Und anderswo …?

Antoine de Torrenté

Akuter Lumbago: Paracetamol?

Fragestellung

«Rückenschmerzen» und akute Lumbalgien sind eine der Hauptursachen für Arbeitsunfähigkeit weltweit. Die internationalen Empfehlungen nennen übereinstimmend Paracetamol (P) als Behandlung erster Wahl. Interessanterweise existiert jedoch keine zuverlässige Studie, die dies untermauert. Es gibt weder eine validierte Studie, in der P mit Plazebo, noch eine, in der P in fixer Dosis mit der Einnahme nach Bedarf verglichen wird. In der PACE-Studie (Paracetamol for low back pain Study) sollte folgende Frage beantwortet werden: Kann P, regelmässig oder bei Bedarf eingenommen, die Schmerzdauer im Vergleich zu Plazebo effektiv verkürzen?

Methode

PACE ist eine randomisierte, doppelblinde plazebokontrollierte Studie. Die Patienten wurden aus der Klientel von 181 Hausärzten und 50 Apothekern in Australien rekrutiert. Die Schmerzen mussten zwischen der 12. Rippe und der Gesässfalte lokalisiert und seit <6 Wochen akut sein bei vorhergehender mindestens einmonatiger Schmerzfreiheit. Ausschlusskriterien waren ein Verdacht auf Rückenerkrankungen oder eine P-Allergie. Die Patienten erhielten alle 6–8 Stunden 2 P-Tabl. oder Plazebo (Fixdosisgr.) und konnten zusätzlich zur Fixdosis bis zu 2 weitere Tabl. einnehmen (Nach-Bedarf-Gr.). Die P-Höchstdosis war auf 4000 mg beschränkt. In Woche 1, 2, 4 und 12 fand das telefonische Follow-up statt. Primärer Endpunkt war die Zahl der Tage bis zum Abklingen der Schmerzen (0–1 auf einer 10-Punkte-Skala). Sekundäre Endpunkte waren die Schmerzintensität, Bewegungseinschränkungen, Schlaf- und Lebensqualität.

Resultate

550 Patienten erhielten P in Fixdosis, 546 P nach Bedarf und 547 Plazebo. Das Durchschnittsalter betrug 45 Jahre, und das Geschlechterverhältnis war ausgeglichen. Die Schmerzintensität vor der Behandlung lag bei 6,3. Die mediane Zeit bis zum Abklingen der Schmerzen betrug in allen drei Gruppen 17 Tage (n.s.). Die Patienten der Fixdosisgr. hatten im Median 2,6 g und die der Nach-Bedarf-Gr. 3,5 g P/Tag eingenommen. In Woche 12 betrachteten sich 85% der Patienten als geheilt. Hinsichtlich der sekundären Endpunkte gab es keinerlei Unterschiede zwischen den Gruppen.

Probleme

Es kann nicht mit absoluter Sicherheit ausgeschlossen werden, dass einige Patienten während der Studiendauer andere Medikamente eingenommen haben. Die Schmerzen klangen rascher ab als in anderen Studien über akute Lumbalgien, was wahrscheinlich dem guten Follow-up zu verdanken ist.

Kommentar

Trotz der quasi einstimmigen Empfehlung von P zur Behandlung bei akuter Lumbalgie beweist diese Studie das Gegenteil. Das Plazebo war ebenso wirksam wie P (und dies ohne renale Toxizität). Sicherlich lag die Dosierung leicht unter der üblichen Höchstdosis. Ein positiver Effekt hätte sich dennoch einstellen müssen. Man mag sich fragen, ob NSAR, die als Behandlung zweiter Wahl empfohlen werden, in einer Studie nach strengen Kriterien gegenüber Plazebo überlegen wären. Die fast reflexartige Verschreibungspraxis bestimmter Therapien sollte also öfter einmal einer genauen Überprüfung unterzogen werden und kann wahrhafte Überraschungen mit sich bringen, wie bei der früher empfohlenen Schonung bei Lumbalgien, wo sich herausgestellt hat, dass körperliche Betätigung viel sinnvoller ist!

Williams CM, et al. Lancet. 2014;384:1586.

Rezidivprävention bei Nephrolithiasis: Empfehlung des American College of Physicians (ACP)

13% der Männer und 7% der Frauen entwickeln im Laufe ihres Lebens Nierensteine (von denen 80% aus Kalziumsalzen bestehen). Die 5-Jahres-Rezidivrate ohne Präventivbehandlung beträgt 35–50%. Folgendes sind die Empfehlungen des ACP zur Rezidivprävention:

- Die Aufrechterhaltung eines Harnvolumens von ca. 2 L/Tag (Erziehung zu «Vieltrinkern»).
- Patienten mit aktiver Erkrankung trotz ausreichender Flüssigkeitszufuhr wird entweder ein Thiaziddiuretikum (zur Reduktion der Ca-Ausscheidung), ein Citrat (z.B. 60–80 mmol Kaliumcitrat/Tag, zur besseren Löslichkeit der Ca-Salze) oder Allopurinol (zur Verringerung der Uratsteinbildung) empfohlen.
- Der Verzicht auf phosphorsäurehaltige Cola-Getränke.

Die meisten dieser Massnahmen haben eine unterschiedlich ausgeprägte Reduktion der Rezidive in Abhängigkeit vom jeweiligen Medikament gezeigt.

Qaseem A, et al. Ann Intern Med. 2014;161(9):659–67. doi: 10.7326/M13–2908.

Statine und krebsbedingte Schmerzen bei alten Patienten

Es ist schwer zu sagen, ob Statine bei alten Patienten unspezifische Schmerzen verursachen. In einer australischen Studie wurden 385 >70-jährige Krebspatienten nachbeobachtet. 36% davon nahmen Statine ein, die Hälfte zur Primärprävention. Bei den >80-jährigen Patienten waren die Schmerzen an 5 Körperstellen (auf einer Skala von 0–10) mit einer Odds Ratio von 4 signifikant mit der Statineinnahme assoziiert. Der Pathomechanismus ist unbekannt. Die entscheidende Frage ist jedoch, warum in aller Welt >80-jährigen Patienten Statine zur Primärprävention verschrieben werden …

Turner JP, et al. J Am Geriatr Soc. 2014;62(10): 1900-5. doi: 10.1111/jgs.13051.

Faktor-Xa-Hemmer als Antikoagulantien: endlich ein Antidot?

Ein Problem der neuen Antikoagulantien ist das Fehlen eines Antidots. PER977 ist ein Kation, das an die neuen Antikoagulantien bindet. Es wurde die Gerinnungszeit von 80 gesunden, freiwilligen Probanden gemessen, die nach einer Dosis Edoxaban eine Dosis *PER977* erhielten. Nach der Gabe von Edoxaban verlängerte sich die Gerinnungszeit auf 37 Sekunden. Nach der *PER977*-Gabe reduzierte sich die verlängerte Gerinnungszeit innerhalb von 10 Minuten auf 10 Sekunden. Diese Wirkung hielt 24 Stunden an. Ohne *PER977* dauert es 12–15 Stunden bis zur Normalisierung der Gerinnungszeit. Ernsthafte Nebenwirkungen gab es offensichtlich keine. Ein Antidot ist wichtig im Fall einer Notoperation oder einer Blutung. Ein womöglich entscheidender Schritt zugunsten der Verschreibung der neuen Antikoagulantien …

Physician's first watch. 2014; November 7.