

Erwin Häringer, München

Statement zum Thema

Rationale Schmerz- und Rheumatherapie in der allgemeinärztlichen Praxis

Die Schmerztherapie ist eine allgemeine ärztliche Aufgabe. Der Allgemeinarzt versteht sich als „Casemanager“ und Begleiter für Patienten mit chronischen Schmerzen. Diese allgemeine Aussage wird dadurch belegt, dass der größte Anteil an den Verordnungen aller Praxen Schmerzmittel sind, so genannte „Schnelldreher“ in der Apotheke.

Die nicht steroidalen Antirheumatika (NSAR) spielen sowohl in der Selbstmedikation als auch im Verschreibungsmarkt eine überaus wichtige Rolle. Die Compliance in der Anwendung krankt aber. Das liegt einerseits an den Formulierungen im Beipackzettel, andererseits aber auch an den realen und zum Teil sehr schweren Nebenwirkungen dieser Medikamente. So fallen beispielsweise für 1 DM Rheumabehandlung mit NSAR 0,50 DM für die Behandlung deren Nebenwirkungen an. Außerdem werden frei verkäufliche NSAR mit verschreibungspflichtigen häufig gemischt genommen, so dass über synergistische Effekte die Nebenwirkungsrate noch potenziert wird. Neue Antirheumatika werben häufig mit besserer Verträglichkeit und werden dann doch überraschenderweise wieder vom Markt genommen. Auch bei den neueren ASAR mit selektiver COX-Beeinflussung sind bereits blutende Ulcera beobachtet worden; außerdem ist die Langzeitsicherheit noch nicht geklärt.

Für den Allgemeinarzt gilt – insbesondere bei der Behandlung älterer Menschen – eine therapeutische Lücke zu schließen und gleichzeitig die Aspekte der Multimorbidität zu berücksichtigen.

Der chronisch kranke, häufig mit reaktiver Depression und durch Ängste gekennzeichnete Patient, neigt dazu, seine Medikamente nicht oder nicht regelmäßig einzunehmen. Nach Untersuchungen der ABDA (Dachorganisation der dt. Apothekerschaft) werden jedes Jahr für mehr als 5 Milliarden DM Medikamente in die Apotheken zurückgebracht. Die hohe „Dunkelquote“ der zu Hause gehorteten, nicht eingenommenen Medikamente ist dabei nicht berücksichtigt.

Positiv monografierte **Weidenrindenextrakte**, die richtig deklariert und durch moderne klinische Studien gekennzeichnet sind, erweitern hier die

Behandlungspalette des Arztes und sind im Rahmen der zugelassenen Indikation auch immer erstattungsfähig.

Da Pflanzenextrakte Vielstoffgemische sind, beobachten wir auch bei Weidenrinde synergistische Effekte, so dass der reine Salicingehalt alleine weder das Ausmaß der antiphlogistischen noch der schmerzlindernden Wirkung erklären kann. Besonders wichtig in der Langzeitbehandlung sind die geringen Interaktionen des Phytopharmakons, insbesondere der fehlende Einfluss auf die Blutgerinnung. Bedeutsam ist dies z.B. vor chirurgischen Eingriffen. Ein erhöhtes Blutungsrisiko durch die vorherige Einnahme von Weidenrinde scheint – im Gegensatz zu Acetylsalicylsäure – nicht gegeben zu sein.

Darüber hinaus haben eine weitere Reihe von antiinflammatorischen Pflanzenextrakten die Kriterien erfüllt, die für eine rationale Phytotherapie gefordert werden. Sehr gut belegt ist eine Reihe von Extrakten aus der **Teufelskralle**. Im Unterschied zur Weidenrinde besitzt Teufelskralle allerdings nicht die analgetische Wirksamkeit, dafür aber eine sehr gute entzündungshemmende Wirksamkeit, die bei chronischen rheumatischen Erkrankungen durchaus im Vordergrund steht.

Bei **Brennnesselblättern** ist in vitro die medizinische Datenlage vielversprechend, klinische Studien aber, wie sie im Rahmen einer evidencebasierten Medizin gefordert werden, liegen nicht vor.

Bei der Anwendung von Phytopharmaka – und das gilt auch für die Rheumatherapie – ist es stets wichtig darauf zu achten, ein gut untersuchtes standardisiertes Präparat zu wählen, das den modernen Kriterien einer rationalen Phytotherapie – wie sie beispielsweise im *Kompendium Phytopharmaka* zusammengefasst sind – standhalten kann.

*Dr. med. Erwin Häringer
niedergelassener Allgemeinmediziner
Pharmakotherapieberater der KV Bayern
Georgenschwaigstraße 4
D – 80807 München*

Gute COX 1, schlechte COX 2?

Die Cyclooxygenase (COX) wandelt Arachidonsäure aus der Zellwand in die Prostaglandinstruktur um. Sie kommt in zwei Isoformen vor. Während

COX 1 in vielen Geweben ständig vorhanden ist und physiologische Prozesse wie Schutz der Magenschleimhaut, Nierendurchblutung oder Thrombozytenaggregation reguliert, wird COX 2 unter anderem bei Entzündungen neu gebildet. Es scheint daher naheliegend, nur die „schlechte“ Enzymvariante zu hemmen. Tatsächlich lässt sich eine Einteilung in „gute“ und „böse“ Cyclooxygenase jedoch nicht halten:

COX 1 wird ebenfalls – wenn auch in geringerem Ausmaß – bei Stress und Entzündung vermehrt gebildet. Andererseits ist COX 2 physiologisch in verschiedenen Organen wie Gehirn, Niere und Bauchspeicheldrüse präsent und an der Regulierung von Nierenfunktion, Knochenumbau, Eisprung u.a. beteiligt. Mäuse ohne COX 2 sind kaum überlebensfähig. Fehlt den Tieren dagegen COX 1, zeigen sie keine Auffälligkeiten und entwickeln auch keine spontanen Geschwüre.

Untersuchungen mit verschiedenen „selektiven“ COX-2-Hemmern deuten darauf hin, dass die anti-entzündlich wirkende Dosis um ein Vielfaches höher ist als die für die Enzymhemmung benötigte. Ob Selektivität dann überhaupt noch besteht, ist fraglich.

COX 2 ist an der Abheilung von Magengeschwüren beteiligt. Nehmen Personen mit bestehendem Ulkus den Enzymhemmer ein, könnte dieser die Heilung verzögern oder Komplikationen begünstigen. Im Tierversuch verschlimmert die Blockade von COX 2 Dickdarmentzündungen. Patienten mit aktiven Geschwüren oder entzündlichen Darmerkrankungen dürfen Rofecoxib nicht einnehmen. Sie haben nicht an den Studien teilgenommen.

COX 2 spielt eine Rolle bei der Abwehr prothrombotischer Reaktionen am Endothel der großen Gefäße. Nicht auszuschließen ist, dass thrombotische Ereignisse bei Personen mit kardiovaskulären Erkrankungen unter der Behandlung mit Rofecoxib zunehmen, ebenso wie Erkrankungen bzw. Versagen der Nieren.