

Antikoagulantien oder Plättchenhemmern [4], bei Herzinsuffizienz mit reduzierter Auswurfraction wegen Flüssigkeitsretention oder bei chronischer Nierenfunktionsstörung (CKD 4 oder höher, Kreatinin-clearance <30 mL/min) [4]. Bei Sturz- und Frakturrisiko – gerade in Kombination mit Benzodiazepinen – sollten auch Opioide bei älteren Personen vermieden werden. In der zuerst vorgestellten Studie bleibt unklar, wie viele Personen in der Opioid-Gruppe auch ein NSAR erhalten haben, wie es das WHO-Stufenschema mit einer Kombinationstherapie vorsieht, und ob Personen mit Opioiden noch andere Risikofaktoren aufwiesen. Inwiefern die Ergebnisse dieser Studie aus den USA mit möglichen Confoundern verallgemeinerbar und auf ältere Personen in der Schweiz anwendbar sind – mit anderen Verschreibungsmustern (weniger Opioide?) und anderen Therapeutika in der Schweiz –, bleibt dahingestellt. Ausserdem wurden zwar bekannte Nebenwirkungen der Substanzklassen untersucht, jedoch klinisch relevante Parameter wie die Dosis oder die Dauer der Therapie nicht berücksichtigt. Langzeitprobleme von Opioiden, inkl. Gewöhnung, wurden auch nicht einbezogen. Hier schliesst jedoch die beschriebene Netzwerk-Analyse an: Opioide scheinen unabhängig von der Dosierung (auch nahe an der oberen empfohlenen Grenze) keinen klinisch

relevanten Nutzen sowohl in Bezug auf Schmerzen als auch auf eine funktionelle Verbesserung bei Arthrose zu haben. Der Nutzen überwiegt keineswegs das Risiko der Opioide. Lokal verabreichtes Diclofenac – sogar in niedriger Dosierung – zeigte ähnlich gute Effekte im Vergleich zu den wirksamsten oral verabreichten NSAR bei Kniegelenksarthrose. Beim Hüftgelenk bleibt dies unklar und ist eher unwahrscheinlich. Lokal appliziertes Diclofenac ist speziell interessant, da wegen einer reduzierten systemischen Verfügbarkeit gastrointestinale, kardiovaskuläre oder renale Wirkungen vernachlässigbar sind. Leitlinien für Personen mit Arthrosebeschwerden empfehlen Therapien in der niedrigsten wirksamen Dosierung, um unerwünschte Wirkungen zu reduzieren. Eine positive Benefit/Risiko-Bilanz zeigte sich neben lokalem Diclofenac auch unter niedrigeren oralen Diclofenac- und Etoricoxib-Dosen (um 100 bzw. 30 mg/Tag). Für die primäre Therapie chronischer Gelenkschmerzen bei Erwachsenen sehen die aktuellen NICE-Guidelines körperliche Aktivität, kognitives Verhaltenstraining und weitere nicht-pharmakologische Massnahmen vor – und raten vom systemischen Einsatz von NSAR, Opioiden, Paracetamol ganz ab [5]. Diese beiden Studien erinnern an einen vorsichtigen und zurückhaltenden Einsatz von Opioiden – speziell bei vulner-

ablen Personengruppen und bestimmten Indikationen wie Arthrose, bei denen diese Medikamente keinen Vorteil haben. Für Paracetamol in der Tageshöchstdosis von 4 g ist die Nutzen-Risiko-Abwägung ebenfalls negativ. Viel hilft nicht viel – sondern schadet viel!

#### Literatur

1. Herzig SJ, Anderson TS, Jung Y, et al. Relative risks of adverse events among older adults receiving opioids versus NSAIDs after hospital discharge: A nationwide cohort study. *PLoS Med* 2021; 18:e1003804. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34570810/>
2. Da Costa BR, Pereira TV, Saadat P, et al. Effectiveness and safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs and opioid treatment for knee and hip osteoarthritis: network meta-analysis. *BMJ* 2021; 375: n2321. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34642179/>
3. Pazan F, Weiss C, Wehling M. Die FORTA-Liste "Fit for The Aged", Expert Consensus Validation 2018. [www.umm.uni-heidelberg.de/klinische-pharmakologie/forschung/forta-projekt-deutsch/](http://www.umm.uni-heidelberg.de/klinische-pharmakologie/forschung/forta-projekt-deutsch/)
4. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2019; 67: 674–94
5. [www.nice.org.uk/guidance/ng193/chapter/Recommendations#managing-chronic-primary-pain](http://www.nice.org.uk/guidance/ng193/chapter/Recommendations#managing-chronic-primary-pain)

## Bariatrische Chirurgie erhöht die Lebenserwartung

Carlsson ML, Sjöholm K, Jacobson P et al. Life expectancy after bariatric surgery in the Swedish Obese Subjects Study. *N Engl J Med* 2020; 383: 1535–43

Zusammengefasst und kommentiert von: Felix Tapernoux

#### Zusammenfassung:

Fettleibigkeit verkürzt die Lebenserwartung. Es ist bekannt, dass die bariatrische Chirurgie das langfristige relative Sterberisiko senkt, aber ihre Auswirkungen auf die Lebenserwartung sind unklar. In dieser Langzeitstudie (durchschnittliche Beobachtungszeit 24 Jahre) wurde die Lebenserwartung von Übergewichtigen Personen nach bariatrischen Operationen mit jener bei üblicher Gewichtsbehandlung (Kontroll-

gruppe) sowie mit Daten aus der Durchschnittsbevölkerung verglichen. Insgesamt starben 22,8 % der Operierten und 26,4 % der Personen in der Kontrollgruppe (Hazard Ratio 0,77). Die Hazard Ratio für Tod durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Tod durch Krebs betrug in der Operationsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe 0,70 bzw. 0,77. Die mediane Lebenserwartung in der Operationsgruppe war 2,4 Jahre länger als in der Kontrollgruppe, aber 5,5

Jahre kürzer als in der Referenzkohorte. In der Kontrollgruppe war die mediane Lebenserwartung gegenüber der Referenzkohorte um 7,4 Jahre verkürzt.

#### Kommentar:

Bariatrisch operierte Personen haben eine bessere Lebenserwartung als konservativ therapierte Übergewichtige. Die Mortalität bleibt aber in beiden Gruppen deutlich höher als in der Durchschnittsbevölkerung.