

Rückenschmerzen – schicken wir zu oft zum Röntgen?

DIE MODERNE ORTHOPÄDIE ist ohne Radiologie nicht denkbar. Der ungezielte Einsatz radiologischer Untersuchungen belastet allerdings unnötig das Gesundheitssystem und fördert die Chronifizierung von Rückenschmerzen.

DIE BEURTEILUNG von bildgebenden Aufnahmen und Befunden gehört zu den essenziellen diagnostischen Schritten in der Orthopädie, insbesondere bei Erkrankungen und Störungen der Wirbelsäule. Ob sie aber gleich am Beginn der Diagnostik stehen muss, bleibt zu hinterfragen. Allerdings zeigt der klinische Alltag, dass oft, bevor ein Gelenk oder die Wirbelsäule noch klinisch untersucht werden, bereits die Überweisung zum Röntgen oder zur MRT ausgestellt wird und in dieser Zeit auch eine Zurückhaltung einer adäquaten Therapie besteht. Häufig wird auch von unseren Patienten eine sofortige Röntgen- oder MRT-Überweisung gefordert, „denn da sieht man dann, was ich habe ...“. Diesbezügliche Aufklärungsgespräche sind meist sehr aufwendig und manchmal auch nicht zielführend. Die einfachste Lösung wäre natürlich, dem Patientenwunsch nachzugeben und sich mit der Ausstellung der gewünschten Überweisung Diskussionen, verärgerte Patienten und vor allem Zeit für andere Patienten zu sparen. Doch gerade in Zeiten von zunehmenden Wartezeiten für MRT-Termine sollten diese jenen Patienten vorbehalten bleiben, die diese Untersuchungen auch wirklich benötigen. Außerdem hat die medizinisch nicht oder wenig indizierte, aber von Patienten insistierte Untersuchung auch Nachteile für den Patienten, auf die ich ebenfalls in diesem Artikel eingehen werde.

DIAGNOSE: PATIENTEN ANGREIFEN, UM ZU BEGREIFEN

Selbstverständlich müssen wir schon beim Erstkontakt mit dem

an Rückenschmerzen leidenden Patienten entscheiden können, ob weiterführende diagnostische Mittel notwendig sind. Daher müssen wir am Beginn sogenannte „unspezifische Rückenschmerzen“ von „spezifischen“ abgrenzen. Das gelingt primär ganz ohne Technik durch die Erhebung der Anamnese und eine genaue klinische Untersuchung des Patienten im Anschluss. Das heißt, wir müssen unsere Patienten „angreifen, um sie begreifen zu können“. Das beginnt bereits bei der exakten Inspektion (Prüfung des Gangbildes, von Deformitäten, Beckenschiefständen, Fußfehlstellungen usw.), der Untersuchung benachbarter Gelenke und auch der neurologischen Untersuchung.

Hier ist die Differenzierung zwischen radikulärer und sogenannter pseudoradikulärer Ausstrahlung essenziell. Danach folgt die eigentliche Chirodiagnostik nach manualmedizinischen Grundsätzen mit Struktur- und Schmerzpalpation und der Prüfung der segmentalen Beweglichkeit zur Unterscheidung von Blockierungen und Hypermobilitäten (z.B. Prüfung der segmentalen Flexion, Rotation usw., Federungstests, Springing-Tests, Testung der Rippenbeweglichkeit, das Testen des translatorischen Gleitens und einer altantodentalen Instabilität). Aus der Kombination einer guten Anamnese und exakten klinischen Untersuchung können dann spezifische Ursachen erkannt werden.

Dazu zählen Traumen, Spondyloarthritiden, Neoplasmen, Infektionen, Nervenwurzel-, Myelon- oder Caudairritationen, Wirbelsäulendeformitäten sowie metabolische Erkrankungen. Hilfreich sind hier sogenannte „Red Flags“ (Warnhinweise), in der Tabelle dargestellt.

WEITERFÜHRENDE DIAGNOSTIK NUR BEI „RED FLAGS“

Eine weiterführende Diagnostik sollte nun bei Vorliegen von „Red Flags“ durchgeführt werden, wobei hier die Entscheidung über das Vorgehen im Ermessen des Untersuchers liegen muss. Eine „Red Flag“ alleine kann, muss aber nicht zwingend zur weiteren Abklärung führen (z.B. Lumbalgie beim grippalen Infekt mit mäßigem Fieber). Naturgemäß ist bei Verdacht auf Trauma, Tumor, Infektion oder Neuropathie eine rasche weitere Abklärung an-



Nicht jeder Rückenschmerz muss mittels MRT abgeklärt werden

Tab.: WARNHINWEISE („RED FLAGS“) ZUR ABGRENZUNG SPEZIFISCHER/ UNSPEZIFISCHER RÜCKENSCHMERZ

• Alter < 20 und > 55 Jahre
• Thorakalschmerz
• Rezentes Trauma
• Belastungsunabhängiger Schmerz, Verstärkung in Ruhe („entzündlicher Rückenschmerz“)
• Anhaltend schwere Einschränkung des Vorneigens
• Neurologische Ausfälle, Claudicatio spinalis
• Hinweise auf Tumor, Entzündung oder Osteoporose
• Langzeittherapie mit Steroiden, Immunsuppressiva
• Allgemeines Krankheitsgefühl
• Ungewollter Gewichtsverlust
• Schwere strukturelle Deformitäten
• Therapieresistenz oder Schmerzzunahme trotz Therapie
• i.v. Drogen, HIV
• Fieber

gezeigt. Liegen keine „Red Flags“ vor, so kann auch ohne Bildgebung adäquat therapiert werden. Erst nach sechs Wochen Beschwerdepersistenz trotz Therapie ist eine radiologische Diagnostik angezeigt.

Oft kommt an dieser Stelle der Einwand, dass wohl aus forensischen Gründen eine erhöhte Sicherheit erzielt werden könne, wenn bei allen Patienten gleich eine Bildgebung veranlasst wird. Dem ist entgegenzuhalten, dass man entsprechend den „European Guidelines for the management of chronic non-specific low back pain“ nach sorgfältigem Ausschluss der „Red Flags“ mit einer 99%igen Sicherheit rechnen kann, keine schwere WS-Pathologie übersehen zu haben. Oder anders ausgedrückt: Ein zusätzliches Röntgen kann bei einer guten klinischen Untersuchung mit Ausschluss von „Red Flags“ nur in einem von 2.500 Fällen eine signifikante Pathologie entdecken.

NICHT JEDE ZACKE MUSS ZU BESCHWERDEN FÜHREN

Warum machen wir aber nicht trotzdem bei allen Patienten mit Rückenschmerzen gleich eine Bildgebung, um eine noch höhere Sicherheit zu erreichen? Neben den erwähnten ökonomischen Gründen und Gründen der Nichtmachbarkeit aufgrund der Wartezeiten für diese Untersuchungen gibt es natürlich vor allem medizinische Gründe, die Bildgebung restriktiver einzusetzen. Matsumoto et al. haben in einer Studie 2013 zeigen können, dass bei bis zu 80% der asymptomatischen (!) Perso-

nen Diskusprotrusionen in der Bildgebung vorliegen. Eine im Folgejahr publizierte Metaanalyse berichtete, dass selbst in einer asymptomatischen pädiatrischen Population bei unter 18-Jährigen bis zu 30% Diskusveränderungen nachweisbar sind. Ergebnisse, die sich im letzten Jahr in einer systematischen Review anhand von 3.110 beschwerdefreien Probanden bestätigten (Brinjikji et al. 2015). So hatten z.B. 50% der 60-Jährigen asymptomatische Facettengelenksarthrosen. Was lernen wir aus diesen aktuellen Daten? Nicht jede Degeneration, nicht jede Zacke, Vorwölbung oder Einengung im MRT muss zwingend irgendetwas mit den Beschwerden unserer Rückenpatienten zu tun haben.

Des Weiteren sollte in diesem Zusammenhang nicht unerwähnt bleiben, welche medizinischen Folgen es für WS-Patienten haben kann, wenn „überdiagnostiziert“ wird. Es sind allgemein einige Gründe für eine Förderung der Chronifizierung von Rückenschmerzen bekannt. Dazu zählen neben psychosozialen Ursachen (subjektiver Gewinn aus der Erkrankung, Pensionsbegehren, körperliche Arbeitsbelastung, Konflikte am Arbeitsplatz, Depression etc.) auch iatrogene Ursachen. Folgende iatrogene Risikofaktoren werden genannt: mangelhafte Respektierung der multikausalen Genese, lange, schwer begründbare Krankenschreibung, Förderung passiver Therapiekonzepte,

aber auch die Überbewertung somatischer/radiologischer Befunde bei nichtspezifischen Schmerzen (sogenannte „Katastrophisierung“) und der übertriebene Einsatz diagnostischer Maßnahmen (Nationale Versorgungsleitlinie Rückenschmerz, Deutschland 2013).

PLÄDOYER FÜR EINEN GEZIELTEN EINSATZ

Aus dem Praxisalltag fallen dazu sicher jedem sofort einige Patienten ein, die durch Überinterpretationen von Befunden gezeichnet sind: die magische Wirkung des Wortes „Bandscheibenvorfall“ zum Beispiel, das noch Jahre nach Befundung im Patientengehirn eingebrennt ist, auch wenn die damaligen Beschwerden gar nichts mit der Bandscheibenpathologie zu tun hatten. Die Liste ließe sich unendlich fortsetzen. Die Schlussfolgerung daraus ist, dass wir mit den radiologischen Befunden sorgsam umgehen und diese immer mit dem klinischen Bild korrelieren müssen. Selbstverständlich ist es einfacher, nach Erklärungen suchenden Patienten alleine die Pathologien aus dem radiologischen Befund als Antwort anzubieten, insbesondere da die Erläuterung von einfachen Störungen der Wirbelsäule viel aufwendiger ist und meist doch ein verwirrter Patient übrig bleibt. Während die Erklärung von Blockierungen für Patienten nachvollziehbar erscheint, stößt man bei Hypermobilitäten, Störungen mit Reizzuständen der gesamten Wirbelsäuleneinheit (Bänder, Muskulatur, Dysfunktionen der Facettengelenke etc.) meist auf Unverständnis, und nach langen Aufklärungen folgt dann die ernüchternde Frage des auf den MRT-Befund zeigenden Patienten: „Danke, Herr Doktor, aber was hat das jetzt alles mit meiner Bandscheibenvorwölbung zu tun?“

Dieser Artikel soll auf keinen Fall eine Brandrede gegen die Radiologie sein. Moderne Orthopädie und Medizin sind natürlich ohne Radiologie nicht denkbar. Radiologische Untersuchungen sollten aber nicht ungezielt, sondern unbedingt nach klinischer Untersuchung mit entsprechender konkreter Fragestellung veranlasst werden.

Priv.-Doz. Dr. RONALD DOROTKA
Präsident des BVdO,
Facharzt für Orthopädie und
Orthopädische Chirurgie,
Orthopädische Gruppenpraxis, 1010 Wien
r.dorotka@ortho-zentrum.at

