

Quelle: 15. Orthopädie-Unfallchirurgie-Update, 23./24. Februar 2024, Berlin/Livestream

Literatur

- Müller-Ehrenberg H, Fleckenstein J. Nutzen der extrakorporalen Stoßwelle bei Rückenschmerz. Schmerzmedizin 2023;39(1):43–45; <https://doi.org/10.1007/s00940-022-4085-x>

nung („Recognition“) oder die lokale Zuckungsreaktion („Local twitch“) sind laut Sturm „in der Regel gut replizierbar“ (Tab. 2). Der Vorteil gegenüber der Palpation sei, dass sich diese Reaktionen per Stoßwelle einfacher und zuverlässiger auslösen lassen: „Sie haben quasi eine apparative Diagnostik!“

Energie an Schmerzempfinden anpassen

Die Therapie selbst wird am identifizierten Triggerpunkt mit zumeist niedriger bis mittlerer Energie durchgeführt, wobei es ratsam ist, die Dosis an das individuelle Schmerzempfinden anzupassen. „Wenn

es sehr weh tut, können Sie reduzieren“, empfahl Sturm. An der Hochschule Hannover werden die Patienten und Patientinnen für gewöhnlich einmal pro Woche einbestellt, nach drei Wochen wird geschaut, ob sich schon ein ausreichender Effekt eingestellt hat. Sturm: „Wenn die Leute sagen, es wird besser, ist aber noch nicht weg, machen wir noch zwei Sitzungen hinterher.“ Wichtig sei es, die Stoßwellentherapie stets in ein multimodales Gesamtkonzept einzubinden, mit Physiotherapie, Eigenübungen und ggf. Schmerzmitteln. „Sagen Sie nicht, die Stoßwelle wird schon alles regeln!“

Medikamente bei akutem Rückenschmerz: Was hilft, was nicht?

Aktuelle Studiendaten



Bei Rückenschmerzen möglichst auf Opioide verzichten!

Auch wenn ein „starkes Schmerzmittel“ eingefordert wird, sollten Sie bei akuten Rückenschmerzen nicht zu Opioiden greifen, so der Schmerztherapeut Dr. Christian Sturm, Hannover. Viel sinnvoller sind – neben Physio- und Eigentherapie – Myorelaxanzien oder ein NSAR, gegebenenfalls in Kombination mit niedrig dosiertem Paracetamol.

Konservative Behandlungsmaßnahmen beim akuten Rückenschmerz, vor allem Physio- und Trainingstherapie, scheitern sehr oft daran, dass die Schmerzen als zu stark empfunden werden und die Betroffenen es vorziehen, sich zu schonen. In dieser Situation wird laut Dr. Christian Sturm, Hannover, von ärztlicher Seite nicht selten zu Opioidanalgetika gegriffen – ungeachtet der Tatsache, dass es für diese Indikation bislang kaum Evidenz zur Wirksamkeit gibt.

„Opioide nicht besser als Placebo!“

Eine placebokontrollierte randomisierte Studie [1], im letzten Jahr im Fachblatt „Lancet“ publiziert, kam zu einem überraschend eindeutigen Ergebnis. Das Fazit laut Sturm, der die Studie beim Ortho Trauma Update referierte: „Opioide waren nicht von Vorteil gegenüber Placebo!“

An der dreifach verblindeten Studie hatten insgesamt 347 Erwachsene mit mittleren bis starken Rücken- und/oder Nackenschmerzen teilgenommen, bei denen die Beschwerden seit maximal zwölf Wochen bestanden. 174 wurden der Opioidgruppe

(Oxycodon, bis zu 20 mg/Tag oral), 173 der Placebogruppe zugelost. Der Schmerzwert auf der 10-Punkte-Skala des Brief Pain Inventory lag in beiden Gruppen zu Beginn bei median 5,8 (höhere Punktwerte stehen für stärkere Schmerzen). Nach sechs Wochen war er in der Opioidgruppe auf 2,8 gefallen, in der Placebogruppe „lustigerweise“ (Zitat Sturm) sogar auf 2,3. Der Unterschied war klinisch nicht relevant. Wie Sturm betonte, hatten beide Gruppen auch eine leitliniengerechte Standardversorgung erhalten, unter anderem die Empfehlung, Bettruhe zu vermeiden und körperlich aktiv zu sein.

Myorelaxanzien oder NSAR (plus Paracetamol)

Was man Betroffenen mit akuten Kreuz- und Rückenschmerzen evidenzbasiert empfehlen kann, hat die Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin (DGS) bereits 2022 in einem Praxisleitfaden zusammengefasst [2]. Insbesondere dann, wenn eine myofasziale Ursache vermutet wird, sind Sturm zufolge Myorelaxanzien und NSAR sinnvoll, wobei sich die Wirkung des NSAR durch Kombination mit (niedrig dosiertem) Paracetamol verstärken lässt. Untermauert wird dies durch eine aktuelle systematische Übersicht [3], in die 18 randomisierte Studien mit rund 3.500 Patienten und Patientinnen eingeschlossen waren. Wie Sturm betonte, könne es allerdings „rund eine Woche dauern, bis die Substanzen richtig gut wirken“.

Dr. Elke Oberhofer ■

Literatur

- Jones CMP et al. Opioid analgesia for acute low back pain and neck pain (the OPAL trial): a randomised placebocontrolled trial. Lancet 2023;402:304–12; [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00404-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00404-X)
- MMW Fortschr Med 2022;164(4):12–16; <https://link.springer.com/article/10.1007/s15006-022-0859-2>
- Baroncini A et al. Non-opioid pharmacological management of acute low back pain: A level I of evidence systematic review. J Orthop Res 2023; <https://doi.org/10.1002/jor.25508>