

Körperliche Aktivität bei Lumbalgien und lumbalen Radikulopathien

Leserbrief zu: De Ribaupierre S, Regli L. Lumbalgien und Ischialgien ohne Funktionsausfall – Welchen Stellenwert hat körperliche Aktivität für die Behandlung? Schweiz Med Forum 2006;6:542–8.

Ich habe mit Interesse den Artikel von Sandrine De Ribaupierre und Luca Regli gelesen. Die von den Autoren beschriebenen Rückenschmerzen mit und ohne Ausstrahlung in die Beine stellen nach Kopfschmerzen das häufigste Problem im mittleren und höheren Lebensalter dar. Sie sind zudem eine der häufigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit [1].

Der von De Ribaupierre und Regli immer wieder verwendete Ausdruck der «Ischialgie» ist etwas unglücklich gewählt, da dieser Begriff gemäss «Roche Lexikon Medizin» ein «lumbosakrales Wurzelsyndrom mit Schmerzen und neurologischen Ausfällen im Bereich des vom Nervus ischiadicus versorgten Gebietes» [2] bezeichnet und die Femoralgie definitionsgemäss nicht mit umfasst. Vielleicht wäre der Terminus «lumbale Radikulopathie» treffender gewesen.

Das an sich sehr interessante Thema wird von den Autoren leider zudem undifferenziert abgehandelt. Grundsätzlich gibt es gemäss den «Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie» für die Behandlung der lumbalen Radikulopathie folgende Empfehlungen (Tab. 1  [3]):

Tabelle 1. Empfehlungen für die Behandlung der lumbalen Radikulopathie (nach [3]).

Keine Bettruhe, sondern mässige Belastung (B)
Frühzeitig und ausreichend analgetische Therapie mit NSAR (C) sowie muskelrelaxierenden Medikamenten (C)
Operation bei progredienten Paresen oder Blasen-Mastdarm-Störungen
Bei chronischen Schmerzen ist eine Kombination mit Physiotherapie und psychotherapeutischen Verfahren (Verhaltenstherapie, Schmerzbewältigungsprogramme) angezeigt (C).

Erläuterungen: Empfehlungsstärke A: Hohe Empfehlungsstärke aufgrund starker Evidenz oder bei schwächerer Evidenz aufgrund besonders hoher Versorgungsrelevanz; B: Mittlere Empfehlungsstärke aufgrund mittlerer Evidenz oder bei schwacher Evidenz mit hoher Versorgungsrelevanz oder bei starker Evidenz und Einschränkungen der Versorgungsrelevanz; C: Niedrige Empfehlungsstärke aufgrund schwächerer Evidenz oder bei höherer Evidenz mit Einschränkungen der Versorgungsrelevanz.

Die Autoren erwecken den Eindruck, dass die von ihnen vorgeschlagene Behandlung wissenschaftlich breit abgestützt sei, in Tat und Wahrheit handelt es sich aber lediglich um Empfehlungen, die den zurzeit gängigen Therapiestandard darstellen [3]. Die Behandlung der lumbalen Radikulopathie bzw. der Lumbago ist insgesamt geprägt von einem multimodalen, gegebenenfalls interdisziplinären konservativen Vorgehen. Die etablierte pharmakologische Schmerztherapie richtet sich vorwiegend gegen die nozizeptive Schmerzkomponente, kontrollierte Studien zur Wirkung auf die neuropathische Komponente des Schmerzes liegen hingegen nicht vor [3]. Zur Frage der körperlichen Aktivität bei der lumbalen Radikulopathie – worauf die Autoren sehr detailliert eingehen – existieren zudem lediglich einige wenige valide klinische Studien (z.B. [4, 5]). Die bisherigen Metaanalysen der Literatur erlauben im weiteren leider keine «evidenzbasierte» Bewertung der konservativen Behandlungsmethoden. Aber wie in den «Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie» treffend festgestellt wird, sollte «aus der unbefriedigenden Datenlage in der Literatur nicht der voreilige Schluss gezogen werden, dass konservative Behandlungsmaßnahmen keinerlei Effekt zeigen» [6].

Zudem wird sowohl in den «Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie» als auch in denjenigen der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie die Operationsindikation etwas differenzierter betrachtet, als dies von den Autoren angegeben wird (Tab. 2 ):

Tabelle 2. Empfehlungen für die operative Behandlung der «lumbalen Radikulopathie» (nach [3, 6]).

Kaudasyndrom mit akuter Paraparese bei Massenvorfall oder pathologischer Wirbelkörperfraktur (Notfallindikation)
Blasen- und Mastdarmlähmungen
Progrediente motorische Ausfälle (schlechter als KG 3/5)
Trotz ausreichender intensiver konservativer Massnahmen (in der Regel über vier Wochen) nicht therapierbare Schmerzen bei gesicherter Wurzelkompression

De Ribaupierre und Regli betonen im weiteren zu wenig, dass eine konservative Therapie einer akuten lumbalen Radikulopathie ohne Funktionsausfall oder einer Lumbago innerhalb eines Zeitraumes von maximal sechs bis acht Wochen eine deutliche Verbesserung der Schmerzen sowie eine Zunahme der Belastbarkeit erbringen sollte. Anderenfalls muss eine Umstellung der Therapie respektive eine operative Massnahme diskutiert werden [7, 8], da ansonsten eine Chronifizierung droht.

Zusammenfassend gehe ich aber mit den Autoren einig, dass die früher häufig empfohlene Ruhigstellung der Lendenwirbelsäule (Bettruhe, Stufenlagerung) bei lumbaler Radikulopathie und Lumbago heutzutage nur sehr zurückhaltend verordnet und der Patient eher zur Fortführung seiner täglichen Aktivitäten angehalten werden sollte [5].

Bernhard Schaller

Literatur

- Göbel H. Epidemiologie und Kosten chronischer Schmerzen. *Schmerz* 2001;15:92-8.
- Roche Lexikon Medizin. Fünfte, neu bearbeitete und erweiterte Auflage. München, Jena: Urban & Fischer; 2003.
- Diener HC, et al., Hrsg. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2005.
- Hagen KB, Hilde G, Jamvedt G, Winnem M. Bed rest for acute low-back pain and sciatica. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;CD 001254.
- Hilde G, Hagen KB, Jamvedt G, Winnem M. Advice to stay active as a single treatment for low back pain and sciatics. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;CD003632.
- AWMF-Leitlinien-Register Nr. 008/022.
- Postacchini F. Results of surgery compared with conservative management for lumbar disc herniations. *Spine* 1996;21:1383-7.
- Rothoerl RD, Woertgen C, Brawanski A. When should conservative treatment for lumbar disc herniation be ceased and surgery considered? *Neurosurg Rev* 2002;25:162-5.

Korrespondenz:

Dr. med. Bernhard Schaller
Max-Planck-Institut
für Neurologische Forschung
Gleueler Strasse 50
D-50931 Köln
schaller@pet.mpin-koeln.mpg.de

Réplique

Nous avons lu avec intérêt les commentaires du Dr Schaller sur notre article. Il est intéressant de voir que quelques remarques sont probablement basées sur des différences entre francophones et germanophones. Le terme «sciatique» ou «sciatalgie» est souvent utilisé en français pour évoquer des patients ayant des radiculopathies lombaires en général. Bien qu'étymologiquement parlant ce terme ne devrait se rapporter qu'à une irradiation du nerf sciatique proprement dite, il est souvent utilisé plus largement. Une différenciation «cruralgie» «sciatalgie» est évidemment aussi présente en français, cependant le deuxième terme est peut-être plus utilisé pour regrouper tous les patients. Il est certain qu'un terme plus général tel que «lombalgies avec syndrome radiculaire irritatif» aurait pu être utilisé, mais bien que plus précis, certainement moins parlant.

Comme énoncé dans notre introduction, le but de cet article n'était pas de traiter en détail tous les aspects de la prise en charge des lombalgies et lombosciatalgies, ce qui ne pourrait être fait correctement dans un article de quelques pages, mais de s'attarder plus précisément sur le rôle de l'activité physique.

Effectivement, dans notre pratique quotidienne, nous voyons encore régulièrement des patients restés au «lit strict» à domicile pendant plus de dix jours, sur conseil médical. Interpellés par cette pratique, avec toutes les conséquences médicales, psychiques et économiques, qu'elle comporte, nous avons donc cherché à connaître les différentes recommandations publiées, et à les synthétiser afin d'avoir un certain appui scientifique dans notre argumentation. Nous nous sommes donc focalisé sur le rôle du repos et l'activité physique (professionnelle, ludique ou spécialisée), en essayant de la présenter sous forme de recommandations afin d'aider dans la prise en charge primaire de ces patients. Cela explique donc pourquoi nous n'avons pas traité de façon plus précise les indications chirurgicales par exemple, ni développé en détail les différents traitements médicamenteux et leurs principes d'actions. Comme nous l'avons souligné, 90% des lombalgies bénignes vont s'amender dans les premières quatre à six semaines. Après ce laps de temps, dans le cas d'une douleur toujours présente, non seulement le traitement devrait être revu, mais surtout une imagerie devrait être demandée. Comme discuté dans l'article de Rothoerl, cité par le Dr Schaller, après deux mois de traitement conservateur sans amélioration, une chirurgie peut être proposée afin d'accélérer la disparition de la douleur et éviter sa chronicisation.

Dr Sandrine De Ribaupierre
Service de Neurochirurgie
Centre Hospitalier
Universitaire Vaudois
Rue du Bugnon 46
CH-1011 Lausanne
sandrine.de-ribaupierre@chuv.ch

Sandrine De Ribaupierre