

Thomas Vogt¹, Urs Mutter²

Der schmerzhafte Rücken des alten Patienten

Zusammenfassung des Seminars 1 der SFD Conference, Lausanne, 30.08.2012

Wieviel Intervention tut gut? Wieviel Labor braucht es für die Therapieentscheide? In einem praxisorientierten und interaktiven Seminar wurde mit den Teilnehmern anhand eines Falles das Vorgehen bei schmerzhaften Rückenbeschwerden besprochen.

Wie steht es um die Evidenz?

Zu Beginn wurde das bekannte Wissen über das Thema resümiert: Klagen über Rückenschmerzen im Alltag sind häufig, ein grosser Teil der Menschen (es finden sich Zahlenangaben bis über 90%) hat im Verlauf des Lebens eine oder mehrere Episoden signifikanter Rückenschmerzen erlebt, in den wenigsten Fällen kommt es zum Arztbesuch. Der Grossteil dieser Patienten sucht zuerst Hilfe bei der Hausärztin, beim Hausarzt oder beim Chiropraktor. Es gibt Untersuchungen, dass Röntgenbilder in den ersten 6 Wochen bei Rückenschmerzen ohne zusätzliche (neurologische) Warnzeichen keinen Zusatznutzen ergeben und dass ungezielte Laboruntersuchungen ebenfalls wenig hilfreich sind. Die Anzahl der Abklärungen und Operationen wird von den Medien ebenfalls immer wieder kritisch aufgegriffen, was zur Verunsicherung von Betroffenen und Behandelnden beiträgt. Bei mässiger Evidenzlage wird von verschiedensten Fachgruppen eine Vielzahl von Therapieformen propagiert. Letztlich muss man davon ausgehen, dass die «optimale Behandlung» nach wie vor unklar ist.

Fallbeispiel

Die im Seminar als Fallbeispiel vorgestellte 85-jährige Patientin litt schon seit langer Zeit an chronischen zervikalen und lumbalen Schmerzen, wofür sie regelmässig in physiotherapeutischer Behandlung war. Zum Zeitpunkt des Arztbesuches litt sie seit 2 Wochen unter einer starken Exazerbation der Beschwerden lumbal, ohne zusätzliches Krankheitsgefühl, Fieber oder Gewichtsverlust. Perorale Analgetika und zweimalige lokale Infiltrationen waren schon erfolglos versucht worden. Die Schmerzen waren stärker bei Belastung und ausstrahlend ins linke Bein von der Hinterseite des Oberschenkels bis zur Kniekehle. Neurologische Ausfälle bestanden keine. Anamnestisch ergaben sich bei der bislang selbstständigen, alleinstehenden Frau keine relevanten Nebenerkrankungen. Die Beschwerden führten dazu, dass eine selbstständige Versorgung nicht mehr möglich war.

Anamnese-Tips

Im Rahmen der Diskussion wurde auf den grossen Stellenwert der Anamnese hingewiesen. Gerade bei älteren Menschen muss nach Hinweisen für eine chronische Infektion (rezidivierendes Fieber, Harnwegsinfekte, Tbc und anderes), für ein konsumierendes Leiden (z.B. Gewichtsverlust oder Nachtschweiss), für eine Spondylo-

disitis (wie nächtliche Schmerzen) oder für eine Fraktur (z.B. bei Osteoporose) aktiv (!) gefragt werden.

Zusätzlich müssen die Warnsymptome für eine Neurokompression (Lähmungen, fehlende Sphinkterkontrolle) gesucht werden. Letztere stellen eine Notfallsituation dar und bedürfen unmittelbarer weiterer Abklärungen bzw. Behandlungen.

Untersuchungen und Abklärungen

Zur nachfolgenden Untersuchung gehört neben dem Lokalbefund und der neurologischen Untersuchung (inkl. Sphinktertonus) auch ein vollständiger internistischer Status am entkleideten Patienten. Auf Basis der geschilderten Anamnese und Untersuchungen muss letztlich die Frage beantwortet werden, ob eindeutige Ursachen für Rückenschmerzen vorliegen oder ob es sich um ein rein funktionell mechanisches oder unspezifisches Beschwerdebild handelt. Davon abzugrenzen sind dann radikuläre, d.h. durch eine Kompression von Nervenstrukturen bedingte Probleme oder die Spinalkanalstenose. Wenn die Ursache unklar bleibt, muss nach einer Spondylodisitis, nach Tumoren oder Metastasen, nach einer Fraktur oder aber nach einer entzündlichen Spondyloarthropathie gesucht werden. Die neurologische Untersuchung sollte die Frage nach der Kompression eines Nerven oder nach einem engen Spinalkanal beantworten.

Laboruntersuchungen und Röntgenbilder sind in Abhängigkeit von Anamnese und Untersuchung dann anzuordnen, wenn sich der Hinweis auf eine spezifische Pathologie ergibt.

Fallprozedere I

Bei der Patientin waren initial Laboruntersuchungen durchgeführt worden, in welchen sich ein Harnwegsinfekt bestätigte. Da dies die Symptome unzureichend erklärte und da die körperliche Untersuchung eine lokale Klopfdolenz aufzeigte, wurde bei bekannten chronischen Rückenschmerzen auch ein Röntgenbild der LWS angefertigt. Dieses zeigte keine Frakturen.

Aufgrund der ausstrahlenden Schmerzen in das linke Bein war eine Nervenwurzelkompression postuliert worden. Das daraufhin durchgeführte MRI zeigte Diskushernien sowohl auf Höhe LWK 2/3 als auch LWK 3/4, jeweils mit Kompression der korrespondierenden Nervenwurzeln.

Da die vorliegende Bildgebung die Beschwerden durchaus hätte erklären können, wurden bei V.a. Nervenwurzelkompression mit einem radikulären Schmerzsyndrom und ohne neurologische Ausfälle zuerst konservative Massnahmen und Infiltrationen diskutiert. Die operative Versorgung wurde als weitere Massnahme bei Therapieresistenz mit der Patientin thematisiert.

Konservative Therapie

An erster Stelle der Behandlung wurden Analgetika und nichtsteroidale Antirheumatika eingesetzt, wobei bei letzteren die Kontraindikationen und Nebenwirkungen gerade bei älteren Menschen besonders zu beachten sind. Die früher oft propagierte Bettruhe ist zwar weiterhin erlaubt, bringt aber für den Heilungsverlauf kei-

¹ Rheumatologische Universitätsklinik, Universitätsspital und Felix-Platter-Spital Basel

² Neuro- und Wirbelsäulenzentrum Hirslanden Zentralschweiz, Klinik St. Anna, Luzern

nen nachweisbaren Nutzen. Es empfiehlt sich, dass sich die Patientinnen und Patienten nach Gutdünken und adaptiert an ihre Beschwerden mobilisieren, bzw. – ggf. physiotherapeutisch unterstützt – mobilisiert werden.

Die früher oft propagierte Bettruhe bringt für den Heilungsverlauf keinen nachweisbaren Nutzen.

Als nächster Schritt der Behandlungskette können mittels Infiltrationen auf verschiedenen Zugangswegen Steroide in die Nähe der Pathologie (d.h. im Bereich des Spinalkanals) appliziert werden. Dies wird häufig praktiziert, aber auch kontrovers diskutiert. Weitere randomisierte Studien zur Verbesserung der Datenlage wären wünschenswert. Die speziellen Steroidinfiltrationen sollten von erfahrenen Kolleginnen oder Kollegen unter Durchleuchtung durchgeführt werden.

Wann operieren?

Eine Operation kommt in Frage, wenn das konservative Vorgehen versagt oder wenn relevante Ausfälle oder gar die seltene, aber gefürchtete Cauda-equina-Symptomatik als Notfallsituation vorliegt. Ob endoskopisch, mikrochirurgisch oder offen, ob mit oder ohne Stabilisation oder bewegungserhaltenden Implantaten, hängt von der jeweiligen Situation und den Begleitpathologien ab. Auf die Relevanz der Untersuchung und der Bildgebung zur Auswahl des adäquaten und auf den Patienten individuell abgestimmten Operationsverfahrens wurde im Workshop an Hand von Beispielen hingewiesen.

Fallprozedere II

Grundsätzlich ist für das obige Vorgehen aber eine klare radikuläre Problematik Bedingung, bei welcher aus der Schmerz- und Ausfallsymptomatik schon klinisch auf die befallenen Nerven geschlossen werden kann. Diese Bedingung war bei der geschilderten Patientin klar nicht erfüllt, die Schmerzen am Bein strahlten nur unspezifisch entlang dem dorsalen Oberschenkel bis zur Kniekehle aus, weshalb eine andere Diagnose gesucht werden musste.

Da eine Enge im Spinalkanal vorlag und die Schmerzen doch ausstrahlend beschrieben wurden, hätten die Symptome auch zu einer Spinalkanal-Stenose passen können. In einem solchen Fall sollten neben dem konservativen Vorgehen mit Physiotherapie und Analgetika auch die operative Dekompression mit dem Ziel der Erhaltung der Selbständigkeit diskutiert werden. Ähnlich zur Diskushernien-Operation kann die Fenestration unter Erhalt der Wirbelgelenke bzw. die Laminotomie (Resektion der Lamina, wobei diese – zum Erhalt der Stabilität bewusst nicht in Toto entfernt wird) empfohlen werden. Je nach Befund und Ausmass der Instabilität wird die Notwendigkeit stabilisierender Massnahmen evaluiert. Epidurale Steroidinfiltrationen können als überbrückende Massnahme zum Teil durchaus Erfolge erzielen, Studienresultate sprechen aber längerfristig eher für die Operation im Sinne einer mechanischen Entlastung als erfolgversprechendes Vorgehen.

Im Bezug auf die Operation an sich ist zu bemerken, dass auch hier in Abhängigkeit vom Alter und vom Zustand Komplikationen umso häufiger relevant werden, je älter und je kränker die Patientin oder der Patient zum Operationszeitpunkt ist.

Mittels CT zur Diagnose

Da bei dieser Patientin die für die Claudicatio spinalis typischen Beschwerden in Abhängigkeit von der Gehstrecke mit rascher Besserung beim Absitzen fehlten, wurde die Abklärung weitergeführt. Letztendlich konnte ein Computertomogramm des Beckens die Ursache der Beschwerden erfassen: Es zeigte sich eine Fraktur des Sakrums, welche die Schmerzen gut erklärte. Diese ist im konventionellen Röntgenbild typischerweise nicht sichtbar. Mit dieser Fraktur kann nun auch von einer Osteoporose im Fraktur stadium ausgegangen werden. Das Vorgehen besteht vor allem in einer genügenden Analgesie, eventuell einer Entlastung mit Stöcken bzw. Rollator oder sogar Bettruhe, im Extremfall in einem Spitalaufenthalt. Die Schmerzen können bis über 3 Monate dauern, was nichts an der prinzipiell guten Prognose ändert. Eine Operation ist nur in den seltensten Fällen notwendig.

Spezialfälle

Ist bei der Osteoporose eine *Wirbelfraktur* das Problem, gilt grundsätzlich das gleiche Vorgehen. Allerdings besteht hier noch die Möglichkeit der Zementinjektion (Vertebro- oder Kyphoplastie). Auch diese Methoden werden kontrovers diskutiert, zuletzt waren die Empfehlungen kritisch. Bei einem (länger dauernden!) immobilisierenden Schmerzproblem mit längerer Analgetikaeinnahme oder gar Hospitalisation ergeben sich jedoch durchaus Vorteile für den Patienten. Eine lang dauernde Immobilisation mit Komplikationen wie z.B. einer Pneumonie kann evtl. verhindert werden (ein konservativ behandelte Fall mit einer in der Schmerzphase aufgetretenen Pneumonie wurde diskutiert).

Bei *Bechterew-Patienten* besteht nach Sturz auch die Möglichkeit einer transdiskalen Fraktur. Diese kann wegen der grundsätzlichen Instabilität dieses Frakturtypus bei Nichterkennen zur Querschnittslähmung führen.

Ebenfalls ist es wichtig, daran zu denken, dass Rückenschmerzen nicht unbedingt mit dem Rücken zu tun haben müssen. Ein Patient mit unklaren Rückenschmerzen, bei welchem die Abklärung letztlich ein *Pankreaskopf-Karzinom* als Beschwerdeursache ergab, wurde als Beispiel präsentiert.

Zum Schluss wurde nochmals die Wichtigkeit der klaren Beschwerdezuordnung betont. Diese gelingt mit der sorgfältigen Anamnese und einer breiten körperlichen Untersuchung, mit eventuell nötigen Laboruntersuchungen und der adäquaten Bildgebung in den meisten Fällen mit grosser Sicherheit.

Korrespondenz:

Dr. med. Thomas Vogt
Leitender Arzt
Rheumatologische Universitätsklinik Universitätsspital
und Felix-Platter-Spital Basel
Petersgraben 4
4031 Basel
thomas.vogt[at]usb.ch