

Rückenschmerzen, Medikamente, Evidenz

Pharmakotherapie akuter und chronischer Rückenschmerzen

Patienten, die wegen Rückenschmerzen ihren Hausarzt aufsuchen, bekommen meist ein oder mehrere Medikamente verordnet. In einer Übersichtsarbeit untersuchten US-amerikanische Autoren, wie gut die Datenlage für die häufig verordneten Medikamente gegen Rückenschmerzen ist.

ANNALS OF INTERNAL MEDICINE

Gegen Rückenschmerzen werden am häufigsten nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR), Muskelrelaxanzien und Opioidanalgetika verordnet, schreiben R. Chou und L.H. Huffman in den «Annals of Internal Medicine». Benzodiazepine, systemische Kortikosteroide, Antidepressiva und Antiepileptika werden ebenfalls verschrieben, und von den frei verkäuflichen Mitteln kommen häufig Paracetamol, Acetylsalicylsäure (ASS) und bestimmte NSAR zum Einsatz.

Es ist eine Herausforderung, für jeden Patienten mit Rückenschmerzen das am besten geeignete Medikament herauszusuchen, denn jede Medikamentenklasse hat ihre Vor- und Nachteile, und manchmal sind sogar die Vertreter einer einzigen Medikamentenklasse mit unterschiedlichen Risiken und Nutzen verbunden. Nach einer umfangreichen Literaturrecherche fassten die Autoren die derzeitige Evidenzlage zu den verschiedenen Arzneimitteln zusammen, die gegen Rückenschmerzen eingesetzt werden. Als primäre Quelle dienten systematische Reviews.

Paracetamol

Akute Rückenschmerzen: Eine qualitativ nicht sehr hochwertige Studie kam zu dem Schluss, dass die Behandlung mit Paracetamol (bis zu 3 g täglich) kein besseres Ergebnis brachte als ein abwartendes Verhalten ohne Therapie. Vier Studien konnten hinsichtlich der schmerzstillenden Wirkung von Paracetamol (bis zu 4 g täglich) und NSAR keinen klaren Unterschied feststellen.

Chronische Rückenschmerzen: In einer Studie erwies sich Paracetamol im Vergleich zu dem NSAR Diflunisal (nicht in der Schweiz erhältlich) als unterlegen. Einige weitere qualitativ

hochwertige Studien, in denen Arthrosepatienten behandelt wurden, kamen zu dem Ergebnis, dass NSAR einen etwas besseren schmerzstillenden Effekt hatten als Paracetamol.

In den genannten Studien wurde kaum über Nebenwirkungen der Paracetamolbehandlung berichtet. Besonders spärlich sind Daten über potenziell schwerwiegende unerwünschte Wirkungen wie gastrointestinale Blutung, Herzinfarkt und hepatische Komplikationen.

NSAR

Akute Rückenschmerzen: Eine Cochrane-Review, bei der 51 Studien berücksichtigt wurden, kam zum Ergebnis, dass nicht selektive NSAR hinsichtlich der globalen Besserung Placebo überlegen sind. Darüber hinaus mussten nach einwöchiger NSAR-Behandlung seltener zusätzliche Analgetika verabreicht werden.

Chronische Rückenschmerzen: Das NSAR Ibuprofen zeigte in einer qualitativ hochwertigen Studie bei chronischen Rückenschmerzen eine bessere Wirksamkeit als Placebo.

Die verschiedenen nicht selektiven NSAR wirken hinsichtlich der Schmerzstillung etwa gleich gut, wie die Cochrane-Review ergab. Auch konnten keine eindeutigen Unterschiede hinsichtlich der Wirksamkeit von NSAR, Opioidanalgetika und Muskelrelaxanzien nachgewiesen werden, wobei jedoch die Aussagekraft der Studien aufgrund geringer Fallzahlen limitiert war. Die Applikation von NSAR war nicht effektiver als nicht medikamentöse Massnahmen (spinale Manipulationen, Physiotherapie, Bettruhe).

Merksätze

- Bei leichten bis mässigen Rückenschmerzen kann ein Behandlungsversuch mit Paracetamol unternommen werden, weil es ein günstigeres Sicherheitsprofil aufweist als NSAR.
- NSAR haben eine ausgeprägtere analgetische Wirkung als Paracetamol, doch muss vor dem Einsatz von NSAR das kardiovaskuläre und gastrointestinale Risikoprofil des Patienten bedacht werden.
- Bei sehr schweren Schmerzen kann bei selektierten Patienten die Verordnung eines Opioids sinnvoll sein.

Es gibt nur ganz wenige Daten über die langfristigen Vorteile und Risiken einer NSAR-Behandlung bei Rückenschmerzen. Nur 6 der 51 in der Cochrane-Review berücksichtigten Studien erstreckten sich über mehr als zwei Wochen.

Antidepressiva

Chronische Rückenschmerzen: Zwei systematische Reviews ergaben, dass Antidepressiva Schmerzen besser lindern als Plazebo. Allerdings gab es Unterschiede in den verschiedenen Antidepressivaklassen: Trizyklische Antidepressiva wiesen eine bessere analgetische Wirkung auf als Plazebo, aber Paroxetin und Trazodon (Antidepressiva ohne inhibitorische Wirkung auf die Noradrenalinaufnahme) waren in drei Studien nicht besser als Plazebo. In einer (qualitativ nicht sehr hochwertigen) Studie wurde die Wirksamkeit von trizyklischen Antidepressiva und selektiven Serotoninwiederaufnahme-Hemmern (SSRI) verglichen und kein Unterschied festgestellt.

Eine Übersichtsarbeit ergab, dass Antidepressiva häufiger zu Nebenwirkungen wie Mundtrockenheit, Benommenheit, Schwindel und Obstipation führen als Plazebo.

Benzodiazepine

Chronische Rückenschmerzen: Zwei Studien zeigten, dass Tetrazepam nach 10- bis 14-tägiger Behandlung zu einer ausgeprägteren Schmerzlinderung und globaleren Besserung führt als Plazebo. In Vergleichsstudien konnte keine unterschiedliche Wirksamkeit von Diazepam und Tizanidin oder Cyclobenzaprin festgestellt werden.

Benzodiazepine führten in den Studien häufiger zu zentralnervösen Nebenwirkungen (Müdigkeit, Somnolenz, Benommenheit) als Plazebo.

Antiepileptika

Rückenschmerzen mit Radikulopathie: In drei kleinen Studien führten Gabapentin beziehungsweise Topiramamat zu einer etwas besseren Schmerzlinderung als Plazebo (oder Diphenhydramin als aktives Plazebo).

Chronische Rückenschmerzen: Hinsichtlich der Schmerzlinderung erwies sich Topiramamat im Vergleich zu Plazebo als mässig effektiver, hinsichtlich des funktionellen Status war das Antiepileptikum nur geringfügig besser als Plazebo.

Gabapentin war in den Studien mit Nebenwirkungen wie Schwindel und Benommenheit verbunden, Topiramamat führte nicht selten zu Sedierung und Diarrhö.

Muskelrelaxanzien

Akute Rückenschmerzen: Eine Cochrane-Review kam zu dem Schluss, dass Skelettmuskelrelaxanzien im Vergleich zu Plazebo kurzfristig eine mässiggradig bessere Schmerzlinderung bringen. Die Datenlage reicht nicht aus, um beurteilen zu können, ob es Unterschiede hinsichtlich Nutzen und Risiken der verschiedenen Muskelrelaxanzien gibt.

In den Studien führten Muskelrelaxanzien häufiger zu unerwünschten Wirkungen als Plazebo, schwere Komplikationen waren jedoch selten.

Opioidanalgetika

Chronische Rückenschmerzen: In einer qualitativ hochwertigen Studie führten Oxymorphon und Oxycodon in Retardform zu einer besseren Schmerzlinderung als Plazebo. Zwei weitere Studien von nicht ganz so guter Qualität konnten keinen signifikanten Unterschied zwischen Propoxyphen und Plazebo beziehungsweise Codein und Paracetamol bei Rückenschmerzen feststellen. Tramadol erwies sich in einer qualitativ hochwertigen Studie im Vergleich zu Plazebo hinsichtlich Schmerzlinderung und funktionellen Status als mässig wirksamer.

In einer qualitativ hochwertigen Studie berichteten 85 Prozent der Rückenschmerzpatienten, die ein Opioid erhielten, über Nebenwirkungen, insbesondere über Obstipation und Sedierung.

Systemische Kortikosteroide

Ischiassyndrom: Bei akutem Ischiassyndrom beziehungsweise bei Ischiasbeschwerden unbestimmter Dauer kamen drei kleinere (33 bis 65 Patienten), aber qualitativ hochwertige Studien zu dem Schluss, dass die systemische Gabe von Kortikosteroiden im Vergleich zu Plazebo keinen klinisch signifikanten Nutzen bringt.

Die intravenöse Gabe einer hohen Methylprednisolondosis (500 mg) führte in einer Studie bei 2 Patienten zu einer Hyperglykämie und bei 1 Patienten zu einem Flush.

Fazit

Es ist gut belegt, dass NSAR, Paracetamol, Skelettmuskelrelaxanzien (bei akuten Rückenschmerzen) und trizyklische Antidepressiva (bei chronischen Rückenschmerzen) zu einer Schmerzlinderung führen, wie die Autoren zusammenfassen. Darüber hinaus gibt es recht gute Belege, dass Opioiden, Benzodiazepine und Gabapentin (bei Radikulopathie) analgetisch wirken. Jedoch spricht die Evidenzlage gegen die Gabe systemischer Kortikosteroide. ■

R. Chou (Oregon Evidence-based Practice Center, Portland) et al.: Medications for Acute and Chronic Low Back Pain: A Review of the Evidence for an American Pain Society/American College of Physicians Clinical Practice Guideline. *Ann. Intern. Med.* 2007; 147: 505-514.

Interessenkonflikte: Der Erstautor gibt an, Honorare von Bayer Pharmaceuticals erhalten zu haben.

Andrea Wülker