

Therapie chronischer Schmerzen im Alter

Medikamente, Bewegungsprogramme und kognitives Verhaltenstraining

In einem Review haben britische und amerikanische Wissenschaftler den aktuellen Wissensstand zur Behandlung chronischer Schmerzen bei älteren Menschen zusammengefasst. Neben der medikamentösen Behandlung empfehlen die Experten vor allem Bewegungsprogramme und kognitive Verhaltenstherapien.

British Medical Journal

In den USA leiden gemäss Umfragen 52,8 Prozent aller älteren Menschen ab 65 Jahren unter chronischen Schmerzen. In Europa, Asien und Australien wurden ähnliche Grössenordnungen ermittelt. Chronische Schmerzen sind oft mit eingeschränkter Mobilität, Stürzen, Schlafstörungen, Ängsten oder Depressionen verbunden und können auch die Familie und das sonstige soziale Umfeld stark belasten.

Bei chronischen Schmerzen kann es sich um nozizeptive, neuropathische oder gemischte Schmerzformen handeln. Die Ursachen sind vielfältig und nicht immer eindeutig identifizierbar. Viele ältere Menschen leiden unter muskuloskelettalen Beschwerden. Die Häufigkeit schmerzhafter Neuropathien infolge von Diabetes, Herpes zoster, Chemotherapien oder Operationen nimmt derzeit zu. Chronische Erkrankungen wie Krebs, eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung

(COPD) oder Nierenleiden sind ebenfalls häufig mit Schmerzen verbunden. Zu weiteren Ursachen chronischer Schmerzen gehören osteoporosebedingte vertebrale Kompressionsfrakturen, von denen vor allem Frauen betroffen sind.

Schmerzmanagement

Bei Senioren kann sich das Schmerzmanagement schwierig gestalten. Altersbedingte körperliche Veränderungen führen zu einer veränderten Absorption von Wirkstoffen und einer verminderten renalen Ausscheidung. Des Weiteren liegen häufig sensorische oder kognitive Beeinträchtigungen vor. Viele ältere Menschen leiden auch an chronischen Erkrankungen der Niere, der Lunge oder des Herzens und nehmen bereits mehrere Medikamente ein.

In britischen und amerikanischen Richtlinien empfehlen Experten für ältere Menschen ein umfassendes Schmerzmanagement, das alle physischen, psychischen und sozialen Aspekte berücksichtigt. Das Behandlungskonzept sollte nicht nur Medikamente (*Tabelle*), sondern auch nicht pharmakologische Massnahmen wie ein Bewegungsprogramm oder eine kognitive Verhaltenstherapie umfassen. Nach Möglichkeit wird der Lebenspartner in die Behandlung einbezogen, weil Schmerzen und Lebensqualität dadurch nachweislich positiv beeinflusst werden können.

Paracetamol

Aufgrund des relativ günstigen Sicherheitsprofils ist Paracetamol das bevorzugte Mittel für ältere Patienten mit leichten oder mittelstarken Schmerzen. Paracetamol ist zwar nicht mit signifikanten kardiovaskulären, renalen oder gastrointestinalen Nebenwirkungen verbunden, bei Überdosierung kann es jedoch zu Lebertoxizitäten kommen. Die Patienten sollten daher angewiesen werden, die maximale Tagesdosis nicht zu überschreiten.

Nicht steroidale Antirheumatika

Orale nicht steroidale Antirheumatika (NSAR) sind mit gastrointestinalen, kardiovaskulären und renalen Risiken verbunden, die mit dem Alter zunehmen. Nach Möglichkeit sollten diese Medikamente deshalb nur bei vorübergehenden Schmerzen mit einer Dauer von Stunden oder Tagen angewendet werden.

In einer Netzwerkanalyse zur kardiovaskulären Sicherheit erwies sich Naproxen (Apranax® und Generika) im Vergleich zu anderen nicht selektiven NSAR wie Ibuprofen (Brufen® und Generika) und auch im Vergleich zu selektiven nicht steroidal Entzündungshemmern (NSAID) wie Celecoxib

MERKSÄTZE

- ❖ Bei der Schmerzbehandlung älterer Menschen sind altersbedingte körperliche und mentale Veränderungen zu berücksichtigen.
- ❖ Das Behandlungskonzept sollte Medikamente und nicht medikamentöse Massnahmen umfassen.
- ❖ Die analgetische Wirksamkeit einzelner Medikamente kann häufig durch eine Kombination mit anderen Wirkstoffen verbessert werden.
- ❖ Bewegungsprogramme und kognitive Verhaltenstherapien können ebenso wirksam sein wie Analgetika.
- ❖ Die Einbeziehung des Lebenspartners verbessert den Behandlungserfolg.

Tabelle:

Richtlinienempfehlungen (USA und Grossbritannien) zur medikamentösen Behandlung chronischer Schmerzen

Analgetikumklasse	Empfehlung	Sicherheit
Paracetamol (Panadol® und Generika)	bei leichten bis mittelstarken Schmerzen	Lebertoxizität bei höheren Dosierungen; vor allem bei unabsichtlicher Überdosierung
orale NSAR	Anwendung so kurz wie möglich; bei Versagen anderer Behandlungsoptionen	Selektive und nicht selektive NSAR sind mit gastrointestinalen, renalen und kardiovaskulären Nebenwirkungen verbunden.
topische NSAR	Alternative zu oralen NSAR; vor allem bei lokalisierten Schmerzen	Sicherheit bei Patienten, die Antikoagulanzen erhalten oder unter renalen Beeinträchtigungen leiden, ist nicht bekannt.
Tramadol (Tramal® und Generika)	für Patienten, die auf Paracetamol und NSAR nicht ansprechen	erhöhtes Risiko für Krämpfe oder Serotoninsyndrom bei gleichzeitiger Applikation mit Antidepressiva; Nebenwirkungsprofil ähnlich wie das der Opioide
Opioide	bei mittelstarken bis schweren Schmerzen oder bei beträchtlicher Einschränkung der Funktionalität oder der Lebensqualität; wenn andere Behandlungsoptionen nicht erfolgreich waren	Anwendung wird durch Nebenwirkungen limitiert; Obstipation, Sedierung, Übelkeit.
trizyklische Antidepressiva	Tertiäre trizyklische Antidepressiva wie Amitriptylin (Saroten®, Limbitrol®) sollten aufgrund des Sicherheitsprofils vermieden werden; sekundäre trizyklische Antidepressiva wie Nortriptylin (Nortrilin®) können bei neuropathischen Schmerzen in Betracht gezogen werden.	Nebenwirkungen limitieren die Anwendung; elektrokardiografisches Monitoring aufgrund des Risikos für Verlängerung des QTc-Intervalls erforderlich; Monitoring des Serumspiegels wird ebenfalls empfohlen.
Antikonvulsiva	Pregabalin (Lyrica® und Autogenerika) oder Gabapentin (Neurontin® und Generika) bei neuropathischen Schmerzen	Anwendung wird durch Nebenwirkungen limitiert; Sedierung, periphere Ödeme; bei eingeschränkter Nierenfunktion ist eine Dosisanpassung erforderlich.

Nach Reid et al. 2015; NSAR: nicht steroidale Antirheumatika

(Celebrex® und Generika) als am sichersten. Naproxen ist daher für ältere Patienten mit kardiovaskulären Risikofaktoren am besten geeignet. Zu Beginn einer NSAR-Therapie werden die Patienten innerhalb von zwei Wochen in die Praxis einbestellt und zur Schmerzlinderung und zu gastrointestinalen Beschwerden befragt. Des Weiteren sollte der Arzt den Blutdruck kontrollieren und Nierenfunktionstests durchführen. In einigen Fällen können topische NSAR eine gut verträgliche Alternative zu oralen NSAR darstellen. Dies ist vor allem bei lokalisierten Schmerzen der Fall.

Opioide

Opioide können bei älteren Menschen erwogen werden, wenn die Schmerzen auf nicht medikamentöse Massnahmen und Medikamente wie Paracetamol oder NSAR nicht ansprechen oder wenn trotz analgetischer Behandlung schwere funktionelle Beeinträchtigungen bestehen bleiben.

Die kurzfristige Wirksamkeit der Opioide (bis zu 12 Wochen) wurde in Studien nachgewiesen. Allerdings brechen viele Patienten die Behandlung aufgrund von Nebenwirkungen wie Obstipation, mentalen Veränderungen oder Übelkeit ab. Die langfristige Wirksamkeit von Opioiden ist weniger gut belegt. Zudem muss berücksichtigt werden, dass das Risiko für schwere Schädigungen mit der Dosis zunimmt. Zu Beginn und während der Titrationsphase ist ein engmaschiges Monitoring erforderlich.

Bei unzureichender Wirksamkeit von Paracetamol oder NSAR weisen schwache Opioide wie Codein oder Tramadol

eine vergleichbare Wirksamkeit auf. Patienten, die noch nicht mit Opioiden behandelt wurden, sollten keine starken Opioide wie Morphin (z.B. MST Continus®, Kapanol®, Sevredol®, Sevre-Long®) oder Hydrocodon (in der Schweiz nur zur Behandlung von Reizhusten zugelassen) erhalten. Vor und während der Behandlung sind Vorkehrungen zur Verminderung von Risiken im Zusammenhang mit Opioiden angebracht. Das Missbrauchsrisiko kann anhand spezieller Beurteilungsbögen wie dem Opioid Risk Tool abgeschätzt werden. Vor Beginn mit einem Opioid sollte zudem eine geeignete Verwahrung der Medikamente sichergestellt werden, um Missbrauch vorzubeugen. Während der Behandlung kann gegebenenfalls im Rahmen des Monitorings ein Urinscreening durchgeführt werden.

Für ältere Menschen liegen bis anhin keine speziellen Richtlinien zur Dosierung von Opioiden vor. Daher beginnt man mit der niedrigsten Dosis und erhöht dann vorsichtig auf der Basis von Verträglichkeit und Wirksamkeit. Das Risiko für unerwünschte Wirkungen der Opioide nimmt mit dem Alter zu. Bei Komorbiditäten, Polypharmazie und körperlichen Einschränkungen erhöht es sich weiter.

Kognitive Verhaltenstherapie

Mithilfe der kognitiven Verhaltenstherapie kann die Selbstwirksamkeit des Patienten bezüglich der Schmerzkontrolle verbessert werden. Das Behandlungskonzept basiert auf der Prämisse, dass innere Einstellungen, Gefühle und Verhaltensweisen eine zentrale Rolle in der Schmerzwahrnehmung und

-verarbeitung spielen. Auf dieser Basis werden den Patienten Kognitions- und Verhaltenstechniken für eine bessere Schmerzbewältigung vermittelt. Nach Meinung der Autoren werden diese wirksamen psychologischen Verfahren bei älteren Menschen derzeit zu selten angewendet.

Selbstmanagementprogramme

In Selbstmanagementprogrammen fließen physiologische, psychologische und soziale Aspekte ein. Zum einen umfassen diese Programme Schulungen zum Schmerzgeschehen und zu den damit verbundenen Folgen. Des Weiteren werden Schmerzbewältigungs-, Kommunikations- und Entspannungstechniken vermittelt. Zu den bekanntesten Konzepten gehört das Selbsthilfeprogramm der Arthritis Foundation.

Bewegungsangebote

Bewegungs- und Sportprogramme sollten aufgrund der guten Wirksamkeit einen Kernbestandteil aller langfristigen Konzepte zur Schmerzbehandlung älterer Menschen darstellen. Auch diese Behandlungsoption wird von älteren Menschen nicht oft genug genutzt. Zu den wichtigsten Komponenten dieser Programme gehören Koordinations-, Beweglichkeits-, Ausdauer- und Kraftübungen.

Eines der bekanntesten Sportangebote ist das evidenzbasierte Übungsprogramm der Arthritis Foundation für Patienten mit Arthritis oder ähnlichen Erkrankungen. Dabei handelt es sich um ein Gruppentraining, das ein- bis dreimal die Woche über einen Zeitraum von mindestens acht Wochen durchgeführt werden sollte. Dieses oder ähnliche Gruppenprogramme werden in vielen Gemeinden kostengünstig angeboten.

Tai-Chi- oder Yogakurse können ebenfalls in Betracht gezogen werden. Für manche Patienten ist auch eine Überweisung zum Physiotherapeuten sinnvoll, beispielsweise um individuelle Techniken zur Sturzprophylaxe einzuüben.

Überweisung zum Schmerzspezialisten

Bei unzureichendem Ansprechen auf die Standardbehandlung sowie bei psychischen Komorbiditäten oder bei Substanzmissbrauch (ausser Nikotin) sollten die Patienten zu einem Schmerzspezialisten überwiesen werden. Auch bei Erkrankungen, die das Management komplizieren, wie Fehlfunktionen der Leber oder der Niere, kann eine Überweisung zum Spezialisten sinnvoll sein. ❖

Petra Stölting

Quelle: Reid MC et al.: Management of chronic pain in older adults. BMJ 2015; 350: h532.

Interessenkonflikte: Einer der drei Autoren hat Gelder von Endo Pharmaceuticals erhalten.