

Journal für
**Gastroenterologische und
Hepatologische Erkrankungen**

Fachzeitschrift für Erkrankungen des Verdauungstraktes

Aktuelles: Nichtsteroidale

Antirheumatika: Wir brauchen sie!

Graninger W

*Journal für Gastroenterologische
und Hepatologische Erkrankungen*

2015; 13 (1), 30-31

Österreichische Gesellschaft
für Gastroenterologie und
Hepatologie

www.oeggh.at



ÖGGH

Österreichische Gesellschaft
für Chirurgische Onkologie

www.aco-asso.at

acoasso
Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Onkologie
Austrian Society of Surgical Oncology

Homepage:

**[www.kup.at/
gastroenterologie](http://www.kup.at/gastroenterologie)**

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Indexed in EMBASE/Compendex, Geobase
and Scopus

www.kup.at/gastroenterologie

Member of the



Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P.b.b. 032035263M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Aktuelles: Nichtsteroidale Antirheumatika: Wir brauchen sie!*

W. Graninger

Aus der Klinischen Abteilung für Rheumatologie und Immunologie, Universitätsklinik für Innere Medizin,
Medizinische Universität Graz

Abertausende von Schmerzpatienten sind lebendige Zeugen für die Notwendigkeit von Analgetika. Insbesondere im Bereich der chronischen Schmerzkrankheiten des Muskuloskelettsystems („vulgo Rheuma“), aber auch bei akuten Erkrankungen wie bei der Gichtarthritis, im postoperativen Bereich [1], bei Tumorschmerzen und in der Migränebehandlung und selbst nach akuten Überlastungen und Traumata ist der Wert der entzündungshemmenden Schmerzmittel evident. Wo immer die Entzündungsmechanismen wesentlich am Schmerz beteiligt sind, sind die Hemmer der Cyclooxygenase, also die traditionellen nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR; „non-steroidal anti-inflammatory drugs“ [NSAID]), ein Segen: Sie sind dort den reinen, meist zentral wirkenden Analgetika (vom Typ des Paracetamol) deutlich überlegen [2].

■ Wie gut sind nichtsteroidale Antirheumatika wirklich?

Eine 2009 in Deutschland, Spanien und dem Vereinigten Königreich durchgeführte Umfrage ergab, dass 51 % der Patienten mit schmerzhafter Arthrose unzufrieden mit dem Effekt der Rheumaschmerzmittel waren, es wurden Ärzte und Patienten befragt und die Lebensqualität mitberücksichtigt [3].

Es entspricht der klinischen Erfahrung, dass es Patienten gibt, die trotz der korrekten Indikation auf ein gegebenes Schmerzmittel nicht ansprechen (Non-Responder), dies ist aber nicht vorhersagbar und erfordert die Selektion geeigneter Pharmaka im Sinne einer personalisierten Medizin. Die Auswahl ist groß und reicht von Celecoxib über Diclofenac, Etoricoxib, Ibuprofen, Ketoprofen, Lornoxicam und Naproxen bis zu vielen anderen Präparaten auf einer langen Liste von Handelsnamen.

Eine lange gepflegte Frage war, ob es vernünftiger sei, ständig die entzündungshemmenden Schmerzmittel einzunehmen, oder ob man diese nur bei Bedarf nehmen soll. Eine systematische Literaturanalyse [4] konnte diese Frage nicht beantworten, obwohl sie auf 1410 Publikationen basierte. Nur bei der ankylosierenden Spondylitis gibt es vorsichtige Hinweise darauf, dass die ständige Einnahme gegen das knöcherne Fortschreiten günstig sein könnte. Eine nachhaltig heilende Wirkung haben die Schmerzmittel nicht. Wenn keine Schmerzen bestehen, sind NSAR abzusetzen – dies gebietet die Vernunft

und das Nebenwirkungsrisiko. Die Indikation Krebsprophylaxe für NSAR und deren Unterfamilie Coxibe ist nicht klinisch zugelassen oder vertretbar.

Bei wenigen Erscheinungen ist der gute Effekt von nichtsteroidalen Antirheumatika so augenscheinlich wie bei der akuten Gichtarthritis, er wird hier nur durch intraartikuläre Glukokortikoide konkurrenziert. Ob in der Zukunft sehr teure direkte Interleukin-1-Antagonisten eine klinische Rolle in der breiten Anwender-Realität spielen werden, sei dahingestellt [5].

Der größte Anteil der Patienten mit Schmerzen im Bewegungsapparat ist alt; auch hier sind die NSAR oft notwendig, um die Mobilität und die Lebensqualität zu erhalten. Sie sind natürlich mit Vorsicht einzusetzen, da die therapeutische Breite gering und die Nebenwirkungsgefahr groß ist [6]. Die parenterale Gabe von NSAR ist sehr selten indiziert und dürfte oft psychologische Intentionen haben. Für die Kniearthrose analysiert ein Cochrane Review [7] eine 50%ige Schmerzreduktion nach 8 Wochen bei einem von 6 Rheumasalbenkonsumenten.

Für den niedergelassenen Allgemeinmediziner gibt es unterschiedliche Empfehlungen, wie mit den nichtsteroidalen antiinflammatorischen Substanzen zur Behandlung des Rheumaschmerzes umzugehen ist [8]. Dort wird beschrieben, dass diese Substanzen effektiv sind, dass traditionelle NSAR gleich effektiv wie die etwas jüngeren COX-2-selektiven Substanzen sind, und es wird auf die Risiken bzw. die Risikoverminderung hingewiesen.

Zusammenfassend ist die Notwendigkeit für Analgetika und entzündungshemmende nichtsteroidale Antirheumatika ebenso klar wie ihre Wirksamkeit. Dass damit in der Langzeitanwendung nur jeder zweite Arthrosepatient zufrieden und schmerzfrei wird, ist interessant, ebenso die Unvorhersehbarkeit des Erfolges. Solange man an Herz, Niere und Magen gesund ist, spricht nichts dagegen, die Erlösung vom Schmerz durch NSAR anzustreben. Kausale Therapien (wie z. B. eine Zahnextraktion, eine Gelenkendoprothese oder ein Immunsuppressivum) können durch NSAR nicht ersetzt werden, stets sollte man auch die nichtmedikamentösen Schmerzstrategien vor Augen haben. Falls keine entzündliche Komponente in der Schmerzentstehung zu vermuten ist und wenn Opioide (noch) nicht indiziert sind, darf man die nicht über die Prostaglandinsynthese wirkenden Analgetika, wie das milde Paracetamol und das altbewährte Metamizol, als Alternativen nicht außer Acht lassen.

*Extended Abstract zum Vortrag im Rahmen der 44. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Innere Medizin am 26. September 2013 in Salzburg.

Literatur:

1. Derry S, Moore RA. Single dose oral celecoxib for acute postoperative pain in adults. Cochrane Database Syst Rev 2012; 3: CD004233.
2. Battisti WP, Katz NP, Weaver AL, et al. Pain management in osteoarthritis: a focus on on-set of efficacy – a comparison of rofecoxib, celecoxib, acetaminophen, and nabumetone across four clinical trials. J Pain 2004; 5: 511–20.
3. Taylor S, Everett S, Watson D, et al. A measure of treatment response: patients satisfaction with NSAIDs. Open Access Rheumatol Res Rev 2013; 5: 69–76.
4. Adams K, Bombardier C, van der Heijde D. Safety and efficacy of on-demand versus continuous use of nonsteroidal antiinflammatory drugs in patients with inflammatory arthritis: a systematic literature review. J Rheumatol Suppl 2012; 90: 56–8.
5. Cronstein BN, Sunkureddi P. Mechanistic aspects of inflammation and clinical management of inflammation in acute gouty arthritis. J Clin Rheumatol 2013; 19: 19–29.
6. Abdullah A, Omar AN, Mulcahy R. Perception of polypharmacy among hospital doctors. Age Ageing 2013; 42 (Suppl 3): iii1–iii11.
7. Derry S, Moore RA, Rabbie R. Topical NSAIDs for chronic musculoskeletal pain in adults. Cochrane Database Syst Rev 2012; 9: CD007400.
8. Adebajo A. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for the treatment of pain and immobility-associated osteoarthritis: consensus guidance for primary care. BMC Fam Pract 2012; 13: 23.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. med. Winfried Graninger
Klinische Abteilung für Rheumatologie und Immunologie
Universitätsklinik für Innere Medizin
Medizinische Universität Graz
A-8036 Graz
Auenbruggerplatz 15
E-Mail: winfried.graninger@medunigraz.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ [Bilddatenbank](#)

☒ [Artikeldatenbank](#)

☒ [Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ [Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)