

PRÜFEN,
PLANEN,
HANDELN.

PHYSIOTHERAPIE ALS
REZEPT GEGEN AKUTEN
RÜCKENSCHMERZ

RÜCKENSCHMERZ

- ⊙ Akut = erstmals nach 6 Monaten Schmerzfreiheit und max. 6 Wochen lang
- ⊙ Rückenschmerzprävalenz in Deutschland (Schmidt et al. 2007)
 - Punktprävalenz 37%
 - Lebenszeitprävalenz 86%
- ⊙ Entsprechende gesellschaftliche (z.B. ökonomische) und individuelle Folgen (z.B. Funktion, Aktivität, Teilhabe)

AKUTER RÜCKENSCHMERZ: KLASSIFIKATION

(Raspe 2012)

- ◎ Spezifischer akuter Rückenschmerz
 - Erkrankungen der Wirbelsäule (z.B. Bechterew)
 - Erkrankungen der inneren Organen (z.B. der Nieren)
 - spezifische Pathologien (z.B. Frakturen, Entzündungen, Tumore)
 - „bestimmte Entstehungsorte“ (z.B. Muskeln, Gelenke, Nervenwurzeln, Bandscheibe)
- ◎ Unspezifischer akuter Rückenschmerz
 - „wenn mit einfachen klinischen Mitteln keine Ursache gefunden werden kann, welche die vorliegenden Beschwerden überzeugend erklären kann“ (S.7)
- ◎ Häufigkeit spezifisch vs unspezifisch ca. 1:4

AKUTER RÜCKENSCHMERZ: UNTERSUCHUNG

◎ Ziele:

- Ermitteln von systemischen, pathologischen oder anderen anderen spezifischen Ursachen
- Ermitteln von unmittelbar bedrohlichen Risikofaktoren
 - In ca. 1 von 1000 Fällen (Henschke et al. 2009)
- Ermitteln von Barrieren für eine zeitnahe Besserung
 - z.B. psychische Belastungen, mangelhafte Coping-Fähigkeiten, starke initiale Einschränkungen

◎ Hilfsmittel

- Ausführliche Anamnese
- Ausführliche klinische Untersuchung
 - KEIN Routineeinsatz aufwendiger diagnostischer Verfahren

(Chou et al. 2007; European Guidelines for the Management of Acute non-specific Low Back Pain in Primary Care 2004; Golob & Wipf 2014; Henschke et al. 2009; Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz 2013)

SPEZIFISCH? UNSPEZIFISCH?

- ◎ Erfassung von spezifischen Ursachen
 - Pathologien, radikuläre Schmerzen, Stenosen, Spondylolisthesen, spezifischen Muskel- oder Gelenkproblemen, etc.
 - Einsatz geeigneter Untersuchungsmethoden (Anamnese und Tests mit hohen Prädiktiven Werten)
 - Verwendung von Flaggen (rot/gelb) (Greenhalgh & Selfe 2006; Schilling & Müller 2012)
 - Berücksichtigung von multiplen Informationen
 - Hohe falsch-positiv-Rate bei Einsatz einzelner roter Flaggen (Henschke et al. 2009)
- ◎ Falls nicht... Erfassung als unspezifischer Rückenschmerz (*...mit einfachen Mittel...*)

PROGNOSE BEI AKUTEM (UNSPECIFISCHEN) RÜCKENSCHMERZ

- ◎ Verschwindet mit oder ohne Therapie in wenigen Wochen (Golob & Wipf 2014; Raspe 2012)
- ◎ Zweifel an häufiger Spontanheilung
 - „Viele Studien haben nur auf die Funktion geschaut“ (Itz et al. 2013)
 - Schnelle Verbesserung innerhalb weniger Wochen, aber Schmerz und Einschränkungen sind oft bleibend oder wiederkehrend (Pengel et al. 2003)
 - Nach 3 Monaten 24% der Patienten nicht beschwerdefrei (Grotle et al. 2005)

PROGNOSTISCHE FAKTOREN (UNSPECIFISCHER AKUTER RÜCKENSCHMERZ)

◎ Wahrscheinliche Einflussfaktoren

- Ausmaß der Einschränkungen
- Neurologische Zeichen
- Selbstwahrnehmung der Einschränkungen
- Angst-Vermeidungsverhalten
- Eigene Erwartungen an den zukünftigen Verlauf
- Soziale Unterstützung am Arbeitsplatz
- Katastrophisierung
- "Somatisierung"

◎ Unwahrscheinliche Einflussfaktoren

- Vorheriges Aktivitätsniveau
- Bildgebende Verfahren

(Grotle et al. 2005; Hallgraeff et al. 2011; Hendrick et al. 2013; Melloh et al. 2013; Modic et al. 2005; Wertli et al. 2014)

THERAPIEEMPFEHLUNGEN

(UNSPECIFISCHER AKUTER RÜCKENSCHMERZ)

- ◎ Beratung/Motivation bzgl.
 - guter Prognose
 - Beibehaltung körperlicher Aktivität
 - Übernahme von Behandlungsverantwortung
 - (keinem) Bedarf an bildgebenden Verfahren
 - Optionen bei Persistenz oder Verschlechterung
 - Selbsteinschätzungen von „Gefahren“ und „medizinischer Heilung“
- ◎ Bewegungstherapie
- ◎ Manipulation/Mobilisation

- ◎ Bei entsprechendem Bedarf:
 - Schmerzmedikamente (z.B. Ibuprofen, Diclofenac)
 - Individuelle kognitive Verhaltenstherapie

(Chou et al. 2007; Darlow et al. 2013; European Guidelines for the Management of Acute non-specific Low Back Pain in Primary Care 2004; Golob & Wipf 2014; Goubert et al. 2004; Henschke et al. 2009; Hidalgo et al. 2014; Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz 2013; Raspe 2012)

WAS IST MIT INTERVENTIONEN WIE...

⊙ ...Trainingstherapie?

- Weltweit vermutlich die am häufigsten eingesetzte konservative Therapie (Lizier et al. 2012)
- So effektiv wie keine oder andere konservative Therapien (Hayden et al. 2005; Richards et al. 2013)
- z.B bei Arbeitern kein Effekt bzgl. krankheitsbezogener Arbeitsunfähigkeit (Schaafsma et al. 2013)

⊙ ...Manipulation/Mobilisation

- Nicht effektiver als andere Standardbehandlungen (Pengel et al. 2003)
- ... aber deutlich effektiver als keine Behandlung, und gemeinsam mit hausärztlicher Versorgung effektiver als diese allein (Hidalgo et al. 2014)

PHYSIOTHERAPIE UND AKUTER RÜCKENSCHMERZ

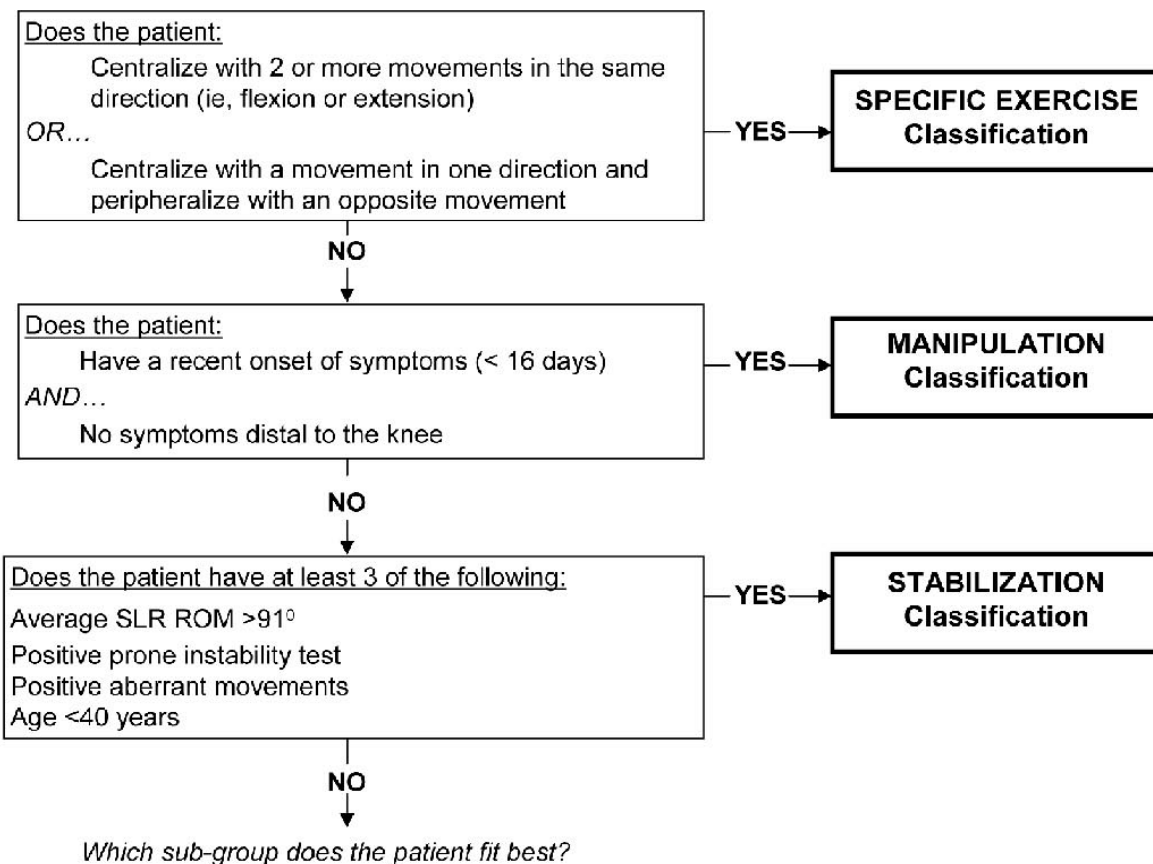
- ◎ Physiotherapeuten... (Ross et al. 2014)
 - ...haben eine höhere Chance geeignete Medikamente zu empfehlen
 - ...glauben stärker daran, dass Erklärungen und Motivation wichtig sind
 - ...verfügen über mehr Wissen bzgl. optimaler Managementstrategien
 - (Hausärzte weichen z.B. sehr häufig von Leitlinien-Empfehlungen ab (Piccoliori et al. 2013))
- ◎ Erheblicher und nachhaltiger Einfluss auf Haltung und Vorstellungen von Menschen mit Rückenschmerzen
(Darlow et al. 2013)

UNSPECIFISCH – UND JETZT?

- ◎ Unspezifischer akuter Rückenschmerz sollte nicht als “homogener Zustand” betrachtet werden, denn...
 - Behandlungsentscheidungen auf Basis von Subgruppenklassifizierungen führen zu besseren kurz- und langzeit Ergebnissen (Bandiera et al. 2003; Brennan et al. 2006; Werneke et al. 2003)
- ◎ Eine fortlaufende Klassifizierung führt zu besseren Ergebnissen als eine einmalige initiale Einteilung (Werneke et al. 2003)
- ◎ Klinische Vorhersageregeln (Clinical Prediction Rules = CPR's) sollen Praktiker bei der Entscheidungsfindung unterstützen (Adams & Leveson 2012)
 - *“Die vorgeschlagene CPR zum Einsatz von lumbalem Stabilisationstraining konnte nicht validiert werden”* (Rabin et al. 2014)

BEISPIEL CPR

(Brennan et al. 2006)



MANIPULATION		STABILIZATION		SPECIFIC EXERCISE	
Factors favoring	Factors against	Factors favoring	Factors against	Factors favoring	Factors against
More recent onset of symptoms Segmental hypomobility LBP only (no distal symptoms) Low FABQ scores (FABQW <19)	Symptoms below the knee Increasing episode frequency Peripheralization with motion testing No pain with mobility testing	Younger age Positive prone instability test Aberrant motions present Greater SLR ROM Hypermobility with spring testing Increasing episode frequency 3 or more prior episodes	Discrepancy in SLR ROM (>10°) Low FABQ scores (FABQPA < 9)	Strong preference for sitting or walking Centralization with motion testing Peripheralization in direction opposite centralization	Low back pain only (no distal symptoms) Status Quo with all movements

MANAGEMENT-STRATEGIE ERFOLGREICH?

- ◎ Einsatz geeigneter Kontrollmethoden
 - V.a. um gegen eine Chronifizierung arbeiten zu können
 - Bereits ab Woche 3 können maladaptive Kognitionen eine Chronifizierung begünstigen (Melloh et al. 2014)
- ◎ „Geeignet“ bei akutem Rückenschmerz
 - Kombinierte Erfassung von Besserungs-Skalen (Selbsteinschätzung), Schmerz und Einschränkungen eignen sich am besten zur Unterscheidung von Patienten mit und ohne zusätzlichem Handlungsbedarf (Mehling et al. 2011)
 - z.B. *Global Back Recovery Scale* und *Patient-Generated Index of Quality of Life-Back Pain* (Hush et al. 2012)

PRÜFEN, PLANEN, HANDELN...

REPEAT...

◎ Prüfen

- Ob spezifische Ursachen vorliegen
- Ob eine Subgruppenklassifikation hilfreich ist (Einsatz von CPR's)

◎ Planen

- Bei spezifischem Verdacht ggf. weitere Diagnostik
- Management entsprechend der evidenzbasierten Empfehlungen/CPR
- Outcome- bzw. Verlaufs-Messungen

◎ Handeln

- Interventionen durchführen
- Ergebnisse und Verlauf messen

◎ Prüfen

- Ob sich die Einschätzung spezifisch/unspezifisch durch den Verlauf bestätigt
- Ob das Management erfolgreich ist bzw. ob Anpassungen/Ergänzungen erforderlich sind

◎ Akuter Rückenschmerz

- Nicht wundern wenn man nichts findet.
- Nicht zu sorglos damit umgehen.
- Die Rolle von Physiotherapeuten sollte möglicherweise eher die eines „Unterstützers und Kontrolleurs“ als die eines „Reparateurs“ sein.

- Adams ST, Leveson SH (2012) Clinical prediction rules. *BMJ* 344.
- Assendelft WJ, Morton SC, Yu EI, Suttrop MJ, Shekelle PG. Spinal manipulative therapy for low back pain. A meta-analysis of effectiveness relative to other therapies. *Ann Intern Med*. 138(11):871-81.
- Bandiera G, Stiell IG, Wells GA, Clement C, De Maio V, Vandemheen KL, et al. (2003) The Canadian C-spine rule performs better than unstructured physician judgment. *Ann Emerg Med* 42:395-402.
- Brennan GP, Fritz JM, Hunter SJ, Thackeray A, Delitto A, Erhard RE (2006) Identifying subgroups of patients with acute/subacute "nonspecific" low back pain: results of a randomized clinical trial. *Spine* 31(6):623-31.
- Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT Jr, Shekelle P, Owens DK (2007) *Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians; American College of Physicians; American Pain Society Low Back Pain Guidelines Panel*. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med*. 147(7):478-91.
- Darlow B, Dowell A, Baxter GD, Mathieson F, Perry M, Dean S (2013) The enduring impact of what clinicians say to people with low back pain. *Ann Fam Med*. 11(6):527-34.
- European Guidelines for the Management of acute nonspecific low back pain in Primary Care (2004) www.backpaineurope.org/web/files/WG1_Guidelines.pdf (accessed 17.09.2014).
- Golob AL, Wipf JE (2014) Low back pain. *Med Clin North Am*. 98(3):405-28.
- Goubert L, Crombez G, De Bourdeaudhuij I (2004) Low back pain, disability and back pain myths in a community sample: prevalence and interrelationships. *Eur J Pain*. 8(4):385-94.
- Greenhalgh, S. and Selfe, J. (2006) Red Flags – A Guide to identifying serious pathology of the spine. Churchill Livingstone
- Grotle M, Brox JI, Veierød MB, Glomsrød B, Lønn JH, Vøllestad NK (2005) Clinical course and prognostic factors in acute low back pain: patients consulting primary care for the first time. *Spine* 30(8):976-82.
- Hallegraeff JM, Krijnen WP, van der Schans CP, de Greef MH (2012) Expectations about recovery from acute non-specific low back pain predict absence from usual work due to chronic low back pain: a systematic review. *J Physiother*. 58(3):165-72.
- Hayden JA, van Tulder MW, Malmivaara AV, Koes BW (2005) Meta-analysis: exercise therapy for nonspecific low back pain. *Ann Intern Med*. 142(9):765-75.
- Hendrick P, Milosavljevic S, Hale L, Hurley DA, McDonough SM, Herbison P, Baxter GD (2013) Does a patient's physical activity predict recovery from an episode of acute low back pain? A prospective cohort study. *BMC Musculoskelet Disord*. 5;14:126.
- Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, Herbert RD, Cumming RG, Bleasel J, York J, Das A, McAuley JH (2009) Prevalence of and screening for serious spinal pathology in patients presenting to primary care settings with acute low back pain. *Arthritis Rheum*. 60(10):3072-80.
- Hidalgo B, Detrembleur C, Hall T, Mahaudens P, Nielsens H (2014) The efficacy of manual therapy and exercise for different stages of non-specific low back pain: an update of systematic reviews. *J Man Manip Ther*. 22(2):59-74.
- Hush JM, Kamper SJ, Stanton TR, Ostelo R, Refshauge KM (2012) Standardized measurement of recovery from nonspecific back pain. *Arch Phys Med Rehabil*. 93(5):849-55.
- Itz CJ, Geurts JW, van Kleef M, Nelemans P (2013) Clinical course of non-specific low back pain: a systematic review of prospective cohort studies set in primary care. *Eur J Pain*. 17(1):5-15.

V
I
E
L
E
N

D
A
N
K
!