

Rückenschmerzen im Fokus

Da Rückenschmerzen häufig sind und zur Chronifizierung neigen, müssen unbedingt die richtigen Schritte eingeleitet – und andere unterlassen – werden. Die Therapie soll sich auf die Palette medikamentöser Optionen, gegebenenfalls auf spezifische Interventionen, aber auch auf Physio- und Verhaltenstherapie sowie Arbeitsplatzabklärungen stützen.

.....
HALID BAS

Akute Rückenschmerzen bessern in 50 Prozent nach 1 Woche und in 90 Prozent nach 8 Wochen. Jede weitere akute Rückenschmerzepisode erhöht aber das Chronifizierungsrisiko. Gerade die chronischen Rückenschmerzen verursachen 90 Prozent der Kosten und sind häufigste Ursachen für Arbeitsunfähigkeit, sagte Dr. Thomas Langenegger, Leitender Arzt Rheumatologie, Zuger Kantonsspital. Nur in 10 bis 20 Prozent der Fälle lassen sich spezifische Ursachen (Fazetten- oder Iliosakralgelenk [ISG]-Syndrome, systemische Erkrankungen oder spinale neurologische Befunde) eruieren.

Die initiale Beurteilung muss sich an diesen 3 Kardinalfragen orientieren:

- ❖ Gibt es Warnzeichen («red flags»)?
- ❖ Lassen sich neurologische Komplikationen nachweisen?
- ❖ Spielen psychosoziale Faktoren («yellow flags») hinein?

Zurückhaltung

bei bildgebenden Untersuchungen

Anamnese und klinische Untersuchung erlauben in der Regel eine vorläufige Beurteilung und Festlegung des Prozederes.

Dr. Langenegger nannte eindringlich 3 Caveats:

- ❖ Beim akuten unspezifischen Rückenschmerz keine bildgebende Abklärung vor 4 Wochen! Bei Patienten < 60 Jahren ist in 1:2500 Fällen mit einem unerwarteten Befund zu rechnen. Auch bei Menschen < 60 Jahren ohne Schmerzen zeigt das MRI in über der Hälfte Diskopathien inklusive Protrusionen, in 20 bis 30 Prozent sogar Diskushernien inklusive Nervenwurzelkompression. Überhaupt sind degenerative Veränderungen im MRI ab 50 Jahren sehr häufig. Bei schmerzfremen Personen > 60 Jahre liegen sie praktisch immer vor, und Diskusprotrusionen (> 80%), Diskushernien (> 30%) sowie Spinalkanalstenosen (20%) sind häufig.
- ❖ Bei «red flags» sofortige Weiterabklärung!
- ❖ Bei «yellow flags» müssen engmaschige Kontrollen erfolgen, es ist auf eine frühe Wiederaufnahme der Arbeit zu drängen, allenfalls ein Rheumatologe beizuziehen.

Eckpfeiler der Behandlung

Als evidenzbasiert in der Therapie des akuten unspezifischen Rückenschmerzes nannte der Zuger Rheumatologe die Vermeidung der Immobilisation, die Analgesie (wobei nichtsteroidale Antirheumatika den Analgetika nicht überlegen sind), die Myorelaxation. Manualmedizin kann kurzfristig den Outcome verbessern, eine interventionelle Schmerztherapie ist nur bei spezifischen Ursachen (z.B. Diskushernie, Spinalkanalstenose, Fazettensyndrom) indiziert.

Zur Chronifizierung tragen psychosoziale Faktoren (u.a. Überzeugung, an einer schweren Erkrankung zu leiden, Angst vor Bewegung, zusätzliche funktionelle Beschwerden, Probleme in Be-

ziehung und Arbeitsplatz, Migrationshintergrund) massgeblich bei. Aber auch das ärztliche Verhalten kann diese ungünstige Entwicklung fördern durch mangelhafte Information, Überbewertung radiologischer Befunde, zu lange Arbeitsunfähigkeit, passive Therapie mit Immobilität, Vernachlässigung von prophylaktischen Massnahmen oder wahllose Injektionstherapien.

Über gute Erfahrungen mit der interventionellen Rückenschmerztherapie berichtete Dr. Langenegger bei radikulären Syndromen bei Diskushernie vor allem im akuten Stadium. Vorsicht ist jedoch im Zervikalbereich geboten. Auf gezielte Injektionen sprechen auch die Claudicatio spinalis oder radicularis bei Spinalkanalstenose gut an. Ebenso hat sich die ISG-Infiltration bei M. Bechterew bewährt. Allgemein sei die Indikation jedoch kritisch zu stellen, da über 80 Prozent der Rückenschmerzen unspezifisch sind.

Im Rahmen der nicht medikamentösen Rückenschmerztherapie kommt der Unterbrechung des Teufelskreises Schmerz – Schonung – Dekonditionierung – Schmerz grösste Bedeutung zu. Eine Rekonditionierung kann durch medizinische Trainingstherapie (MTT), durch Aquatherapien sowie über Bewegung und Sport allgemein erreicht werden. Da auch psychologische Faktoren sowohl bei der Entstehung als auch bei der Linderung von chronischen Rückenschmerzen eine erhebliche Rolle spielen, kommt der Verhaltenstherapie grosse Bedeutung zu.

Eine neue medikamentöse Option in der Rückenschmerztherapie

Dr. Birgit Sojer, Leitende Ärztin für Schmerztherapie des Spitalzentrums Oberwallis, stellte das neu eingeführte Schmerzmittel Tapentadol vor, das als Agonist am μ -Opioidrezeptor (MOR)

und Noradrenalinwiederaufnahmehemmer (NRI) über einen dualen Wirkmechanismus verfügt. Am μ -Rezeptor hemmt es die prä- und postsynaptische Leitung in der aufsteigenden Schmerzbahn. Gleichzeitig wird die Noradrenalinwiederaufnahme in der absteigenden Bahn gehemmt, was die natürliche Schmerzhemmung verstärkt. Diese beiden Mechanismen tragen synergistisch zur analgetischen Wirkung bei. Beim akuten (nozizeptiven) Schmerz ist der MOR-Agonismus bedeutsam, beim chronischen (neuropathischen) Schmerz ist der MOR downreguliert, und der NRI-Komponente kommt zunehmende Bedeutung zu. Tapentadol ist in der Formulierung mit rascher Freisetzung (immediate release: Palexia® IR) zugelassen für die Behandlung von mittelstarken bis starken akuten Schmerzen und untersteht dem Betäubungsmittelgesetz. In Europa ausserhalb der Schweiz ist auch eine Formulierung mit verzögerter Freisetzung (extended release, ER) zugelassen. 50 mg Tapentadol entsprechen 10 mg Oxycodon oder 20 mg Morphin respektive 4 mg Hydromorphon.

Aus Phase-III-Studien ist bekannt, dass Tapentadol bei chronischen Schmerzen (Arthrose, Rückenschmerzen) eine dem Oxycodon vergleichbare Wirksamkeit

aufweist, aber – primär gastrointestinal – besser verträglich ist (1). Insgesamt fiel bei gleicher analgetischer Wirkung die gegenüber Oxycodon deutlich bessere Verträglichkeit auf (Nausea: -37,4%, Erbrechen -43,6%, Obstipation -52,8%).

Auch in einer offenen Phase-IIIb-Studie bei starken Rückenschmerzen (lower back pain, LBP) mit oder ohne neuropathische Komponente wurde die Zugabe von Tapentadol nach ungenügender Wirksamkeit der Vortherapie unter Verwendung des «paindetect»-Schmerzfragebogens untersucht (2). Tapentadol wurde von einer Startdosierung von 2×20 mg (in der ER-Formulierung) bis auf maximal 2×250 mg hinauftitriert. Insgesamt konnten im Verlauf der 12-wöchigen Therapiephase sowohl bei körperlicher Funktionsfähigkeit und Schmerzwahrnehmung wie auch bei sozialer Funktionsfähigkeit und psychischem Wohlbefinden signifikante Verbesserungen dokumentiert werden.

Als Take-Home-Message zu Tapentadol führte Dr. Sojer folgende Punkte an:

- ❖ Der neue Wirkstoff ist breit einsetzbar bei mittelstarken bis starken nozizeptiven und gemischt nozizeptiv-neuropathischen Schmerzen.

- ❖ Tapentadol verursacht wenig gastrointestinale Nebenwirkungen, und es ist bei älteren Patienten keine Dosisanpassung notwendig.
- ❖ Eine sorgfältige Aufwärtstitration mit niedriger Startdosis (z.B. Halbierung der 50-mg-Tablette) lohnt sich.
- ❖ Tapentadol ist auch bei Leber- und Niereninsuffizienz einsetzbar, hat keine analgetisch aktiven Metaboliten, wird CYP-unabhängig metabolisiert und hat daher nur wenig Interaktionen mit anderen Medikamenten.

Bei chronischen Schmerzen sollen wegen der Toleranzentwicklung und dem Suchtpotenzial kurzwirksame Opioide nur zur Dosisfindung eingesetzt werden; langfristig ist mit retardierten Präparaten zu behandeln. ❖

Halid Bas

Referenzen:

1. Vorsanger G et al. Pain Res Manag. 2011; 16(4): 245–251.
2. Steigenwald I et al. Current Medical Research and Opinion 2012; 28(6): 1–26.

«Rückenschmerzen im Fokus»

Lunchsymposium Grünenthal Pharma AG im Rahmen der 14. Fortbildungstagung des Kollegiums für Hausarztmedizin (KHM) am 22. Juni 2012 in Luzern.