

✉ E. Judin

Zur Leitlinie „Kreuzschmerzen“ der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM)

Sowohl praktisch-medizinische Relevanz als auch medizinrechtliche Verbindlichkeit der sogenannten Leitlinien befinden sich zu diesem Zeitpunkt noch in der Diskussion [1–3]. Zumindest eine Großzahl der Ärzte stuft die Anwendbarkeit der Leitlinien in der praktischen Arbeit als eingeschränkt ein und sieht keine Notwendigkeit, ja, gar keine Möglichkeit sie zu implementieren. Auf Distanz zu Leitlinien gehen viele praktizierende Ärzte, weil die ständig revidierten und korrigierten Leitlinien die Praxisrealität in meisten Fällen nicht abbilden können.

Diese Überlegung trifft auch auf die im Jahr 2003 verfasste und im Jahr 2007 aktualisierte Leitlinie „Kreuzschmerzen“ der DEGAM [4] zu. Die o. g. Leitlinie wird in der Fachpresse sehr intensiv besprochen, ihre Inhalte werden den Ärzten im Detail erklärt und als Maß aller Dinge präsentiert [5]. Ein kritischer Kommentar fehlt meistens, als könnte jede aktuell gültige Leitlinie definitionsgemäß nicht anders als völlig fehlerfrei sein, eine Wahrheit in letzter Instanz sozusagen. Bei der genaueren Betrachtung ist feststellbar, dass die Leitlinie „Kreuzschmerzen“ der DEGAM mit auffälligen faktisch-medizinischen Unrichtigkeiten sowie fragwürdigen terminologischen Ausdrücken durchsetzt ist. Ihre hohe Evidenzkompatibilität und die Anlehnung an die Vorstellungen aus dem angelsächsischen Sprachraum, vorwiegend an die Arbeiten des schottischen Orthopäden Gordon Waddell [6], sowie an die European Guidelines for the Management of Low Back Pain [7] kann und darf ihre Mangelhaftigkeit (z. B. methodisch inadäquates Klassifizierungsprinzip, eine nicht nachvollziehbare ablehnende Haltung gegenüber der therapeutischen Lokalanästhesie [TLA] bzw. Neuraltherapie und Akupunktur, fehlender ätiopathogenetischer Ansatz der medikamentösen Therapie etc.) weder kompensieren noch rechtfertigen.

In diesem Kommentar möchte ich nur einige der wichtigsten Kritikpunkte der DEGAM-Leitlinie „Kreuzschmerzen“ aufgreifen:

1. Grundsätzlich stellt eine Klassifizierung nach einem uneinheitlichen Prinzip (unkompliziert/kompliziert versus radikulär, dazu noch „extravertebral“) eine gravierende methodische Schwäche dar (Tabelle 1).

2. Die Begriffe „radikulär“ und „pseudoradikulär“ („nicht radikulär“) sind leider falsch definiert:

- Die radikulären Syndrome werden leitliniengemäß durch eine „Schmerzausstrahlung bis unterhalb des Knies“ charakterisiert. Das ist falsch: Es gibt lumbale radikuläre Schmerzsyndrome, die Beschwerden nur im Oberschenkel hervorrufen (z. B. Kompressionen der L3-Wurzel).
- Eine „Einseitigkeit“ ist kein Diagnosekriterium für den radikulären lumbosakralen Schmerz.
- Begriffe wie Ischialgie und Lumboischialgie sind keine Synonyma für den radikulären lumbosakralen Schmerz.
- Reflexauffälligkeiten sind bei radikulären Schmerzen nicht immer diagnostizierbar.
- Die radikulären „Kreuzschmerzen“ sollen „im Bein schlimmer als im Kreuz“ sein. Diese Definition ist sicherlich nicht ernst zu nehmen: Durchaus kann der kompressionsbedingte Schmerz an der unteren Extremität auch noch von einem sehr starken lokalen lumbosakralen Schmerz begleitet werden. Der Patient wird dabei gar nicht in der Lage sein, zu sagen, wo der Schmerz stärker ist. Viele Patienten mit diskogenen pseudoradikulären Schmerzen, dem M. piriformis-Syndrom oder einer ISG-Blockade/Dysfunktion beklagen stärkste Schmerzen an der unteren Extremität, die durchaus intensiver sein können als lokaler LWS-Schmerz.
- Lumbale nicht radikuläre (pseudoradikuläre) Schmerzsyndrome werden in der Leitlinie durch eine „Schmerzausstrahlung nur maximal bis zum Knie“ definiert. Das ist falsch: Pseudoradikuläre vertebrale lumboschialgische Schmerzsyndrome können von Patienten in der Wade, in der Ferse oder im Fuß wahrgenommen werden.

TABELLE 1 DEGAM-Klassifikation der Kreuzschmerzen (KS)

Unkomplizierte KS (> 80 %)	Radikuläre KS (ca. 5 %)	Komplizierte KS (ca. 1 %)
Syn.: Lumbago, Hexenschuss, unspezifische Kreuzschmerzen, nicht radikuläre Kreuzschmerzen – bewegungsunabhängig – evtl. dermatomübergreifend Ausstrahlung bis oberhalb des Knies (pseudoradikuläre KS) – guter Allgemeinzustand	Syn.: Ischialgie, Lumboischialgie einseitige Schmerzen im Bein (meist schlimmer als KS), ausstrahlend bis unterhalb des Knies; ggf. Taubheitsgefühl und Parästhesien im Versorgungs-Gebiet einer oder mehrerer Nervenwurzeln – positiver Lasègue-Test – Reflexauffälligkeiten	– Frakturen – Tumore – Entzündungen – Abszedierungen – ausgeprägte neurologische Ausfälle Extravertebrale KS z. B. – Aortenaneurisma – Darmkolik – Harnwegsinfekt

Pseudoradikulärer vertebra gener LWS-Schmerz bedeutet nicht „nur maximal bis zum Knie ausstrahlend“, sondern pseudoradikulär oder reflektorisch übertragend bedeutet vor allem „nicht kompressionsbedingt“, „ohne eine Spinalnervwurzelkompression“. Er kann auch durchaus in den Fuß und in die Ferse ausstrahlen und bleibt, wenn er nicht durch eine Spinalnervwurzelkompression bedingt ist, trotzdem pseudoradikulär. Die nicht radikulären übertragenen LWS-Schmerzen können zudem nicht nur in die untere Extremität, sondern auch in den Thorax und das Abdomen ausstrahlen.

Wenn man alle „*lumboischialgischen*“ Schmerzen, die „*bis unterhalb des Knies ausstrahlen*“ und „*im Bein stärker als im Kreuz sind*“, leitliniengemäß als „*radikulär*“ bezeichnet, dann führt es dazu, dass die Zahl der unnötigen Wirbelsäulenoperationen und periradikulären Interventionen (ausgehend von einer falschen Annahme einer radikulären Schmerzgenese) zunehmen wird. Dies ist leider in der Praxis auch der Fall.

3. Die Aufteilung der vertebra genen lumbosakralen Schmerzsyndrome in „spezifischer“ und „unspezifischer“ bzw. „unkomplizierter“ und „komplizierter“ „Kreuzschmerz“ (Leitlinien-terminologie) ist fragwürdig und geriet immer mehr in die Kritik [8, 9]. Eine solch schlichte Aufteilung ist nicht arbeitserleichternd, sondern primitiv und stellt keine Basis für eine differenzierte Therapie dar.

4. Begründete Empfehlungen zum Ansatz der ätiopathogenetisch und pharmakodynamisch klar funktionierenden Medikamente fehlen. Sie werden durch widersprüchliche, von fragwürdigen RCTs stammenden und mit einer realen Praxis nicht kongruenten Pauschalempfehlungen für nur wenige Medikamente, vorwiegend Paracetamol, ersetzt. Es wird nicht aufgeschlüsselt, in welchen konkreten klinischen Situationen mit welcher konkreten Zielsetzung die Medikamente eingesetzt werden sollten.

5. Es werden terminologische Ausdrücke popularisiert und propagiert, die eher mit einer Kindergartenterminologie als mit einem Medizinbetrieb zu tun haben (z. B. „Flaggen“ im Sinne von „Warnzeichen“ – rot, gelb etc.).

6. Akupunktur soll leitliniengemäß bei akuten LWS-Schmerzsyndromen gar nicht, bei chronischen LWS-Schmerzsyndromen eingeschränkt angewendet werden. Zitat: „Die Stellung der Akupunktur in der Behandlung akuter wie chronischer Kreuzschmerzen ist zurzeit noch ungeklärt. Sie kann optional neben evidenzbasierten Therapieverfahren (Aktivierung, Analgetika) in Abstimmung mit den Patienten und entsprechender Risikoabwägung (Infektionen, Trauma) eingesetzt werden.“ Dabei sind in der westlichen Welt „Infektionen“ oder Traumata nach Akupunktur bei Anwendung der Einmalnadeln praktisch inexistent. Dagegen wurde eine hohe Wirksamkeit der Akupunktur in der Behandlung akuter wie chronischer Kreuzschmerzen ausreichend bewiesen. Wenn, wie oft behauptet wird, Akupunktur nur ein Placebo sei (was sicherlich nicht stimmt!), warum lässt sich dann kein langan-

dauernder Placebo-Effekt mit dem Verschreiben und mit der Einnahme von Paracetamol und Diclofenac sowie einer Aktivierung auslösen?

7. TLA (Neuraltherapie) wird in der Leitlinie nicht empfohlen. Diese im besten Sinne einfache, wirksame und sichere Therapieform, deren positive Wirkung pathophysiologisch und erfahrungsgemäß völlig unumstritten ist [10], wird in der Leitlinie aufgrund von Widersprüchlichkeiten der sog. Evidenzlage aus der Therapie ausgeklammert. Diese Betrachtungsweise führte 2008 zum Nachteil von Patienten und Ärzten zum Ausschluss dieser Therapieform aus dem Behandlungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen.

8. Die DEGAM-Definition von Kreuzschmerzen – „Kreuzschmerzen sind Schmerzen oder Unwohlsein im Bereich des Rückens vom unteren Rippenbogen bis zu den Glutaealfalten, evtl. mit Ausstrahlung in die Beine“ – ist laienhaft. Denn es gibt vertebra gene lumbosakral bedingte Schmerzsyndrome, die sich ausschließlich durch Beschwerden an ventralen Körperanteilen (Blasengegend, Leisten, Hypogastrium) manifestieren. Das Wort „Kreuzschmerzen“ ist grundsätzlich in der Beschreibung von polymorphen vertebra gen bedingten Schmerzsymptomatiken einer medizinischen Sprache nicht würdig [9].

Weitere kritische Auseinandersetzung mit der Leitlinie „Kreuzschmerzen“ würde den Rahmen dieses Kommentars sprengen. Es ist nicht das Anliegen des Autors absolut alle Missverständnisse dieser Leitlinie penibel aufzulisten oder die Akupunktur oder TLA in die Leitlinie zu bringen.

Ich möchte fairerweise auch erwähnen, dass die Leitlinie „Kreuzschmerzen“ auch rationale Aspekte beinhaltet. Die beiden wichtigsten:

1. Der abwartende Ansatz einer radiologischen Untersuchung bei typischen lumbosakralen schmerzhaften Krankheitsbildern, da Morphologie und Klinik nicht zwangsläufig übereinstimmen und eine klinische Diagnose i. d. R. ausreichend ist, um mit einer Therapie zu beginnen und
2. ein Appell zur strengeren Indikationsstellung zur WS-Operation/WS-Intervention.

Literatur

1. Schulenburg D. Der Facharztstandard. Rheinisches Ärzteblatt, 4/2008
2. Heinrich D. „Heilkunst oder Leitlinienmedizin: Verantwortung braucht die Freiheit DÄ, 2007;104(48)
3. Fießl HS. MMW-Fortschritte der Medizin Nr. 26–9, 2009
4. Chernot JF, Becker A, Niebling W, Kochen MM: Aktualisierung der DEGAM-Leitlinie Kreuzschmerzen. Z Allg Med 2007;83:487–94
5. Thoma R. Rückenschmerz. Angewandte Schmerztherapie und Palliativmedizin. Sonderheft 2/2010.
6. Waddell G. The back pain revolution. Churchill Livingstone, Edinburgh, 2004
7. European Guidelines for the Management of Low Back Pain. Eur Spine J, Vol 15, Suppl 2, 2006
8. Strohmaier M, Casser HR, Jerosch J, Ludwig J, Schott C, Dieterle L, Bock F „Unspezifische Kreuzschmerzen gibt es nicht“. MMW-Fortschr. Med. Nr. 31–33/2010
9. Judin E. Unifiziertes Vertebrologisch Schmerztherapeutisches Konzept. Bremen: UNI-MED-Verlag, 2009
10. Herroeder S, Hollmann M. Alternative Wirkmechanismen von Lokalanästhetika. In: Weinschenk S. Handbuch Neuraltherapie. Diagnostik und Therapie mit Lokalanästhetika. München, Elsevier, 2010, S. 93–102