Ursache oft unklar

Kreuzweh: Reden statt Röntgen

Unspezifische Kreuzschmerzen verschwinden bei 85% der Betroffenen spontan, die Ursache bleibt oft unklar. Empfehlungen zum Prozedere in der Praxis liefert etwa die überarbeitete Versorgungs-Leitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz.

Die Orthopädin Professor Anke Eckardt, Schweiz, gab beim Praxis Update Allgemeinmedizin in Berlin einen Überblick über die aktualisierte, jetzt auch als Kurzfassung vorliegende neue Nationale Versorgungs-Leitlinie (NVL) Nicht-spezifischer Kreuzschmerz. Erster Schritt sei immer, auf Basis von Anamnese und klinischer Untersuchung Frakturen, Infektionen, Tumoren, Spondylarthritiden sowie Radikulopathien beziehungsweise Neuropathien abzuklären.

Klinische Hinweise sind unter anderem der lokale Druck- oder Klopfschmerz im Bereich der Processus spinosi, der auf Frakturen hindeuten kann. Lasègue-Zeichen und Bragard-Test sowie die Suche nach Dermatom-spezifischen Symptomen helfen bei der Abklärung einer Radikulopathie. Und provozierbare Schmerzen am Sakroiliakgelenk lassen in Richtung

Spondylarthropathie denken. Bestehe nach diesen Untersuchungen klinisch kein dringender Verdacht auf spezifischen Kreuzschmerz, sei in den ersten vier bis sechs Wochen keinerlei Bildgebung indiziert, so Eckardt. Danach reicht ein Röntgenbild, das nicht wiederholt werden muss, solange sich nichts ändert.

Keine passiven Maßnahmen!

Auch bei den Therapien dünnt sich das Spektrum der Handlungsmöglichkeiten deutlich aus, wenn der NVL gefolgt wird.

Nicht indiziert sind passive Maßnahmen aller Art wie Bettruhe, Taping oder Massagen. Das gleiche gilt für TENS und therapeutischen Ultraschall. Auf medikamentöser Seite werden Flupirtin, Muskelrelaxanzien und transdermale Opioide in der Palette nicht mehr berücksichtigt, genauso wenig wie auf medikamentös-inva-

siver Seite intravenöse, intramuskuläre oder subkutane Schmerzmittel, Lokalanästhetika, Glukokortikoide und Mischinfusionen an allen denkbaren Lokalisationen. „Es gibt ohne Vorliegen entsprechender Grunderkrankungen auch keine Indikationen für Antidepressiva und Antiepileptika“, betonte die Expertin. Fast von selbst versteht sich da, dass auch nicht operiert wird.

Sind das nun sehr deutsche Empfehlungen? Nein. Internationale Empfehlungen gingen in dieselbe Richtung. Ein ganz aktueller Review aus den USA, der sich auf Medikamente fokussiert, lehnt Acetaminophen, Benzodiazepine, Antidepressiva, Pregabalin, Gabapentin, systemische Steroide und im Großen und Ganzen auch Opioide wegen fehlender Effektivitätsnachweise gegenüber Placebo ab [1].

Bewegung an erster Stelle

Was bleibt? An allererster Stelle steht für Eckardt neben einer Aufklärung über die Ungefährlichkeit der Beschwerden ein systematisches, langfristiges, an den individuellen Präferenzen orientiertes Bewegungsprogramm. Wirksam sei zudem kognitive Verhaltenstherapie. Medikamente bleiben den starken Schmerzen vorbehalten, und hier in erster Linie NSAR, bei chronischem Kreuzschmerz gegebenenfalls nicht-transdermale Opioide.

Erstmals enthält die Nationale Versorgungs-Leitlinie 2017 auch vier Informationsblätter, die an Patienten ausgehändigt werden können:

- Plötzlich Kreuzschmerzen: Brauche ich ein Röntgen, CT oder MRT?
- Plötzlich Kreuzschmerzen: Warum Bewegung jetzt das Richtige ist.
- Dauerhafte Kreuzschmerzen: Warum alltägliche und seelische Belastungen wichtig werden können.
- Dauerhafte Kreuzschmerzen: Was sind multimodale Behandlungsprogramme?

Philipp Grätzel von Grätz

© Alexander Rath/Fotolia

Ein Patient mit unspezifischem Kreuzschmerz wird über die Ungefährlichkeit seiner Beschwerden aufgeklärt.

1. Ann Intern Med 2017; 166:493-505