

Aufgrund zunehmender Belege für eine erhöhte Morbidität nach der Langzeiteinnahme von Opioiden (z. B. Überdosierung, Abhängigkeit, Sucht, Stürze, Frakturen, Unfallrisiko und sexuelle Funktionsstörung) wird inzwischen versucht, den Einsatz von Opioiden in der chronischen Schmerztherapie auch bei Rückenschmerzen zu reduzieren (Kap. 18). Eine größere Sicherheit lässt sich durch automatische Erinnerungssysteme erzielen, die hohe Dosierungen, vorzeitige Nachbestellungen oder die überlappende Verordnung von Opioiden und Benzodiazepinen anzeigen. Auch ein besserer Zugang zu alternativen Therapien von chronischen Schmerzen, wie individualisierte Übungsprogramme und eine kognitive Verhaltenstherapie, kann die Verordnung von Opioiden reduzieren.

Aufgrund der hohen Kosten, der starken geografischen Unterschiede und der rasch zunehmenden Häufigkeit von spinalen Fusionsoperationen werden inzwischen die geeigneten Indikationen überprüft. Manche Versicherungsträger erstatten z. B. bei lumbalen Rückenschmerzen ohne Radikulopathie sehr kontrovers beurteilte Verfahren nicht mehr vollständig. Außerdem sollte die Öffentlichkeit über die Risiken der Bildgebung und einer übertriebenen Therapie aufgeklärt werden. Stellvertretend für diesen Ansatz steht eine erfolgreiche Medienkampagne in Australien.

#### AKUTE LUMBALE RÜCKENSCHMERZEN OHNE RADIKULOPATHIE

Akute Rückenschmerzen sind definiert als Schmerzen, die kürzer als 3 Monate andauern. Eine vollständige Erholung tritt bei 85 % der Erwachsenen mit akuten Rückenschmerzen ohne Ausstrahlung in die Beine ein. Die meisten dieser Patienten zeigen „mechanisch“ bedingte Symptome – d. h. Schmerzen, die sich durch Bewegung verschlimmern und in Ruhe bessern.

In der Erstuntersuchung müssen ernsthafte Ursachen wie Infektionen, Krebs und Traumata, die eine dringliche Intervention erfordern, ausgeschlossen werden. Risikofaktoren hierfür finden sich in Tabelle 22-1. Laboruntersuchungen und bildgebende Verfahren sind nur bei vorhandenen Risikofaktoren („red flags“) indiziert. Ein CT oder konventionelle Wirbelsäulenaufnahmen sind im ersten Monat nach Auftreten der Symptome selten angezeigt, sofern keine Frakturen, Tumoren oder Infektionen ausgeschlossen werden sollen.

Die Prognose ist im Allgemeinen sehr gut. Der Zustand vieler Patienten verbessert sich, ohne dass ein Arzt aufgesucht wird. Auch zwei Drittel jener Patienten, die zum Arzt gehen, zeigen nach 7 Wochen eine deutliche Besserung. Dies kann bei Ärzten und Wissenschaftlern einen falschen Eindruck über die Wirksamkeit bestimmter Behandlungen vermitteln, für die keine rigorosen prospektiven Studien durchgeführt wurden. So kam es zur Verbreitung vieler Strategien und Maßnahmen, wie Bettruhe, Extension, sakroiliakaler Fusion und Kokzygektomie, von denen inzwischen bekannt ist, dass sie unwirksam sind, und die inzwischen obsolet sind. In einer Umfrage hielten Ärzte strenge Bettruhe über mehr als 3 Tage, Triggerpunktinjektionen und physikalische Therapie bei mehr als 50 % der Patienten mit akuten Schmerzen für angebracht. Zusammenfassend muss festgestellt werden, dass die Konzepte der behandelnden Ärzte in vielerlei Hinsicht nicht den Stand des aktuellen medizinischen Wissens reflektieren.

Die Patienten sollten über die hohe Wahrscheinlichkeit einer Besserung aufgeklärt und zur Selbsthilfe angeleitet werden. Die Patientenschulung ist ein wichtiger Bestandteil der Behandlung. Studien haben gezeigt, dass die Patientenzufriedenheit und die Wahrscheinlichkeit einer Behandlungsweiterführung steigen, wenn die Patienten über Prognose, Behandlungsmethoden, Änderungen persönlicher Aktivitäten und Strategien zur Meidung zukünftiger Exazerbationen informiert sind. In einer Studie wurde gezeigt, dass jene Patienten, die keine adäquate Erklärung für ihre Symptome erhielten, weitere diagnostische Untersuchungen erbateten. Generell sollte Bettruhe vermieden oder bei starken Schmerzen auf 1–2 Tage begrenzt werden. Mehrere randomisierte Studien zeigen, dass Bettruhe einer schnelleren Erholung nicht förderlich ist. Grundsätzlich kann Gehen und eine baldige Wiederaufnahme normaler körperlicher Aktivitäten empfohlen werden; nur anstrengende manuelle Tätigkeiten sollten vermieden werden. Die Vorteile einer Frühmobilisation liegen im Erhalt der körperlichen Leistungsfähigkeit, einer besseren Bandscheiben- und Knorpelernährung, einer Zunahme der Knochen- und Muskelstärke und

einer Erhöhung der Endorphinausschüttung. Rückenspezifische Krankengymnastik oder intensives körperliches Training haben bei der Behandlung akuter Rückenschmerzen keinen Stellenwert; sie spielen eventuell für die Therapie chronischer Schmerzen eine Rolle. Manchmal hilft eine Wärmeapplikation mit Heizkissen oder Heizdecken.

Evidenzbasierte Leitlinien empfehlen häufig leicht zugängliche Medikamente wie nicht steroidale Antiphlogistika (NSAIDs) oder Paracetamol als Mittel der ersten Wahl zur Behandlung von Rückenschmerzen. Die Datenlage zu Paracetamol ist allerdings umstritten, und es existieren mehrere Studien, dass Paracetamol ineffektiv bei akuten Rückenschmerzen ist. Bei sonst gesunden Patienten können nach einem Behandlungsversuch mit Paracetamol für eine begrenzte Zeit NSAIDs gegeben werden. Theoretisch können die NSAIDs die entzündlichen Veränderungen, die bei vielen akuten lumbalen Rückenschmerzen begleitend vorhanden sind, aufgrund ihrer antiphlogistischen Wirkung besser bekämpfen als Paracetamol. In der Praxis gibt es aber keine klinische Evidenz für die Überlegenheit von NSAIDs. Bei Patienten mit Begleiterkrankungen (z. B. Niereninsuffizienz, Leberzirrhose, Zustand nach gastrointestinaler Blutung, Einnahme von Antikoagulanzen oder Glukokortikoiden, Herzinsuffizienz) ist das Risiko für renale und gastrointestinale unerwünschte Wirkungen der NSAIDs erhöht. Daher sollten NSAIDs nur in der niedrigsten wirksamen Dosierung und so kurz wie möglich eingesetzt werden. **Muskelrelaxanzien, wie Methocarbamol, oder analgetisch wirkende Relaxanzien, wie Flupirtin, sind eventuell auch hilfreich. Sie weisen aber als ungünstige Nebenwirkungen u. a. Schwindel und Sedierung auf;** eine Möglichkeit ist eine ausschließliche Einnahme vor dem Schlafengehen. Aufgrund des Abhängigkeitspotenzials mancher Arzneimittel sind kurze Behandlungszyklen vorteilhaft.

Für die Erstlinientherapie akuter lumbaler Rückenschmerzen mit Opioidanalgetika oder Tramadol gibt es keine gute Evidenz. Daher sollten Opioide vor allem Patienten mit Medikamentenunverträglichkeiten oder mit schweren therapierefraktären Schmerzen vorbehalten bleiben. Aufgrund der sedierenden Wirkung sollte wie bei den Muskelrelaxanzien eine nächtliche Einnahme bevorzugt werden. Zu den unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen von Opioiden zählen Übelkeit, Obstipation und Juckreiz; bei längerer Einnahme können ein gesteigertes Schmerzempfinden, Hypogonadismus oder eine Substanzabhängigkeit hinzukommen. Weitere Risiken sind Stürze, Frakturen, Autounfälle und Obstipation.

Epidurale Glukokortikoidinjektionen werden zur Therapie von nicht radikulären akuten Rückenschmerzen nicht empfohlen. Auch die Therapieoptionen bei neuropathischen Schmerzen, wie Gabapentin und trizyklische Antidepressiva, sind bei akuten lumbalen Rückenschmerzen nicht indiziert.

Zu den nicht pharmakologischen Ansätzen der Behandlung von akuten Rückenschmerzen zählen Chirotherapie, physikalische Therapie, Massage, Akupunktur, transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS), Ultraschallbehandlung, Diathermie und Magnetfeldbehandlung. Eine chiropraktische Behandlung scheint einer konventionellen medikamentösen Behandlung in etwa ebenbürtig zu sein und stellt eine Alternative dar, falls Patienten eine medikamentöse Therapie verweigern oder nicht vertragen. Für die Wirksamkeit von physikalischer Therapie, Massage, Akupunktur, Lasertherapie, Ultraschallbehandlungen, Tragen eines Korsetts oder Anwendung einer Extension gibt es nur spärliche Evidenz. Es gibt keine Hinweise, dass krankengymnastische Übungen für den Rücken bei akuten Schmerzen hilfreich sind: Sie spielen aber bei der Behandlung von chronischen Schmerzen eine wichtige Rolle. Der Stellenwert einer Applikation von Kälte (Eis) oder Wärme ist nicht geklärt; viele Patienten berichten nach Eisanwendungen über eine vorübergehende Linderung und Wärme kann innerhalb einer Woche zu einer kurzzeitigen Schmerzreduktion führen. Oft geben die Patienten an, dass sie zufriedener mit der Behandlung sind, wenn sie aktiv an der Auswahl der symptomatischen Behandlungsversuche beteiligt werden.

**CHRONISCHE LUMBALE RÜCKENSCHMERZEN OHNE RADIKULOPATHIE** Chronische Rückenschmerzen sind definiert als Schmerzen, die länger als 12 Wochen andauern. Patienten mit chronischen Rückenschmerzen verursachen etwa die Hälfte der Kosten, die für die Behandlung von Rückenschmerzen aufgewandt werden.