

Bis zu 90% der Rückenschmerzen haben keine klare Ursache

Nicht-spezifische Rückenschmerzen

BIEL – Bei Rückenschmerzen wird oft nach einem eindeutigen Auslöser gesucht - dies vielfach anhand teurer bildgebender Untersuchungen. Zahlreiche Forschungsarbeiten haben jedoch gezeigt, dass ein rein patho-anatomischer Zugang nur begrenzt hilfreich ist, da der Schmerz häufig nicht mit anatomischen Veränderungen korreliert. Es ist also wichtig, die Perspektive zu öffnen und Rückenschmerzen ganzheitlich zu betrachten.

Rückenschmerzen gelten als Volkskrankheit. In der Schweiz leiden 88 % der Bevölkerung mindestens einmal pro Jahr an Rückenschmerzen. Bemerkenswert ist die Zunahme der Rückenschmerzen: Die Gruppe der Personen, die regelmässig unter Rückenschmerzen leiden, ist von 39 % im Jahr 2011 auf 50 % im Jahr 2020 gestiegen. Rückenschmerzen treten in allen Altersgruppen auf, am häu-

figsten bei Personen im erwerbsfähigen Alter. 2019 lag die Schweiz bei der Prävalenz von Rückenschmerzen mit 10621/100000 weltweit an dritter Stelle hinter den USA und Dänemark. Abgesehen von der verminderten Lebensqualität der Betroffenen verursachen Rückenschmerzen auch hohe Kosten. Muskuloskelettale Erkrankungen, von denen Rückenschmerzen den grössten Anteil

ausmachen, stehen in der Schweiz kostenmässig an zweiter Stelle hinter den Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Dies ist vor allem auf deren hohe Prävalenz zurückzuführen.

Ursachen von Rückenschmerzen

Die Ursachen für Rückenschmerzen sind sehr vielfältig. Dabei lassen sich nur etwa 10 % der Rückenschmerzen auf einen bestimmten Auslöser wie eine Verletzung oder entzündliche und degenerative Erkrankungen der Wirbelsäule zurückführen. Die verbleibenden 90 % werden als nicht-spezifisch bezeichnet. Das heisst, die Untersuchungsergebnisse können die Schmerzen, deren Ausmass und die daraus resultierende Beeinträchtigung nicht ausreichend erklären.

Vor zwei bis drei Jahrzehnten begann man deshalb das rein patho-anatomische Verständnis von Rückenschmerzen zu überdenken und stattdessen ein biopsychosoziales Modell beiziehen. Man geht heute davon aus, dass ein Zusammenspiel sowohl von körperlichen als auch psychologischen und sozialen Faktoren als Auslöser und für eine Chronifizierung von Rückenschmerzen relevant ist:

- Körperliche, d.h. biomechanische Faktoren des Muskel-Skelett-Systems: z.B. Muskelüberlastung (Schwerarbeit, monotone Tätigkeiten, viel Sitzen), funktionelle Einschränkungen, genetische Faktoren, Übergewicht

- Psychologische Faktoren: z.B. kognitive und emotionale Bewertung des Schmerzes, Verhaltensweisen, Überzeugungen, Belastung und Stress, Depressionen sowie Ängste
- Soziale Faktoren: z.B. geringe soziale Unterstützung, finanzielle Sorgen, psychische Belastung in Beziehungen oder am Arbeitsplatz

Die Wahrscheinlichkeit, dass man in der Apotheke auf Kunden mit Rückenschmerzen trifft, die ein Symptom einer schwerwiegenden Erkrankung sind, ist sehr gering. In der Hausarztmedizin geht man davon aus, dass dies auf unter 1 % der Rückenschmerzpatienten zutrifft. Dennoch ist es wichtig, Rückenschmerzen ernst zu nehmen und nicht zu bagatellisieren.

Therapie von nicht-spezifischen Rückenschmerzen

Da definitionsgemäss für nicht-spezifische Rückenschmerzen keine Ursache erkannt wurde, erfolgt die Therapie rein symptomatisch. Fast ein Drittel der Schweizer Rückenschmerzpatienten greifen dabei zur Selbstmedikation, insbesondere die Patienten, die «ihre» Rückenschmerzen bereits kennen. Der Einsatz von Schmerzmitteln stellt vor allem in der akuten Phase der Erkrankung ein wichtiges Element der Therapie dar. Hier stehen nichtsteroida-



Die Themenhefte «pharmActuel» sind im Abo erhältlich. Infos unter www.pharmactuel.ch/themenheft

le Antirheumatika (v.a. Ibuprofen und Diclofenac) im Vordergrund. Schmerzlinderung bedeutet, dass die Patienten nicht inaktiv werden und Fehlhaltungen entwickeln, sondern in Bewegung bleiben. Sanfte Aktivität ist für die Heilung zentral. Dabei gilt es, auf den Körper zu hören und zu spüren, was gut tut und was nicht.

Auch die Aufklärung der Patienten ist wichtig. Zu verstehen, dass Rückenschmerzen häufig auftreten, in der überwiegenden Zahl der Fälle innerhalb kurzer Zeit zurückgehen und Schmerzen nicht zwingend ein Hinweis auf eine Schädigung von Wirbelsäulenstrukturen oder Muskeln sind, kann für den Patienten enorm entlastend sein. Die gute Nachricht ist, dass zwei Drittel der Personen mit nicht-spezifischen Rückenschmerzen nach 6 Wochen wieder beschwerdefrei sind.

Das pharmActuel Heft 03-2025 zum Thema Rückschmerzen zeigt weitere medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapieoptionen auf, beschreibt das klinische Bild von Rückenschmerzen und vertieft das Wissen zur Anatomie der Wirbelsäule. *EW*

Wissenschaftliches Themenheft pharmActuel Rückenschmerzen (Heft Nr. 03/2025)



Am häufigsten zur Behandlung eingesetzt werden NSAR, entsprechend wichtig ist die Beratungs- und Behandlungskompetenz der Apotheke Foto: JackF – stock.adobe.com

Welche NOAK-Dosis bei venöser Thromboembolie?

Rezidivprophylaxe vs. Blutungsrisiko

BREST – In einer kürzlich veröffentlichten Studie verglichen Forscher die volle und reduzierte Dosis von Apixaban bzw. Rivaroxaban im Hinblick auf die Verhinderung von Rezidiven sowie Blutungsrisiko.

Die venöse Thromboembolie (VTE) stellt aufgrund ihrer hohen Mortalität und Morbidität eine bedeutende klinische Herausforderung dar. Antikoagulanzen sind die primäre Therapie der venösen Thromboembolie, wobei die Entscheidung über Dosierung und Dauer der Antikoagulation zunehmend komplexer wird. Trotz des verbesserten Sicherheitsprofils nicht-Vitamin-K-antagonistischer oraler Antikoagulanzen (NOAK) im Vergleich zu Vitamin-K-Antagonisten besteht weiterhin ein Restrisiko für Blutungen. Daher wird die sekundäre Prävention der VTE, trotz ihrer hohen Rezidivrate, vorrangig für Patienten mit einem hohen Rückfallrisiko empfohlen.

Derzeit setzt man Apixaban und Rivaroxaban häufig in reduzierter Dosis zur verlängerten Behandlung der VTE ein, nachdem sich beide Medikamente in Studien auch in niedriger Dosis als wirksam erwiesen haben. Allerdings liess sich bislang kein Vorteil hinsichtlich schwerer oder klinisch relevanter nicht schwerer Blutungen nachweisen. Die aktuellen Leitlinien sprechen daher keine Empfehlung für eine bevorzugte Dosierung bei Patienten aus, die nach einer VTE weiterhin ein Blutungsrisiko aufweisen.

Dosierungen von Apixaban und Rivaroxaban untersucht

In der RENOVE-Studie – einer multizentrischen, randomisierten und offenen Studie – verglichen Wissenschaftler um **Prof. Dr. Francis Couturaud**, Centre Hospitalier Universitaire Brest, reduzierte und volle Dosierungen von NOAK bei Patienten mit einem hohen Risiko

für eine rezidivierende VTE nach einer initialen Behandlung von sechs bis 24 Monaten. Zwischen November 2017 und Juli 2022 erfolgte in 50 französischen Spitälern die Zuweisung von 1383 Patienten zur Gruppe mit reduzierter Dosierung und von 1385 Probanden zur Gruppe mit voller Dosierung.

Die Teilnehmer erhielten die NOAK in folgenden Dosierungen:

- reduzierte Dosis: Apixaban 2,5 mg zweimal täglich oder Rivaroxaban 10 mg einmal täglich
- volle Dosis: Apixaban 5 mg zweimal täglich oder Rivaroxaban 20 mg einmal täglich

Statistische Nicht-Unterlegenheit verpasst

In der RENOVE-Studie war als primärer Endpunkt das Auftreten symptomatischer rezidivierender VTE definiert, einschliesslich rezidivierender tödlicher oder nicht-tödlicher Lungenembolien oder

isolierter proximaler tiefer Venenthrombosen.

In Bezug auf die Wirksamkeit wurde die statistische Nichtunterlegenheit der reduzierten gegenüber der vollen Dosis nicht erreicht. Insgesamt blieb die kumulative Fünf-Jahres-Inzidenz der rezidivierenden VTE in beiden Gruppen niedrig (2,2 % unter reduzierter und 1,8 % unter voller NOAK-Dosis), was darauf hindeutet, dass das Rückfallrisiko unabhängig von der Dosierung gering ist.

Ein zentrales Ergebnis der Studie war die signifikante Reduktion des Risikos für schwere und klinisch relevante nicht schwere Blutungen bei Anwendung der reduzierten Dosierung. Die kumulative Fünf-Jahres-Inzidenz betrug unter der niedrigeren Dosis 9,9 % und unter der vollen Dosis 15,2 %, was eine Verringerung des Blutungsrisikos um 39 % und damit einen Sicherheitsvorteil bedeutet, schreibt das Forscherteam.

Obwohl sich die Hypothese der Nichtunterlegenheit reduzierter NOAK-Dosierungen gegenüber vollen Dosierungen statistisch nicht bestätigen liess, deutet die RENOVE-Studie darauf hin, dass eine geringere Dosis von Apixaban oder Rivaroxaban für die Langzeittherapie von Patienten mit hohem Risiko für rezidivierende VTE einen Vorteil in puncto Sicherheit aufweisen könnte. Einschränkungen der Studie wie das offene Studiendesign und die unzureichende statistische Power für Subgruppenanalysen sind jedoch zu berücksichtigen. Weitere Studien sind erforderlich, um Subgruppen zu ermitteln, bei denen man die Dosis der Antikoagulation nicht reduzieren sollte, so die Autoren. *ita/red*

1. Couturaud F et al. Lancet. 2025; 405(10480): 725–735. doi: 10.1016/S0140-6736(24)02842-3.
2. Middeldorp S, Leentjens J. Lancet. 2025; 405(10480): 676–677. doi: 10.1016/S0140-6736(25)00099-6.