

48/m mit akuten Kreuzschmerzen

Vorbereitung auf die Facharztprüfung: Fall 2

Marco Roos

Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät, Universität Augsburg, Augsburg, Deutschland

Prüfungssimulation

Fallschilderung

In Ihrer Sprechstunde stellt sich ein 48-jähriger Patient mit akuten Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule vor. Gestern Abend verspürte er beim Aufheben eines Buchs urplötzlich einen stechenden Schmerz in dieser Region, sodass es ihm ganz schlecht geworden sei. Er habe in der Nacht schlecht geschlafen, da er so starke Schmerzen hatte. Der Schmerz sitze im linken tiefen Rücken und drücke. Lagewechsel beeinflussen die Schmerzintensität, führen jedoch nicht zur Schmerzremission. Weil es heute Morgen nicht besser geworden war, habe er sich in der Akutprechstunde vorgestellt. Sie kennen den Patienten nur flüchtig.

Der letzte Kontakt erfolgte vor 3 Jahren im Rahmen einer Gesundheitsuntersuchung mit unauffälligem Risikoprofil. Damals wurden die folgenden Werte erhoben:

- Gewicht 78 kg bei 168 cm Körpergröße (Body-Mass-Index [BMI] 27,6 kg/m²),
- Blutdruck 135/75 mm Hg,
- regelmäßige Herzfrequenz mit 68/min.

Die Laborwerte waren im Normbereich.

Prüfungsfragen

- Welche wichtigen Anamnesefragen würden Sie dem Patienten stellen, um Hinweise für abwendbar gefährliche Verläufe zu erhalten?
- Der Patient gibt lediglich Schmerzen im tiefen linken Rücken an. Welche körperlichen Untersuchungen würden Sie in diesem Fall durchführen?
- Die körperliche Untersuchung war unauffällig. Wie beraten Sie den Patienten?
- Der Patient ist unsicher und fragt zur Sicherheit nach einer Bildgebung. Was antworten Sie dem Patienten?
- Der Patient ist überrascht und fragt nach Möglichkeiten, ob man das Wiederauftreten in der Zukunft beeinflussen könne. Wie beraten Sie den Patienten?

Antworten

Welche wichtigen Anamnesefragen würden Sie dem Patienten stellen, um Hinweise für abwendbar gefährliche Verläufe zu erhalten?

- Kreuzschmerzen gehören zu den häufigsten Beratungsanlässen in der hausärztlichen Praxis. Die wichtigste Aufgabe besteht darin, Hinweise für Notfälle oder spezifische Ursachen von der großen Masse der **nichtspezifischen Kreuzschmerzen** zu filtern.
- Grob lässt sich feststellen: Von 100 Patienten mit Rückenschmerzen haben etwa 98 Patienten Schmerzen, die vom Rücken herrühren. Nur bei 2 Patienten haben die Schmerzen andere Ursachen, die nicht vom Rücken kommen (extravertebral). Von den etwa 98 Patienten mit vertebralem bedingten Schmerzen haben etwa 90 nichtspezifische Kreuzschmerzen. Nur bei etwa 8 haben die Schmerzen eine spezifische Ursache [1].
- Initial kann mit 2 Fragen zum Schmerzcharakter schnell eine grobe differenzialdiagnostische Einordnung erreicht werden und mit diesen Fragen lassen sich zielführend Hinweise auf die häufigsten Ursachen in der hausärztlichen Praxis finden:
 - Sind die Schmerzen bewegungsabhängig? (am ehesten nichtspezifisch)
 - Strahlen die Schmerzen in die Beine aus? (radikulär oder pseudoradikulär)
- Alle übrigen spezifischen Ursachen sind in der hausärztlichen Praxis *sehr selten*. Bei weiteren Anhaltspunkten in der Anamnese (oder körperlichen Untersuchung), können Fragen zu den folgenden Erkrankungsbereichen Hinweise auf abwendbar gefährliche Verläufe („red flags“) geben. Das Akronym FIRST dient als Gedankenstütze [1]:
 - **Frakturen** – Gab es ein (adäquates) Trauma oder ist der Hergang vereinbar mit einer pathologischen Fraktur? Fragen nach systemischer Steroidtherapie in der Vergangenheit.
 - **Infektion** – Gibt es Begleitsymptome wie Fieber (Abgeschlagenheit, rasche Ermüdbarkeit) oder Risikofaktoren wie beispielsweise vorhandene Immunsuppression, Infiltrationen an der Wirbelsäule, konsumierende Erkrankungen?
 - **Radikulopathie** – Ausstrahlung des Schmerzes (einseitig und beidseitig möglich) mit Einschränkung der sensiblen *und* motorischen Qualität, Paresen, plötzlich einsetzende Blasen-/ Mastdarmstörung (auch Harnverhalt),
 - **Spondylarthropathien** – Länger anhaltender Kreuzschmerz (> 12 Wochen), morgendliches Schmerzmaximum und Morgensteifigkeit (> 30 min), Steifigkeit der Wirbelsäule, andere Gelenke, die rezidivierend schmerzen; Beginn der Episoden vor dem 45. Lebensjahr.
 - **Tumor/Metastase** – onkologische Vorgeschichte und/oder Hinweise auf eine onkologische Erkrankung

Cave. Das Cauda-equina-Syndrom stellt einen neurochirurgischen Notfall dar und bedarf einer sofortigen stationären Einweisung. Akut behandlungsbedürftige Notfälle sind selten (etwa 0,01 %).

- Daneben gibt es noch „extravertebrale“ Ursachen, die jedoch meist mit weiteren zielführenden Symptomen einhergehen. Die Schmerzen sind hierbei meist nicht bewegungsabhängig [2]. Stellvertretend seien hier nur einige akute Erkrankungen genannt, die auch mit Rückenschmerzen einhergehen können [3]:
 - „akutes Abdomen“ – Cholezystolithiasis, Pankreatitis etc.;
 - Gefäßveränderungen – Aneurysmen, Aortendissektion etc.;
 - gynäkologische Ursachen – Endometriose, Adnexitis etc.;
 - psychische Ursachen – Depression etc.;
 - weitere Ätiologien – Urolithiasis, Polyneuropathien etc.

Merke. Die „red flags“ sind ein pragmatisches aber durch Forschung nicht gut gesichertes Konzept [2]. Eine „red flag“ bedeutet nicht automatisch, dass eine systematische Diagnostik, wie eine Bildgebung, oder eine Überweisung zum Ausschluss einer spezifischen Diagnose notwendig sind. Vielmehr erfordern Hinweise auf „red flags“ eine erhöhte Aufmerksamkeit in der Verlaufsbeobachtung. Aufgrund der Prävalenz ist auch bei einem Tumor in der Vorgeschichte ein nichtspezifischer Kreuzschmerz wahrscheinlicher.

Der Patient gibt lediglich Schmerzen im tiefen linken Rücken an. Welche körperlichen Untersuchungen würden Sie in diesem Fall durchführen?

- Das Ausmaß der körperlichen Untersuchung sollte sich an den Ergebnissen aus der Anamnese richten. Sind in der Anamnese keine Hinweise auf eine spezifische Untersuchung gegeben worden, empfiehlt sich eine körperliche Basisuntersuchung [4]:
 - Inspektion – Allgemeinzustand, (Schon-)Haltung, körperliche Beeinträchtigung, Hinweise auf Traumata oder Infektionen (Haut: Prellmarken, Rötungen, funktioneller Buckel);
 - Palpation – Einschätzung der lokalen Muskulatur und deren Schmerzempfindlichkeit (Verspannungen, Muskelwulst);
 - Perkussion – Druck-/Klopfschmerz über einzelnen Wirbelkörpern (Fraktur, Metastase) oder eher über muskulärem Skelett;
 - Kraftprüfung – Zehengang, Hakengang (Hinweise auf neurologisches Defizit);
 - Lasègue-Zeichen – Nervendehnungsschmerz, ggfs. Radikulopathie (■ **Abb. 1**).
- Auf eine weitere körperliche Untersuchung kann bei fehlenden Hinweisen in den bisher erhobenen Befunden verzichtet werden. Bei Hinweisen auf spezifische Ursachen soll die körperliche Untersuchung durch weitere Untersuchungen ergänzt werden.

Merke. Strahlen die Schmerzen nicht bis unter das Knie aus, ist eine radikuläre Wurzelreizung unwahrscheinlich.

Merke. Als positiven Lasègue bezeichnet man einen meist schon vorher in das Bein ausstrahlenden Schmerz der sich durch Anheben des Beins oft schon ab 20–30° verschlimmert und oft als einschließ-



Abb. 1 ▲ Durchführung des Lasègue-Manövers (beachte Technik mit unterstützender Hand). (Foto: Prof. Dr. Jean-François Chenot, Greifswald)

ënd beschrieben wird. Schmerzen in der Lendenwirbelsäule durch Entlordosierung in der Lendenwirbelsäule bedeuten keinen positiven Lasègue. Schmerzen auf der Rückseite des Oberschenkels meist ab $> 45^\circ$ sprechen eher für eine verkürzte ischiokrurale Muskulatur.

Achten Sie im Untersuchungsgang auf die korrekte Durchführung: Die untersuchende Hand hebt die Wade langsam nach oben – der Patient ist nicht gezwungen, den Muskeltonus zu erhöhen.

- Bei Verdacht auf eine radikuläre Ursache lassen sich anhand der funktionellen Anatomie spezifische Befunde in der körperlichen Untersuchung erheben (■ Tab. 1).

Die körperliche Untersuchung war unauffällig. Wie beraten Sie den Patienten?

Der Fall. Es ist wichtig, den Patienten darüber aufzuklären, dass in diesem Fall (glücklicherweise) mit hoher Wahrscheinlichkeit ein nichtspezifischer Kreuzschmerz vorliegt. Es gibt also keine Hinweise auf einen Auslöser, der in einer Schädigung von organischen Strukturen liegt. Plötzlich auftretende Kreuzschmerzen sind meist harmlos und bessern sich in der Regel nach kurzer Zeit wieder von allein. In solchen Fällen wird eine symptomatische Therapie empfohlen. Dazu gibt es nichtmedikamentöse und medikamentöse Maßnahmen. Die nichtmedikamentösen Maßnahmen haben dabei meist einen besseren Effekt, Medikamente unterstützen lediglich die nichtmedikamentösen Maßnahmen.

- Die wichtigsten Empfehlungen in der Akutphase sind [1]:
 - Passivität der Patienten, wie Bettruhe oder passive Therapieverfahren (z. B. Massagen), sind zu vermeiden, da sie das Potenzial für Rezidive und Chronifizierung erhöhen.
 - Motivation zu Beibehalten von körperlicher Aktivität so weit wie möglich: Körperliche Bewegung verursacht keine Schäden, sondern fördert eine Linderung der Beschwerden.
 - Zur Analgesie und Unterstützung des Beibehaltens der körperlichen Aktivität sollen nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR, wie z. B. Ibuprofen, Naproxen, Diclofenac etc.) in der am niedrigsten benötigten Dosis verordnet werden („so viel wie nötig, so wenig wie möglich“).
 - Paracetamol, Muskelrelaxanzien, Antidepressiva und Opiode sollten nicht zur Anwendung kommen.

Merke. Intravenös, intramuskulär oder subkutan applizierbare Schmerzmittel, Lokalanästhetika, Glukokortikoide und Mischinjektionen sollen nicht zur Behandlung nichtspezifischer Kreuzschmerzen angewendet werden.

Der Patient ist unsicher und fragt zur Sicherheit nach einer Bildgebung. Was antworten Sie dem Patienten?

- Wenn die Patienten nach der Empfehlung zum Verhalten bei akutem Kreuzschmerz nach weiteren diagnostischen Verfahren fragen, liegt die Begründung häufig in einem Gefühl von Unsicherheit und Belastung. Hierbei ist es wichtig, diese zu verbalisieren und die Patienten aufzuklären.
- Für viele Patienten sind plötzlich auftretende Kreuzschmerzen oft belastend, da sie den Alltag stark einschränken. Dadurch steigen eine gewisse Beunruhigung und der Gedanke, ob möglicherweise doch etwas Ernsthaftes dahinterstecken könnte. Als Behandelnde sollte man auf folgende Aspekte in der Aufklärung besonders achten:
 - Verbalisieren von Ängsten und Sorgen (z. B. „Ich habe das Gefühl, Sie haben Sorge, es könnte was Ernsthaftes hinter den Schmerzen stecken?“).
 - Aufklärung, warum man in der Rolle als Behandelnder zu dieser Diagnose kommt (z. B. „Ich habe Ihnen wichtige Fragen gestellt, die das Risiko einer anderen Ursache abschätzen. Dazu habe ich in der körperlichen Untersuchung keine Hinweise auf eine andere Ursache gefunden.“).
 - Etablieren eines Sicherheitsnetzes (z. B. „Sollten die Beschwerden nicht besser werden, können Sie sich gerne wieder bei mir vorstellen, dann beurteilen wir Ihre Schmerzen erneut.“).

Tab. 1 Zuordnung der Nervenwurzeln der Lendenwirbelsäule und funktionelle Anatomie					
Wurzel	Kennmuskel(n)	Nerven	Kraftprüfung	Reflex	Dermatom
L1-3	Hüftbeuger/-adduktoren	N. ischiadicus	Hüftbeugung	Kremasterreflex (Fremdreflex)	Oberschenkel
L2-4	M. quadriceps femoris	N. femoralis	Unterschenkelstreckung	Patellasehnenreflex	Medialer Fußrand
L5	M. extensor hallucis	N. peroneus profundus	Hackengang	Tibialis-posterior-Reflex (nicht regelhaft auslösbar)	Fußrücken
S1	M. triceps surae	N. tibialis	Zehengang	Achillessehnenreflex	Lateralen Fußrand
S4-5	M. sphincter ani	N. pudendus	Analtonus	Analreflex (Fremdreflex)	Perianale Haut

- Hinweis auf die Verantwortung zum Schutz des Patienten (z. B. „Durch unnötige Untersuchungen können Veränderungen an Ihrem Rücken entdeckt werden, die jedoch nicht Ursache der Schmerzen sind. Das kann Ängste wecken und Sie belasten. Die Schmerzen können dadurch dauerhaft werden. Zudem können unnötige Behandlungen die Folge sein, die Ihnen mehr schaden als nutzen.“).

Merke. Die Bildgebung trägt ohne einen richtungsweisenden Befund in der Anamnese und körperlichen Untersuchung nichts bei, sie kann wegen der regelhaft vorhandenen degenerativen Veränderungen sogar die Angst-Vermeidungs-Überzeugungen fördern und die Genesung behindern [5].

Der Patient ist überrascht und fragt nach Möglichkeiten, ob man das Wiederauftreten in der Zukunft beeinflussen könne. Wie beraten Sie den Patienten?

- Der wichtigste Aspekt zur Vorbeugung von chronisch rezidivierenden nichtspezifischen Kreuzschmerzen ist die Beratung (inkl. unterstützendem Material) zur Entwicklung eines veränderten Krankheitsverständnisses und einer besseren Gesundheitskompetenz. Die Beratung sollte vor dem biopsychosozialen Hintergrund des Individuums angepasst werden. Als wichtigste Faustformel gilt, dass regelmäßige körperliche Aktivität und Konditionsaufbau (vermutlich) den besten Schutz vor Chronifizierung liefern.
- Diese Grundannahme sollte durch die Beachtung individueller Faktoren ergänzt werden:
 - Aufklärung zur im Regelfall günstigen Prognose von Rückenschmerzen;
 - Klärung, dass eine starke Bauch- und Rückenmuskulatur nicht durch Medikamente, Injektionen oder Massagen gefördert wird;
 - Aufklärung, dass eine regelmäßige körperliche Aktivität das Wiederauftreten von nichtspezifischen Kreuzschmerzen reduziert;
 - Entwicklung eines Krankheitsmodells zum Kreuzschmerz: Bedeutung regelmäßiger kurzer Erholungspausen im Alltag. Bedeutung einer ausgewogenen Balance zwischen Be- und Entlastung;
 - Lebensstilberatung inkl. Veränderung von Risikofaktoren (z. B. Rauchstopp), Ernährung und Hinweisen, wie muskelbasierte Aktivität in den Alltag integriert werden kann (z. B. mit dem Fahrrad zur Arbeit fahren).
 - Information und Schulung – basierend auf einem biopsychosozialen Krankheitsmodell über die Entstehung und den Verlauf von Kreuzschmerzen – sollten in die Prävention einbezogen werden (siehe auch [6]).
 - Maßnahmen am Arbeitsplatz (ergonomische Gestaltung, Verhaltensprävention, Förderung der Arbeitsplatzzufriedenheit) sollten zur Prävention von Kreuzschmerzen eingesetzt werden.

Schlüsselwörter. Nichtspezifischer Kreuzschmerz · latrogene Fixierung · Bewegungsprävention

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Marco Roos

Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät, Universität Augsburg
Stenglinstr. 2, 86156 Augsburg, Deutschland
marco.roos@med.uni-augsburg.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. M. Roos gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden vom Autor keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien. Für Bildmaterial oder anderweitige Angaben innerhalb des Manuskripts, über die Patient/-innen zu identifizieren sind, liegt von ihnen und/oder ihren gesetzlichen Vertretern/Vertreterinnen eine schriftliche Einwilligung vor.

The supplement containing this article is not sponsored by industry.

Literatur

1. (2017) Nationale Versorgungsleitlinie „Nicht-spezifischer Kreuzschmerz“ Langfassung. <https://www.leitlinien.de/themen/kreuzschmerz/> (Version 1). Zugegriffen: 08.05.2023
2. Downie A, Williams CM, Henschke N, Hancock MJ, Ostelo RW, de Vet HC, Macaskill P, Irwig L, van Tulder MW, Koes BW, Maher CG (2013) Red flags to screen for malignancy and fracture in patients with low back pain: systematic review. *BMJ* 11(347):f7095
3. Chenot JF (2009) Extravertebrale Ursachen von Rückenschmerzen. *Z Allg Med* 85:508–512
4. Chenot JF (2018) Schritt-für-Schritt „Rückenschmerz: Gezielte Anamnese und klinische Untersuchung“. *Dtsch Med Wochenschr* 143:1556–1563
5. Lemmers GPG, van Lankveld W, Westert GP, van der Wees PJ, Staal JB (2019) Imaging versus no imaging for low back pain: a systematic review, measuring costs, healthcare utilization and absence from work. *Eur Spine J* 28(5):937–950
6. Patientenleitlinie. <https://www.patienten-information.de/patientenleitlinien/kreuzschmerz>