

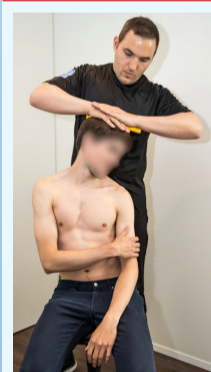
Steinbach-Talk

Ursachen und Behandlung von Rückenschmerzen

Therapieempfehlungen aus der Sportmedizin

Diagnose	Anamnese	Befunde	Therapeutische Intervention			Prognose	Technische Diagnostik Röntgen / MRT
			eigen	Arzt / Therapeut	Folgebehandlung		
(I) Halswirbelsäule							
Akute Nackenschmerzen	kein Trauma, Schmerzen mit Muskelverspannungen ohne Ausstrahlung	schmerzhafte Bewegungseinschränkung, Muskelhartspann, tastbare Triggerpunkte, keine radikulären Symptome, Haltungsanalyse	Wärmeanwendung, Salben, Entspannungstechniken, Stressabbau	Triggerpunktbehandlung (s. Kasten „Injektionen“), manuelle Therapie, ggf. Akupunktur, Infiltration (Traumeel, Spascupreel, Lymphomyosot – s. Kasten „Injektionen“), Neuraltherapie, NSAR (max. 3 Tage)	manuelle Therapie nach umfangreicher Haltungsanalyse, Anleitung zum Eigenübungsprogramm	akut gut, bei anhaltender Symptomatik weitere Abklärung	nein
Chronische Nackenschmerzen	anhaltende Schmerzen mit Muskelverspannungen ohne Ausstrahlung	siehe „Akute Nackenschmerzen“, anhaltende Symptome, oft mit Schwindel und Kopfschmerz	Wärmeanwendung, Salben, Entspannungstechniken, Stressabbau	Triggerpunktbehandlung (s. Kasten „Injektionen“), manuelle Therapie, ggf. Akupunktur, Infiltration (s. Kasten „Injektionen“), Neuraltherapie, Muskelrelaxans	manuelle Therapie nach umfangreicher Haltungsanalyse, Anleitung zum Eigenübungsprogramm, Abklärung psychosozialer Ursachen und Störfelder (s. Kasten)	oft langfristige Behandlung	Röntgen ja, HWS a. p. plus Funktionsaufnahmen (Incl. / Recl.)
Akute Zervicobrachialgie	Schmerzen mit Muskelverspannungen und Ausstrahlung in den Arm / Finger	ausstrahlender Schmerz dominiert, positive Provokationstests, neurologischen Status testen und dokumentieren	Schonhaltung, Arzt aufsuchen	adäquate, bei Bedarf auch höherpotente Schmerztherapie (s. Kasten), Infiltration / ggf. Infusion (s. Kasten „Injektionen“)	physiotherapeutische manuelle Therapie (s. Kasten), physikalische Therapie, Prüfung Indikation periradikuläre Therapie (PRT)	i. d. R. gut, häufig rezidivierend	MRT bei Beschwerdepersistenz
Akute Zervicobrachialgie mit sensomotorischen Defiziten	Schmerzen mit Muskelverspannungen und Ausstrahlung in den Arm / Finger, Sensibilitätsstörungen und Kraftdefizit	ausstrahlender Schmerz dominiert, positive Provokationstests, neurologischer Status positiv	Schonhaltung, umgehend Arzt aufsuchen	Schmerztherapie (s. Kasten), Infiltration (s. Kasten „Injektionen“), sofortige Überweisung zur weiteren fachärztlichen / klinischen Diagnostik / Behandlung	abhängig vom Befund, ggf. OP-Indikation	abhängig vom Befund	ja, umgehend
(II) Brustwirbelsäule							
Blockierung / Intercostal neuralgie	Schmerz in der Brust, oft atem- und bewegungsabhängig, Schmerzverstärkung bei Husten und Niesen	Druck-Kompressionsschmerz über Wirbelkörper und / oder Costotransversalgelenk (CTG)	Arzt aufsuchen, Cave: kardio-pulmonale Ursache, vorsichtige Eigenmobilisation	manuelle Mobilisationstechniken, ggf. Infiltration (s. Kasten „Injektionen“)	manuelle Therapie, Haltungsschulung, muskuläre Stabilisation, medizinische Trainingstherapie	gut	nein
Herpes Zoster	starke Schmerzen, dermatombezogen, nicht bewegungsabhängig	anfänglich keine Hautaffektion, diffuses Schmerzbild	Arzt aufsuchen	Ausschlussdiagnostik Labor: BSG, CRP, Blutbild, Titerbestimmung M. Zoster und Borreliose, adäquate Schmerztherapie (s. Kasten), Infiltration (s. Kasten „Injektionen“)	Antivirale Medikation (oral) Cave: im floriden Stadium hochinfektiös (Isolation bis 2 Tage nach Verkrustung aller Bläschen)	gut, selten Post-Herpes-Zoster-Neuralgie	nein
Morbus Bechterew	eingeschränkte Rotation BWS, ggf. ISG-Schmerzen, bei Erstmanifestation starke Schmerzen, belastungsunabhängig	eingeschränkte Beweglichkeit BWS, im Verlauf geringer Schmerz	Bewegung, Arzt aufsuchen	Labordiagnostik mit HLA-B*27, NSAR, langfristige Bewegungstherapie und physikalische Therapie, Infiltration (s. Kasten „Injektionen“)	dauerhafte Bewegungstherapie, im Schub NSAR	progredient, Ziel: Verhinderung der Hyperkyphosierung	Röntgen ja, inkl. ISG
(III) Lendenwirbelsäule							
Akute Lumbalgie	Schmerzen nach Bücken / Heben, „Hexenschuss“	schmerzhafte Bewegungseinschränkung, lokaler Muskelhartspann, tastbare Triggerpunkte, keine radikulären Symptome	Wärmeanwendung, Salben, Stufenbettlagerung	Triggerpunktbehandlung (s. Kasten „Injektionen“), manuelle Therapie, ggf. Akupunktur, Infiltration (s. Kasten „Injektionen“), Neuraltherapie, NSAR (max. 3 Tage)	manuelle Therapie nach Bewegungsanalyse, Anleitung zum Eigenübungsprogramm	akut gut, bei anhaltender Symptomatik weitere Abklärung	nein
Chronische Lumbalgie	anhaltende Schmerzen mit Muskelverspannungen ohne Ausstrahlung, deutliche Bewegungseinschränkung	siehe „Akute Lumbalgie“, anhaltende Symptome, oft mit einseitig betontem Muskelhartspann (Schonhaltung)	Wärmeanwendung, Salben, Bewegung	Triggerpunktbehandlung, Infiltration (s. Kasten „Injektionen“), manuelle Therapie, ggf. Akupunktur, Anleitung zur aktiven Bewegungstherapie Cave: asymmetrische Sportarten begünstigen Rezidive	Schmerz-, Gewichts-, Bewegungsmanagement, Erlernen und regelmäßiges Durchführen eines Eigenübungsprogramms	bei konsequentem Eigenüben gut	Röntgen ja, LWS a. p. plus Funktionsaufnahmen (Incl. / Recl.)
Akute Lumboischialgie	Schmerzen mit Muskelverspannungen und Ausstrahlung ins Bein	ausstrahlender Schmerz dominiert, positive Provokationstests (Lasègue-, Bragard-Zeichen – siehe Kasten „Hilfreiche klinische Tests“), neurologischen Status testen und dokumentieren	schmerzverstärkende Haltung vermeiden, Arzt aufsuchen	adäquate, bei Bedarf auch hochpotente Schmerztherapie (s. Kasten), Infiltration / ggf. Infusion (s. Kasten „Injektionen“), manuelle und physikalische Therapie	Physiotherapie (s. Kasten), physikalische Therapie, Prüfung Indikation periradikuläre Therapie (PRT), Erlernen und regelmäßiges Durchführen eines Eigenübungsprogramms	i. d. R. gut	MRT bei Beschwerdepersistenz
Akute Lumboischialgie mit sensomotorischen Defiziten	Schmerzen mit Muskelverspannungen und Ausstrahlung ins Bein, Sensibilitätsstörungen und Kraftdefizit, ggf. Gangstörung	ausstrahlender Schmerz dominiert, positive Provokationstests, neurologischer Status positiv	schmerzverstärkende Haltung vermeiden, umgehend Arzt aufsuchen	Schmerztherapie (s. Kasten), Infiltration (s. Kasten „Injektionen“), sofortige Überweisung zur weiteren fachärztlichen / klinischen Diagnostik / Behandlung	abhängig vom Befund, ggf. OP-Indikation	abhängig vom Befund	ja, umgehend

Hilfreiche klinische Tests



Spurling-Test zur Abklärung einer neuroforaminalen Enge der HWS: Dosierte axiale Kompression bei zur Seite geneigtem und rotiertem Kopf. Positiv bei ausstrahlenden Schmerzen in den betroffenen Arm. Hohe Sensitivität!



Lasègue-Zeichen: Dehnungsschmerz des Ischiasnervs und / oder der spinalen Nervenwurzeln bei Extension des gestreckten Beines.

Bragard-Zeichen zur Testung der Segmente L4-S1: Nervendehnungsschmerz bei Anheben des gestreckten Beines und Dorsalextension des Fußes.



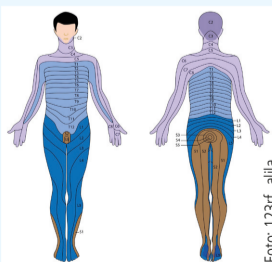
Fotos (3): Christian Verheyen

Schmerzanamnese

- Schmerzcharakter und Schmerzform erfragen: z. B. „stechender / plötzlich einschüßelnder / schleichend beginnender Schmerz“
- Lokalisation des Schmerzes: z. B. Frage nach Ausstrahlung („Dermatom“)
- Familienanamnese, Vorerkrankungen
- Schmerzauslösung: z. B. Sturz, Belastung
- Auftreten des Schmerzes: z. B. nächtlicher Ruheschmerz, Belastungsschmerz
- Depressive Verstimmung? Distress?
- Frage nach Medikamenteneinnahme

Red Flags:

- Frakturenausschluss bei Sturzanamnese
- Ausschluss einer pathologischen Fraktur, z. B. Osteoporose, konsumierende Erkrankung
- Infektion (Osteomyelitis, z. B. Tbc, Diszitis)
- Blasen-/Mastdarmstörung



Störfelder bei Rückenschmerzen

Hauptstörfelder

- Zähne: z. B. tote Zähne, Zahngranulome, verlagerte Weisheitszähne
 - Narben (wenn aufgrund einer anderen Pathologie der Nerv nicht ausweichen kann): z. B. Bandscheiben-OP, Sectio-Narbe, Appendektomie-Narbe, Gallenblasen-OP
 - Magen-Darmtrakt: z. B. Colitis, Gallensteine, Gastritis
 - Gynäkologie: z. B. Adnexitis, Vaginitis, Endometriitis
 - Urologie: z. B. Cystitis, Prostatitis, Prostataadenom, Prostatakarzinom
- Procedere: Störfeldsuche, Laboranalyse, Überweisung an Facharzt / Spezialisten

Schmerztherapie

Stufe 1: Nicht steroidale Analgetika (NSAIDs) z. B. Ibuprofen (z. B. 3-4 x 400-600 mg), Diclofenac (z. B. 3 x 50 mg), plus Magenschutz (z. B. Pantoprazol / Omeprazol je 20-40 mg)
Tipp: Kombination von Akut-/Retardpräparaten für die Grundabdeckung z. B. Diclofenac 75 mg 1-0-1, zusätzlich z. B. Metamizol-Tropfen 40-40-40 bei Bedarf (Kombination aus schnellwirksamer und retardierter Zubereitung insbesondere für initiale Schmerzspitzen)

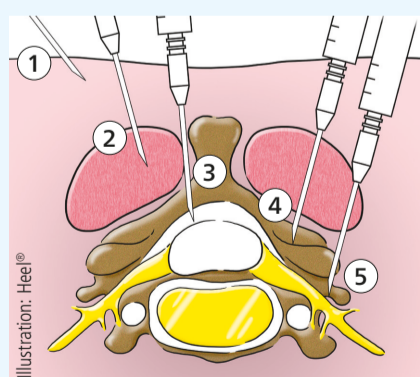
Stufe 2: NSAID + schwaches Opioid z. B. Tramadol 50 mg 1-0-1

Stufe 3: NSAID + starkes Opioid z. B. Morphin (MSI / MST je nach Qualität und Ausprägungsgrad der Schmerzen)

Co-Analgetika:
- Antidepressiva
- Neuroleptika
- Infusionen: z. B. Cortison, Paracetamol, Novaminsulfon, Aspirin

Lokale Verfahren/Infiltrationen: siehe unten (Kasten „Injektionen“)

Injektionen



- Immer auf sauberes und steriles Arbeiten achten!
- Aufklärung und Dokumentation beachten!
- Zusatzausstattung sinnvoll bei Injektionen ③-⑤, z. B. Ultraschall, C-Bogen, CT
- Spezialnadeln sinnvoll zur besseren Führung und Platzierung z. B. ③-④ Spinoacan, ⑤ Perican

Medikamente:

- Lokalanästhetika: z. B. Ropivacain (Naropin), Lidocain (Xylocain) ...
- Traumeel, Zeel, Spascupreel, Lymphomyosot u. a. entsprechend ihres Wirkansatzes einsetzen
- Hyaluronsäure, PRP: z. B. bei Gelenkinjektion

Steinbach-Talk – das Expertengremium

Prof. Dr. med. Klaus Steinbach, Weiskirchen
Univ.-Prof. Dr. med. Bernd Wolfarth, Berlin
Dr. med. Christian Schneider, München
Dr. med. Ralf Doyscher, Mönchengladbach

Axel Fischlein, Nürnberg
Dr. med. Klaus Gerlach, Weiler
Johann A. W. Kees, Friedrichshafen
Dr. Karl-Heinz Krüden, Wien / Österreich

Andrew Lichtenhal, Hanau
Norbert Müller, Erbach
Dr. med. Stefan Pecher, Fichtelberg
Prof. Dr. Tobias Pitzen, Karlsbad

Dr. med. Richard Schader, Prien
Dr. Lukas Weisskopf, Rheinfelden / Schweiz

Haftungsausschluss: Die vorstehenden Informationen wurden durch die Autoren mit größtmöglicher Sorgfalt erstellt und erfolgen ohne Gewähr. Sie ersetzen beim Einsatz von Arzneimitteln nicht den Beipackzettel und zur Diagnose und Therapiestrategie nicht die Entscheidung eines behandelnden Arztes. Die Vielfalt der Behandlungssituationen und individueller Bedürfnislagen in unterschiedlichen Ländern bedeutet immer eine individuelle Behandlung vor Ort, während die vorliegenden Informationen bewusst allgemein gehalten worden sind. Sie beinhalten keinerlei Beratung, Empfehlung oder Aufforderung im Hinblick auf den Kauf und / oder die Anwendung von Medikamenten, sonstigen Gesundheitsprodukten, Diagnose- oder Therapieverfahren.