System war die allgemeine Verfassung der Patienten in der M-Gruppe besser als in der WO-Gruppe. Die Nebenwirkungen waren in beiden Gruppen vergleichbar.

Fazit: Krebspatienten mit moderaten Schmerzen kann offenbar bei insgesamt ähnlich guter Verträglichkeit mit niedrig dosiertem Morphin besser geholfen werden als mit schwachen Opioiden. Alternativ zum 3-Stufen-Plan der WHO könnte man womöglich einen 2-Stufen-Plan mit Verzicht auf schwache Opioide etablieren. Hierfür wären jedoch Phase-IIIb/IV-Studien nötig. *Kathrin von Kieseritzky*

Bandieri E et al. Randomized Trial of Low-Dose Morphine Versus Weak Opioids in Moderate Cancer Pain. *J Clin Oncol.* 2016; 34(5):436–4.

Kommentar

Die Ergebnisse dieser Studie bestätigen, wofür es schon seit über 20 Jahren Literaturhinweise gibt: Bei Tumorschmerz, der mit

Opioiden behandelt werden soll beziehungsweise muss, sollten primär Stufe-3-Opioide zum Einsatz kommen. Bereits 1994 erschien eine Metanalyse zu sieben Studien mit insgesamt 415 Patienten zur zweifelhaften Wirksamkeit von Stufe-2-Opioiden [*J Clin Oncol.* 1994; 12(12):2756–65]. Beim Vergleich der Effektivität und Sicherheit von NSAID und schwachen Opioiden sowie deren Kombination bei Tumorschmerz wurde infrage gestellt, ob die zweite Stufe ein optimaler therapeutischer Schritt ist und ob man diesen nicht dahingehend ändern sollte, bei nicht verringertem Schmerz direkt von NSAID auf starke Opioide zu wechseln. 2004 veröffentlichten McNicol und Kollegen eine weitere Metanalyse von 14 Studien mit insgesamt 833 Patienten in der sie ebenfalls die Effektivität und Sicherheit von NSAID und schwachen Opioiden sowie deren Kombination bei Tumorschmerz untersuchten [*J Clin Oncol.* 2004; 22(10):1975–92]. Das Ergebnis: Die Evidenz zur Empfehlung einer Kombination von NSAID mit schwachen Opioiden für die Be-

handlung mäßiger Tumorschmerzen ist unzureichend. Im gleichen Jahr publizierten Forscher um Marinangeli eine randomisierte kontrollierte Studie mit insgesamt 100 Patienten, die an Tumorschmerzen litten. Untersuchte Parameter waren Schmerzintensität, Lebensqualität, Karnofski Index, Allgemeinbefinden und Nebenwirkungen [*J Pain Symptom Manage.* 2004; 27(5):409–16]. Im Vergleich von Stufe 1 und 2 zu primärem Einsatz Stufe 3 waren Lebensqualität und Allgemeinzustand gleich, aber die Stufe-3-Patienten hatten eine signifikant bessere Schmerzreduktion und waren zufriedener. Schon damals war ihre Empfehlung: „first line“ Einsatz von starken Opioiden im Tumorstadium.

SanRat Dr.med. Oliver Emrich
Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin
Ludwigshafen am Rhein

Erhöhte Sturzgefahr von Senioren unter Opioiden – ein Studienartefakt?

Opiode werden bei älteren Menschen mit starken muskuloskelettalen Schmerzen vor allem mit Blick auf das Sturzrisiko eher restriktiv verordnet. Eine Longitudinalstudie fand allerdings keine opioidgetriggerte Fallneigung.

Die meisten Studien zeigen eine positive Korrelation zwischen Opioidgebrauch und erhöhtem Sturzrisiko bei Senioren. Eindeutig ist die Evidenz jedoch nicht, denn chronische muskuloskelettale Schmerzen beeinträchtigen auch ohne Opioidgabe die physische Funktionsfähigkeit. Parameter wie Alter, Rauchen oder körperliche Inaktivität, die eine Opioidverordnung begünstigen, können die Studienergebnisse verzerren.

In einer neuen prospektiven Studie über durchschnittlich 9,1 Jahre mit Männern aus der Osteoporotic Fractures in Men Study sollte dieser Bias vermieden werden. Einbezogen wurde eine Subgruppe von 2.902 Männern über 65 Jahre, die zu Studienbeginn über Rücken-, Hüft- oder Knieschmerzen klagte. Covariablen wie BMI, Rauchen und Al-

koholkonsum sowie selbstberichteter Gesundheitsstatus wurden erhoben, außerdem die physische Leistungsfähigkeit anhand von Tests zur Griffstärke, Gehgeschwindigkeit oder Balancefähigkeit zu mehreren Studienzeitpunkten er-

fasst. In regelmäßigen Abständen wurden Opioidaufnahme sowie Sturzereignisse und Frakturen registriert.

309 (13,4%) der Männer berichteten, Opioide eingenommen zu haben. In der Hauptanalyse zum adjustierten Risiko eines Sturzereignisses errechnete sich kein Unterschied zwischen Patienten mit oder ohne Opioiden. Auch bei den Frakturarten ergaben sich keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Die physische Leistungsfähigkeit war bei Patienten mit mindestens einer Opioidverordnung zu Studienbeginn schlechter als bei den Nicht-Opioidpatienten, allerdings verschlechterte sich dieser Parameter in beiden Gruppen in vergleichbarem Ausmaß.

Fazit: Ob Opioide tatsächlich das Sturzrisiko erhöhen, bleibt offen. Weitere Studien sollten sich nun verstärkt auf die Charakteristika der typischen „Opioidpatienten“ konzentrieren, die per se eine schlechtere physische Gesundheit haben.

Barbara Kreutzkamp

Krebs EE et al. Association of opioids with falls, fractures, and physical performance among older men with persistent musculoskeletal pain. *J Gen Intern Med* 2016; 31(5):463–9