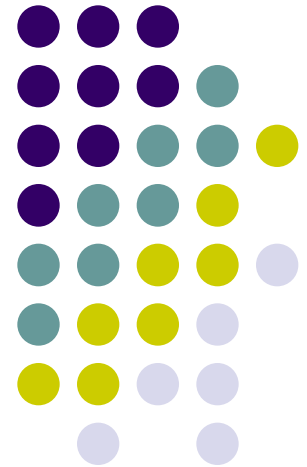


Diagnose und Therapie chronischer Rückenschmerzen NVL Rückenschmerz 2010



Susanne Eder
Interdisziplinäre Schmerztagesklinik
Klinikum Nürnberg



Epidemiologie



85% der Bevölkerung westlicher Industrienationen leiden mindestens einmal im Leben an Rückenschmerzen

10% der Rückenschmerzen chronifizieren

5% stellen der Patienten stellen Problemfälle dar

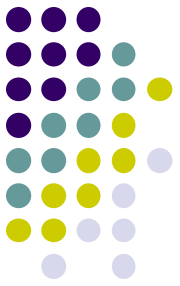
10% der Fälle verursachen 80% der Kosten

5% der Fälle verursachen **60%** der Kosten

(Andersson 1991, Frymoyer 1992, Nachemson 1992, Waddell 1998)

Kosten

("cost-of-illness-Studie" Pharmametrics 1997)



Rückenschmerzen verursachen jährliche Kosten von

4,5 Milliarden DM	durch Arztbesuche, Diagnostik und Medikamente
1,6 Milliarden DM	durch Physiotherapie
2,1 Milliarden DM	durch Krankenhausbehandlung
2,0 Milliarden DM	durch Rehabilitation

Indirekte Kosten durch Arbeitsausfall:

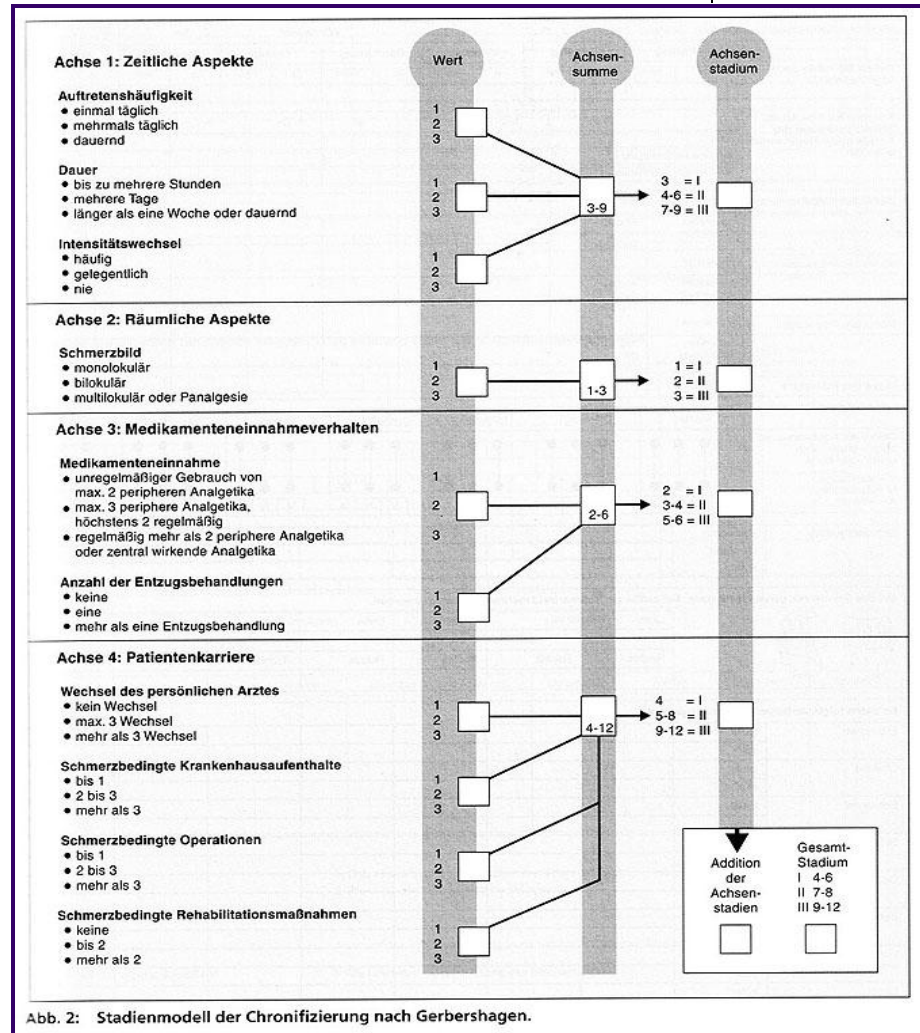
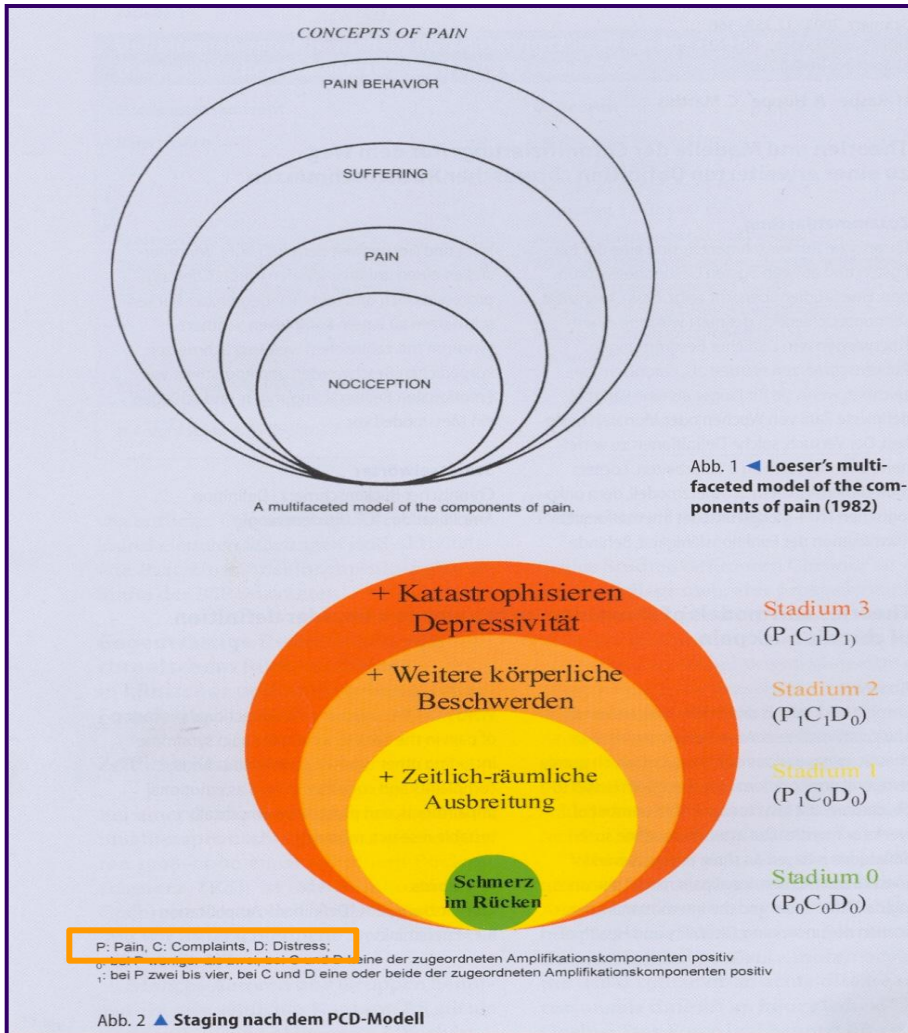
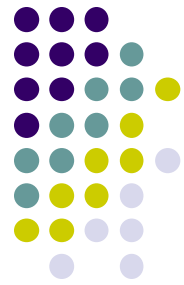
23,8 Milliarden DM

Zeitliche Definition chronischer Rückenschmerzen

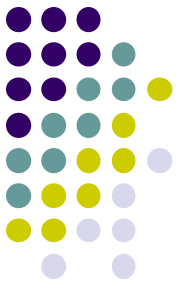


Akuter Rückenschmerz:	bis zu 6 Wochen Dauer
Subakuter Rückenschmerz:	6 Wochen bis 3 Monate
Chronischer Rückenschmerz:	länger als 3 Monate anhaltend

Erweiterte Chronifizierungsmodelle



Leitlinien



EU- Leitlinie

chronischer Rückenschmerz (2004)

DEGAM Leitlinie Nr. 3:

Kreuzschmerz (2006)

AWMF Leitlinie

Kreuzschmerzen (2008)

NCCPC Guideline

Low back pain: early management of persistent non-specific low back pain (2009)

APS Guideline

Low back pain (2009)

NVL- Rückenschmerz:

Oktober 2010

S3-Versorgungs-LL Kreuzschmerz

(BÄK+KBV, 2010)



Rahmenbedingungen:

- 26 Fachgesellschaften
- plus BÄK, KBV und AWMF
- 42 Personen direkt beteiligt
- Januar 2006 bis Oktober 2010
- 13 Gruppen-Treffen in B, Tel.-Konferenzen, Mail-Abstimmungen
- Kommentierungsversion 3 Monate im Netz
- 196 Kommentare
- Endfassung Sept. 2010
- erstmals vorgestellt auf DGSS-Kongress, Okt. 2010 in Mannheim

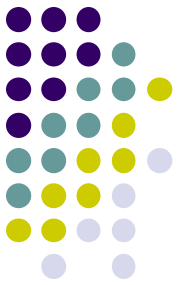
NVL Rückenschmerz



Grundkonzept

- Pragmatische Annahme „nicht-spezifischen“ Kreuzschmerzes
- Triage zur Steuerung der Diagnostik u. Therapie-Intensität
Anamnese & körperliche Untersuchung
- „red flags“
- „yellow flags“
- Therapie: Betonung von Aktivierung und Aufklärung
- Vermeidung chronifizierungsfördernder (passiver) und invasiver Maßnahmen

Ausschluss Red Flags



- Gravierende neurologische Symptome
- Knochendestruktionen
- Gewichtsverlust
- Auffälliges Labor
- Anamnese: Tumor, Steroide

Cauda-Syndrom:

- Kontinenzstörungen
- Reithosenanästhesie
- Gravierende Paresen



Massenprolaps

Fraktur

Entzündung

**Spez. WS-
Erkrankungen**

Tumor

Patientengut



In mehr als 80% der Fälle ergibt sich keine hinreichende somatische Kausalität !
→ nicht-spezifischer Rückenschmerz

Wenn ernsthafte körperliche Erkrankungen als Ursache ausgeschlossen sind („red flags“), ist die **günstigere Arbeitsdiagnose** ein **nicht-spezifischer Schmerz**, d.h. anzunehmen, dass es sich um eine Funktionsstörung (somatische Anteile) mit z.T. erheblicher Einwirkung psychosozialer Einflüsse handelt.

Diagnostik



Diagnostik:

Primat: Anamnese und Körperliche Untersuchung

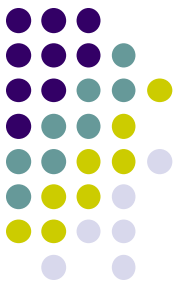
Empfehlung: Bildgebung

Empfehlungsgrad A

Bei akuten Kreuzschmerzen soll nach klinischem Ausschluss gefährlicher Verläufe (red flags) durch Anamnese und körperliche Untersuchung

keine bildgebende Untersuchung durchgeführt werden.

Röntgen und Rückenschmerzen



Kendrick et al. 2001 (London, UK, BMJ 322)

Design: n = 394 Pat. aus Allg.Arzt-Praxen (in GB)
2 Gruppen: Rö-Bild vs. kein Rö-Bild

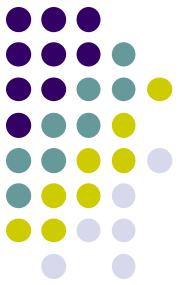
Beurteilung des Behandlungsverlaufs nach 3 Monaten

Pat., bei denen Röntgenbild angefertigt wurde, ...

- waren zwar zufriedener mit der Behandlung
- hatten aber mehr Rückenschmerzen (VAS, $p = 0.04$)
- fühlten sich mehr beeinträchtigt (R&M, $p = 0.05$)
- hatten einen schlechteren allg. Ges.-Zustand (EuroIQoL, $p = 0.02$)
- wiesen mehr Arztbesuche auf (n, $p \leq 0.01$)

Erklärung nur möglich im Rahmen des Fear-Avoidance-Modells

NVL Rückenschmerz



Diagnostik:

Erfassung psychosozialer Risikofaktoren

Warum erfassen?

Weil sie nachweislich als Chronifizierungsfaktoren wirken
und einen schlechteren Verlauf signalisieren
(systemische Reviews)

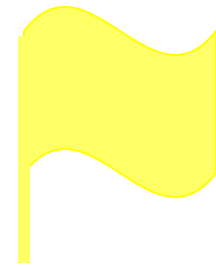
Ziele:

frühzeitige Identifikation potentieller Risiko-Patienten
Verhinderung der Chronifizierung (=frühzeitig
Gegenmaßnahmen ergreifen)

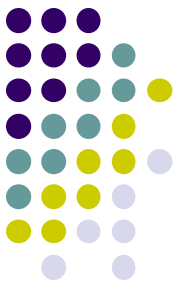
Yellow flags



- Geringe berufliche Qualifikation
- Unzufriedenheit am Arbeitsplatz
- Schwerarbeit, monotone Körperhaltung, Vibrationsexposition
- Psychosoziale Überforderung
- Depression, Angst
- Passive Grundeinstellung
- Inadäquate Krankheitsvorstellung
- Krankheitsgewinnaspekte
- Rauchen, Übergewicht, geringe körperliche Kondition
- Aktueller Rückenschmerz länger als 14 Tage
- Neben Rückenschmerz noch andere Schmerzen
- Iatrogene Faktoren (übermäßige Diagnostik etc....)



Therapieempfehlungen



		pos.	neg.
5-07	Bewegungstherapie / Aktivierung	↑↑↑	
5-31	Patientenedukation	↑↑↑	
5-43	Verhaltenstherapie	↑↑↑	
5-33	Rückenschule (biopsychosoz.)	↑	
5-17	Ergotherapie	↑	
5-15	Progressive Muskelrelaxation	↑	
5-24	Manipulation / Manuelle Therapie	→	
5-02	Akupunktur	→	
5-13	Elektrotherapie (u.a. TENS)		↑
5-18	Kurzwelle / Laser / Magnetfeld		↑↑

Therapieempfehlungen

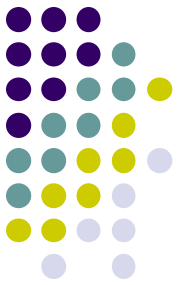


Invasive Therapieverfahren sollen bei Pat. mit nicht-spezifischen Kreuzschmerzen **nicht** eingesetzt werden.

z. B.:

- Triggerpunktinfiltrationen
- Injektionen an den Wirbelbogengelenken
- Injektionen in das sakroiliakale Gelenk
- Epidurale Injektionen, spinale Opioidgabe (Morphinpumpe)
- Spinale Stimulation (SCS)
- Operative Verfahren, wie Nukleotomien, Dekompressionen, Fusionen, interspinöse Spacer, dynamische Stabilisierungen, Bandscheibenendoprothetiken, etc.

Therapieempfehlungen



		pos.	neg.
6-2	Paracetamol	↔	
6-3	NSAR	↑	
6-8	Cox-2-Hemmer	↔	
6-9	Flupirtin		↑↑
6-17	Muskelrelaxantien	↔	
6-10	Opioide	↔	
6-18	Antidepressiva	↔	
6-20	Antiepileptika		↑

Opioidtherapie



Starke Opioide (BTM-pflichtig) sind möglichst nur im Rahmen eines **multimodalen Therapiekonzeptes** und in **Zusammenarbeit mit schmerztherapeutisch geschulten Fachleuten** einzusetzen.

Eine Reevaluation der Opioidtherapie soll bei chronischen Kreuzschmerzen nach **spätestens 3 Monaten** erfolgen. Tritt die gewünschte Schmerzlinderung/Funktionsverbesserung **nicht** ein, ist die Fortsetzung der Opioidtherapie **kontraindiziert**.

Multimodale Therapie



... spätestens nach 6 Wo Schmerzdauer und alltags-relevanten Aktivitätseinschränkungen bei positivem Nachweis von („yellow flags“)

Indikation zu einer multimodalen Therapie (möglichst durch ein interdisziplinäres Assessment) prüfen

→ Empfehlungsgrad (A)

... bei Fortbestehen der Beschwerden und alltagsrelevanten Aktivitätseinschränkungen >12 Wochen generell die Indikation zu einer multimodalen Therapie prüfen

→ Empfehlungsgrad (A)

... bei chronischen nicht spezifischen Rückenschmerzen, wenn weniger intensive, evidenz- basierte Verfahren unzureichend wirksam waren, ist multimodale Behandlung angezeigt.

→ Empfehlungsgrad (A)

Zusammenfassung



NVL-Kreuzschmerzen macht ein starkes Statement:

- → **gegen** invasive Maßnahmen
- → **gegen** passive Maßnahmen
- → **gegen** (ausschließlich) medikamentöse Behandlung

NVL-Kreuzschmerzen macht ein starkes Statement:

- **für** frühe Identifikation v. psychosozialen Risikofaktoren
- **für** Aktivierung und Beratung
- **für** multimodale Therapie

Differenzierte Therapie chronischer Rückenschmerzen



Wenn mein
einziges
Werkzeug
ein Hammer ist,
sieht jedes
Problem aus
wie ein Nagel.



Schmerz-Erleben ist
ein multifaktorieller
Prozess ...

... dabei **KÖNNEN**
monomodale Ansätze
nicht wirksam sein!

Abraham Maslow

Pfingsten 2010