

Akute lumbale Rückenschmerzen

Einer der häufigsten Konsultationsgründe in der Hausarztpraxis und auf der Notfallstation sind Rückenschmerzen. Und auch im eigenen Erleben haben wir oder Nahestehende über Rückenschmerzen geklagt. Die allermeisten Patientinnen und Patienten erleben in ihrem Leben mindestens einmal akute lumbale Rückenschmerzen. Die meisten davon verschwinden spontan wieder innerhalb von drei bis vier Wochen, wenige werden chronisch (ab 12 Wochen Dauer).

In der Medizin werden diese je nach Lokalisation und Ausstrahlung in folgende Kategorien eingeteilt:

- Lumbospondylogen/-pseudoradikulär:
Ausstrahlung in eine nicht radikuläre Region
- Lumboradikulär (Lumboischialgie):
Ausstrahlung einem Dermatome entsprechend
- Lumbovertebral (Lumbago):
Lokale Schmerzen ohne Ausstrahlung

Auf den folgenden Seiten werden nochmals Anamnese, Klinik und Diagnostik vorgestellt – und neu auch mit einer Gedankenstütze für die Medizinische Praxisassistentin.



Anamnese

Einige dieser Fragen können bereits am Telefon durch die MPA erfragt werden. Sollten darunter Red Flags (also Hinweise für eine gefährliche Ursache) sein, muss der Patient notfallmässig gesehen werden.

- Wo haben Sie Rückenschmerzen?
- Wie stark sind die Schmerzen?
- Seit wann haben Sie Rückenschmerzen?
- Was löst die Schmerzen aus?
- Was hilft gegen die Schmerzen?
- Ausstrahlung (ein-/beidseitig)
- Schmerzcharakter (plötzlicher/schleichender Beginn; konstant oder anfallsartig)
- Kennen Sie diese Schmerzen? Wenn ja, Ursache/Diagnostik/Therapie?
- Morgensteifigkeit (<30 min/>30 min)
- Red Flags? (s. Kasten)
- Begleitsymptome (z. B. Fieber)
- Ursache (Sturz, Bücken ...)
- B-Symptome (Gewichtsverlust, Appetitlosigkeit, Nachtschweiss, Fieber)
- Evtl. berufliche Tätigkeit

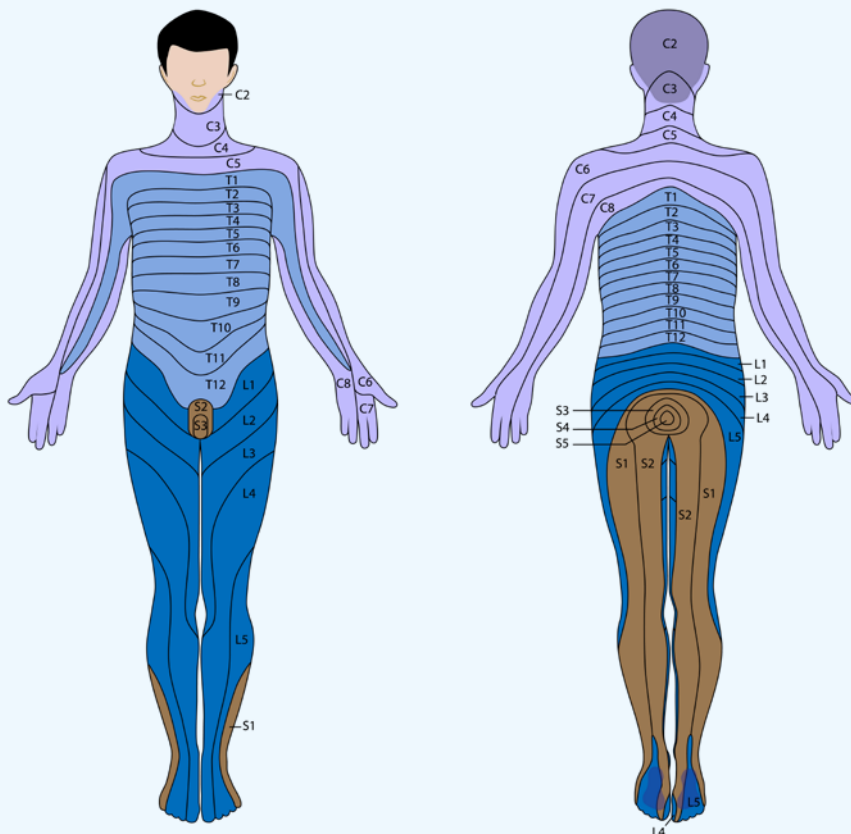
Red Flags aus Anamnese und Klinik

- Massive Schmerzen, nächtliche und bewegungsunabhängige Schmerzen
- Vorerkrankungen wie Neoplasien, rheumatische Erkrankungen, Unfälle, Voroperationen
- Begleitsymptome wie Fieber (ab 38,3°C), Gewichtsverlust, Appetitlosigkeit, Müdigkeit, Schmerzen in Bauch und Brust
- Drogenkonsum, Glukokortikoid-Einnahme, vorgängige Operationen, Infiltrationen, Lumbalpunktionen
- Neurologische Ausfälle wie Lähmungserscheinungen, Gefühlsstörungen (v. a. im Bereich von Damm- und Oberschenkelinnenseite = Reithosenanästhesie), Miktionsbeschwerden (Inkontinenz, Harnverhalt, Pollakisurie...)
- Progrediente Symptomatik

Bei Red Flags: Patient muss notfallmässig am selben Tag ärztlich untersucht werden!

Klinik:

- Lähmungserscheinungen
- Pathologische Reflexe
- Reithosenanästhesie
- Fieber
- Entzündungsparameter



Untersuchung

Die körperliche Untersuchung kann bei Rückenschmerzen klassisch in Inspektion, Palpation und funktionelle Tests eingeteilt werden.

- Stehende Betrachtung (Lordosen, Kyphose, Muskulatur)
- Schmerzdemonstration durch den Patienten
- Palpation (knöcherne/muskuläre Strukturen), Klopfschmerz
- Gangbild (inkl. Zehen/Fersengang)
- Bewegungsausmass (Flexion, Extension, Seitneigung, Rotation)
- Kraftprüfung
- Sensibilitätsprüfung (Reithosensensibilität!)
- Reflexe (Babinski, Perianalreflex)
- (Gekreuzter) Lasègue: Positiv ab 30–70° auftretender Schmerz entlang des Nerves, nicht im Rückenbereich/dorsaler Oberschenkel
- Trendelenburg: Absinken des Beckens im Einbeinstand bei Insuffizienz des M. gluteus medius/minimus
- Vorlaufphänomen: Asymmetrische Bewegung der Spinae iliacaе posteriorе beim Bücken als Zeichen einer Problematik im Iliosakralgelenk
- Waddelsigns: Atypische Symptome als Zeichen von psychischem Stress als Ursache der Rückenschmerzen (z.B. axialer Stauchungsschmerz mit Druck auf den Kopf führt zu lumbalen Schmerzen, weitläufige Hyperalgesie, negativer Lasègue bei Ablenkung, unerklärbare neurologische Zeichen)

Kennmuskeln und -reflexe

L3	PSR (Patellarsehnen-Reflex)	M. quadriceps femoris, M. iliopsoas, Adduktoren	Hüftflexion
L4	PSR (Patellarsehnen-Reflex)	M. quadriceps femoris, M. tibialis anterior	Unterschenkelexension
L5	TPR (Tibialis-posterior-Reflex)	M. extensor hallucis longus, M. tibialis anterior, M. gluteus medius	Hackengang
S1	ASR (Achillessehnen-Reflex)	M. triceps surae, M. biceps femoris, M. gluteus maximus	Zehengang

Weitere Diagnostik

Labor:

Blutsenkung, CRP, Blutbild, Kreatinin, evtl. Urin; Übriges nach Verdacht

Bildgebung:

je nach Klinik: Röntgen, CT, MRT, Elektroneurographie

Bei unspezifischen Lumbalgien sollte eine Bildgebung in den ersten sechs Wochen nicht erfolgen (Quelle: smartmedicine.ch) – das Outcome wird nicht verbessert, aber es entstehen unnötige Kosten und eine erhöhte Strahlenbelastung. Bei Red Flags (v.a.

hohes Alter, chronische Steroideinnahme, schweres Trauma, Kontusion) ist eine Bildgebung indiziert.

Persistieren die Beschwerden mehr als sechs Wochen, bei neuen Symptomen oder zur präoperativen Abklärung benötigt es neue Bilder. Bei unspezifischen Rückenschmerzen kann nach sechs Wochen eine Bildgebung erfolgen oder nochmals eine konservative Therapie über acht Wochen erfolgen mit anschliessender Reevaluation.

Was tun, wenn der Patient eine Bildgebung fordert? Sofern es sehr unwahrscheinlich ist, dass eine Pathologie vor-

liegt oder unveränderte Beschwerden nach bereits erfolgter Bildgebung, ist keine Röntgendiagnostik notwendig. Das Risiko für beschwerdefreie Zufallsbefunde, die mehr Abklärungen benötigen, ist hoch. Eine neue Bildgebung kann stattfinden, wenn sich die Beschwerden unerwartet nicht verbessern. Wichtig dabei ist, den Patienten zu beruhigen, indem man ihm die körperlichen Untersuchungsschritte genau erklärt und er eine adäquate Erklärung für seine Beschwerden erhält.

Krankheitsbilder

An folgende mögliche Ursachen der Rückenschmerzen sollte gedacht werden. Oftmals bleibt aber ein unspezifischer Rückenschmerz ungeklärt.

- Nervenwurzelreizung (Bandscheibenvorfall, Spinalkanalstenose, Cauda-equina-Syndrom)
- Neoplasie
- Infektion (Abszess, Spondylodiscitis, Herpes zoster)
- Rheumatisch-entzündlich
- Fraktur (Trauma, Osteoporose, Malignome)
- Iatrogen (nach Punktionen, Operationen, Injektionen)
- Trauma
- Metabolisch (diabetische Radikulo-/Plexopathie)
- Osteochondrose
- Spondylolisthese/-lyse
- Facettengelenksarthrose
- ISG-Syndrom
- Fehlhaltung, muskuläre Dysbalance/Insuffizienz, Myogelosen
- Viszerale Ursachen (Prostatitis, Endometriose, Chronic pelvic inflammatory disease, Nephrolithiasis, Pyelonephritis, Aortenaneurysma, Pankreatitis, Cholezystitis, penetrierendes Ulkus, Inguinalhernie...)

Therapie

Aus Platzgründen zeigen wir nur einen kleinen Überblick über die Therapien.

Häufig lösen sich die Schmerzen von selbst und nicht-pharmakologische Therapien sind vorzuziehen (Wärme, Massage, Akupunktur, Manuelle Medizin) und auf Bettruhe resp. Schonung ist zu verzichten.

Ansonsten kann ein kurzzeitiger Einsatz von NSAR oder Paracetamol helfen. Bei längeren Beschwerden kann vorübergehend ein Muskelrelaxans helfen. Opiode sollten nach Möglichkeit nicht verwendet werden, ansonsten nur mit engmaschiger Überwachung.

Nicht nur bei Rückenschmerzen, aber besonders hier sollte der Patient gut instruiert werden über seine Diagnose, Prognose und mögliche Therapien.

Dr. med. Corina Omlin
Redaktion DEFACTO

Quellen:

1. <https://www.rheumaliga.ch/blog/2020/rueckenschmerzen-warnsignale> (26.02.2022)
2. <https://www.smartermedicine.ch/de/top-5-listen/ambulante-allgemeine-innere-medizin-2014.html> (26.02.2022)
3. https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-low-back-pain-in-adults?search=acute%20low%20back%20pain&source=search_result&selectedTitle=3~42&usage_type=default&display_rank=2 (26.2.2022)
4. https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-low-back-pain?search=acute%20low%20back%20pain&source=search_result&selectedTitle=1~38&usage_type=default&display_rank=1#H25 (02.03.2022)
5. B.Manger et al., Checkliste Rheumatologie, 4. Auflage, 2012, Georg Thieme Verlag
6. F. H. Mader, T. Brückner (Hrsg.): Programmierte Diagnostik in der Allgemeinmedizin, 6. Auflage, 2019, Springer-Verlag
7. J-F. Chenot, M. Scherer, Allgemeinmedizin, 1. Auflage, 2021, Urban&Fischer in Elsevier