

Muskuloskelettale Schmerzen

Schmerzmittel als Mittel zum Zweck einsetzen

In der Behandlung von muskuloskelettalen Schmerzen sei es wichtig, diese nicht als Krankheit, sondern als vorübergehendes Phänomen wahrzunehmen. Weiter sei wichtig, in Bewegung zu bleiben, was mit einer adäquaten Schmerzmedikation gut machbar sei. Opiathaltige Schmerzmittel seien dazu nicht nötig, denn sie wirkten nicht besser als nicht opiathaltige. Diese Botschaften vermittelte die Schmerzexpertin Prof. Dr. Maria Wertli, Direktorin Departement Innere Medizin und Chefärztin Allgemeine Innere Medizin, Kantonsspital Baden, am Frühjahrskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) in Lausanne.

Die Diagnosestellung von Schmerzursachen erfolgt klinisch und stützt sich oft auf charakteristische Muster klinischer Befunde: z.B. bei fehlendem Achillessehnenreflex, positivem gekreuztem Lasègue-Zeichen und Fussheberschwäche ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass eine Diskushernie vorliegt, wie Prof. Wertli berichtete. Eine Bildgebung sollte deshalb nur als Ergänzung oder zur Operationsvorbereitung durchgeführt werden. Denn Untersuchungen zeigten im Fall von Lumbalkanalstenosen keine Korrelation zwischen den Befunden der Magnetresonanztomografie (MRI) und der Schmerzintensität (1) und bei Rückenschmerzen (low back pain) auch keinen Einfluss auf das weitere Prozedere (2). Auf die Lebensqualität der Patienten wirkte sich die Bildgebung bei jenen, die sie gesehen hatten, nachhaltig schlechter aus als bei jenen, die deren Inhalt nicht kannten (3).

Zwei wichtige Botschaften mitgeben

Für Patienten mit Rückenschmerzen seien positive Botschaften wichtig, so Prof. Wertli. Die eine laute: «Rückenschmerzen sind wie eine Grippe, es geht vorbei.» Und die zweite: «Schmerzmittel sind dazu da, dass Sie sich bewegen können.»

Das WHO-Stufenschema, das einst zur verbesserten Behandlung von krebssassoziierten Schmerzen entwickelt wurde, sollte für muskuloskelettale Schmerzen etwas abgewandelt angewendet werden. In der Stufe 1 kommen nicht opioidhaltige Schmerzmittel wie Paracetamol, nicht steroidale Antirheumatika (NSAR) und Metamizol zur Anwendung, in der Stufe 2 zusätzlich schwache Opiate wie Tramadol und Codein bei Patienten, die gut darauf ansprechen, und in der Stufe 3 können starke Opiate zusätzlich zu nicht opiathaltigen Schmerzmitteln verwendet werden. Auf allen Stufen sollte jedoch immer ein sogenanntes Adjuvans mit verordnet werden, wie die Referentin betonte. Das heisst, eine nicht pharmakologische Intervention wie Bewegung oder Übungen, die dank der Schmerzmittel absolviert werden können.

Opiate bei muskuloskelettalen Schmerzen nicht besser

Werden Opiate eingesetzt, ist es wichtig, diese nach einem Akutereignis wie z.B. einem orthopädischen Eingriff möglichst bald, aber spätestens nach zwei Wochen zu stoppen. Dies entweder abrupt oder, wenn nötig (z.B. bei Entzugssymptomen), durch schrittweisen Ersatz mit schwachen Opioiden oder NSAR, so Prof. Wertli. Denn eine langfristige Opioidaufnahme verändere nicht nur die Schmerzempfindung mit Hyperalgesie, sondern auch die Psyche.

Bei akutem Rückenschmerz sind Opiode keine nützliche Option, wie einer Metaanalyse zu entnehmen ist. Diese verglich bei einer Basismedikation von Naproxen zusätzlich Oxycodon 5 mg/Paracetamol 325 mg 8-stündlich vs. Placebo vs. Muskelrelaxans Cyclobenzaprin 5 mg. Nach zehn Tagen zeigte sich in allen drei Armen kein Unterschied hinsichtlich Schmerzreduktion und Funktionsverbesserung, wohl aber bei den Nebenwirkungen: Die Number Needed to Harm [NNH] von Oxycodon/Paracetamol betrug 6, die NNH von Cyclobenzaprin 8 (4).

Eine weitere Studie mit 157 australischen Hausarztpraxen mit Patienten mit akuten lumbalen Rücken- und Nackenschmerzen zeigte, dass die Patienten unter Opioiden nach zwei Wochen sogar unter mehr Schmerzen litten als die Gruppe mit Placebo. Das galt auch für den Zeitpunkt der Woche 6 und Woche 52 (5). Auch bei Hüft- und Kniearthroschmerzen wirken Opiate einer amerikanischen Untersuchung zufolge nicht besser als eine nicht opiathaltige Therapie (6).

Welche Medikamente wirken wie stark?

Eine Metaanalyse untersuchte die schmerzlindernde Wirkung auf muskuloskelettale Schmerzen zusätzlich zum Placeboeffekt, der auf der Skala von 1–10 cm eine Reduktion von 0,5 cm erreicht (7). Topische und orale NSAR sowie Paracetamol erzielten nach maximal zwei Stunden einen zusätzlichen Effekt zwischen + 0,93 und + 1,03 cm, topisches

NSAR mit Menthol-Gel + 1,68 cm, spezifische Akupressur + 1,59 cm, transkutane elektrische Neurostimulation (TENS) + 1,94 cm, transbuccales Fentanyl + 3,52 cm, Tramadol + 0,95 cm und Paracetamol/Opioid + 0,5 cm (7).

In den Tagen 1–7 erreicht Placebo einen schmerzreduzierenden Effekt von 2,23 cm. Eine zusätzliche Linderung kann mit folgenden Medikationen erreicht werden: topische NSAR + 1,08 cm, orale NSAR + 0,99 cm, orales Paracetamol + 1,07 cm, topisches NSAR/Menthol-Gel + 0,89 cm, spezifische Akupressur + 2,09 cm, TENS + 1,18 cm, Paracetamol/Opioid + 1,71 cm (7).

Demgegenüber stehen die Nebenwirkungen, die unter oralen NSAR und vor allem unter transbuccalem Fentanyl, Tramadol sowie Paracetamol/Opioid häufiger als unter Placebo auftreten (7).

Behandlungsziele setzen

Bei der Verordnung einer Schmerzmedikation sollten mit den Patienten Behandlungsziele hinsichtlich der Reduktion der Schmerzstärke und der funktionellen Verbesserung vereinbart werden. Das Erreichen dieser Ziele kann dann bei der Nachkontrolle zusammen mit dem Patienten überprüft werden inklusive der allfällig aufgetretenen Nebenwirkungen. Wenn nötig und möglich kann die Dosis eskaliert, die Medikation ausgetauscht oder abgesetzt werden.

Um dem Patienten flankierende körperliche Aktivitäten empfehlen zu können, ist es wichtig zu wissen, welche Bewegungen der Patient beruflich ausführen muss. Vermeidungsverhalten bzw. Schonung bei muskuloskelettalen Schmerzen ist kontraproduktiv, Bewegung ist ausdrücklich empfohlen und kann mit der Schmerzmedikation ausgeführt werden.

Falls der Schmerz nach Abklingen der Akutphase persistiert, sollte dem Patienten in den folgenden sechs Wochen zusammen mit der Schmerzmedikation ein multimodales Programm mit Bewegung und evtl. psychologischer Betreuung angeboten werden, wie Prof. Wertli empfahl.

Optionen bei chronischen Schmerzen

Bei Niereninsuffizienz oder im Alter muss bei chronischen Schmerzen bei der Wahl der Analgetika die eingeschränkte Nierenfunktion hinsichtlich der Substanzakkumulierung so-

wie der Nebenwirkungen berücksichtigt werden. Für diese Patienten eignen sich dazu Paracetamol 235–500 mg alle vier Stunden, Capsaicin topisch als dünner Film 3–4 ×/Tag oder Lidocain 5% Patch 12-stündlich bei lokalisierten Nervenschmerzen. Hydromorphon 1–2 mg oral alle 3–4 Stunden ist ein bevorzugtes kurzwirksames Opioid, in Pflasterform eignen sich Buprenorphin und Fentanyl (8).

Auch topische NSAR und kurzwirksame Opioide können bei diesen Patienten eingesetzt werden. Orale NSAR sollten dagegen nur vorsichtig dosiert und Morphin und Pethidin, soweit möglich, ganz vermieden werden, so Prof. Wertli (8).

Für chronische Schmerzen sind bei diesen Patienten tief dosiert auch Duloxetin, Venlafaxin, Gabapentin und Pregabalin möglich. Auf trizyklische Antidepressiva und Muskelrelaxanzien sollte wegen der zentralen Nebenwirkungen verzichtet werden (8). □

Valérie Herzog

Quelle: «Schmerzmittel in der täglichen Praxis». Frühjahrskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM), 20.–22.5.2026, Lausanne

Referenzen:

- Burgstaller JM et al.: Is There an Association Between Pain and Magnetic Resonance Imaging Parameters in Patients With Lumbar Spinal Stenosis? *Spine (Phila Pa 1976)*. 2016;41(17):E1053–E1062. doi:10.1097/BRS.0000000000001544
- Gillan MG et al.: Influence of imaging on clinical decision making in the treatment of lower back pain. *Radiology*. 2001;220(2):393–399. doi:10.1148/radiology.220.2.r01au06393
- Ash LM et al.: Effects of diagnostic information, per se, on patient outcomes in acute radiculopathy and low back pain. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2008;29(6):1098–1103. doi:10.3174/ajnr.A0999
- Friedman BW et al.: Naproxen With Cyclobenzaprine, Oxycodone/Acetaminophen, or Placebo for Treating Acute Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2015;314(15):1572–1580. doi:10.1001/jama.2015.13043
- Jones CMP et al.: Opioid analgesia for acute low back pain and neck pain (the OPAL trial): a randomised placebo-controlled trial. *Lancet*. 2023;402(10398):304–312. doi:10.1016/S0140-6736(23)00404-X
- Krebs EE et al.: Effect of Opioid vs Nonopioid Medications on Pain-Related Function in Patients With Chronic Back Pain or Hip or Knee Osteoarthritis Pain: The SPACE Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2018;319(9):872–882. doi:10.1001/jama.2018.0899
- Busse JW et al.: Management of Acute Pain From Non-Low Back, Musculoskeletal Injuries: A Systematic Review and Network Meta-analysis of Randomized Trials. *Ann Intern Med*. 2020;173(9):730–738. doi:10.7326/M19-3601
- Owsiany MT et al.: Opioid Management in Older Adults with Chronic Kidney Disease: A Review. *Am J Med*. 2019;132(12):1386–1393. doi:10.1016/j.amjmed.2019.06.014