

Für Sie analysiert

S2k-Leitlinie Spezifischer Kreuzschmerz Kurz nach Veröffentlichung der überarbeiteten Nationalen VersorgungsLeitlinie (NVL) Nicht-spezifischer Kreuzschmerz erschien im Januar 2018 die Leitlinie Spezifischer Kreuzschmerz. Stephanie Moers, die die Leitlinie für physio-praxis analysiert hat, ist überrascht, welche Syndrome die Leitlinie zum spezifischen Kreuzschmerz zählt und dass Physiotherapie in dieser Version nur eine marginale Rolle spielt.

➔ Nachdem Ende 2017 die überarbeitete Auflage der NVL Nicht-spezifischer Kreuzschmerz erschien (PHYSIOPRAXIS 4/18, S. 14), gibt es seit Januar 2018 ergänzend dazu die neue Leitlinie Spezifischer Kreuzschmerz. Verantwortlich ist die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC). Sie hat die Leitlinie zusammen mit 13 medizinischen Fach-



Die Leitlinie basiert auf einem Konsens aller beteiligten Fachgesellschaften und Verbände. Nicht dabei: Vertreter der Physiotherapie.

gesellschaften, Berufsverbänden und Patientenvertretern herausgegeben [1]. Einsehbar ist die Leitlinie unter: www.awmf.org/leitlinien.

Laut Herausgebern können Mediziner die Leitlinie dann heranziehen, wenn der Verdacht auf einen spezifischen Kreuzschmerz besteht und wenn die leitliniengerechte Therapie nach NVL Nicht-spezifischer Kreuzschmerz nicht zielführend ist. Die neu erschienene Leitlinie definiert Begriffe, Diagnose und Therapie einzelner Krankheitsbilder. Sie basiert auf einem Konsens der Beteiligten und ist daher als S2k-Leitlinie einzustufen. Die NVL Nicht-spezifischer Kreuzschmerz hingegen basiert

auf einer systematischen Literaturrecherche und einer formalen Konsensfindung und ist deshalb eine S3-Leitlinie.

Um den spezifischen Kreuzschmerz zu diagnostizieren, ist laut der neuen Leitlinie eine ausführliche Schmerzanalyse notwendig, die ein Gespräch, eine klinisch-orthopädische, klinisch-neurologische, schmerzpalpatorische und funktionspalpatorische Untersuchung, eine Laboruntersuchung und Bildgebung umfasst. Ärzte sollen außerdem eine psychische Komorbidität bei der Diagnostik und Therapie spezifischer Kreuzschmerzen berücksichtigen, besonders bevor sie operativ Maßnahmen ergreifen.

Die Leitlinie unterscheidet morphologische, funktionelle und psychosoziale Entitäten. Unter den morphologischen Betrachtungsgegenständen listet die Leitlinie neun Pathologien auf:

- Lumbales Facettensyndrom
- Diskogenes Lumbalsyndrom bis Osteochondrosis vertebralis
- Axiale Spondylarthritis
- Morbus Bastrup
- Spinalkanalstenose
- Spondylolyse und Spondylolisthese
- Bandscheibenvorfall
- Osteoporotische Wirbelkörperfraktur
- Pathologische Prozesse in den Sakroiliakalgelenken

Zu den funktionellen Entitäten als spezifische Ursache zählt die Leitlinie:

- Myofasziale Dysfunktion
- Hypomobile segmentale Dysfunktion der LWS (Blockierung)

Im Kapitel psychosoziale Entitäten verweist die Leitlinie Spezifischer Kreuzschmerz auf andere Leitlinienentwürfe (Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden und Fibromyalgiesyndrom).

Spezifisch oder nicht-spezifisch?

Es ist erstaunlich, wie viele Syndrome und Dysfunktionen die Leitlinie zum spezifischen Kreuzschmerz zählt. Es kommt wohl auf die Definition des nicht-spezifischen oder spezifischen Kreuzschmerzes an, welche Syndrome man welcher Gruppe zuordnet.

Laut Prof. Dr. Bernd Kladny, Chefarzt der Abteilung Orthopädie und Unfallchirurgie der m&i-Fachklinik Herzogenaurach, der die Leitlinie mit erstellt hat, liege dem spezifischen Kreuzschmerz eine pathologisch veränderte Struktur zugrunde, woraus sich therapeutische Konsequenzen ergäben [2]. Wenn

aber eine diagnostizierbare, pathologisch veränderte Struktur, die mit den klinischen Symptomen korreliert, Ursache eines spezifischen Kreuzschmerzes ist, dann erschließt sich nicht, warum die neu erschienene Leitlinie funktionelle Entitäten wie ein myofasziales Schmerzsyndrom oder eine hypomobile segmentale Dysfunktion zum spezifischen Kreuzschmerz zählt.

Pathologisch veränderte Strukturen können zudem völlig symptomlos bleiben. Die Prävalenz einer in der Bildgebung sichtbaren

Bildgebung
Für die Diagnose spezifischer Kreuzschmerz ist in der Regel eine Bildgebung notwendig.



Abb.: robuart/istockphoto.com

Was steht dazu in der NVL Nicht-spezifischer Kreuzschmerz?

Die NVL Nicht-spezifischer Kreuzschmerz bemerkt dazu: „Die Abgrenzung zwischen nicht-spezifischen und spezifischen Kreuzschmerzen ist in der Praxis nicht einfach“ [5]. Die NVL Nicht-spezifischer Kreuzschmerz warnt explizit vor ausufernder Diagnostik, wenn die sorgfältige Anamnese und klinische Untersuchung keine Anhaltspunkte für eine spezifische Ursache der Kreuzschmerzen bieten, da man „bei einer intensiven Diagnostik ohne klinischen Verdacht nur in Ausnahmefällen eine spezifische Diagnose erwarten kann. Diese fördert dagegen eine iatrogene Fixierung und somit eine Chronifizierung der Schmerzen“ [5–8]. Zudem führt die NVL Nicht-spezifischer Kreuzschmerz nur folgende Pathologien unter den spezifischen Ursachen für Kreuzschmerzen auf, auf deren klinische Zeichen Ärzte in der Anamnese und Untersuchung beachten müssen:

- Fraktur/Osteoporose
- Infektion
- Radikulopathie/Neuropathien
- Tumor/Metastasen
- Axiale Spondylarthritis

Von einem Facettensyndrom oder einer myofaszialen Dysfunktion, wie die Leitlinie Spezifischer Kreuzschmerz sie als Ursachen aufführt, ist in der NVL Nicht-spezifischer Kreuzschmerz keine Rede.

Außerdem unterscheiden sich die beiden Kreuzschmerz-Leitlinien in einem weiteren Punkt. Die Verfasser der neuen Leitlinie Spezifischer Kreuzschmerz geben an: Wenn keine Anzeichen für einen spezifischen Kreuzschmerz vorhanden sind, sollen Ärzte für drei Wochen nach der NVL Nicht-spezifischer Kreuzschmerz vorangehen. Tritt aber in diesen drei Wochen keine Verbesserung beim Patienten ein und läge ein Verdacht für einen

Facettendegeneration bei asymptomatischen Patienten zwischen 50 und 60 Jahren liegt laut eines Reviews von Waleed Brinjikji und seinem Team zum Beispiel bei 32 Prozent, die einer Diskusdegeneration sogar bei 80 Prozent (☞ TAB. 1, S. 12) [3]. Es könnte daher sein, dass die klinischen Symptome eines Patienten nicht von den auf dem MRT-Bild sichtbaren pathologisch veränderten Strukturen herrühren.

Auch die Interpretation der MRT-Bilder scheint nicht unproblematisch zu sein: Der Radiologe Richard Herzog und Kollegen ließen an zehn verschiedenen Zentren MRT-Aufnahmen von einer Patientin anfertigen und von den zuständigen Radiologen interpretieren [4]. Insgesamt fanden die begutachtenden Radiologen 49 verschiedene Befunde. Kein Befund tauchte übereinstimmend in allen zehn

Berichten auf, und nur ein Befund, eine anteriore Spondylolisthese im Segment L5/S1, fand sich in neun der zehn Berichte. Richard Herzog und sein Team bescheinigten den Radiologen daher eine schwache Übereinstimmung in ihrer Interpretation der MRT-Aufnahmen.

Die Diagnose und die Subgruppierung in einen spezifischen oder nicht-spezifischen Kreuzschmerz scheinen laut dem Radiologen Herzog aufgrund dieser Ergebnisse vom MRT-Gerät und vom Radiologen, der das Gutachten angefertigt hat, abzuhängen.



Die Abgrenzung zwischen nicht-spezifischen und spezifischen Kreuzschmerzen ist in der Praxis nicht einfach.

spezifischen Kreuzschmerz vor, könnte die neue Leitlinie Spezifischer Kreuzschmerz herangezogen werden. Die NVL Nicht-spezifischer Kreuzschmerz empfiehlt Ärzten, auch

nach vier bis sechs Wochen Schmerzdauer und unzureichendem Therapieerfolg erneut zu überprüfen, ob Ursachen vorliegen, bei denen eine spezifische Behandlung indiziert ist. Gleichzeitig weist diese Leitlinie auf ein Screening psychosozialer Faktoren anhand geeigneter Fragebögen hin (PHYSIOPRAXIS 5/16, S. 46). Davon ist in der neuen Leitlinie keine Rede. Nur die beiden Unterpunkte Spondylolyse und hypomobile Dysfunktion erwähnen vorhandene psychosoziale Faktoren als Chronifizierungsrisiken. Kritisch zu bemerken ist hier, dass drei Wochen eventuell etwas zu kurz gedacht sind, um in jedem Fall eine Verbesserung der zunächst als nicht-spezifisch deklarierten Kreuzschmerzen zu erwarten.

Welche Rolle spielt die Physiotherapie?

Bei den morphologischen Entitäten Facettensyndrom, Spinalkanalstenose, symptomatische degenerative oder isthmische Spondylolisthese empfiehlt die Leitlinie Physiotherapie als Therapieoption. Postoperative Physiotherapie kommt nach Dekompressionsoperation bei Spinalkanalstenose in Frage. Bei einem diskogenen Lumbalsyndrom ist es ratsam, die Rumpfmuskulatur aufzutrainieren. Bei der axialen Spondylarthrose ist unter anderem Eigengymnastik erwünscht.

Insgesamt ist bei der Therapie der morphologischen Entitäten folgendes Statement in der neuen Leitlinie Konsens: „Ist die Symptomatik konservativ therapierefraktär, so kann die Indi-



Manuelle Therapieverfahren empfiehlt die Leitlinie bei myofasziellen und segmentalen hypomobilen Dysfunktionen.

kation zur Operation erwogen werden.“ Beispielsweise stimmen bei einer degenerativen Spondylolisthese diesem Konsens 89 Prozent aller beteiligten Fachgesellschaften und Verbände zu. 92 Prozent Zustimmung gibt es beim Facettensyndrom, 100 Prozent beim diskogenen Lumbalsyndrom, bei der Spinalkanalstenose und der isthmischen Spondylolisthese.

radiologischer Befund	Alter (Jahre)						
	20	30	40	50	60	70	80
Diskusdegeneration	37%	52%	68%	80%	88%	93%	96%
Signalverlust des Diskus	17%	33%	54%	73%	86%	94%	97%
Größenverlust des Diskus	24%	34%	45%	56%	67%	76%	84%
Diskusschwellung	30%	40%	50%	60%	69%	77%	84%
Diskusprotrusion	29%	31%	33%	36%	38%	40%	43%
Anulusfissur	19%	20%	22%	23%	25%	27%	29%
Facettendegeneration	4%	9%	18%	32%	50%	69%	83%
Spondylolisthese	3%	5%	8%	14%	23%	35%	50%

TAB. 1 Geschätzte altersspezifische Prävalenz degenerativer radiologischer Befunde bei asymptomatischen Patienten [3]

Der Einsatz manueller Therapieverfahren sei laut Leitlinie bei myofasziellen Dysfunktionen aussichtsreich. Für ein nachhaltiges Behandlungsergebnis und zur Rezidivprophylaxe bei myofasziellen Dysfunktionen könne mit 100-prozentigem Konsens das Training der intermuskulären Koordination mit propriozeptivem Training sinnvoll sein. Die hypomobile segmentale Dysfunktion soll laut Leitlinie mit einem 89-prozentigen Konsens mit Methoden der Manuellen Medizin (Manipulation, Mobilisation, Weichteiltechniken) behandelt werden.

Wirft man einen Blick auf die beteiligten Fachgesellschaften, erklärt das eventuell, warum die Physiotherapie einen eher nebensächlichen Stellenwert bei den Therapieempfehlungen hat. Zwar war der Deutsche Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE) involviert, aber kein physiotherapeutischer Verband. Bei der Erstellung der NVL Nicht-spezifischer Kreuzschmerz waren dagegen der Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten e.V. (IFK) und der Deutsche Verband für Physiotherapie e.V. (ZVK) beteiligt. Laut ZVK entscheidet die federführende Gesellschaft, welche Verbände und Vereinigungen sich an der Erstellung der Leitlinie beteiligen. Der ZVK wurde bei der Erstellung dieser Leitlinie leider nicht angefragt.

Insgesamt bleibt nach dem Lesen der neuen Leitlinie eine gewisse Verwirrung

zurück. In manchen Punkten finden sich andere Angaben als in der NVL Nicht-spezifischer Kreuzschmerz. Aktive Physiotherapie spielt nur eine marginale Rolle, und psychosoziale Faktoren erwähnt sie nur bei zwei Pathologien. Eine kritische Diskussion, wie sinnvoll es ist, in spezifische und nicht-spezifische Kreuzschmerzen einzuteilen, wäre begrüßenswert, findet in der neuen Leitlinie jedoch leider nicht statt.

Stephanie Moers



Literaturverzeichnis
www.thieme-connect.de/products/physiopraxis >, Ausgabe 11-12/18

Autorin Themenscout



Stephanie Moers ist Physiotherapeutin, BA und hat einen Master in Angewandter Ethik im Gesundheits- und Sozialwesen. Sie arbeitet in einer Praxis in Freiburg und ist physiopraxis-Themenscout. Sie ist überzeugt: Physiotherapeuten sind bei Patienten mit Rückenschmerzen kompetente Ansprechpartner.