

Chronische Schmerztherapie im Alter

Welche Alternativen gibt es zu NSAR?

Dieser Beitrag diskutiert mögliche Alternativen zu den in Ungnade gefallenen Coxiben sowie zu den in Langzeittherapie ebenfalls nicht unbedenklichen «klassischen» nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) bei älteren Patienten mit chronischen Schmerzen.

GERIATRICS

Zur Häufigkeit chronischer Schmerzen bei Menschen über 65 Jahre gibt es einige Zahlen. So kann man davon ausgehen, dass in dieser Altersgruppe bis zur Hälfte Schmerzen in einem Ausmass haben, das mit normaler Funktion interferiert. In Pflegeheimen haben sogar 60 bis 80 Prozent der Insassen persistierende Schmerzen. Oft werden solche Schmerzen nicht oder nicht ausreichend behandelt, wofür es viele Gründe gibt (*Kasten*).

Der Marktrückzug von selektiven COX-2-Hemmern (Coxiben) und die offenen Fragen zur kardialen Sicherheit auch anderer, nichtselektiver und längst zugelassener nichtsteroidaler Antirheumatika wie Naproxen und weiteren mehr haben das Schmerzmanagement sicher nicht einfacher gemacht. Welche Alternativen gibt es? Jennifer P. Schneider, eine in innerer Medizin, Drogentherapien und Schmerzbehandlung ausgebildete Praktikerin aus Tucson, gibt in «Geriatrics» praxisbezogene Antworten.

Abklärung chronischer Schmerzen

Eine gründliche Evaluation ist notwendig, um bei einem Patienten die Ursache des Schmerzes zu erfassen und die Möglichkeit von krankheitsmodifizierenden Interventionen abzuschätzen.

In vielen Fällen zeigt sich aber, dass selbst bei einmal erfasstem Krankheitsprozess durch Therapie keine Umkehr zu erzielen ist und dass der chronische Schmerz als eigenständige medizini-

Gründe für Untertherapie chronischer Schmerzen bei älteren Patienten

- Patienten berichten nicht von ihren Schmerzen, weil sie glauben, dass Schmerzen unvermeidlich zum Altern gehören.
- Befürchtungen der Patienten vor zusätzlichen Kosten und Schmerzen bei Abklärungen.
- Überzeugung von Patienten und Ärzten, dass ältere Menschen weniger schmerzempfindlich sind.
- Ein kognitiver Abbau bei älteren Patienten kann es für den Arzt schwieriger machen, das Schmerzausmass richtig zu erfassen.
- Diagnostische Schwierigkeiten, da ältere Patienten oft multiple Schmerzquellen haben.
- Bedenken bei den Ärzten, dass ältere Patienten auf Schmerzmedikationen (und Medikamente überhaupt) empfindlicher reagieren.

sche Entität anzuerkennen ist. Dies gilt gerade bei besonders häufigen Schmerzsyndromen wie chronischen Rückenschmerzen oder neuropathischen Schmerzen bei Diabetes oder nach Zoster.

Einigen Patientinnen und Patienten mit Arthroseschmerz, einer weiteren häufigen Schmerzform, kann durch Gelenkersatz geholfen werden. Ist dies nicht möglich, sollte der Schmerz selbst als das primäre Problem betrachtet werden.

Ärzten ist es oft am wohlsten, wenn sie Diagnosen mittels abnormer Laborwerte oder mittels «eindeutiger» Befunde in bildgebenden Verfahren dokumentieren können. Bei der Erfassung chronischer Schmerzen ist jedoch das Wort des Patienten der Goldstandard. Damit einhergehen graue Zonen der Subjektivität, die zu akzeptieren man lernen muss. Hier ist der Einsatz einer Schmerzskala von 0 bis 10 sehr wertvoll. Zwar gibt es zwischen verschiedenen Patienten grosse Unterschiede bei der anfänglichen Beschreibung ihrer Schmerzen, im weiteren Verlauf sind die subjektiven Angaben der Intensität auf der Skala jedoch sehr oft erstaunlich konsistent. Diese semiquantitativen Werte eignen sich also durchaus zur Verlaufskontrolle.

Die Behandlung des chronischen Schmerzes hat zwei Ziele: Verminderung des Schmerzes und Verbesserung der Funktion.

Daher muss die Therapie multimodal sein und folgende Aspekte umfassen:

- *Medikamente*
- *körperliche Aktivität*
- *psychologische Interventionen*
- *alternative Therapien.*

Im Folgenden ist von der Pharmakotherapie die Rede, die übrigen Gesichtspunkte sind jedoch für ein erfolgreiches Management mit Medikamenten ebenso von grosser Bedeutung, um auch eine Verbesserung der Funktion zu erreichen. Man muss die Patienten immer wieder dazu anhalten, trotz Schmerzen ihre körperliche Aktivität zu steigern, was auch einer Verbesserung des emotionalen Zustands förderlich ist. Da sich Depression und Schmerz gegenseitig verstärken, muss auch eine Depression angesprochen und behandelt werden. Bei manchen Patienten sind auch alternative oder komplementäre Massnahmen wie Akupunktur, Hypnose, Yoga oder pflanzliche Präparate nützlich.

Pharmakologische Therapien

Auch wenn sie eher zu Nebenwirkungen neigen, können ältere Patienten sicher und effektiv mit Analgetika oder schmerzmodulierenden Medikamenten behandelt werden. Kombinationen können gegenüber Monopräparaten oft nützlicher und sogar weniger toxisch sein. Die älteren, nichtselektiven NSAR haben das bekannte Risiko von Nebenwirkungen wie Blutdruckerhöhung, Nierenschäden und gastrointestinalen Blutungen. Bei alten, gebrechlichen und multimorbiden Patienten sind diese Risiken nicht akzeptabel. Die Autorin zitiert dazu aus einem Positionspapier der amerikanischen Geriatriegesellschaft: «In der endgültigen Analyse könnte der chronische Einsatz von Opioiden oder anderen analgetischen Strategien gegen persistierende Schmerzen weniger lebensbedrohliche Risiken bergen als der Langzeiteinsatz von hoch dosierten nichtselektiven NSAR.»

Nichtopioide

Zu den Nichtopioidestrategien gehören:

- *Paracetamol*
- *topische Präparate*
- *Antikonvulsiva gegen neuropathischen Schmerz*
- *Muskelrelaxanzien*
- *Sedativa.*

Paracetamol ist bei leichten bis mässigen Schmerzen nützlich. Für gesunde ältere Menschen sind 4 g Paracetamol pro Tag über eine kürzere Zeit eingenommen die Obergrenze. Die Patienten sind auch darauf hinzuweisen, nicht zusätzlich frei käufliche Präparate einzunehmen, die ebenfalls Paracetamol enthalten. Bei chronisch mit Paracetamol Behandelten sollte man die Obergrenze von 2 bis 3 g/Tag nicht überschreiten, dies insbesondere, wenn Leberprobleme bekannt sind.

Antikonvulsiva können bei neuropathischen Schmerzen sehr effektiv sein. Klassischer Vertreter ist Gabapentin (Neurontin®), das wegen seiner sedativen Eigenschaften anfänglich sehr nie-

drig dosiert und dann innert einiger Tage zur optimalen Wirkdosis auftitriert werden sollte. Ebenfalls wirksam sind Topiramamat (Topamax®) und Tiagabin (Gabitril®), und in der Schweiz in dieser Indikation neu zugelassen wurde Pregabalin (Lyrica®). Topiramamat soll auch bei chronischen Kopfschmerzen nützlich sein. Chronische Rückenschmerzen werden als somatisch taxiert, haben aber oft eine neuropathische Komponente, schreibt die Autorin und empfiehlt einen Versuch mit Antikonvulsiva, besonders wenn eine Ischiaskomponente vorliegt.

Eine ausgedehnte Literatur stützt die Vorstellung, dass Depression Schmerz verstärkt und dass Schmerz eine Depression verschlechtert, weshalb beide behandelt werden müssen. Einige Antidepressiva scheinen den Schmerz auch direkt zu bessern. Traditionell sind in dieser Indikation Trizyklika in niedriger Dosierung, bevorzugt vor dem Zubettgehen, verabreicht worden. Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) sind ausgezeichnete Antidepressiva, so Jennifer Schneider, aber ihnen schein ein schmerzhemmender Effekt zu fehlen. Für Venlafaxin (Efexor®) konnte eine Wirkung gegen verschiedene Schmerztypen nachgewiesen werden, allerdings erst in hoher Dosierung (225 mg oder höher), wenn der Wirkstoff sowohl die Serotonin- als auch die Noradrenalinwiederaufnahme hemmt. Muskelrelaxanzien finden bei einigen Patienten grossen Anklang, im Alter sind ihre sedativen Eigenschaften aber ein grosses Handicap. Viele alte Patienten leiden unter Schlafproblemen. Manchmal sprechen auch diese auf eine Schmerztherapie an. Oft sind aber zusätzlich Sedativa notwendig.

Opioide

Viele medizinische Fachorganisationen haben sich für einen adäquaten Einsatz der Opioiden stark gemacht, dennoch bestehen weiter Widerstände, insbesondere wenn es darum geht, nicht Krebschmerzen, sondern chronische Schmerzen anderer Genese mit Opioiden zu behandeln.

Wenn Opioiden nach Vorgabe eingesetzt werden, sind sie sichere Medikamente, denen anders als den NSAR kein Risiko von Organschäden anhängt. Dies gilt selbst für den jahrzehntelangen Gebrauch in hohen Dosen.

Die anfänglichen Nebenwirkungen wie Nausea und Verstopfung verschwinden mit der Toleranzentwicklung gegenüber diesen Effekten rasch. Allerdings kann die Obstipation ein Problem sein. Dem ist – von Anfang an – mit der Verschreibung von Stuhlweichmachern, Stimulanzien wie Senna (z.B. Agiolax® mit Senna) oder Bisacodyl (Dulcolax®) und bei Bedarf zusätzlich einem osmotischen Laxativum (z.B. Transipeg®) Rechnung zu tragen.

Die Langzeittherapie mit hohen Dosen von Opioiden kann häufig zu einer signifikanten Abnahme der Testosteronspiegel beim Mann führen. Selbst wenn männliche Patienten nicht spontan über sexuelle Probleme klagen, kann es sinnvoll sein, die Spiegel von Gesamt- und freiem Testosteron zu bestimmen und bei tiefen Werten eine Substitution vorzuschlagen, da tiefe Testosteronspiegel zu Osteoporose und Einbussen der Muskelfunktion führen können.

Merksätze

- ❑ In vielen Fällen zeigt sich, dass durch Therapie keine Umkehr zu erzielen ist und dass der chronische Schmerz als eigenständige medizinische Entität anzuerkennen ist. Dies gilt gerade bei den chronischen Rückenschmerzen oder neuropathischen Schmerzen bei Diabetes oder nach Zoster.
- ❑ Neben der eigentlichen Schmerzmedikation ist immer auch den weiteren Aspekten, wie körperlicher Aktivität, psychologischen Interventionen und alternativen Therapien, Rechnung zu tragen.
- ❑ Paracetamol ist bei leichten bis mässigen Schmerzen nützlich.
- ❑ Antikonvulsiva können bei neuropathischen Schmerzen sehr effektiv sein.
- ❑ Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) sind ausgezeichnete Antidepressiva, aber ihnen scheint ein direkter schmerzhemmender Effekt im Gegensatz zu den Trizyklika zu fehlen.
- ❑ In der Langzeittherapie anhaltender Schmerzen sind Opiode mit verzögerter Freisetzung am effektivsten.
- ❑ Die Langzeittherapie mit hohen Opioiddosen kann häufig zu einer signifikanten Abnahme der Testosteronspiegel führen. Wegen Osteoporosegefahr sollte dann eine Testosteronsubstitution erfolgen.

Chronische Schmerzpatienten ohne Missbrauchanamnese entwickeln kaum je eine Opioidsucht, wie Studien bestätigt haben. Im Gegensatz zur Einengung aller Lebensbelange bei Opioidsüchtigen erfahren adäquat behandelte Schmerzpatienten eine Ausweitung ihrer Lebensumstände und Verbesserung ihrer Lebensqualität.

Allerdings entwickeln die meisten Patienten, die Opiode in höheren als minimalen Dosen über lange Zeit anwenden, eine körperliche Abhängigkeit, die sich beim abrupten Absetzen in typischen Entzugserscheinungen äussert. Dies ist einfach zu verhindern, indem man die Dosis langsam ausschleicht.

Zu den Warnhinweisen auf eine tatsächliche Opioidsucht gehören:

- *Injektion oraler oder topischer Opiode (um eine Euphorie zu erleben)*
- *Verkauf verschreibungspflichtiger Medikamente*
- *wiederholtes Nichtausreichen der Medikamente nach der Verschreibung einer Dosis, die nach Angabe des Patienten zuvor effektiv war*
- *wiederholter «Verlust» oder Diebstahl von Rezepten.*

Schmerzpatienten, die mit inadäquaten Dosen von Schmerzmitteln behandelt werden, können Süchtigen ähneln, wenn sie von sich aus die Dosis erhöhen und ihnen der Medikamentenvorrat ausgeht. Dieses Phänomen ist als Pseudosucht bezeichnet worden und verschwindet bei adäquater Schmerztherapie. Die Toleranz gegenüber den sedativen und Übelkeit erzeugenden Nebenwirkungen ist häufig, eine Toleranz gegenüber der schmerzlindernden Wirkung von Opioiden ist jedoch selten. Die meisten Patienten, die initial auf Opiode gut angesprochen haben, kommen mit derselben oder einer nur geringfügig erhöhten Dosis über Monate und Jahre aus. Eine leichte Dosiserhöhung ist anfänglich oft nötig, wenn mit der Schmerzlinde- rung auch das Aktivitätsniveau steigt.

Ein Wirkungsverlust erfordert eine neue Standortbestimmung mit der Frage nach Krankheitsprogression oder dem Auftreten eines neuen Schmerzproblems.

Kürzer wirksame Opioidpräparate sind für akuten oder intermittierenden Schmerz angemessen, in der Langzeittherapie anhaltender Schmerzen sind Opiode mit verzögerter Freisetzung (SR) am effektivsten. Dazu gehören beispielsweise:

- *Morphin SR: MST Continus®*
- *Oxycodon SR: Oxycontin®*
- *Hydromorphon SR: Palladon® Retard*
- *transdermales Fentanyl (Durogesic® Matrix)*
- *transdermales Buprenorphin (Transtec®).*

Eine Opioidtherapie muss regelmässig überwacht werden. Dabei steht die Frage nach dem Schmerzausmass («Von 0 bis 10: Wo stehen Sie?») zuerst. Daneben gilt es, die Aufmerksamkeit auch auf das Niveau der Alltagsaktivitäten und gezielt auf Nebenwirkungen sowie Auffälligkeiten im Verhalten rund um die Medikation zu richten.

Patienten mit einer Suchtanamnese sind nicht automatisch von einer Schmerztherapie mit Opioiden ausgeschlossen. Eine frühere Opiatabhängigkeit trägt ein höheres Rückfallrisiko als eine durchgemachte Alkoholproblematik.

Patienten unter chronischer Opioidtherapie benötigen bei interkurrent auftretenden Traumen oder Operationen selbstverständlich zusätzliche Analgetika. Die bisherige Erhaltungsdosis sollte beibehalten werden. Vorübergehend können sehr hohe Opioiddosen nötig sein.

Jennifer P. Schneider: Chronic pain management in older adults. With coxibs under fire, what now? *Geriatrics* 2005; 60 (May): 26-31. ■

Halid Bas

Interessenlage: Die Autorin deklariert, keine finanziellen Interessenkonflikte zu haben.