

WHO-Stufenschema modifizieren

# Schmerztherapie bei schwer nierenkranken Patienten

*Im palliativmedizinischen Umfeld sind auch Patienten mit einer Nierenerkrankung im Endstadium zu behandeln. Diese leiden häufig unter chronischen Schmerzzuständen verschiedener Ursachen. Aufgrund der eingeschränkten Nierenfunktion gilt es, Analgetika differenziert auszuwählen und den Einsatz gut zu überwachen.*

**P**atienten mit einer Nierenerkrankung im Endstadium (end stage renal disease, ESRD) leiden unter einer Vielzahl an Beschwerden. «Dazu gehören neben Symptomen wie Müdigkeit, Juckreiz, Mundtrockenheit und Kurzatmigkeit auch Schmerzen», erläuterte Dr. Elizabeth Joanna Chambers von der Abteilung für Palliativmedizin am Southmead Hospital in Bristol (UK). Dabei sind sowohl Dialysepatienten als auch Patienten mit konservativer Therapie betroffen. So leiden etwa 50 Prozent der Dialysepatienten und über die Hälfte der konservativ behandelten Patienten unter Schmerzen. «Bei drei Vierteln der Fälle handelt es sich um mittelgradige bis schwere Schmerzen», sagte Chambers.

Als Schmerzursachen kommen neben Komorbiditäten wie Diabetes, kardiovaskuläre Probleme oder Tumorerkrankungen auch die primäre renale Erkrankung infrage. Daneben können Schmerzen im Zusammenhang mit der Dialyse stehen, so zum Beispiel rezidivierende Schmerzen bei Patienten mit Peritonealdialyse. Das Vorliegen chronischer Schmerzen hat bei Patienten mit einer ESRD grossen Einfluss auf die Lebensqualität. Zudem ist bekannt, dass ESRD-Patienten mit chronischen Schmerzen doppelt so häufig unter depressiven Symptomen und Schlaflosigkeit

leiden wie ESRD-Patienten ohne oder mit nur geringgradigen Schmerzen (1).

### Selten adäquat behandelt

Das Management chronischer Schmerzen bei Patienten mit ESRD ist häufig ungenügend. So scheint gerade der Einsatz von Analgetika trotz einer steigenden Schmerzprävalenz abzunehmen. Dies zeigt zumindest eine Studie aus den USA, in welcher der Einsatz von Analgetika in den Jahren 1997 und 2000 verglichen wurde (2). Demnach nahm der Anteil an Patienten mit einer Schmerzmedikation von 30 auf 24 Prozent ab. Der Einsatz von Betäubungsmitteln sank von 18 auf unter 15 Prozent, und Paracetamol wurde nur noch in 6 Prozent der Fälle (vs. 11% in 1997) eingesetzt. 74 Prozent der Patienten, deren Arbeitsleistung durch die Schmerzen beeinträchtigt wurde, erhielten gar kein Analgetikum.

### Modifiziertes WHO-Stufenschema

Wie Chambers weiter erklärte, steht auch beim Schmerzmanagement von ESRD-Patienten ein Assessment an erster Stelle. Es gelte zudem, den Patienten gut zu erklären, welches Behandlungsziel realistisch ist, mit welchen Nebenwirkungen sie rechnen müssen und was dagegen unternommen werden kann.

Die medikamentöse Behandlung der Schmerzen basiert auch bei Nierenerkrankten auf dem WHO-Stufenschema. Allerdings sollte es leicht modifiziert werden. Im Rahmen der Stufe 1 und 2 empfahl Chambers den Einsatz von Paracetamol bei leichten und Tramadol bei stärkeren Schmerzen. Bei Dialysepatienten sollte eine reduzierte Tramadol-dosierung verwendet werden (50 mg, 4-mal täglich), und bei konservativ behandelten Patienten kommen 50 mg, zweimal täglich, zum Einsatz. «NSAR sollten bei ESRD nur dann eingesetzt werden, wenn die restliche Nierenfunktion nicht erhalten werden soll», ergänzte Chambers.

Die limitierte Datenbasis zur Pharmakokinetik und -dynamik starker Opiode bei schwer nierenkranken Patienten

Tabelle:

## Starke Opiode bei nierenkranken Schmerzpatienten

<b>Analgetikum</b>	Kommentar der Referentin Dr. Elizabeth Joanna Chambers
<b>Morphin</b>	Lang dauernden Einsatz vermeiden, da Metaboliten (M3G, M6G) akkumulieren können.
<b>Hydromorphon</b>	Vorsichtiger Einsatz bei Dialysepatienten möglich.
<b>Fentanyl</b>	Nützliche parenterale Form, transdermale Formulierung bei stabilen Schmerzzuständen.
<b>Methadon</b>	Nur einsetzen, falls mit Umgang vertraut.

erschwert ihren Einsatz als Analgetika der Stufe 3. Am meisten Informationen liegen zu Morphin vor. «Wie es scheint, sind Patienten mit ESRD besonders anfällig für die toxischen Effekte von Morphin, verursacht durch die Akkumulation der beiden aktiven Metaboliten Morphin-6-Glukuronid (M6G) und Morphin-3-Glukuronid (M3G)», sagte Chambers. Die Dialyse entfernt M3G, nicht aber M6G. Die Referentin empfahl daher, einen lang dauernden Einsatz von Morphin bei Nierenerkrankten möglichst zu vermeiden.

Dagegen scheint sich Methadon gut für den Einsatz bei ESRD-Patienten zu eignen, da es nicht akkumuliert und zu einem grossen Teil über die Faeces eliminiert wird. «Soviel wir wissen, wird Methadon während der Dialyse nicht entfernt», so Chambers. Sie betonte jedoch mehrmals, dass sie den Einsatz von Methadon nur denjenigen Kolleginnen und Kollegen empfehlen kann, die diese Substanz regelmässig einsetzen und sich im Umgang damit sicher fühlen.

**Hydromorphon, danach Fentanyl**

Fentanyl stellt nach Aussage der Rednerin ein sehr nützlich Analgetikum für Nierenerkrankte im Endstadium dar: «Ich verwende subkutanes Fentanyl in der terminalen Phase und transdermales Fentanyl bei Dialysepatienten mit stabilen Schmerzzuständen.» Zur Titration vor dem Einsatz eines Fentanylpflasters setzt Chambers Hydromorphon ein. Dabei kommen initial 1,3 mg Hydromorphon alle vier bis sechs Stunden zur Anwendung. Sollten sich

die Schmerzen mit sechs oder mehr 1,3-mg-Dosen pro Tag nicht kontrollieren lassen, folgt der Einsatz eines Fentanylpflasters (12 µg/h) mit anschliessendem Auftitrieren, falls die Schmerzlinderung weiterhin ungenügend ist. «Dabei sollte stets ein Monitoring hinsichtlich des Auftretens von Toxizitäten beziehungsweise einer Veränderung der Schmerzen durchgeführt werden», betonte Chambers. Zur Pharmakokinetik und Pharmakodynamik von Hydromorphon bei Patienten mit chronischer Nierenerkrankung liegt mittlerweile auch eine aktuelle Studie vor (3).

**Therese Schwender**

**Quelle:**

Parallelsymposium «Complexity in Symptom Management: Symptom management for patients with end stage renal disease and palliative care patients with renal impairment.» EAPC-Kongress, Wien, 9. Mai 2009.

**Literatur:**

1. Davison S.N., Jhangri G.S.: The impact of chronic pain on depression, sleep, and the desire to withdraw from dialysis in hemodialysis patients. *J Pain Symptom Manage* 2005; 30: 465-473.
2. Bailie G.R.: Analgesic prescription patterns among hemodialysis patients in the DOPPS: Potential for underprescription. *Kidney Int* 2004; 65: 2419-2425.
3. Davison S.N., Mayo P.R.: Pain management in chronic kidney disease: the pharmacokinetics and pharmacodynamics of hydromorphone and hydromorphone-3-glucuronide in hemodialysis patients. *J Opioid Manag* 2008; 4: 335-336, 339-344.

**VERANSTALTUNGSHINWEIS:**

**Jahres- und Forschungstagung 2009  
«Schmerz und Demenz» und**

**3. Nationaler Forschungstag  
«Palliative Care»**

**10. und 11. September 2009, Basel**

UBS Ausbildungs- und Konferenzzentrum Basel, Viaduktstrasse 33

An der Jahrestagung am 10. September 2009 werden in Übersichtsreferaten und interaktiven Workshops die wichtigsten Instrumente der Schmerzerfassung bei Demenzkranken sowie Grundlagen und Besonderheiten in der Behandlung ihrer Schmerzen umrissen. Gastgesellschaft ist die Schweizerische Alzheimervereinigung.

Am 11. September 2009 findet der 3. Nationale Forschungstag «Palliative Care» in der Schweiz statt. Die in der Schweiz tätigen Forschungsteams stellen ihre Projekte und deren aktuelle Resultate vor.

Weitere Informationen: [www.palliative.ch](http://www.palliative.ch)

