HWS-Distorsionstrauma: Beteiligung der Facettengelenke und Konsequenzen für die Behandlung

Leserbrief zu: Stöckli HR, et al. Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen in der chronischen Phase nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma (cKZBT, sog. Schleudertrauma) (ohne Commotio cerebri/mild traumatic brain injury). Schweiz Med Forum 2005;5:1182–7.

Mit Interesse haben wir die Empfehlungen der multidisziplinären Konsensusgruppe Olten vom 13. Januar 2005 mit dem Titel «Diagnostisches und Therapeutisches Vorgehen in der chronischen Phase nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma (cKZBT, sog. Schleudertrauma)» im «Schweizerischen Medizin-Forum» gelesen. Ein Hauptproblem der Konsensusfindung ist die Tatsache, dass wenige wissenschaftlich validierte diagnostische und therapeutische Verfahren bestehen, die als Basis für Empfehlungen für die klinische Praxis gebraucht werden können. Es ist uns bewusst, dass bei mangelhaften Literaturangaben und gleichzeitigem Bedarf, Patienten täglich abklären und behandeln zu müssen, die Empfehlungen zum grossen Teil auf theoretischen Überlegungen und Expertenmeinungen basieren.

In den Empfehlungen ist auffallend, dass eines der wenigen gut erprobten diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei einem HWS-Distorsionstrauma gar nicht erwähnt wurde, nämlich die Diagnose und Behandlung der Schmerzen aus den Facettengelenken.

Die Facettengelenke sind eine gut dokumentierte Quelle von Schmerzen bei Patienten nach einem HWS-Distorsionstrauma [1]. Die Infiltration der versorgenden Nerven mit Lokalanästhetika wurde als Methode für die Diagnose der Facettengelenkschmerzen gründlich untersucht. Die Infiltration ist zielspezifisch, das heisst, sie blockiert nur die Nervenfasern aus den Facettengelenken und aus den Multifidi und keine andere mögliche Quelle von Schmerzen (face validity) [2]. Ferner wurde gezeigt, dass die Nervenblockade wahre von falschen Resultaten mit einer akzeptablen Konfidenz unterscheiden kann (construct validity) [3, 4]. Die Prävalenz der Facettengelenkschmerzen, untersucht durch kontrollierte doppelblinde Nerveninfiltrationen, beträgt rund 50% der Patienten mit chronischen Kopf- und Nackenschmerzen nach einem HWS-Distorsionstrauma [5, 6]. Diese Zahlen stammen aus der Zuweisung von spezialisierten Zentren und entsprechen somit nicht zwingend der realen Prävalenz der Facettengelenkschmerzen unter allen Patienten. Trotzdem kann mit Sicherheit ausgesagt werden, dass die Facettengelenke keine seltene Ursache der Beschwerden nach einem HWS-Distorsionstrauma darstellen.

Bei Patienten mit positiver Diagnostik kann therapeutisch die Thermokoagulation der entsprechenden Nerven angeboten werden. Dadurch werden die Nerven mittels Hitze zerstört. Eine hochqualitative randomisierte plazebokontrollierte Studie hat eine hohe Wirksamkeit dieser Methode gezeigt [7]. Eine vollkommene Schmerzfreiheit für knapp ein Jahr wird bei rund 70% der Patienten erreicht. Die Methode kann bei Wiederauftreten der Schmerzen mit einer hohen Erfolgschance wiederholt werden [8–10]. Diese Resultate wurden durch weitere prospektive Studien bestätigt, was zeigt, dass diese Therapie in den Händen von verschiedenen Therapeuten wirken kann [9, 10]. Zu bemerken ist es, dass bei all diesen Studien eine vollkommene Schmerzfreiheit und nicht bloss eine Schmerzreduktion als Erfolg definiert wurde.

Eine kürzlich publizierte randomisierte plazebokontrollierte Studie hat keine Wirkung der Thermokoagulation gezeigt [11]. In dieser Studie wurden jedoch falsche Einschlusskriterien angewandt: Die Resultate der durchgeführten diagnostischen Blockaden haben gezeigt, dass keiner der therapierten Patienten Schmerzen aus den Facettengelenken hatte.

Somit haben wir den wissenschaftlichen Beweis, dass die Thermokoagulation wirkt, während der Beweis des Gegenteils fehlt. Uns sind keine weiteren Behandlungen bekannt, die eine vollkommene Schmerzfreiheit erzielen können und über den gleichen Evidenzgrad verfügen.

Zu erwähnen ist allerdings, dass diese Verfahren sehr aufwendig sind und deren Wirksamkeit nur garantiert werden kann, wenn die validierten Methoden angewandt werden. Die diagnostischen Verfahren müssen kontrolliert, doppelblind und mit einer umfassenden Kontrolle des Ergebnisses durchgeführt werden. Die validierte Methode für die Thermokoagulation ist mit hohem Aufwand verbunden und nicht in unter zwei Stunden durchführbar. Diagnostische Blockaden und Thermokoagulationsverfahren, die aufgrund von Zeitmangel schneller erfolgen können, werden in der klinischen Praxis oft angewandt. Ihre Wirksamkeit bleibt unbekannt und aus unserer Sicht fraglich. Ferner sind alternative Radiofrequenzverfahren wie die gepulste Radiofrequenz als nicht wissenschaftlich erwiesene Methoden zu bezeichnen [12].

Wir finden, dass die Abklärung der Facettengelenke mittels diagnostischer Blockaden und die Behandlung mittels Thermokoagulation Patienten mit chronischen Schmerzen nach einem HWS-Distorsionstrauma zwingend angeboten werden müssen.

Michele Curatolo, Renate Herren Gerber

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Michele Curatolo
Klink und Poliklinik
für Anästhesiologie
Bereich für Schmerztherapie
Inselspital
CH-3010 Bern
michele.curatolo@insel.ch

Literatur

1 Yoganandan N, Cusick JF, Pintar FA, Rao RD. Whiplash injury determination with conventional spine imaging and cryomicrotomy. Spine 2001;26:2443–8.
2 Barnsley L, Bogduk N. Medial branch blocks are specific for the diagnosis of cervical zygapophyseal joint pain. Reg Anesth 1993;18:343–50.
3 Barnsley L, Lord S, Bogduk N. Comparative local anaesthetic blocks in the diagnosis of cervical zygapophyseal joint pain. Pain 1993;55:99–106.
4 Barnsley L, Lord S, Wallis B, Bogduk N. False-positive rates of cervical zygapophyseal joint blocks. Clin J Pain 1993;9:124–30.
5 Speldewinde GC, Bashford GM, Davidson IR. Diagnostic cervical zygapophyseal joint blocks for chronic cervical pain. Med J Aust 2001;174:174–6.
6 Lord SM, Barnsley L, Wallis BJ, Bogduk N. Chronic cervical zygapophyseal joint pain after whiplash. A placebo-controlled prevalence study. Spine 1996;21:1737–45.
7 Lord SM, Barnsley L, Wallis BJ, McDonald GJ, Bogduk N. Percutaneous radio-frequency neurotomy for chronic cervical zygapophyseal joint pain. NEJM 1996;335:1721–6.
8 McDonald GJ, Lord SM, Bogduk N. Long-term follow-up of patients treated with cervical radiofrequency neurotomy for chronic neck pain. Neurosurgery 1999;45:61–8.
9 Govind J, King W, Bailey B, Bogduk N. Radiofrequency neurotomy for the treatment of third occipital headache. J Neurol Neurosurg Psychiat 2003;74:88–93.
10 Barnsley L. Percutaneous radiofrequency neurotomy for chronic neck pain: Outcomes in a series of consecutive patients. Pain Med 2005;6:282–6.
11 Stovner L, Kolstad F, Helde G. Radiofrequency denervation of facet joints c2-c6 in cervicogenic headache: A randomized, double-blind, sham-controlled study. Cephalalgia 2004;24:821–30.
12 Mikeladze G, Espinal R, Finnegan R, Routon J, Martin D. Pulsed radiofrequency application in treatment of chronic zygapophyseal joint pain. Spine J 2003;3:360–2.

Replik

Wie bereits in unserer Replik auf einen anderen Leserbrief festgehalten [1], ist im Konsensuspapier – entgegen der Behauptung der Leserbriefverfasser – die Technik der diagnostischen und therapeutischen Schmerzanästhesie unter Punkt D.2. aufgeführt («diagnostische und therapeutische Schmerzanästhesie bei gezielter Indikation», Seite 1185). Einzelne Therapiemethoden wurden aber – genau wie andere Behandlungsverfahren – nicht im Detail erwähnt, da dies den Rahmen eines knappen Konsensuspapiers gesprengt hätte. Dennoch begrüsst die Konsensusgruppe diesen konstruktiven und wissenschaftlich kritisch gehaltenen Leserbrief und dankt den Autoren für ihren Beitrag. Wir können uns allerdings nur wiederholen, wenn wir festhalten, dass auch die Konsensusgruppe klar der Meinung ist, dass Patienten mit Verdacht auf ein Facettensyndrom unbedingt einer sorgfältigen Abklärung zugeführt und bei entsprechender diagnostischer Bestätigung adäquat therapiert werden sollten, dies allerdings in Kenntnis der Tatsache, dass die bisher publizierten Patientengruppen klein, die Langzeiterfahrungen noch beschränkt und Rezidive nicht selten sind [2, 3; siehe zudem die Referenzen 7–10 und 12 im obigen Leserbrief]. Wir gehen zudem mit den beiden Verfassern einig, dass die in der Literatur publizierte Prävalenz von etwa 50% für gut behandelbare Facettengelenkschmerzen unter den Patienten mit einem chronisch verlaufenden HWS-Distorsionstrauma erheblich überhöht ist. Damit möchten wir von unkritischen Zuweisungen zu interventionellen Abklärungen und Behandlungen abraten, da solche von Patienten mit facettenfremden Chronifizierungsursachen nicht selten als traumatisierend erlebt werden, was sich auf den weiteren Verlauf ungünstig auswirken kann. Andererseits haben bei berechtigtem Verdacht auf ein Facettensyndrom diesbezügliche Abklärungen mit der notwendigen Sorgfalt und Nachhaltigkeit zu erfolgen. Der Forderung der Autoren nach hohen Qualitätskriterien für die verschiedenen interventionellen Therapiemethoden können wir nur zustimmen. Dieser Appell gilt selbstverständlich auch für alle anderen Behandlungsstrategien.

Im Auftrag der Konsensusgruppe

Hans Rudolf Stöckli

Korrespondenz:
Dr. med. Hans Rudolf Stöckli
Kasernenstrasse 22a
CH-4410 Liestal
hrsteockli@datacomm.ch

Literatur

1 Marincic D, Stein R. Subventionierung der «Wellnessindustrie»? Schweiz Med Forum 2006;6:330.
2 Niemistö L, Kalso E, Malmivaara A, Seitsalo S, et al. Radiofrequency denervation for neck and back pain. A systematic review within the framework of the Cochraine Collaboration Back Review Group. Spine 2003;28:1877–88.
3 Conlin A, Bhogal S, Sequeira K, Teasell R. Treatment of whiplash-associated disorders – part II. Medical and surgical interventions. Pain Res Manag 2005;10:33–40.