

Rückenschmerzen aus der Sicht der orthopädischen Chirurgie

Orthopädisch-chirurgisch ausgebildete Ärzte setzen die Schwerpunkte im Kapitel «Diagnostik und Therapie lumbaler Rückenschmerzen» offenbar nicht gleich wie Rheumatologen.

(R. Stebler, R. Putzi, B. A. Michel. Lumale Rückenschmerzen – Diagnostik. *Swiss Med Forum* 2001;1:205–8; und M. Caravatti, B. Kleinert, B. A. Michel. Konservative Therapie lumbaler Rückenschmerzen. *Swiss Med Forum* 2001;1:209–12).

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Max Geiser
Gossetstrasse 49
CH-3084 Wabern

1. Die **Ursachen** für lumbale Rückenschmerzen (low back pain) werden in orthopädischen Lehrbüchern nach strukturellen und funktionellen Defekten, Infektionen, Tumoren, Metastasen, degenerativen Veränderungen und Traumafolgen und nicht in «Syndrome» von «mechanischen Lumbalgie» eingeteilt.

2. **Wissenslücken** in der Pathophysiologie und Biochemie der Rückenschmerzen [1] sind zusammen mit der spontanen Remissionstendenz von degenerativ bedingten Rückenschmerzen dafür verantwortlich, dass sich die Diagnostik mit wenig aussagenden Syndromen begnügt und zahlreiche, wissenschaftlich nicht fundierte Therapien ausprobiert werden.

3. Da 90% der lumbalgischen Schmerzepisoden unabhängig von der Art der Behandlung (selbst bei Diskushernien) abklingen [2], führen die vielfachen medizinischen und alternativen Behandlungsmassnahmen inklusive der «breit akzeptierten» unterschiedlichst praktizierten manipulativen Übungen zu einer **Überbehandlung** [3, 4]. Unbestritten ist die Erfahrung, dass Analgetika und die vorübergehende Entlastung der Wirbelsäule die einzigen Massnahmen sind, deren Effektivität für die Linderung der Schmerzen, die bei degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule episodenhaft auftreten, erwiesen ist [3]. Angesichts der gut dokumentierten Fakten der **Diskuspathologie** ist es nicht berechtigt, die Entlastung als überholtes therapeutisches Konzept zu bezeichnen. Und es drängt sich eine Information des Patienten über

die Nebenwirkungen der keineswegs immer harmlosen Manipulationen auf [5].

4. Die **«Waddellzeichen»** sind kein Beweis für eine «nicht organische Pathologie», sondern ein Hinweis für die Überwertung des Beschwerdebildes durch den Patienten, die verschiedene Motive haben kann wie z.B. Versicherungsansprüche, Befreiung vom Militärdienst [6] oder anderen unbeliebten Pflichten, Rückkehrabsicht ins Heimatland bei Fremdarbeitern oder Niederlassung in ausländischen, wärmeren und rentenkompatibleren Gefilden bei Schweizern.

5. Nach meiner Erfahrung dienen dem Patienten vor allem eine gut fundierte, anschauliche Information über die Folgen der Bandscheibendegeneration und nicht selten der Rat, auf wohl gut gemeinte, allzu eifrige therapeutische Bemühungen zu verzichten. Dies entspricht nicht einem therapeutischen Nihilismus, sondern einem Versuch, die kontraproduktive Wirkung einer Polipragmasie zu beenden. Deswegen halte ich multidisziplinäre und **multimodale Behandlungsprogramme** für eher iatrogen wirkend. Denn ein grosser personeller und materieller diagnostischer und therapeutischer Aufwand muss einen Patienten in seiner Angst oder Überzeugung bestärken, schwer krank und invalid mit einem Anrecht auf Entschädigung zu sein.

Max Geiser, Spezialarzt für orthopädische Chirurgie

Literatur

- Dickson RA. Spinal disorders and low back. *J B J Surg Br* 1999;94:875–9.
- Postacchini F. Management of the herniation of the lumbar disc. *J B J Surg Br* 1999;81:577–81.
- Allan DB, Waddell G. An historical perspective on low back pain and disability. *Acta orthop Scand (Suppl.)* 1989;234:60.
- Geiser M. Die vergessenen Gutachten über die Chiropraktik. *Praxis* 1993; 875–9.
- Stevenson C, Honau W, Cook B, Ernst E. Neurological complications of cervical spine manipulation. *J Royal Soc Med* 1999;94:107–10.
- Geiser M. Katamnese bei Rückenschmerzpatienten einer Infanterierekrutenschule. *Schw Med Wochenschr* 1980; 110:1334–41.

Replik

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. B. A. Michel
Rheumaklinik und Institut
f. Physikalische Medizin
Universitätsspital Zürich
Gloriastrasse 25
CH-8091 Zürich

Zur Ursache von Rückenbeschwerden

Der Kreuzschmerz gehört zu den häufigsten Konsultationsgründen in der hausärztlichen Sprechstunde. Die durch chronische Rückenschmerzen verursachten sozio-ökonomischen Folgen sind enorm und im Bestreben, dieses Problem möglichst kohärent anzugehen, wurden in mehreren Ländern, darunter auch in der Schweiz (Präventionskampagne «Back in time» der FMH) in den letzten Jahren «guidelines» entwickelt. Das Ziel dieser Empfehlungen ist eine kostenbewusste Abklärung, eine effiziente konservative Therapie für eine möglichst schnelle Genesung, um der Tendenz zur Chronifizierung entgegenzuwirken. Ein pragmatischer Umgang mit dem Problem ist nach allgemeiner Auffassung gerechtfertigt, denn häufig verläuft die Abklärung lumbaler Rückenschmerzen unbefriedigend (Zitat aus einer neueren orthopädisch-rheumatologischen Originalpublikation [1]).

Es war nicht unser Ziel, einen Lehrbuchartikel zu schreiben, sondern eine evidenzbasierte und praxisorientierte Übersicht zum diagnostischen und therapeutischen Vorgehen bei «low back pain» zu verfassen. Dazu eignet sich die primäre Unterteilung in mechanische und nicht-mechanische Lumbalgien, ein Standpunkt, der last but not least nicht nur in der rheumatologischen sondern auch in der orthopädischen Literatur vertreten wird [2]. Schliesslich brauchen wir wohl nicht zu betonen, dass auch der rheumatologisch geschulte Arzt – wie sein orthopädisch-chirurgisch ausgebildeter Kollege – in der klinischen Schmerz- und Befundanalyse Ausschau nach Warnzeichen für spezifische Gründe von Rückenschmerzen hält und diese weiter abklärt.

Zu den Wissenslücken

Das von uns empfohlene diagnostische Vorgehen ist eine direkte Folge dieses Dilemmas. Dass in der Medizin in Situationen, wo keine klare nosologische Diagnose gestellt werden kann, als Substitut vielfach von «Syndromen» gesprochen wird, entspricht einer normalen Gepflogenheit. Die von Professor Wagenhäuser seinerzeit in Zürich eingeführte systematische Unterteilung von Rückenschmerzen in die nach Prof. Geiser «wenig aussagenden» vertebrealen, spondylogenen und kompressiven Syndrome hat sich im klinischen Alltag bestens bewährt, da sie über den rein deskriptiven Aspekt hinaus auch unmittelbare Auswirkungen auf das weitere therapeutische Vorgehen hat.

Zur Überbehandlung und zur Diskuspathologie

Unsere Publikationen verfolgen in erster Linie das Ziel, eine Überbehandlung lumbaler Rückenschmerzen zu verhindern. Die von ihnen angeschnittenen Probleme zu einzelnen therapeutischen Verfahren sind uns bekannt und werden in unseren Artikeln kritisch beleuchtet. Rationale Abklärung und Behandlung sowie die Förderung der Eigenverantwortung – von Arzt und Patient – waren weitere, zentrale Anliegen. Gegen vorübergehende Entlastung ist grundsätzlich nichts einzuwenden. Die Vermeidung längerer Bettruhe und die zumutbare Aufrechterhaltung jeglicher Alltagsaktivitäten bei akuter Lumbago mit oder ohne Ischialgie ergeben die schnellste Erholung und die kürzeste Invalidisierung bzw. früheste berufliche Reintegration [3]. Selbst bei eindeutig nachgewiesener Diskushernie erhöht die Frühmobilisation und die Einhaltung der üblichen Alltagsaktivitäten das Risiko einer Verschlechterung nicht [4]! Auf der anderen Seite drohen bei längerer Bettruhe physische und psychische Dekonditionierungserscheinungen, welche im weiteren Verlauf ein grosses Rehabilitationshindernis darstellen können [5].

Zur «gut dokumentierten Diskuspathologie» nur soviel: Es existieren bis heute keine gesicherten Daten, welche eine Assoziation zwischen degenerativen Diskusveränderungen und unspezifischen Kreuzschmerzen klar belegen [6]!

Zu den «Waddell-Zeichen»

Die Waddell-Zeichen sind ein Hinweis auf eine nicht-organische Pathologie und nicht ein Beweis dafür. Sie sind neben Inkonsistenzen in der klinischen Untersuchung und anamnestischen «red flags» ein positiver Hinweis für das Vorliegen einer sogenannten Symptomausweitung [7]. Positive Waddell-Zeichen sind als einzelner Hinweis ohne Aussagekraft, nur die Kumulation mehrerer positiver Hinweise ist massgebend.

Soweit scheint gegenseitige Übereinstimmung zu herrschen. Auf die übrigen, persönlich gefärbten Äusserungen und Darlegungen im Zusammenhang mit den Waddell-Zeichen möchten wir an dieser Stelle nicht weiter eintreten.

Zu den multimodalen Behandlungsprogrammen

Informationen über den prinzipiell gutartigen Charakter von neu aufgetretenen Rückenschmerzen haben fundamentale Bedeutung im Patientenmanagement und sind ein zentrales Anliegen der einschlägigen Richtlinien zum

«low back pain». Die Beschränkung der therapeutischen Massnahmen auf Beratung, die Instruktion von Selbsthilfemassnahmen und medikamentöse Behandlungen haben in einem ersten Schritt Priorität. Weitere therapeutische Eskalationen sind unnötig und können im ungünstigen Fall der Chronifizierung und Ausweitung der Beschwerden Vorschub leisten. Die von ihnen angesprochene «Iatrogenisierung» der Patienten findet unserer Erfahrung nach im Vorfeld einer multimodalen Intervention statt. Die Effektivität solcher biopsychosozialer Re-

habilitationsprogramme wurde erst kürzlich im Rahmen eines Cochrane Reviews untersucht und es konnte eine mässige Evidenz für den positiven Effekt aufgezeigt werden. Die ausgewerteten Studien wiesen allerdings methodologische Unzulänglichkeiten auf [8].

*Die Autoren: Dr. med. M. Caravatti,
Dr. med. R. Stebler, Prof.
Dr. med. B. A. Michel,
Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, Universitätsspital Zürich*

Literatur

- 1 Boos N, Kissling R. Diagnostische Abklärung beim lumbalen Rückenschmerz. *Praxis* 1999;88:305-13.
- 2 Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain. *N Engl J Med* 2001;344:363-70.
- 3 Malmivaara A, Häkkinen U, Aro T, et al. The treatment of acute low back pain - bed rest exercises, or ordinary activity? *N Engl J Med* 1995;332:351-5.
- 4 Frymoyer JW. Back pain and sciatica. *N Engl J Med* 1988;318:291-300.
- 5 Gerber NJ. In: T. Hess. Hadorn, Lehrbuch der Therapie. 8. Aufl., Göttingen; Hans Huber: 1994; p. 626-29.
- 6 Nachemson AL, Jonsson E. Neck and back pain. The scientific evidence of causes, diagnosis and treatment. Philadelphia: Lipincott Williams and Wilkins; 2000. p. 189-235.
- 7 Kopp HG, Oliveri M, Thali A. Erfassung und Umgang mit Symptomausweitung. *SUVA - Med. Mitteilungen* Nr. 70:56-75.
- 8 Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain among working adults. *Spine* 2001;26:262-9.

Solution Périscope

Ciguatera – eine neurotoxische marine, die man findet in Raubfischen und in den Speisefischen, besonders in den Karibik, und in den Regionen um den Indischen und Pazifischen Ozean. In den leichten Fällen sind die Symptome

s'effacement dans un délai de deux semaines. Cependant, dans >50% des déficits neurologiques persistent pendant des mois, sans qu'il existe une thérapie efficace. Tout cela est dû à une mobilité accrue des personnes! – *Ruprecht K, et al. Klinische Bedeutung eines marinen Neurotoxins. Dtsch Med Wschr 2001;126:812-4.*

Lösung Periskop

Ciguatera – ein marines Neurotoxin, verpackt in Raubfischen bzw. Speisefischen – vor allem in den Bereichen der Karibik, des Indischen und Pazifischen Ozeans. Milde Fälle klingen innerhalb von 2 Wochen ab, in >50% der Fälle

persistieren die neurologischen Beschwerden über Monate, ohne dass eine wirksame Therapie der einmal etablierten Ausfälle bestünde. Segen der Mobilität! – *Ruprecht K, et al. Klinische Bedeutung eines marinen Neurotoxins. Dtsch Med Wschr 2001;126:812-4.*