

Rückenschmerzen

Welche Medikamente helfen?

Bei der weit überwiegenden Mehrheit der Patienten, die sich beim Hausarzt wegen Rückenschmerzen vorstellen, ist keine spezifische Ursache zu finden. Dennoch muss je nach individuellen Risikofaktoren nach spezifischen Auslösern gefahndet werden. Was die symptomatische medikamentöse Therapie angeht, so kommen Paracetamol, NSAR, Opioid sowie eventuell Muskelrelaxanzien und Psychopharmaka zum Einsatz.

OLGA MALYSHEVA, SUSETTE UNGER, FRANZISKA LUTTOSCH UND CHRISTOPH BAERWALD

Rückenschmerzen können ganz verschiedene Ursachen haben und von weiteren Beschwerden begleitet sein. Neben somatischen Faktoren (Prädisposition, Funktionsfähigkeit) müssen auch psychische (z.B. Problemlösekompetenz, Selbstwirksamkeitserwartung) und soziale Faktoren (z.B. soziale Netze, Versorgungsstatus, Arbeitsplatz) bei Krankheitsentstehung und -fortdauer berücksichtigt werden.

Kreuzschmerz (low back pain) gehört zu den häufigsten Beschwerdebildern in der Hausarztpraxis. Die Lebenszeitprävalenz beträgt abhängig von den Untersuchungen zwischen 50 und 70 Prozent mit einer Punktprävalenz zwischen 12 und 30 Prozent bei Erwachsenen in Europa oder den USA (7, 10). Aufgrund der damit verbundenen Krankschreibungen und der eingeleiteten Therapiemaßnahmen gehört der tief-sitzende Rückenschmerz zu den Erkrankungen mit den höchsten Kosten für das Gesundheitssystem (8).

Risikofaktoren für spezifische Rückenschmerzen

Bei rund 85 Prozent der Patienten, die sich in der Allgemeinpraxis vorstellen, kann keine spezifische Ursache für den chronischen Rückenschmerz gefunden werden. Um eine sol-

che spezifische Ursache (*Tabelle*) nachzuweisen beziehungsweise auszuschließen, ist es wichtig, Risikopatienten zu identifizieren. Dabei kommt es auf eine gezielte Anamnese an. Gefragt werden sollte nach vorbestehenden Krebserkrankungen, ungeklärtem Gewichtsverlust, Alter > 50 Jahre sowie fehlender Besserung nach einem Monat.

Risikofaktoren für eine Wirbelsäuleninfektion sind Fieber, intravenöser Drogenmissbrauch oder eine kürzlich durchgemachte Infektion. Risikofaktoren für eine Kompressionsfraktur stellen eine bestehende Osteoporose, Gebrauch von Glukokortikoiden, höheres Alter und weibliches Geschlecht dar. Eine ankylosierende Spondylitis sollte in Betracht gezogen werden bei jüngeren Patienten mit den typischen Symptomen eines entzündlichen Rückenschmerzes (Aufwachen in der zweiten Nachthälfte, Verbesserung durch Bewegung, Morgensteifigkeit) (3).

Ausgehend von diesen Überlegungen ist eine bildgebende Diagnostik auch nur dann erforderlich, wenn entsprechende Risikofaktoren vorliegen, da im Übrigen anatomische Veränderungen in der Bildgebung keine Korrelation zu den klinischen Beschwerden aufweisen (6).

Therapiemanagement

Ziel der Therapie von unspezifischen Rückenschmerzen ist es, den Patienten möglichst schmerzfrei zu bekommen und eine Chronifizierung zu vermeiden. Dazu gehören auch nicht medikamentöse Therapieverfahren wie Krankengymnastik, körperliches Training, Verhaltenstherapie, Ergotherapie und eine ausführliche Beratung, was jedoch nicht Gegenstand dieses Artikels ist.

Grundlage dieses Beitrags zur medikamentösen Therapie ist die nationale Versorgungsleitlinie zum Kreuzschmerz in der Bundesrepublik Deutschland.

Paracetamol

Paracetamol (z.B. Dafalgan®) hemmt wie nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) die Prostaglandinbildung, wobei antiphlogistische Wirkungen hier fehlen. Auch wenn die analgetische Wirkung relativ gering ist, wird es zum Einsatz bei unspezifischem Kreuzschmerz vor allem auch aus Sicherheitsaspekten empfohlen. Es existiert keine systematische, plazebokontrollierte Studie zu Paracetamol bei unspezifischem Kreuzschmerz, sodass sich nur indirekt auf die Wirksamkeit von Paracetamol schließen lässt (4). Es wird empfohlen, dass bei leichten bis moderaten akuten Kreuzschmerzen ein Behandlungsversuch durchgeführt wird mit einer maximalen Tagesdosis bis zu 3 g. Der Behandlungserfolg sollte

Merksätze

- ❖ Eine bildgebende Diagnostik bei Rückenschmerzen ist nur dann erforderlich, wenn entsprechende Risikofaktoren vorliegen.
- ❖ Eine Opioidtherapie bei akuten Rückenschmerzen sollte spätestens nach 4 Wochen reevaluiert werden.

Tabelle:

Spezifische Ursachen von Rückenschmerzen

Ursache	Häufigkeit
symptomatische Spinalkanalstenose	3%
Bandscheibenvorfall mit Radikulopathie	4%
Wirbelkörperkompressionsfrakturen	4%
ankylosierende Spondylitis	0.3 bis 5%
maligne Prozesse	ca. 0.7%
Spinalinfektionen	0.01%
Cauda-equina-Syndrom	0.04%

jedoch kurzfristig überprüft werden, um rechtzeitig auf stärkere Medikamente übergehen zu können. Bei subakuten und chronischen Kreuzschmerzen sollte nur nach ausführlicher Medikamentenanamnese und zur Behandlung kurzer Exazerbationen chronischer Kreuzschmerzen Paracetamol eingesetzt werden.

Nicht steroidale Antirheumatika

Mehrere Untersuchungen belegen die Wirksamkeit nicht steroidaler Antirheumatika bei der Behandlung akuter Kreuzschmerzen ohne radikuläre Symptomatik, aber auch bei chronischen Kreuzschmerzen. Die Ergebnisse zeigen die Überlegenheit von traditionellen NSAR gegenüber Placebo. Innerhalb der Gruppe der traditionellen NSAR fanden sich keine wesentlichen Unterschiede in der Wirksamkeit, jedoch unterscheiden sich die Substanzen in den pharmakologischen Eigenschaften und dem Risikoprofil (9).

So sollte zum Beispiel Piroxicam (Felden® oder Generika) aufgrund des vergleichsweise hohen Risikos gastrointestinaler Störwirkungen und der Gefahr schwerwiegender Hautreaktionen nicht mehr bei akuten Schmerzzuständen verordnet werden. Bei akuten und auch bei chronischen Kreuzschmerzen sollten traditionelle NSAR in einer mittleren Dosierung eingesetzt werden. So wird beispielsweise für Ibuprofen eine Dosis von 1,2 g/Tag oder für Diclofenac von 100 mg/Tag angegeben. Die tägliche Maximaldosierung von 2,4 g Ibuprofen (z.B. Brufen®) beziehungsweise 150 mg Diclofenac (z.B. Voltaren®) sollte nur bei unzureichender Wirkung kurzfristig zum Einsatz kommen. Aufgrund der potenziellen Nebenwirkungen wird die prophylaktische Gabe eines Pro-

tonenpumpeninhibitors abhängig von den Komorbiditäten empfohlen. Keine Empfehlung wird ausgesprochen für die parenterale Gabe von NSAR aufgrund potenzieller Nebenwirkungen bis hin zur Anaphylaxie.

Selektive COX-II-Hemmer sind derzeit für die Behandlung von unspezifischem Rückenschmerz nicht zugelassen, jedoch wird in der Versorgungsleitlinie ausgeführt, dass COX-II-Hemmer bei Kontraindikationen für NSAR «off label» eingesetzt werden können.

Opioide

Vor dem Behandlungsbeginn mit Opioiden sollte eine interdisziplinäre Ursachenabklärung erfolgen. Es sollte dabei vor allem auf psychische Komorbiditäten geachtet werden. Weiterhin ist ein realistisches Therapieziel festzulegen mit einer zu erzielenden Schmerzreduktion um rund 50 Prozent. Unbedingt erforderlich sind regelmässige Vorstellungen. Eine Eigenmedikation mit Opioiden sollte vermieden werden.

Indiziert sind Opioide bei einem unspezifischen Rückenschmerz und fehlendem Ansprechen auf Paracetamol oder traditionelle NSAR, wobei zunächst schwache Opioide empfohlen werden (2, 5). Bei akuten Kreuzschmerzen sollte eine Reevaluation der Opioidtherapie nach spätestens 4 Wochen erfolgen, bei chronischen und spezifischen Kreuzschmerzen nach spätestens 3 Monaten. Starke Opioide haben im Rahmen eines multimodalen Therapiekonzepts ihren Platz. Insgesamt ist die Studienlage für den Einsatz von Opioiden bei unspezifischen Kreuzschmerzen relativ gut, jedoch gibt es keine Daten über eine Langzeitanwendung mit einer Dauer von mehr als 3 Monaten. Eine Langzeittherapie muss also immer wieder evaluiert und individuell für den jeweiligen Patienten angepasst werden.

Muskelrelaxanzien

Der Einsatz von Muskelrelaxanzien kann erwogen werden, wenn nicht medikamentöse Massnahmen bei einem unspezifischen Kreuzschmerz oder nicht opioide Analgetika nicht ausreichen (11), jedoch ist zu bedenken, dass Nebenwirkungen auftreten können wie Benommenheit und Schwindel oder auch Allergien und Leberfunktionsstörungen. Vor allem bei Tetrazepam ist auch eine Abhängigkeit zu bedenken, weswegen auch Benzodiazepine nicht eingesetzt werden sollten. Prinzipiell wird ein Einsatz von Muskelrelaxanzien über die Dauer von 2 Wochen hinaus nicht empfohlen. Ebenfalls bekommt in der nationalen Versorgungsleitlinie Flupirtin für unspezifischen Kreuzschmerz keine Empfehlung bei schlechter Studienlage und potenziellen Nebenwirkungen bis hin zum Leberversagen.

Antidepressiva und andere Psychopharmaka

Vor allem bei chronischen Kreuzschmerzen können Antidepressiva zum Einsatz kommen, wobei die beste Datenlage für selektive Noradrenalin-Reuptake-Inhibitoren (SNRI) und trizyklische Antidepressiva (nichtselektive Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitoren) existiert. Selektive Serotonin- und Noradrenalin-Reuptake-Inhibitoren (SSNRI) sollten nur bei entsprechender Komorbidität wie einer schweren Depression oder einer Angststörung angewendet werden (1). Dahingegen werden Antiepileptika wie Gabapentin, Pregabalin und Carbamazepin nicht empfohlen.

TIPPS FÜR DIE PRAXIS

- ❖ Patient über die gute Prognose von unspezifischem Kreuzschmerz aufklären
- ❖ erweiterte Diagnostik bei Risikofaktoren für spezifische Ursache von Kreuzschmerzen
- ❖ bei unspezifischem Kreuzschmerz möglichst zu Bewegung anhalten, wenn überhaupt nur kurzfristig Bettruhe
- ❖ suffiziente Schmerztherapie einleiten, regelmässig überprüfen
- ❖ pharmakologische Therapie ist am effektivsten bei Kombination mit nicht pharmakologischen Massnahmen

Andere medikamentöse Therapiemaßnahmen

Weitere medikamentöse Therapiemaßnahmen werden in der Versorgungsleitlinie nicht empfohlen. Dies wären zum Beispiel Phytotherapeutika, Kortikosteroide, Mischinfusionen und andere parenteral verabreichte Medikamente sowie auch Externa. Invasive Therapieverfahren wie zum Beispiel Injektionen erhalten ebenfalls keine Empfehlung.

Prinzipiell sollte bei einer längerfristigen medikamentösen Therapie ab einem Zeitraum von 4 Wochen überprüft werden, ob eine Fortführung der Therapie notwendig ist beziehungsweise ob die Dosis reduziert werden kann. Insbesondere sollte auch auf Nebenwirkungen geachtet werden wie gastrointestinale Beschwerden bei NSAR.

Fazit

Insgesamt ist der Leitlinie eine Weiterverbreitung zu wünschen. Auch ein Vergleich internationaler Leitlinien hat kürzlich gezeigt, dass bei akutem Rückenschmerz kurzzeitig

Paracetamol beziehungsweise NSAR und eine Patientenschulung am häufigsten implementiert sind. Bei chronischem Kreuzschmerz werden noch zusätzlich eine Rückenkräftigung, Copingstrategien und kurzzeitig Opiode empfohlen. ❖

Prof. Dr. med. Christoph Baerwald

Sektion Rheumatologie

Gerontologie

Universitätsklinikum Leipzig

D-04103 Leipzig

Interessenkonflikte: keine deklariert

Literatur unter www.allgemeinarzt-online.de/downloads

Diese Arbeit erschien zuerst in «Der Allgemeinarzt» 4/2011.

Die Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autor.