

# Chronische Rückenschmerzen in der Praxis: Therapieoptionen

---



PD Dr. med. Stefan Bachmann  
Chefarzt

Klinik für Rheumatologie und internistische Rehabilitation

KLINIKEN VALENS  
Rehabilitationszentren Valens und Walenstadtberg  
7317 Valens

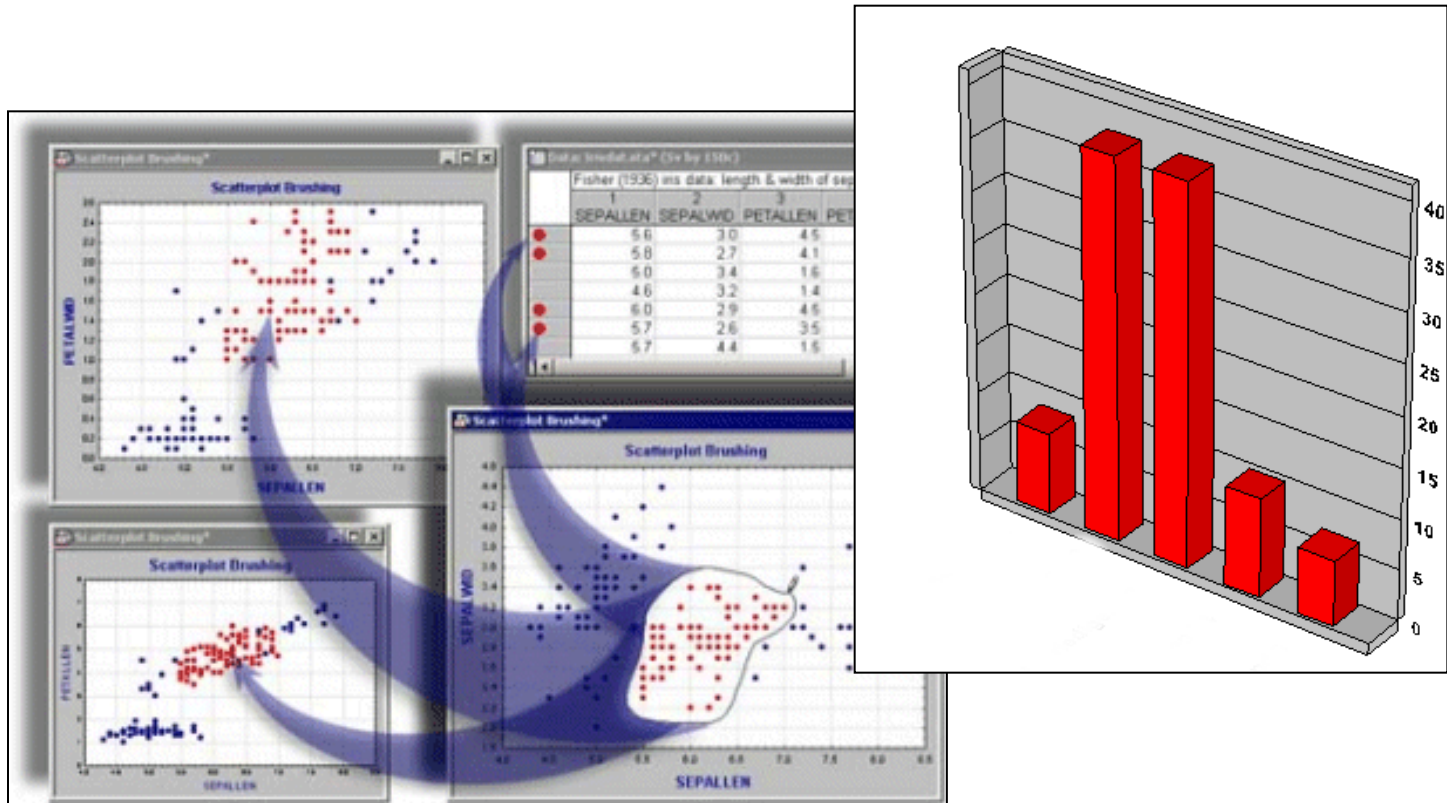
# Inhalt

---

- Epidemiologie
- Aetiologie
  - Flaggen
- Therapieoptionen
  - Medikamente
  - Manuelle Medizin und Physiotherapie
  - Passiv- physikalische Massnahmen
- Take home messages

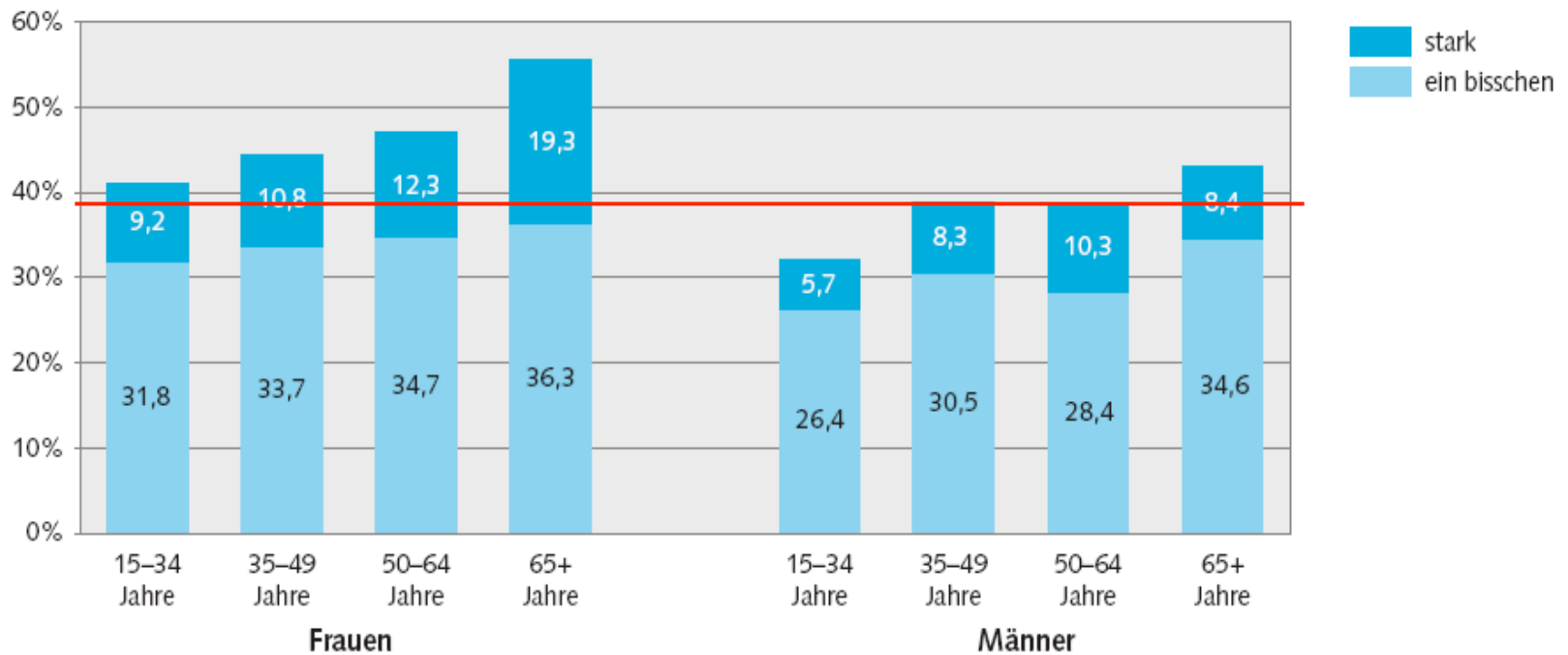


# Epidemiologie



# Häufigkeit der Rückenschmerzen

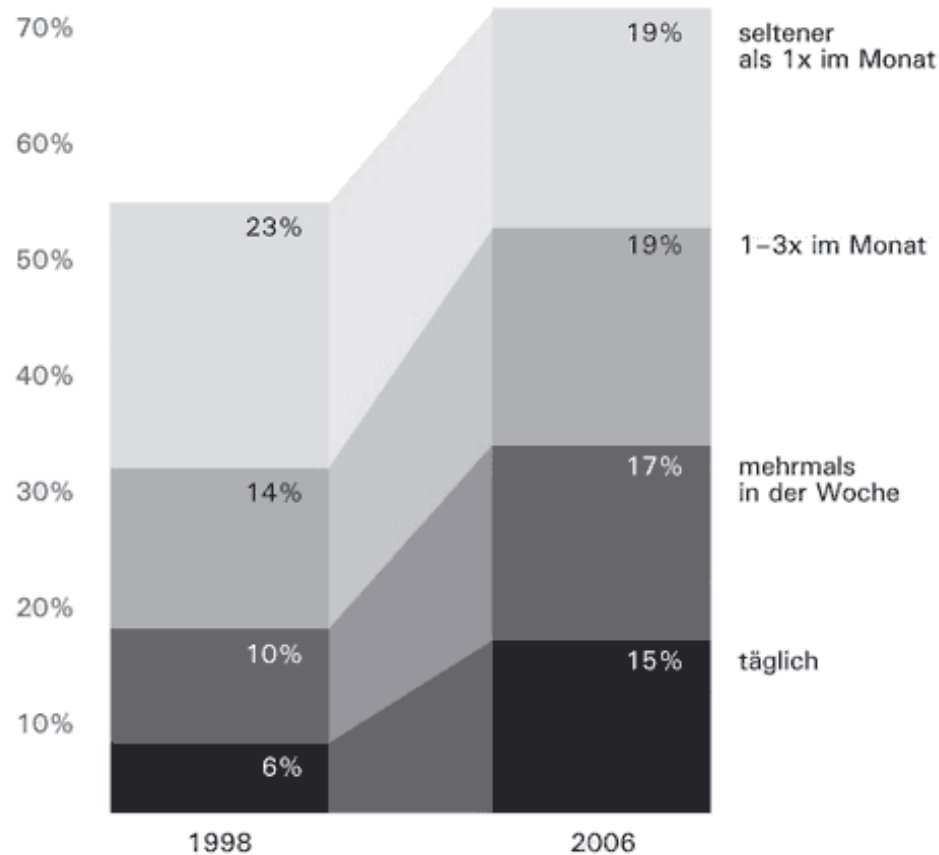
Anteil Frauen und Männer mit Rückenschmerzen unterschieden nach Altersgruppen, Schweiz



Datenquelle: BFS, Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, n=19'693.

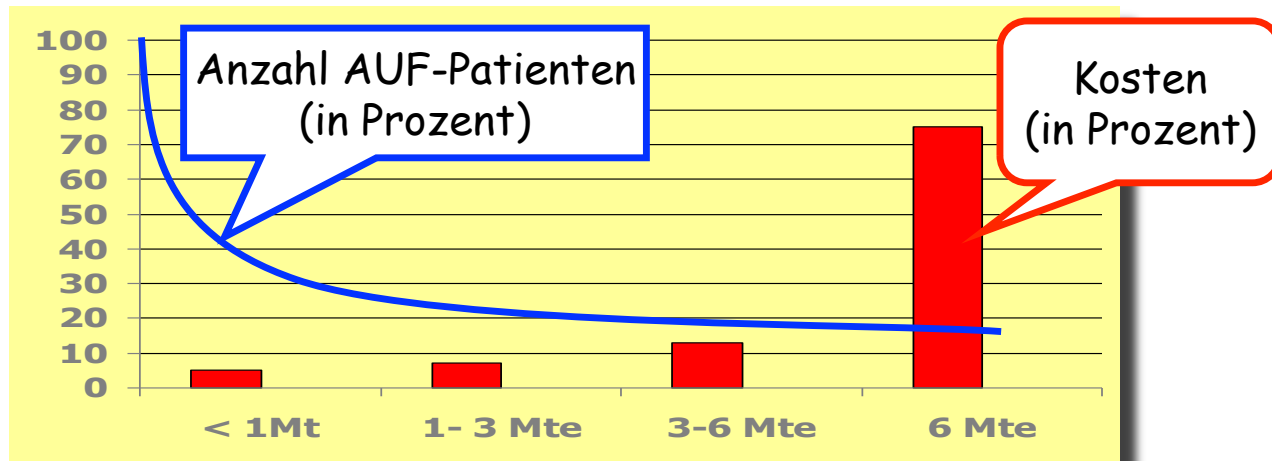
# Rückenschmerzen nehmen zu

**Häufigkeit von Rückenschmerzen  
1998 und 2006**



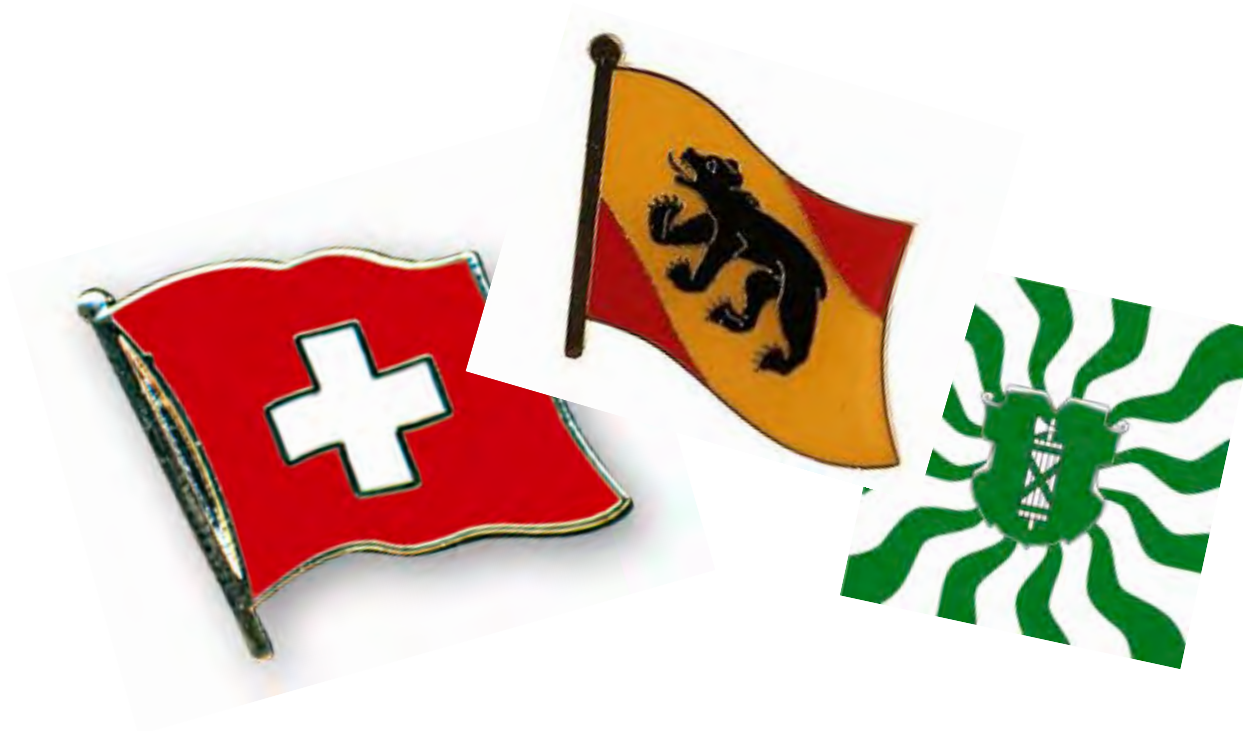
# Auswirkungen auf die Arbeit

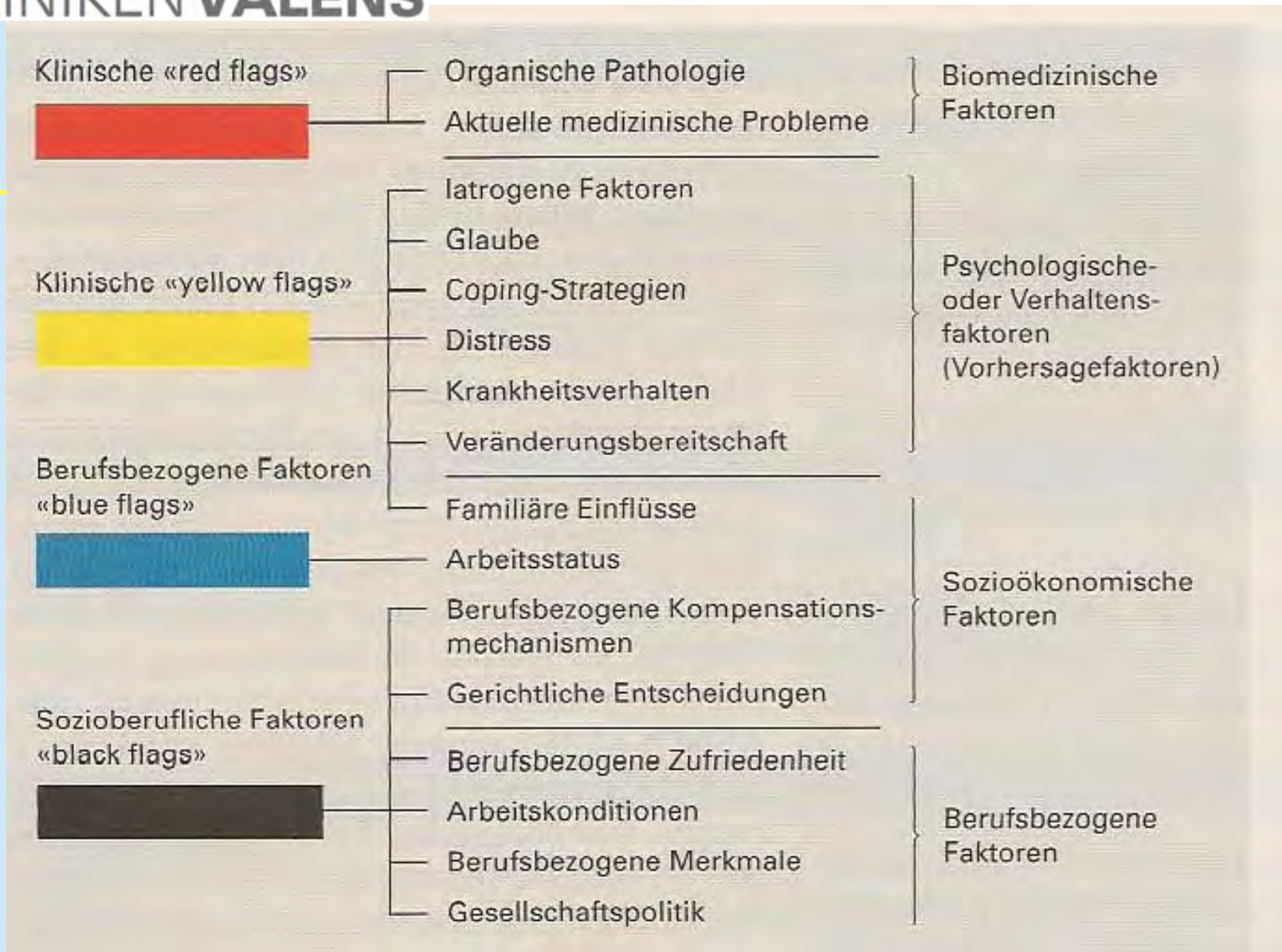
- 1- Monatsprävalenz (akute und chronische Schmerzen):
  - 40%
  - 15% der Arbeitstätigen (4.5 Mio) werden arbeitsunfähig (= ca. 300'000 Personen) (obsan 2002)



- Kosten:  
Die indirekten Kosten chronischer Rückenschmerzen betragen pro Jahr über **4 Mia. CHF**

# Flaggen









## rote Flaggen (Red Flags)

### Risikofaktoren für eine schwerwiegende Erkrankung der Wirbelsäule

- ▶ Alter des Patienten <20 Jahre, >50 Jahre
- ▶ Malignom in der Anamnese
- ▶ unerklärter Gewichtsverlust
- ▶ Trauma in der Vorgeschichte
- ▶ zunehmender Schmerz, neurologische Ausfälle
- ▶ keine Besserung im Liegen
- ▶ vorwiegend Nachtschmerzen
  
- ▶ Morgensteifigkeit > 1 Stunde
  
- ▶ i. v. Drogenabusus
  
- ▶ langdauernde Kortisonbehandlung
- ▶ gleichzeitige Urin- und / oder Hautinfektion
- ▶ Blasen-/ Darmfunktionsstörungen

## gelbe Flaggen (Yellow Flags)

### Risikofaktoren für eine langdauernde Behinderung und Chronifizierung

- ▶ niedriger Sozialstatus / Berufsqualifikation
- ▶ geringe Arbeitszufriedenheit
- ▶ Arbeitsunfähigkeit von länger als 4 Monaten
- ▶ körperlich schwere Arbeiten
- ▶ psychische und soziale Schwierigkeiten
- ▶ depressive Störungen
- ▶ passive Tendenzen mit gehäufter Bettruhe, sozialem Rückzug und Vermeidung normaler Alltagsaktivitäten oder übertriebene Durchhaltestrategien
- ▶ Misshandlungen / sexueller Missbrauch in der Vorgeschichte
- ▶ subjektive Überzeugung, dass der Schmerz schädlich und bedrohlich ist
- ▶ Schlafstörungen seit Beginn der Rückenschmerzen
- ▶ Überprotektion durch Familienangehörige
- ▶ frühere langdauernde Krankschreibung wegen Verletzung oder anderen Schmerzproblemen

# Therapieoptionen



# Medikamente

---



# Medikamentöse Behandlungen

---

In der Wirksamkeit belegt sind:

- Analgetica, schwache Opioide  
(Hall, 2008; Mahowald, 2005, White 2011)
- NSAR  
(Hall 2008; van Tulder, Cochrane-Review, 2005, White 2011)
- Antidepressiva  
(Hall 2008; Staiger, 2003)
- (Muskelrelaxantien (Hall 2008))

**Table 4.** Efficacy of pharmacological interventions.

Pharmacological interventions		Aims of intervention	
		Symptom	Activity and participation
Simple analgesics	Acute	la +	la +
	Chronic	la +	la +
Anti-inflammatory analgesics	Acute	la +	la +
	Chronic	la +	la +
Antidepressants	Chronic	la +	
Muscle relaxants <sup>a</sup>	Acute	la +	la +
Local treatment of epidural steroids	Acute	la 0	la 0
	Chronic	la 0	la 0

<sup>a</sup> muscle relaxants are from the same substance group as diazepam (Valium) and, as such, share the same side effects e.g. drowsiness.

(Kisner und van Tulder 2007)

Tramadol (vs. Placebo): SMD (RDQ 0-24) - 0.71 (95%CI -0.84, -0.57)

NSAR (vs. Placebo): WMD (VAS 0-100) - 12.4 (95% CI -15.5, -9.3)

(White 2011)

# Injektionen

---

- Unklare Wirksamkeit:
  - Epidurale Injektionen oder lokale Weichteilinjektionen mit Kortikosteroiden oder Lokalanästhetika
  - Facettengelenksinjektionen oder „medial branch blocks“  
(Hall 2008; [backpaineurope.org](http://backpaineurope.org) 2006)

# Aktive Behandlungen



# Manuelle Medizin



Nach Apollonius, ca. 50 v. Chr



Nach Abulcasis, 10. Jh





# Evidenz der MM

---

- Cochrane (Rubinstein 2011):
  - Kleiner statistisch signifikanter Effekt bezüglich Schmerz und Behinderung (RDQ).
  - Der statistisch positive Effekt ist aber nicht klinisch relevant
- White 2011 (Vergleich MM vs. Übungen)
  - Manuelle Therapie und Übungsbehandlungen sind hinsichtlich Schmerz und Behinderung gleich wirksam über einen 8-wöchigen Behandlungszeitraum
    - Schmerz (MM vs U): SMD 2.52 (95%CI -2.95, 8.0)
    - Funktion (MM vs U): SMD 0.12 (95%CI -4.18, 4.4)

# Physiotherapie: Beschwerdereduktion

- Hilfreich um die Beschwerden zu lindern sind:
  - Aktive physiotherapeutische Übungsprogramme  
(Deyo 1990, Hansen 1993, Lindström 1992, v. Middelkoop 2010)
    - ev. unterstützt durch Akupunktur, Chirotherapie und Massagen  
(2 Cochrane-Reviews by Furlan 2005)

				VAS 0-100
A2. Exercise therapy versus usual care				
A2.1 Pain post-treatment	2	108	Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-9.23 [-16.02, 2.43]
A2.2 Disability post-treatment	3	188	Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-12.35 [-23.00, -1.69]
A2.3 Disability during intermediate follow-up	2	267	Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-9.23 [-16.02, -2.43]
A2.4 Pain at long-term (12 months) follow-up	2	301	Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-9.23 [-16.02, -2.43]
A2.5 Disability at long-term (12 months) follow-up	3	377	Mean Difference (IV, Random, 95% CI)	-9.23 [-16.02, -2.43]

- Multidisziplinäre Rehabilitationsprogramme, va. wenn sie mehr als 100 Std. Therapie und einen behavioralen Behandlungsansatz umfassen

(Lindström 1992; Loisel 1997; Karjalainen, Cochrane-Review 2003, Guzman, Cochrane-Review 2005; Cheng 2011)

- Unnützlich:

- Bettruhe:  
Diese bringt nicht mehr als schmerz-adaptierte Mobilität  
(Cochrane Review 2005)

- v. Middelkoop 2010 (Meta-Analyse)

„...Exercise therapy is effective for chronic low back pain. However, there is no evidence that any type of exercise is clearly more effective than others.....“

# Physiotherapie: Arbeitsausfälle

---

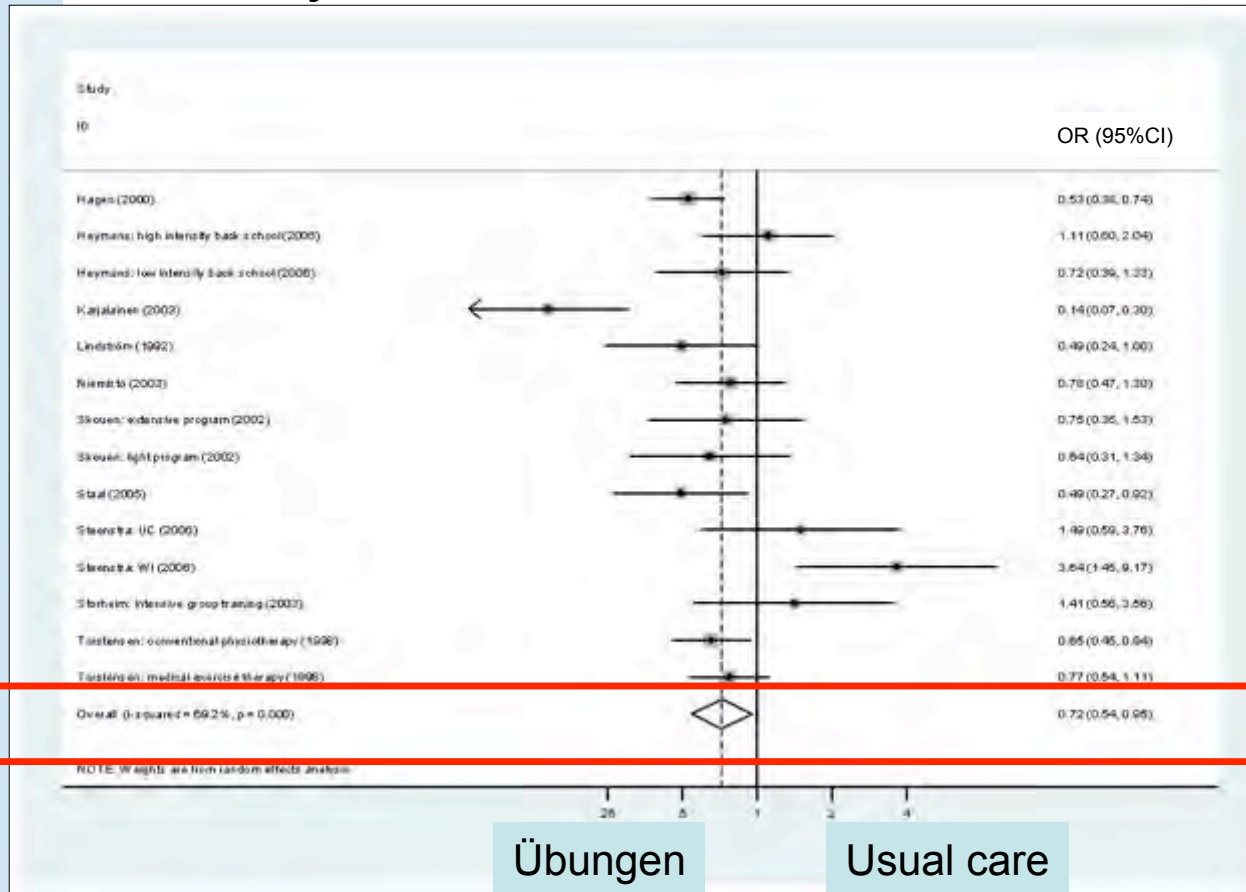
- Um die Anzahl Krankheitsausfallstage zu reduzieren sind hilfreich:
  - Interdisziplinäre multimodale biopsychosoziale Rehabilitationsprogramme
    - Medizin und Pflege
    - Physio- und Ergotherapie
    - Ergonomie
    - Psychiatrie/ Psychologie
    - Sozialdienst

- 
- Gute Evidenz
    - Reduzieren die krankheitsbedingten Arbeitsausfälle (vs. usual care)
    - Reduzieren Kosten

(Kool 2004, Oesch 2010, Bachmann 2010, Roche-Leboucher 2011)

# Effektivität einer Übungsbehandlung auf Arbeitsfähigkeitseinschränkungen

## Meta-Analyse 2010



OR 0.72 (0.54,0.95)

## RCT: Kostenanalyse nach 3 Jahren

---

- Totale Kosten pro Fall in CHF
    - Funktionsorientierte Behandlung (FCT)
      - 124'594 (95%CI 109'647 to 139'541)
    - Schmerzzentrierte Behandlung; Usual Care (PCT)
      - 134'144 (95%CI 120'820 to 147'468)
- 
- Differenz FCT – PCT
    - -9'550 (95%CI - 29'536 to 10'436)



# Passiv-physikalische Massnahmen



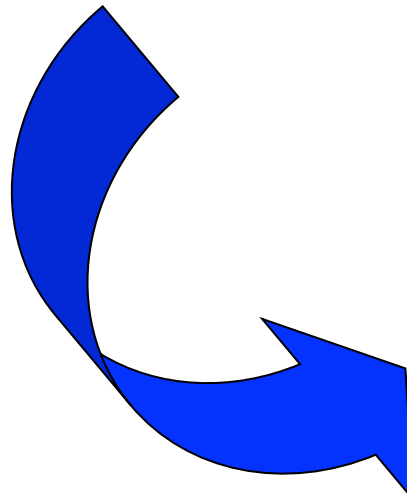
# Massage

---

- Furlan 2009 (Systematic review)
  - „..... Massage might be beneficial for patients with subacute and chronic nonspecific low back pain, especially when combined with exercises and education. The beneficial effects of massage in patients with chronic low back pain lasted at least 1 year after the end of the treatment.....”

# Take home message

---



# Pragmatische Empfehlungen basierend auf der aktuellen Literatur

---

Wissenschaftlich belegte Therapieoptionen:

- Flaggen beachten
- Keine Bettruhe
- Empfehlung aktiv zu bleiben, Turnen
- Analgetika und NSAR
- Übungen und Manualmedizin (sind über 8 Wochen gleichwertig)
- Multidisziplinäre Rehabilitation
  - mit behavioraler Therapie

- „Only multidisciplinary treatment, behavioural treatment, and exercise therapy should be provided as conservative treatments in daily practice in the treatment of chronic LBP“

(v. Middelkoop 2011).

# Danke für die Aufmerksamkeit

