

Akute Lumbalgie¹

H. Wolff, H. Stalder, P. A. Guerne

Einleitung

Definitionen

Bei der Lumbalgie handelt es sich um einen Schmerz in der unteren Lumbalregion. Dieser kann mit einer Beweglichkeitseinschränkung und Steifigkeit verbunden sein. Beim Ischiassyndrom oder Lumbago-Ischiassyndrom strahlen die Schmerzen vom Rücken dem Ischiasnerv entlang in die untere Extremität aus. Kann man keine bestimmte Ursache für die Lumbalgie feststellen, spricht man von unspezifischer Lumbalgie.

Dauern die Beschwerden weniger als einen Monat, spricht man von akuter, andernfalls von chronischer Lumbalgie.

Bedeutung der Lumbalgie in der Hausarztpraxis

50 bis 85% der Bevölkerung leiden zumindest einmal im Laufe ihres Lebens an Rückenschmerzen. Die Prävalenz der akuten Lumbalgie liegt zwischen 20% und 45% pro Jahr und die akute Lumbalgie ist die zweithäufigste Klage, deretwegen Patienten einen Arzt aufsuchen. Das Leiden nimmt in der Regel einen günstigen Verlauf und ist innert 6 bis 12 Wochen geheilt. 10% verlaufen jedoch weniger günstig, und diese verursachen 75% der Kosten; unter den Patienten, die 6 Monate lang arbeitsunfähig gewesen sind, werden 50% nie wieder zur Arbeit zurückkehren, und hat die Arbeitsunfähigkeit erst einmal 2 Jahre andauert, steigt dieser Anteil bis auf 90% [1, 2]!

Lumbalgien gehören zu den 5 häufigsten Gründen, deretwegen Patienten ihren Arzt aufsuchen. 2,8% bis 6% der Konsultationen in der Hausarztpraxis betreffen Lumbalgien [3, 4]. In den Industrieländern haben die Kosten der Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Leiden des Bewegungsapparates seit den 50er Jahren explosionsartig zugenommen. In Grossbritannien hat sich die Dauer der Arbeitsunfähigkeit zwischen 1955 und 1991 verzehnfacht [5]. Die durch Lumbalgien verursachten Kosten haben gleichermassen zugenommen. Da die Inzidenz im Alter von 40 bis 60 Jahren am höchsten ist, ist die aktive Bevölkerung stark betroffen. Die damit verbundenen Kosten sind zu 90% indirekte Kosten, hauptsächlich Arbeitsunfähigkeit und Invalidität [2].

Aus diesen Gründen hat der Hausarzt bei der Betreuung von Patienten mit akuter Lumbalgie eine be-

sonders grosse Verantwortung. An ihm liegt es, unnötige Gesundheitskosten zu vermeiden und, wenn immer möglich, ein chronisches Leiden zu verhindern.

Differentialdiagnose

Die bei weitem häufigste Form der akuten Lumbalgie ist die unspezifische Lumbalgie. Sie macht etwa 85% der Fälle aus. Definitionsgemäss lässt sich eine spezifische Ätiologie nicht feststellen, weder in der Anamnese, klinischen Untersuchung noch in den Spezialuntersuchungen. Die Ursachen sind vielfältig (Überdehnungen, Kontrakturen, Dysfunktion von Bändern, Muskeln, Zwischenwirbelgelenken und Bandscheiben) und treten wohl auch oft kombiniert auf. Eine genauere Diagnose ist beim gegenwärtigen Stand der Kenntnisse für die weitere Behandlung unwesentlich. Allerdings darf man auf keinen Fall eine spezifische Ursache übersehen. Spezifische Ursachen sind zwar selten, ihre Differentialdiagnose jedoch sehr weit gefächert (Tabelle 1).

Abklärung

Anamnese

Eine gezielte Anamnese ist wichtig, um allfällige schwere körperliche Erkrankungen auszuschliessen. Folgende Punkte sind dabei vor allem wesentlich: Dauer und Art der Beschwerden, Allgemeinsymptome (Fieber, Gewichtsverlust, Müdigkeit), Rezidive, auslösende Faktoren, Beschreibung der Schmerzen, Lokalisation, Funktionseinschränkung, Ausstrahlung, ähnliche frühere Episoden. Sehr wichtig ist es, auch das physische und psychosoziale Umfeld abzuklären.

Klinische Untersuchung

Eine sorgfältige klinische Untersuchung ist unbedingt notwendig. Neben einem allgemeinen Status und der Untersuchung der Wirbelsäule (Statik, Beweglichkeit, Palpation, Perkussion, Finger-Boden-Abstand, Schober) sollte auch eine genaue neurologische Untersuchung durchgeführt werden.

Die meisten schweren Erkrankungen lassen sich durch eine sorgfältige Anamnese und klinische Untersuchung feststellen. Allerdings gibt es kaum Symptome und klinische Zeichen, die sowohl spezifisch

¹ La version française de cet article a été publiée dans le numéro 3/2005 de PrimaryCare.

Tabelle 1. Differentialdiagnose der unspezifischen akuten Lumbalgie.

Degenerative und/oder mechanische Prozesse	Spondylarthrose* verengter Wirbelkanal Listhesis +/- segmentale Instabilität der Wirbelsäule Diskushernie Skoliose, übermäßige Kyphose oder Lordose
Infektionen	Spondylodiscitis Epiduralabszess
Tumoren	Primärtumor Metastasen in der Wirbelsäule
Frakturen / Einbrüche	Wirbelkörperbrüche Wirbelfraktur, Beckenfraktur
Entzündlicher Rheumatismus	seronegative Spondylarthropathien mit Befall der Wirbelsäule
Neurologische Erkrankungen	Lyme-Krankheit diabetische Plexopathie
Retroperitoneale und abdominale Prozesse	Erkrankungen der Nieren (Pyelonephritis, perinephritischer Abszess) und Ureteren (Lithiasis) Aortenaneurysma Tumoren Hämorrhagie Pankreatitis, Neoplasma des Pankreas Cholezystitis Ulkerkrankung gynäkologische Erkrankungen

*die Korrelation zwischen Lumbalgie und radiologischen Anzeichen für eine Spondylarthrose ist sehr schlecht, Spondylarthrosen bleiben meist asymptomatisch

Tabelle 2. Warnzeichen.

Schmerzqualität	Ruhschmerz, vor allem nachts, der weder von der Lage noch von der Belastung abhängig ist Morgensteifigkeit von mehr als 1 Stunde Dauer Schmerz reagiert nicht auf die Behandlung und/oder nimmt zu Schmerz in den Wirbelknochen bei Perkussion oder Erschütterung
Alter	erste Episode vor dem 20. oder nach dem 50. Altersjahr
Anzeichen einer Infektion	Fieber begleitende Haut- oder Harnwegsinfektion
Komorbidität	Neoplasie Osteoporose Immunschwäche intravenöser Drogenkonsum
Neurologische Symptome	progressive Parese oder Dysmetrie an einem Glied (Achtung: Werden am Psoas (L2-L4) und am Glutaeus (L5) leicht übersehen) Harnverhalt (oft übersehen), Gefühlsstörung in der Gesäßgegend neu aufgetretene Inkontinenz gesteigerte Reflexe, erhöhter Tonus, pathologische Reflexe
Medikamente	langdauernde Kortikoidtherapie, Immunsuppression
Dauer	nach 4 Wochen adäquater Behandlung immer noch keine Besserung
Trauma	Status nach Trauma
Gewicht	nicht erklärbare Gewichtsabnahme

wie sensitiv sind. Zudem ist die Übereinstimmung zwischen verschiedenen Beobachtern in der Beurteilung klinischer Symptome schlecht [6]. Aus diesem Grund ist es wichtig, systematisch nach bestimmten Warnzeichen zu suchen (Tabelle 2) [6, 7].

Funktionelle (früher sog. «nicht organische») Symptome

Liegen 3 oder mehr der 5 Symptome aus Tabelle 3 vor, besteht der Verdacht auf eine Überlagerung im weitesten Sinn (sei dies nun bewusst oder unbewusst). Oft liegen in solchen Fällen psychosoziale

Tabelle 3. Funktionelle Symptome («Zeichen für das Vorliegen eines nicht organischen Leidens»).

Symptom	Beschreibung
Unspezifische Schmerzen	oberflächlich und diffus kein Bezug zu anatomischen Strukturen
Simulationstest (Auslösen der Lumbalgie)	Druck in axialer Richtung auf den Kopf passive Rotation von Rumpf und Becken mit den Armen am Körper
Tests unter Ablenkung	Lasègue positiv im Liegen, negativ im Sitzen am Bettrand
Neurologische Störungen ohne systematisches Muster	schlaffe Muskelschwäche ohne Bezug zu einem Myotom Sensibilitätsstörungen ohne Bezug zu einem Dermatom
Übertriebene Reaktion	übertrieben wortreiche Beschreibung Grimassen schlechtes Allgemeinbefinden Schwitzen

Liegen 3 oder mehr der oben stehenden Anzeichen vor, besteht der Verdacht auf eine nichtorganische Ursache des Leidens.

Tabelle 4. Gezielte Zusatzuntersuchungen.

Untersuchung	Indikationen
Infektionsparameter (Blutsenkung, CRP)	Anzeichen einer entzündlichen, infektiösen oder tumoralen Erkrankung, oder Ausbleiben einer Besserung nach 2–4 Wochen
Standardröntgenaufnahme (a.p. und seitlich)	bei Verdacht auf statische Probleme, pathologische Knochenprozesse, Gelenksaffektionen
CT / MRI	wesentliche neurologische Symptome* Befall mehrerer Nervenstränge starke radikuläre Symptome, radikuläre Symptome persistieren oder sind progredient Verdacht auf Infektion oder Tumor Anzeichen für Kaudasyndrom oder Myelokompression
Ultraschall der Harnwege	Anzeichen für Kaudasyndrom oder Myelokompression

* Liegen Anzeichen einer radikulären Reizung und/oder diskrete neurologische Ausfälle vor und sind diese nicht progredient, kann zunächst auf zusätzliche Untersuchungen verzichtet werden.

Probleme (Depression, Stress), Probleme im Beruf (mangelnde Erfüllung), Phobien (Kanzerothobie), Probleme in der Beziehung zur Umgebung (wenn z.B. die Schmerzen von der Umgebung am Arbeitsplatz, in der Familie oder vom Arzt nicht ernst genommen werden) oder auch Probleme mit Versicherungen vor, und es gilt, mit dem nötigen Feingefühl danach zu forschen. Sind solche funktionellen Beschwerden vorhanden, besteht besondere Gefahr der Chronifizierung [8–10].

Ergänzende Untersuchungen

Bei gewöhnlicher unspezifischer Lumbalgie sind keine weiteren Untersuchungen nötig. Die radiologischen Befunde korrelieren schlecht mit den subjektiven Beschwerden. Wenn jedoch Warnzeichen vorhanden sind, müssen gezielte weitere Untersuchungen durchgeführt werden (Tabelle 4) [11–13].

Behandlung und Betreuung bei unspezifischer Lumbalgie [11, 14–16]

Wichtig ist es, den Patienten in geeigneter Weise zu informieren und dabei den gutartigen Charakter des Leidens und die günstige Prognose hervorzuheben. Von Anfang an sollte man auch den psychosozialen und beruflichen Aspekten die nötige Aufmerksamkeit schenken.

Betruhe ist meist kontraproduktiv. Frühe Mobilisierung ist wichtig, um die Heilung zu beschleunigen [17]. Der Patient kann selbst je nach Wunsch Wärme oder Kälte anwenden. Man muss ihm, eventuell unter Beizug eines Physiotherapeuten, zeigen, welche Bewegungen und Haltungen er vermeiden sollte, insbesondere mechanische Überbelastung durch schwere Lasten oder ungünstige Hebeleffekte, Vorbeugen des Rumpfes ohne Stütze und längeres Sitzen.

Medikamentöse Behandlung [18]

Von der ersten Konsultation an ist eine wirksame Analgesie anzustreben (u.a. um spätere schlechte Erinnerungen an ein schmerzhaftes Leiden zu vermeiden). Dazu eignet sich Paracetamol (1 g 3–4mal täglich), welches man auch mit Codein oder nichtsteroidalen Entzündungshemmern (NSAR) kombinieren kann. Muskelrelaxanzien sind dann indiziert, wenn eine Muskelverspannung objektiviert werden kann.

Diese Behandlung dauert normalerweise 3–10 Tage. Bei ungenügendem Ansprechen oder sehr starken Schmerzen sind Opiode indiziert.

Physiotherapie – manuelle Medizin

Physiotherapie ist in den ersten zwei Wochen nicht indiziert, weil sich die Erkrankung in 90% der Fälle spontan bessert. Später hingegen kann sie dazu beitragen, ungünstigen Entwicklungen vorzubeugen oder diese zu korrigieren: schlechte Wirbelsäulenhaltung, deutliche Versteifung, gestörte Selbstwahrnehmung, Schwächung der Bauch- und Rückenmuskulatur.

Manuelle Medizin kann wirksam sein, aber sie ist nur dann indiziert, wenn die Schmerzen länger als 2 Wochen andauern. Bleibt eine deutliche und nachhaltige Wirkung aus, soll man damit nicht weiterfahren.

Infiltration, Injektionen

Sind ein oder zwei umschriebene Punkte auf Druck oder Bewegung schmerzhaft, kann eine Infiltration mit einem Anästhetikum oder einem Kortikosteroid an der schmerzhaften Stelle nützlich sein. Hingegen ist eine Wirkung von intraartikulären Infiltrationen in die Zwischenwirbelgelenke bei der akuten unspezifischen Lumbalgie nicht erwiesen.

Prognose

Die Heilungsrate der akuten Lumbalgie beträgt 90% innerhalb der ersten 6 Wochen. Danach jedoch wird die Heilung langwierig und unsicher. Das Rezidivrisiko bei akuter Lumbalgie ist beträchtlich, es beträgt 20–44% im Laufe eines Jahres [2]. Liegt ein radikuläres Syndrom vor, dauert die Heilung länger, mit einer Heilungsrate von 50% innerhalb des ersten Monats [19]. Bei höherem Alter, länger dauernden Schmerzen und Symptomen einer funktionellen Störung besteht ein höheres Risiko für eine Chronifizierung [10]. Psychosoziale Faktoren wie mangelnde berufliche Befriedigung, weniger zufriedenstellende Entlohnung, ungünstige versicherungstechnische Situation sowie allgemeine Ängstlichkeit gehen ebenfalls mit schlechterer Prognose einher. Weiter kann sich eine psychiatrische Anamnese wie Abhängigkeit, Persönlichkeitsstörungen, Phobien und ängstlich-depressive Zustände erschwerend auswirken [20].

Weitere Betreuung, Nachkontrollen

In Anbetracht der günstigen Prognose der akuten Lumbalgie ist es nicht unbedingt nötig, den Patienten zu einer Nachkontrolle zu bestellen. Man sollte ihm aber empfehlen, sich wieder zu melden, wenn die Beschwerden mit der verschriebenen Behandlung nicht innert 4–7 Tagen verschwinden, oder zusätzliche Beschwerden (z.B. Fieber, neurologische Symptome) auftreten. Arbeitsunfähigkeit soll man zurückhaltend attestieren, höchstens 3–5 Tage, wenn unbedingt nötig.

Prävention

Es gibt verschiedene Bücher, Broschüren sowie Internetsites für Patienten (Schlüsselbegriffe: Lumbalgie, Patient/Prävention), die aufzeigen sollen, wie sich schädliche Gewohnheiten und Tätigkeiten vermeiden lassen und wie man verhüten kann, dass Rückfälle auftreten oder das Leiden chronisch wird. Beispiele solcher Publikationen sind: «Rückenschmerz» (Mepha Pharma), «Dos» (Ecole du dos, Georg éditeur SA, Genève). Solche Publikationen können nach Abheilung der akuten Episode sowie bei Rezidiven sinnvoll sein.

Die drei wichtigsten Punkte, die man sich merken sollte

Die akute Lumbalgie ist häufig und meist gutartig. Die Heilungsrate in den ersten 6 bis 12 Wochen liegt bei 90%.

Die häufigste Ursache von lumbalen Schmerzen ist die unspezifische Lumbalgie. Ausser einer sorgfältigen Anamnese sowie klinischen und neurologischen Untersuchungen sind hier keine weiteren Abklärungen nötig. Es muss jedoch immer sorgfältig nach Warnzeichen gesucht werden.

Es ist wichtig, eine Chronifizierung des Leidens zu verhindern. Eine wirksame Analgesie (rasch und energisch behandeln), eine frühe Mobilisierung, der Einbezug psychosozialer Faktoren und eine gute Aufklärung des Patienten helfen, dieses Ziel zu erreichen.

Datum der ersten Ausgabe: 25. April 1997 von B. Leuba-Manueddu und H. Stalder
Aktualisierung: 10. April 2003 von H. Wolff, H. Stalder und P.-A. Guerne
Für weitere Auskünfte, Kommentare oder Fragen wende man sich an: Hans.Stalder@hcuge.ch
Diese «Stratégie» ist in französisch auch auf dem Internet unter: <http://www.hcuge.ch/dmc> abrufbar.

Literatur

- 1 Andersson GB. Epidemiological features of chronic low-back pain. Review. *Lancet* 1999;354:581–5.
- 2 van Tulder M, Koes B, Bombardier C. Low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2002;16:761–75.
- 3 Lehmann P, Abelin T. Les dorsalgies en médecine ambulatoire. *Med Hyg* 1986;44:376–81.
- 4 Hart GL, Deyo RA, Cherkin DC. Physicians office visits for low back pain: Frequency, clinical evaluation, and treatment patterns from a U.S. national survey. *Spine* 1995;20:11–9.
- 5 Back pain. Bandolier-evidence based health care 1995;19:147–50.
- 6 Deyo RA, Rainville J, Kent DL. What can the history and physical examination tell us about low back pain? *JAMA* 1992;268:760–5.
- 7 Spitzer WO. Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders: a monograph for clinicians. Report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders. *Spine* 1987;12:632–44.
- 8 Waddell G, McCullouch JA, Kummel E, Verner RM. Non organic physical signs in low back pain. *Spine* 1980;5:117–25.
- 9 Waddell G, Bircher M, Finlayson D, Main CJ. Symptoms and signs physical disease or illness behaviour? *BMJ* 1984;289:739–41.
- 10 De Goumoëns P. Non organiques oui, mais pas non authentiques ... Du bon usage des signes comportementaux de Waddell et Kummel dans les lombalgies chroniques. *Med Hyg* 2003;61:551–4.
- 11 Keel P, Weber M, Gauchat MH, et al. Back in time: Lombalgies: recommandations pour le diagnostic et la prise en charge. Basel: Ed. FMH; 1998.
- 12 Jensen MC, Brant-Zawadziki MN, Obuchowski N, et al. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *N Engl J Med* 1994;331:69–73.
- 13 Jarvik JG, Deyo RA. Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. *Ann Intern Med* 2002;137:586–97.
- 14 Koes BW, Scholten RJ, Mens JM, et al. Efficacy of non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain: a systematic review of randomized clinical trials. *Ann Rheum Dis* 1997;56:214–23.
- 15 Malmivaara A, Hakkinen U, Aro T, et al. The treatment of acute low back pain – bedrest, exercises or ordinary activity? *N Engl J Med* 1995;332:351–5.
- 16 Henley E. Understanding and treating low back pain in family practice. *J Fam Pract* 2000;49:793–5.
- 17 Hagen KB, Hilde G, Jamtvedt G, Winnem MF. The Cochrane review of advice to stay active as a single treatment for low back pain and sciatica. *Spine* 2002;27:1736–41.
- 18 van Tulder M. Treatment of low back pain: myths and facts. *Schmerz* 2001;15:499–503.
- 19 Frymoyer JW. Back pain and sciatica. *N Engl J Med* 1988;318:291–300.
- 20 Polatin PB, Kinney RK, Gatchel RJ, et al. Psychiatric illness and chronic back pain. The mind and the spine-which goes first? *Spine* 1993;18:66–71.

Prof. Dr. med. Hans Stalder
 Département de médecine communautaire
 Hôpital cantonal
 Rue Micheli-du-Crest 24
 CH-1211 Genf 14
 hans.stalder@hcuge.ch

