

Rückenschmerzen in der hausärztlichen Sprechstunde

Abwendbar gefährliche Verläufe sind selten

Erik Bodendieck^{1,2}, Martin Schencking¹, Thomas Frese¹, Roger Voigt^{1,2}, Kristin Herrmann¹, Tobias Deutsch, Hagen Sandholzer^{1,2} und die SESAM-Study Investigators²

¹ Selbständige Abteilung für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Leipzig, Leipzig
(Leiter: Prof. Dr. med. Hagen Sandholzer)

² Sächsische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM), Mühlau

Akuter Kreuzschmerz gehört zu den häufigsten Beratungsursachen in der ambulanten Versorgung. Diese Arbeit soll einige Ergebnisse der SESAM-Studie, wie auch von anderen, in der ambulanten Versorgung bzw. hausärztlichen Sprechstunde durchgeführten Versorgungsstudien wiedergeben. Die Frage, die uns leitet, besteht vor allem darin, wie die tägliche Praxis der hausärztlichen Sprechstunde tatsächlich mit in Lehrbüchern und Leitlinien gegebenen Differenzialdiagnosen und Versorgungsformen übereinstimmt.



Kreuzschmerz ist vor allem eine Erkrankung der mittleren Altersgruppen (Abb. 1). Rund 2% aller Patienten kommen deswegen in die Praxis. Die häufigsten Diagnosen, die bei Kreuzschmerzpatienten gestellt werden, betreffen das Stützgewebe und den Respirationstrakt (Abb. 2). Allerdings sind Diagnosen, die den Respirationstrakt betreffen, nicht signifikant häufiger bei Rückenschmerzpatienten als bei der Vergleichsgruppe.

Rückenschmerz unklarer Ursache, Lumboischialgie, sonstige Störungen der Wirbelsäule sowie Erkrankungen der Muskulatur sind die häufigsten Beratungsergebnisse. Abwendbar gefährliche Verläufe außerhalb des Bewegungs-

apparats kamen in dieser Studie nicht vor, lediglich radikulärer Kreuzschmerz sowie Osteoporose zählten zu den Beratungsergebnissen, bei denen gefährliche Verläufe durch frühzeitige Diagnostik und Therapie verhindert werden müssen.

Die sächsischen Hausärzte setzen als alleinige Diagnostik in 4% die Anamnese ein, bei 94% wurde zusätzlich eine körperliche Untersuchung durchgeführt. Eine Überweisung erfolgte bei 13,9%, eine Krankenhauseinweisung bei 1,2% der Stichprobe. In der Behandlung standen Arzneiverordnung (68,2%) und physiotherapeutische Verordnungen (51,4%) im Vordergrund, ferner sonstige Therapien bei 28,3%, die aus therapeutischen Lokalanästhesien oder Manualtherapie bestanden.

Ergebnisse des Transition-Projekts

Kürzlich wurden die Ergebnisse des Transition-Projekts von Ponka neu zusammengestellt (Tab. 1). Es handelt sich um eine große epidemiologische Versorgungsstudie aus den Niederlanden der 1980er bis 1990er Jahre. Die Ergebnisse

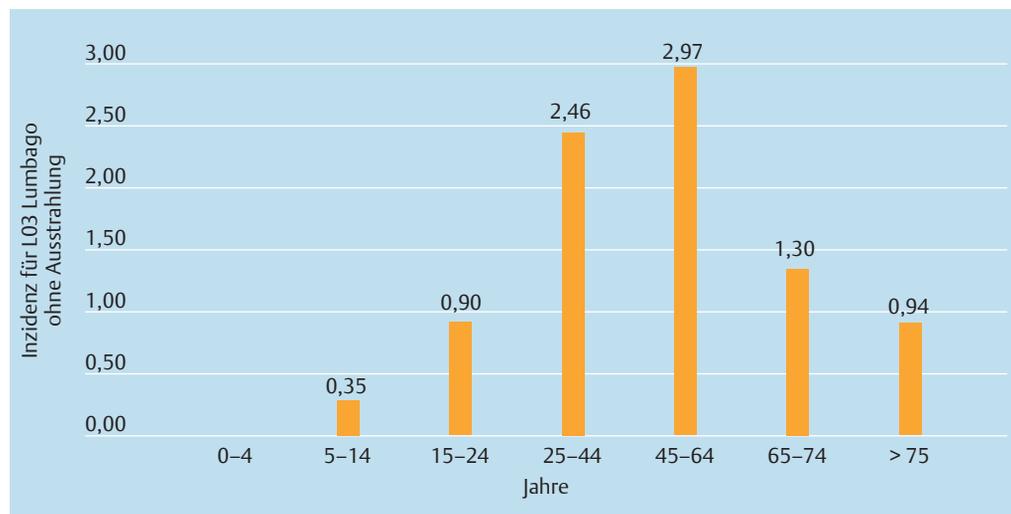


Abb. 1 Altersverteilung von Patienten mit Kreuzschmerzen.

hinsichtlich der Differenzialdiagnose sind mit denen der SESAM-Studie vollkommen vergleichbar: unkomplizierter Kreuzschmerz, Lumboischialgien, muskuläre Verspannung und degenerative Wirbelsäulenerkrankungen führten die Rangliste an. Abwendbar gefährliche Verläufe und extravertebrale Erkrankungen waren extrem selten. Lediglich bei den über 45-Jährigen wurde das Prostatakarzinom als extravertebrale Ursache gefunden, obwohl aus den Daten nicht hervorgeht, ob es sich hierbei um eine Wirbelsäulenmetastase handelte.

Diskussion

Häufigkeit und Differenzialdiagnose von Kreuzschmerz in der Praxis

Kreuzschmerzen führten bereits in den Fällestatistiken von Braun bzw. Landolt-Theus auf Rang 8 bzw. 7 die Hitliste der Beratungsergebnisse an. In diesen Statistiken erfolgte jedoch keine konzeptionelle Trennung zwischen Beratungsursache und Ergebnis entsprechend der Behandlungsepisode, wie sie inzwischen wissenschaftlicher Standard ist.

Die Ergebnisse der SESAM-Studie und des Transition-Projekts bestätigen die quantitative Bedeutung des Problems. Darüber hinaus erlauben diese Studien eine Zuordnung von Diagnosen zu der Beratungsursache Kreuzschmerz. Eine auf anatomische Zuordnung der Ursache des Kreuzschmerzes abzielende Diagnostik wird nach Ponka als überflüssig bezeichnet. Die Differenzialdiagnose des Kreuzschmerzes ist in erster Linie im Kapitel XIII Muskel-Skeletterkrankungen der ICD-10 aufzufinden. Aus diesem Grund sollten Anamnese, körperliche Untersuchung sowie weitere Diagnostik und Therapie gezielt darauf abgestimmt werden.

Abwendbar gefährliche Verläufe

In beiden Studien stellte sich heraus, dass abwendbar gefährliche Verläufe selten vorkommen. In der SESAM-Studie wurden nur wirbelsäulenrelevante abwendbar gefährliche Verläufe gefunden, z. B. Bandscheibenprolaps oder Osteoporose, in der 100-mal größeren niederländischen Stichprobe kam das Prostatakarzinom hinzu. Eine in Marburg durchgeführte Studie, die speziell die Frage untersuchte, wie abwendbar gefährliche Verläufe unter den Kreuzschmerzpatienten herausgefiltert werden konnten, kam zu keinem konklusiven Ergebnis. Der Grund hierfür war, dass in der sehr großen Stichprobe von 1190 Kreuzschmerzpatienten nur 4 Patienten mit Alarmsymptomen („red flag“) vorkamen. Gesucht wurde unter anderem nach folgenden abwendbar gefährlichen Verläufen, die mit unkompliziertem Kreuzschmerz verwechselt werden können:

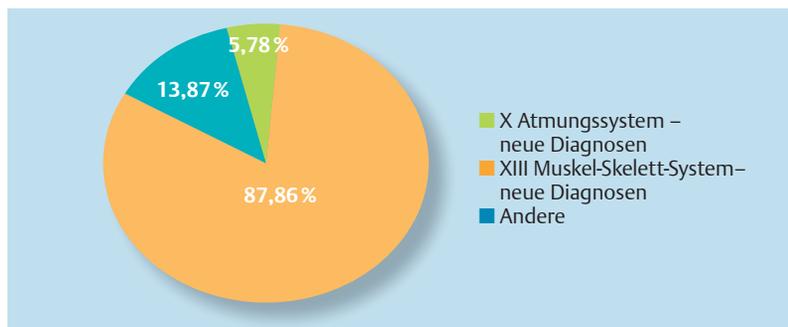


Abb. 2 Beratungsergebnisse (Diagnosen) nach ICD 10 Kapitel bei Kreuzschmerz.

- Bandscheibenprolaps mit Störung der Blasen-Mastdarm-Funktion oder motorischen Ausfällen
- Rheumatische Erkrankungen (Rheumatoide Arthritis, Reiter's Syndrom)
- Entzündliche Darmkrankheiten mit Beteiligung des Beckens, Sakroileitis
- Epiduraler Abszess
- Frakturen jeglicher Genese
- Spinale Tumoren
- Gynäkologische Tumoren
- Kolorektale Tumoren
- Koronare Herzkrankheit
- Peptische Geschwüre

Es wurden jedoch nur 2 Bandscheibenprolapse, eine vertebrale Metastase und eine iatrogene Spinalnervläsion nach Operation gefunden. Von den insgesamt 4 Fällen wäre die Hälfte durch die Anamnese herausgefiltert worden.

Konsequenzen für die tägliche Praxis

Die Schlussfolgerung aus diesen Ergebnissen betrifft vor allem mediko-legale Aspekte und die Versorgungsökonomie. Angesichts der Seltenheit abwendbar gefährlicher Verläufe halten wir den Vorwurf eines groben Behandlungsfehlers beim Übersehen einer extrem seltenen Erkrankung bei Kreuzschmerz niemals für gerechtfertigt. Ob überhaupt ein Handlungs-

Tab. 1 Differenzialdiagnose des Kreuzschmerzes nach Ponka

Differenzialdiagnose	Alter	
	< 45 Jahre	> 45 Jahre
Kreuzschmerz	67,10 %	58,70 %
Lumboischialgie	8,00 %	8,50 %
Muskelkrankheit	6,30 %	3,80 %
degenerative Störungen der Wirbelsäule	4,80 %	9,60 %
Osteoporose	0,07 %	2,80 %
rheumatoide Arthritis	0,40 %	0,50 %
Atemwegsinfektion	0,50 %	0,80 %
Nephrolithiasis	1,20 %	0,40 %
Prostatakarzinom	0,00 %	0,30 %
andere	11,60 %	14,60 %

fehler vorliegt, sollte anhand der Durchführung einer sauberen Anamnese, gegebenenfalls mit einer zusätzlichen körperlichen Untersuchung, beurteilt werden. Weitere technische Leistungen sind niemals zwingend, weil der diagnostische Ertrag zu gering ist. Im Hinblick auf die Versorgungsökonomie kann die bildgebende Diagnostik bei Kreuzschmerz sicher in den nächsten Jahren stark zurückgeführt werden. Die meisten Leitlinien für Hausärzte formulieren die Anforderungen an die Diagnostik und Therapie von Kreuzschmerz. Es kann festgestellt werden, dass sich die meisten Hausärzte nicht daran halten. Oftmals wird bereits bei Vorliegen einer radikulären Symptomatik extensiv Diagnostik betrieben. Andererseits stehen die multidisziplinären Interventionsprogramme, wie sie in Studien evaluiert und demnach in Leitlinien aufgenommen wurden, vor Ort nicht zu Verfügung, oder es bestehen finanzielle Barrieren. Aus diesem Grund stellt eine problemorientierte Herangehensweise mit pharmakologischer Therapie und Rehabilitation durch Einbezug eines Physiotherapeuten, wie von den „SESAM-Ärzten“ praktiziert, oftmals den praktikablen und bestmöglichen Weg in der hausärztlichen Sprechstunde dar.

Literatur

- Alvarez DJ, Rockwell PG. Trigger points: diagnosis and management. *Am Fam Physician* 2002; 65: 653–660
- Becker A, Chenot JF, Niebling W, Kochen MM. Guidelines for back pain. *Z Orthop Ihre Grenzgeb* 2004; 142: 716–719
- Bogefeldt J, Grunnesjo MI, Svardsudd K, Blomberg S. Sick leave reductions from a comprehensive manual therapy programme for LBP: the Gotland LBP Study. *Clin Rehabil* 2008; 22: 529–541
- Buchner M, Neubauer E, Barie A, Schiltenswolf M. Comorbidity in patients with chronic low back pain. *Schmerz* 2007; 21: 218–225
- Carey TS, Garrett J, Jackmann A et al. The outcomes and costs of care for acute LBP among patients seen by primary care practitioners and orthopaedic surgeons. *The North Carolina Back Pain Project. N Engl J Med* 1995; 333: 913–917
- Chenot JF, Leonhart C, Keller S et al. The impact of specialist care for LBP on health service utilization in primary care patients: a prospective cohort study. *Eur J Pain* 2008; 12: 275–283
- Chou R, Huffman LH. Nonpharmacologic therapies for acute and chronic LBP: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practise guideline. *Ann Intern Med* 2007; 147: 492–504
- Deckers JGM, Schellevis FG. Health information from primary care: final report December 1, 2001–March 31, 2004. Utrecht, the Netherlands, Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL); 2004. <http://www.pcel.info/pdf/deckers.pdf> (Accessed 12/04/2008 17: 57)
- Hagen KB, Thune O. Work incapacity from LBP in the general population. *Spine* 1998; 23: 2091–2095
- Hofmans-Okkes IM, Lamberts H. The International Classification of Primary Care (ICPC): new applications in research and computer-based patient records in family practice. *Fam Pract* 1996; 13: 294–302
- Katz JN. Lumbar disc disorders and low-back pain: socioeconomic factors and consequences. *J Bone Joint Surg Am* 2006; 88 Suppl 2: 21–24
- Kendrik D, Fielding K, Bently E et al. The role of radiography in primary care patients with LBP of at least 6 weeks duration: a randomised unblinded controlled trial. *Health Technol Asses* 2001; 5: 1–69
- Kerry S, Hilton S, Dundas D et al. Radiography for LBP: a randomised controlled trial and observational study in primary care. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 469–474
- Liu AC, Byrne E. Cost of care for ambulatory patients with low back pain. *J Fam Pract* 1995; 40: 449–455
- Molde Hagen E, Grasdahl A, Eriksen HR. Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain: a 3-year follow-up study. *Spine* 2003; 28: 2309–2315
- Ponka D, Kirlow M. Top 10 differential diagnoses in family medicine: Low back pain. *Can Fam Physician* 2007; 53: 1058
- Schneider S, Mohnen SM, Schiltenswolf M, Rau C. Comorbidity of low back pain: representative outcomes of a national health study in the Federal Republic of Germany. *Eur J Pain* 2007; 11: 387–397
- Webster C, Courtney TK, Huang YH et al. Physicians' initial management of acute low back pain versus evidence-based guidelines. Influence of sciatica. *J Gen Intern Med* 2005; 20: 113
- Wenig CM, Schmidt CO, Kohlmann T, Schweikert B. Costs of back pain in Germany. *Eur J Pain* 2008; Jun 2. [Epub ahead of print]
- Werner EL, Laerum E, Ihleback C. How is the general practitioner managing the back pain? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2002; 122: 1800–1803

Low back pain in the GP's consulting hour – Serious disease is rare

Low back pain is a common reason for encounter that affords a long term, multidisciplinary treatment. This paper is a narrative review of the SESAM-study as well the results of other primary care research evidence. Common diagnoses found in these studies of acute low back pain were: dorsalgia, lumbago with sciatica, other vertebral disc disorders, radiculopathy and other disorders of muscle. Serious disease is rare and in most instances associated with sciatica and low bone density. We conclude that current guidelines for general practitioners should focus on frequent causes of low back pain and stress the importance of the primary care physician rather than the role of multidisciplinary teams in managing patients with low back pain in a cost-effective way.

Key words

Low back pain – general practitioner – primary care – differential diagnosis



Korrespondenz

Erik Bodendieck
Selbständige Abteilung für
Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Leipzig
Philipp-Rosenthal-Straße 27a
04103 Leipzig
Fax: +49/341/9715719
haeb@medizin.uni-leipzig.de