Damit es gar nicht erst chronisch wird

Arznei hält Rücken-Patienten mobil

Ein akuter Kreuzschmerz ohne Anzeichen für einen gefährlichen Verlauf gilt zunächst als nicht spezifisch. Jetzt geht es darum, die Chronifizierung zu vermeiden.

Patienten mit unspezifischen Kreuzschmerzen sollen in Bewegung bleiben. Häufig ist dies allerdings zunächst nur unter einer kurzzeitigen Schmerztherapie realisierbar. Sowohl bei akuten als auch bei chronischen Rückenschmerzen haben sich traditionelle nicht steroidale Antirheumatika/Antiphlogistika (tNSAR) bewährt. Zur Verfügung stehen Ibuprofen (1,2 – 2,4 g/d), Diclofenac (100 – 150 mg/d) oder Naproxen (750 – 1200 mg/d), die nach festem Zeitplan eingenommen werden. Bei Herzerkrankungen oder nach Schlaganfall sollte nach aktuellen Empfehlungen der EMA auf Diclofenac allerdings verzichtet werden.

Magenschutz ab 65 Jahre

Nach einigen Tagen gilt es zu überprüfen, ob das Analgetikum abgesetzt werden kann. Patienten mit gastrointestinalen Risiken und Senioren über 65 Jahre sollten zudem einen Protonenpumpenhemmer erhalten. Bei leichtem bis mittelstarkem akutem Kreuzschmerz kann alternativ kurzzeitig Paracetamol (max. 3 g/d) eingenommen werden.

Bestehen Unverträglichkeiten oder Kontraindikationen gegenüber tNSAR werden bei akutem oder chronischem Kreuzschmerz unter Beachtung kardiovaskulärer Risiken selektive Cox-2-Hemmer wie Celecoxib (Celebrex®) oder Etoricoxib (Arcoxia®) off label eingesetzt. Ihre Wirksamkeit ist für die Behandlung von chronischen Rückenschmerzen im Vergleich mit Diclofenac belegt.

Häufig sind Muskelverspannungen für Rückenschmerzen verantwortlich. Bringen nicht medikamentöse Maßnahmen und Nicht-Opioideanalgetika keine Linderung, können Myotonolytika wie Methocarbamol die Anspannung reduzieren. Myotonolytische Eigenschaften hat auch das zentral wirksame Analgetikum Flupirtin (Katadolon® S long, Trancolong®, Trancopal®). Nach einer Neubewertung der EMA soll der Wirkstoff allerdings nicht mehr von Patienten mit Lebererkrankungen, Alkoholmissbrauch oder zusammen mit anderen die Leber belastenden Medikamenten eingenommen werden. Auch noradrenerge oder noradrenerg-serotonerge Antidepressiva wie

Arzneitherapie

- Bei akuten und chronischen Kreuzschmerzen haben sich traditionelle nicht steroidale Antirheumatika/Antiphlogistika bewährt
- Patienten mit gastrointestinalen Risiken und Senioren über 65 Jahre sollten zudem einen Protonenpumpenhemmer erhalten.

Amitriptylin oder Duloxetin (Cymbalta®) können die Analgetikatherapie bei chronischem Rückenschmerz unterstützen [1]

Im äußersten Fall Opioide

Ist mit Nichtopioide-Analgetika keine Besserung zu erreichen, sind schwache Opioide wie Tilidin/Naloxon oder Tramadol, möglichst in Retardform und nach festem Zeitschema, eine Option. Bei akutem Kreuzschmerz muss deren Notwendigkeit spätestens nach vier Wochen, bei chronischem nach längstens drei Monaten überprüft werden. Die Verschreibung starker Opioide (Hydromorphon 2 mg, 4 mg, Morphin 10 mg, Oxycodon 5 mg, 10 mg oder Oxycodon/Naloxon 5 mg/2,5 mg, 10 mg/5 mg; Targin®) sollte dem Schmerztherapeuten im Rahmen eines multimodalen Behandlungskonzepts vorbehalten bleiben. Für Patienten mit starkem chronischem Lumbalschmerz sind niedrig dosierte Buprenorphin- oder Fentanylpflaster eine Alternative. Als Opioid und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer wirkt Tapentadol (Palexia® retard, Yantil®). Es ist ähnlich effektiv wie Oxycodon retard, hat sich aber als besser verträglich erwiesen.

Patienten mit chronischen Rückenbeschwerden sollten darauf hingewiesen werden, wie wichtig regelmäßige Bewegung sowie Entspannungsübungen sind, um beschwerdefrei zu werden bzw. zu bleiben. Multimodale Behandlungskonzepte beinhalten darüber hinaus eine kognitive Verhaltenstherapie. (Christine Starostzik)

Patienten mit akuten Rückenschmerzen benötigen häufig eine kurzzeitige Schmerztherapie, um in Bewegung zu bleiben.

Ärzte Zeitung, 12.07.2013,

[1] Eur Spine J 2013, online 18. Mai