten Phase (erste 3 bis 4 Wochen) erübrigen sich in unkomplizierten Fällen die Behandlungsmassnahmen auf Grund des günstigen Spontanverlaufs, da sie die Wiederaufnahme der Arbeit verzögern und unnötige Kosten verursachen [1-7]. In einer randomisierten, placebokontrollierten Studie verbesserte die Zugabe von Diclofenac oder die Manualtherapie ergänzend zur Standardtherapie (Aufklärung und Paracetamol) das Ergebnis in der akuten Phase nicht [8].

Subakute Phase

In der subakuten Phase (4 bis 12 Wochen persistierende Schmerzen) sind aktive Massnahmen indiziert, wobei auch hier noch Zurückhaltung angezeigt ist [4]. Eine gründliche klinische Untersuchung und eine anschließende Beratung über die Ungefährlichkeit der Wiederaufnahme gewohnter Aktivitäten erwiesen sich als effizienter als die „übliche medizinische Behandlung“ [3,5]. Dabei muss die Angst, eine schwerwiegende Pathologie zu haben und durch eine Aktivierung noch mehr Schaden anzurichten, mit guter Bera-

tung und konsequenter Führung abgebaut werden [3].

Protrahierte (chronische) Verläufe

Bei protrahierten (chronischen) Verläufen (über 12 Wochen Arbeitsunfähigkeit) sind intensive rehabilitative Massnahmen indiziert, weil zu diesem Zeitpunkt ein erhebliches Risiko der Chronifizierung und Invalidisierung besteht [6]. Konventionelle Behandlungsmassnahmen scheinen zu diesem Zeitpunkt ineffizient [9]. Nach sechs Monaten Arbeitsunfähigkeit haben rehabilitative Massnahmen kaum mehr eine Chance den Patienten in den Arbeitsprozess zurück zu bringen.

Editorial

Rückenschmerzen gehören mit zu den häufigsten Gründen für einen Arztbesuch und werden oft durch Fehlhaltungen oder Fehlbelastungen ausgelöst. Meist handelt es sich um Verspannungen der Muskulatur aufgrund von Überlastung oder Stress; nur selten findet man organische Ursachen. Bei den meisten Patienten verschwinden die Schmerzen nach einigen Tagen von selbst. Bei chronischen Rückenschmerzen hilft nur ein umfassendes Therapieprogramm mit dem Ziel Stress abzubauen, Überlastung zu vermeiden und Bewegung zu fördern.

Nadine Leyser
Chefredaktorin

Inhalt

Unspezifischer Kreuzschmerz - evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen	1
Phasen des Verlaufs	1
Therapiemethoden	2
Pharmanews	4

Prof. Dr. med. Peter Keel, Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik, Bethesda-Spital, Basel; Dr. med. Hans Schwarz, Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation, Bethesda-Spital, Basel; Prof. Dr. med. Alain Borgeat, Orthopädische Universitätsklinik, Klinik Balgrist, Zürich



Tabelle 1 Multimodale, interdisziplinäre Rehabilitationsprogramme

Physiotherapie

- Anleitung zur Selbstbehandlung mit Übungen für Beweglichkeit (Dehnübung), Kraft (insbesondere Rumpfmuskulatur), Ausdauer (allgemein, Aerobics), Koordination (Balance, Körpergefühl)
- Informationen, Instruktionen („Rückenschule“, ergonomische Beratung)

Psychotherapie

- Entspannungsverfahren: progressive Muskelrelaxation, autogenes Training, Biofeedback; Körperwahrnehmungsschulung, Atemübungen, Achtsamkeitstraining, Selbsthypnose, Autosuggestionen, etc.
- Kognitive Verfahren:
 - Wahrnehmungsschulung
 - Korrektur ungünstiger Denkmuster oder Copingstile (vor allem Katastrophisieren, Vermeidungsverhalten wie „fear avoidance beliefs“)
 - Verbesserung der Schmerzbewältigung
 - Neudefinition von Zielen, „Pacing“-Techniken (Vermeidung von Überforderung)
- Ablenkstrategien, Genusstraining
- Eventuell klassische Verhaltenstherapie zur Modifikation von Schmerzverhalten

Therapiemethoden

Die Behandlungsempfehlungen basieren auf aktuellen Literaturübersichten zur Wirksamkeit von Massnahmen [4,7,10]. Für eine Früherfassung von Patienten mit einem hohen Risiko der Chronifizierung und um die Behandlung kosteneffizient zu gestalten, ist ein systematisches Vorgehen (wenn möglich) nach evidenzbasierten Leitlinien (oder Empfehlungen von Expertengremien) ratsam (Übersicht in [7], Schweizer Leitlinien: [11]; Kurzfassung in [12,13]).

Medikamente zur Schmerzlinderung

Paracetamol ist bei Einhaltung der Maximaldosis gut wirksam und verträglich. Bei Nicht-Ansprechen kommen nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) zum Einsatz. Sie haben zusätzlich eine antiinflammatorische Wirkung, sind den Analgetika aber bei akuten Schmerzen nicht eindeutig überlegen [14]. Bei stärkeren Schmerzen können auch Opiode zum Einsatz kommen – mit den entsprechenden Einschränkungen (Nebenwirkungen, Abhängigkeitsentwicklung). Bei chronifizierten Schmerzen sind sie, wohl wegen der inzwischen eingetretenen zentralen Sensibilisierungsprozesse, oft kaum wirksam. Muskelrelaxantien stellen bei akuten verspannungsbedingten Schmerzen eine wirk-

same Alternative oder Ergänzung dar [16] (besser als Placebo [15]); sie wirken nicht besser als Analgetika oder NSAR [15]. Die einzelnen Substanzen können unter Berücksichtigung der Interaktionen miteinander kombiniert werden.

Über einen positiven Effekt von Antidepressiva auf die Schmerzintensität, nicht aber auf die Funktionsfähigkeit [17,18], wird berichtet. Am besten sind die Substanzen Amitriptylin und Doxepin dokumentiert. Sie wirken schon bei niedrigen Dosen (10–25 mg) auch gegen Nervosität, Reizbarkeit und Schlafstörungen. Ein Versuch mit einem Antiepileptikum oder einem dual oder selektiv wirksamen Antidepressivum (Venlafaxin oder Duloxetin) ist indiziert, wenn eine neuropathische Komponente vermutet wird. Für Duloxetin wie auch für Pregabalin wurde eine Wirksamkeit bei Fibromyalgie belegt, welche mit chronischen Rückenschmerzen verbunden ist [19].

Infiltrationen

Bei persistierendem Kreuz- und Beinschmerz mit spezieller Symptomatologie sind unter Umständen Infiltrationen mit Corticosteroiden oder Lokalanästhetika als lokale Weichteilinjektionen, Facetten-

gelenkinfiltrationen [20,21], periradikulär oder epidural [22], hilfreich.

Kortisoninfiltrationen werden seit den 60er-Jahren erfolgreich eingesetzt. Die Kontroverse um ihre Wirksamkeit entbrannte nach der Veröffentlichung enttäuschender Resultate [23]. Diese lassen sich jedoch zum grossen Teil durch eine falsche Indikationsstellung erklären. Peridurale Steroidinfiltrationen zeigen vor allem bei entzündlichen Prozessen Wirkung, etwa bei der Kompression einer Nervenwurzel durch einen Bandscheibenprolaps oder einen Osteophyten. Im Besonderen wurde gezeigt, dass Phospholipase A2 zu den Hauptmediatoren bei diesem Vorgang gehört. Diese Feststellung ist von grossem physiopathologischem Wert, da die NSAR bei sekundären Entzündungen aufgrund einer Freisetzung von Phospholipase A2 nicht greifen, während Steroide die entzündlichen Folgen mildern können.

Manipulationen

Manipulationen führen oft zu einer raschen Symptomlinderung bei akutem unspezifischem Kreuzschmerz [24–26] und bei Sekundärphänomenen (z. B. Muskelverspannungen), allerdings ohne klare Überlegenheit gegenüber anderen Therapieverfahren [27].

Auch bei chronischen Schmerzen ist der Vorteil von Manipulationen nicht überzeugend oder nur kurzfristig belegt [27;28]; nur wenige Studien berichten von Langzeiterfolgen [26;29]. Manipulationen müssen Teil eines therapeutischen Gesamtkonzepts sein, welches aktive Massnahmen einschliesst.

Funktionelle Bewegungstherapie

Die initiale funktionelle Bewegungstherapie ist besser als Bettruhe [30,31]. Zu einzelnen Behandlungskonzepten liegen wenig Daten vor, am besten sind die Extensionsübungen nach McKenzie dokumentiert [32,33]. Beim akuten Kreuzschmerz ist die rasche Wiederaufnahme normaler Alltagsaktivitäten ebenso erfolgreich wie eine Bewegungstherapie [5,23]. Eine frühe Aktivierung erzielt bessere Ergebnisse als eine eher konservative Behandlung [34]. Beim chronischen Schmerz ist die Effizienz klar erwiesen, wobei kein Verfahren einem anderen überlegen scheint [48]. Die funktionelle Bewegungstherapie umfasst die Korrektur der

Haltung, die Detonisierung und Dehnung der Muskulatur, Mobilisationsübungen, die Kräftigung der Rumpfmuskulatur, die Steigerung der allgemeinen Fitness (Trainingstherapie, siehe unten) sowie eventuell ein Arbeitstraining.

Medizinische Trainingstherapie

Ein stufenweiser Wiederaufbau von ausreichender Beweglichkeit, Rumpfkraft, allgemeiner Ausdauer und guter Koordination dient der Konditionsverbesserung mit dem Ziel, Patienten bei gleichbleibenden oder nur vorübergehend stärkeren Schmerzen wieder zu normalen Alltagsfunktionen zurückzuführen. Dazu sind Information, Anleitung und ein Übungsplan notwendig. Konkrete Möglichkeiten sind: Förderung der Bewegung im Alltag (Arbeitsweg zu Fuss oder per Velo, Änderung der Arbeitsabläufe), medizinische Trainingstherapie oder allgemeines Kraftausdauertraining, Ausdauersport (Gehen, Laufen, Radfahren, Schwimmen etc.) sowie rüchenspezifische

Tabelle 2
Rücksicht auf den Rücken -
Rücksicht auf sich selbst

Rücken schützen

- *Vor Überlastung schützen (Ergonomie)*
 - Schwerarbeit dosieren
 - Konstante Haltungen meiden
- *Durch Training stärken*
 - Bewegung im Alltag, Sport
- *Durch Ausgleich entlasten*
 - Pausen, Sport, Entspannungsverfahren

Stress abbauen

- *Zeit nehmen für sich selbst*
- *„Nein sagen“ lernen*
- *„Sich durchsetzen“ lernen*
- *Konfliktfähiger werden*
- *Perfektionismus abbauen*

Übungen. Die Effizienz von Trainingsinterventionen beim chronischen Kreuzschmerz ist nachgewiesen [23,35,36].

Rückenschule, psychoedukative Massnahmen

Die Rückenschule und psychoedukative Massnahmen (kognitive Verhaltenstherapie) dienen der Sekundärprävention [37]. Sie fördern die Übernahme von Selbstverantwortung und die Steigerung der Belastungstoleranz durch rüchengerechtes Verhalten im Alltag, Erlernen von Schmerzbewältigungsstrategien sowie adäquate Aufklärung. Sie informieren ausserdem über Risiken des Wiederauftretens oder der Exazerbation von Rückenschmerzen und erarbeiten Strategien, um übermässige Belastungen zu vermeiden. Die Aufdeckung von Quellen besonderer Belastungen physischer und psychischer Natur und die Anleitung zu Verhaltensänderungen und zu regelmässiger körperlicher Aktivität (Training, Dehnungsübungen, etc.) zum Schutz vor neuen Schmerzepisoden werden angeregt. Ein ergänzendes Trainingsprogramm oder die Durchführung im Rahmen eines interdisziplinären Behandlungsprogramms (siehe unten) ist vorteil-

Tabelle 3
Tendenz zu Selbstüberforderung

<i>Leistungsorientierung</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Hartes, pausenloses Arbeiten</i> • <i>Verausgabung</i> • <i>Wenig Erholung</i>
<i>Selbstwertprobleme</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Anerkennung von Leistung abhängig</i> • <i>Selbstentwertungstendenz</i>
<i>Angst vor Kritik und Ablehnung</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Perfektionismus</i> • <i>Überanpassung</i> • <i>Überwachsamkeit</i>
<i>Vermeidung von Abhängigkeit</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mangel an Urvertrauen</i> • <i>Forcierte Selbständigkeit</i> • <i>Mühe, Hilfe zu beanspruchen</i>
<i>Aggressionshemmung</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Geringes Durchsetzungsvermögen</i> • <i>Konfliktscheu</i> • <i>Harmoniesucht</i>
<i>Alexithymie</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Unfähigkeit, vor allem unangenehme Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken</i>



haft, da Schulungsprogramme allein sich als ineffizient erwiesen haben [23,38-40]. Signifikante Besserungen wurden erzielt, wenn die Massnahme im beruflichen Umfeld durchgeführt wurde.

Ergonomische Beratung

Die Anpassung von Arbeitshaltung und -abläufen verringert den Kraft- und Bewegungsaufwand und verhindert vorzeitige Ermüdung, Verkrampfung oder einseitige Belastung. Sowohl das Halten des Körpers in der gleichen, ruhenden Position als auch das Bewegen von Lasten vor allem in vorgebeugter Haltung können Schmerzen provozieren. Diese Empfehlungen sollen massvoll umgesetzt werden, um nicht iatrogen eine übertriebene Angst vor Belastung zu induzieren. Ergonomische Schutzmassnahmen scheitern oft an den Arbeitsbedingungen (Zeitdruck) und der Arbeitseinstellung (hohe Leistungsansprüche) der Betroffenen. Kontakt mit dem Arbeitgeber oder ein beratender Besuch am Arbeitsplatz durch Physio- oder Ergotherapeuten können weiterhelfen.

Multimodale, interdisziplinäre Rehabilitationsprogramme

Bei persistierenden Beschwerden über mehr als 12 Wochen steht die Wiedererlangung der gestörten Funktionen im Vordergrund [41]. Stationäre multimodale intensive Rehabilitations-

programme dauern in der Regel mindestens vier Wochen. Eine teilstationäre Durchführung ist vorteilhafter, weil die Patienten in ihren Alltag eingebettet bleiben [42-44]. Solche Programme umfassen die in Tabelle 1 aufgelisteten Elemente, welche auch im ambulanten Rahmen individuell angeboten werden können. Die Effizienz solcher Programme ist erwiesen [26,43,45,46] und umso besser, je früher sie einsetzen [47,48]. Sie führen zu einer stärkeren Reduktion der Arbeitsabsenzen als traditionelle Therapien, wenn sie ein arbeitsspezifisches Training („work hardening“) und die erwähnten edukativen Massnahmen einschliessen [49]. Die Effizienz kognitiver Verhaltenstherapie allein ist erwiesen [50,51].

Mit dem chronischen Schmerz leben lernen – Anleitung zur Selbsthilfe

Dies erfordert auch bei den Therapeuten einen Rollenwechsel: Sie sind nicht mehr die potenten „Heiler“, sondern Berater, welche „Hilfe zur Selbsthilfe“ vermitteln. Sie verlassen die traditionelle Helferrolle und wechseln zu einem partnerschaftlichen Verhältnis, indem sie „wie ein Coach am Rande des Spielfelds stehen“ und Autonomie, Selbstverantwortung und Eigeninitiative (Selbsteffizienz) der Patienten fördern. Geht es dem Patienten, seine Schmerzen als Botschaft des Körpers zu verstehen, so kön-

nen diese ihre Bedrohlichkeit verlieren und zu einem hilfreichen Wegweiser für ein entspannteres und genussvolleres Leben werden. Indem der Patient lernt auf seinen Rücken mehr Rücksicht zu nehmen (Tabelle 2), kann er auch zu einem rücksichtsvolleren Umgang mit sich selbst finden. Um den Rücken vor Überlastung schützen oder ihm den nötigen Ausgleich in Form von regelmässiger Bewegung und Erholung gönnen zu können, ist es nötig andere zeitraubende Belastungen abzubauen und sich vor übermässigem Stress zu schützen. Dazu müssen jene Verhaltensweisen verändert werden, welche zu einer Selbstüberforderung führen können (Tabelle 3), womit ein fließender Übergang zu einer intensiveren, aufdeckenden Psychotherapie erfolgen kann. Oft liegen stark abgewehrte traumatische Kindheitserfahrungen vor, welche das auffällige Leistungsverhalten erklären können.

Literaturverzeichnis, Informationsblatt für Betroffene und weitere Links unter www.dolor.ch

Pharmanews

Pfizer Schweiz AG NEU: Behandlung von zentralen neuropathischen Schmerzen – LYRICA® als einziges Antiepileptikum für alle Neuropathien zugelassen

Swissmedic hat Anfang April 2008 das Arzneimittel LYRICA® (Pregabalin) neu auch für zentrale neuropathische Schmerzen zugelassen. Zur neuen Indikation „zentrale neuropathische Schmerzen“ gehören beispielsweise neuropathische Schmerzen nach einem Schlaganfall, bei einer Rückenmarksverletzung oder bei Patienten mit Multipler Sklerose. Für die Ärzteschaft, wie auch für die betroffenen Patienten ist diese neue Indikation von zentraler Bedeutung: Mit der neuen Indikation werden die LYRICA®-Therapiekosten für sämtliche neuropathische Schmerzen von den Krankenkassen übernommen. Ein umfassendes Studienprogramm belegt die hohe Wirksamkeit von LYRICA® bei peripheren [1] und zentralen [2,3] neuropathischen Schmerzen und zeigt, dass die Patienten eine klinisch bedeutsame und langfristig anhaltende Schmerzlinde- rung erfahren [1]. Die Behandlung wird zudem – dank der unkomplizierten Verabreichung (2 x täglich 1 Kapsel) gegenüber früher verwendeten Therapien wie z.B. Gabapentin – vereinfacht. Dies erleichtert es den Patienten, die Therapie in ihren Alltag einzubetten.

[1] Freynhagen R et al.: *Pain*; 115: 254-263, 2005; [2] Siddall PJ et al.: *Neurology*; 67: 1792-1800, 2006; [3] Vranken JH et al.: *Pregabalin in patients with central neuropathic pain: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of a flexible-dose regimen*. *Pain*; 2007; (article in Press)

Alle Texte unter Pharmanews nach Selbstanzeigen der Industrie

Impressum

Redaktionskommission: Prof. Dr. med. A. Borgeat, Zürich; Prof. Dr. med. U. W. Buettner, Aarau; PD Dr. med. M. Felder, Zürich; Prof. Dr. med. P. Keel, Basel; Prof. Dr. med. dent. S. Palla, Zürich; Verantwortliche Redaktorin: Dr. N. Leyser, IMK Institut für Medizin und Kommunikation AG, Basel

Markennamen können warenzeichenrechtlich geschützt sein, auch wenn ein entsprechender Hinweis fehlen sollte. Für die Angaben zu Dosierung und Verabreichung von Medikamenten wird keine Gewähr übernommen.

Herausgegeben in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes. Herausg.: Dr. Christian Jäggi, IMK, Basel; Verlag: IMK Institut für Medizin und Kommunikation AG, Münsterberg 1, 4001 Basel; Tel. 061/271 35 51; Fax 061/271 33 38; E-Mail: dolor@imk.ch; www.dolor.ch

Erscheinungsweise: zwei- bis viermal pro Jahr
ISSN 1422-0628 © IMK

Folgende Firmen unterstützen dolor:



Die Sponsoren haben keinen Einfluss auf den Inhalt der Publikation. Sie können kurze Mitteilungen unter Pharmanews publizieren.