

Adjuvante Schmerztherapie am Lebensende

Die Schmerzlinderung bei terminalen Krankheiten gehört zu den wichtigsten ärztlichen Aufgaben. Hier wird an die nicht pharmakologischen Interventionen und an die neben Opioiden eingesetzten adjuvanten Pharmakotherapien erinnert.

MEDSCAPE

Die Endstadien chronischer, progressiver und die Lebensdauer verkürzenden Erkrankungen bringen sehr verschiedene Symptome mit sich und verursachen viel Leiden. Einerseits treten im Terminalstadium krankheitsbezogene Symptome wie Schmerzen, Dyspnoe, Erschöpfung oder Verlust der Mobilität auf, andererseits emotionale Begleitzustände wie Depression, Angst und ein starkes Gefühl der Nutzlosigkeit. Die beiden Störungsfelder beeinflussen sich in einem komplexen Zusammenwirken. Zu den häufigsten und am meisten gefürchteten Symptomen dieser Endstrecke des Lebens gehören die Schmerzen. Für eine optimale Schmerzkontrolle ist eine sorgfältige Evaluation möglichst vieler individueller krankheits- und lebenssituativer Aspekte und oft auch ein Zusammengehen verschiedener Disziplinen notwendig. Schmerzbekämpfung ist nicht bloss Einsatz von Schmerzmitteln. Diese haben selbstverständlich ihren Platz und müssen entlang der akzeptierten Linien und Empfehlungen, insbesondere des Stufenplans der WHO, angewendet werden. Zunächst wird man also Paracetamol, Aspirin oder andere nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) verschreiben, bei Ungenügen dieser ersten Behandlungsstufe kommen Opioide in den verschiedenen Darreichungsformen zum Einsatz, auf der dritten Stufe, beim refraktären Schmerz, stehen noch spinal/epidural injizierte Opioide (ggf. zusammen mit Clonidin oder einem Lokalanästhetikum), selektive Nervenblockaden oder neuroablativ Eingriffe sowie Ketamin oder die totale Sedation zur Verfügung. Sehr wichtig sind jedoch auch die Begleitmassnahmen, also

Merksätze

- ❑ Für eine optimale Schmerzkontrolle ist eine eingehende Evaluation der individuellen Krankheits- und lebenssituativen Aspekte und oft auch ein Zusammengehen verschiedener Disziplinen notwendig.
- ❑ Die Art und Kombination von nicht pharmakologischen Interventionen (z.B. Physiotherapie, Nervenstimulation, Musiktherapie, Akupunktur) hängt von der Quelle und vom Schweregrad der Schmerzen, von der körperlichen Gesamtsituation und der Empfänglichkeit der Patientin oder des Patienten ab.
- ❑ Adjuvante Analgetika sind verschiedenste Nicht-opioide, die vor allem bei neuropathischen oder Knochenschmerzen – meist zusammen mit Opioiden – indiziert sind. Typische Adjuvantien sind die älteren Trizyklika, die neueren Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI), Antikonvulsiva, Kortikosteroide sowie gewisse Bisphosphonate bei metastasenbedingten Knochenschmerzen.

nicht pharmakologische Interventionen sowie adjuvante Pharmakotherapien, die zur Schmerzlinderung einen wichtigen Teil beitragen können. Aus dem umfangreichen Medscape-Fortbildungsmodul «A Last Chance for Comfort: An Update on Pain Management at the End of Life» des Anästhesiologen und Schmerzspezialisten Perry G. Fine sollen hier diese Aspekte in der Betreuung Sterbenskranker mit Schmerzen vorgestellt werden.

Nicht pharmakologische Interventionen

In der Palliativtherapie spielen die nicht pharmakologischen Teile des Managements eine wichtige Rolle. Dazu gehören:

- rehabilitative Massnahmen/Physiotherapie: z.B. Lagerung, Erhaltung der Beweglichkeit (passiv/aktiv), Hilfsmittel
- Massage: Familienmitglieder können unterwiesen werden
- transkutane/perkutane Nervenstimulation: gut abgesichert bei anhaltenden Rücken- und Knieschmerzen

- Akupunktur: beliebte Komplementärtherapie; scheint anti-depressiv zu wirken; kann COPD, Asthma sowie Dyspnoe bei terminalen Krebspatienten signifikant beeinflussen
- kognitive Interventionen: Ablenkung von schädlichen Wahrnehmungen und Gedanken; Verbesserung der Bewältigungsstrategien
- Musiktherapie: kann Angst reduzieren und Gemütslage verbessern; kostengünstig; vermindert chronische Schmerzen; bessert die Lebensqualität der Leidenden und der Pflegenden.

Die Art und Kombination von solchen Interventionen hängt von der Quelle und vom Schweregrad der Schmerzen, von der körperlichen Gesamtsituation und der Empfänglichkeit der Patientin oder des Patienten ab. Wichtig ist aber auch der Einfluss auf die Pflegenden. Oft erfahren sie die Anwendung solcher palliativer nicht pharmakologischer Massnahmen als Bestätigung ihres eigenen Einsatzes, die es ihnen emotional leichter macht, mit der schwierigen Pflegesituation umzugehen. Dies ist in seinen positiven Auswirkungen für den Patienten nicht zu unterschätzen.

Adjuvante Pharmakotherapien

Adjuvante Analgetika werden oft auch als Koanalgetika, schmerz- oder krankheitsmodifizierende Medikamente bezeichnet. Es handelt sich um verschiedenste Nichtopioide, die vor allem bei neuropathischen oder Knochenschmerzen – für eine adäquate Schmerzkontrolle meist zusammen mit Opioiden – indiziert sind. Typische Adjuvantien sind die älteren Trizyklika, die neueren Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI), Antikonvulsiva, Kortikosteroide sowie gewisse Bisphosphonate bei metastasenbedingten Knochenschmerzen.

Antidepressiva: Der analgetische Effekt von Trizyklika scheint mit der Hemmung der Noradrenalin- und Serotonin-Wiederaufnahme zu tun zu haben, sodass diese Neurotransmitter den schmerzhemmenden Bahnen im ZNS vermehrt zur Verfügung stehen. Die bekannten Nebenwirkungen der Trizyklika schränken ihren Einsatz in der Palliativtherapie oft ein. Möglicherweise bieten die neueren SNRI wie Venlafaxin (Efevor®) und Duloxetin (Cymbalta®, CH-Zulassung demnächst) hier gewisse Vorteile.

Antikonvulsiva: Die älteren Antikonvulsiva wie Carbamazepin (z.B. Tegretol®) oder Clonazepam (Rivotril®) blockieren Natriumkanäle und sind bei neuropathischem Schmerz sehr nützlich, vor allem wenn es sich um episodische, einschiesende Schmerzen handelt. Das neuere Gabapentin (Neurontin®) muss sorgfältig aufwärtstitriert werden und sollte ausgeschlichen werden, um die Auslösung von Anfällen zu vermeiden. Gabapentin wirkt bei verschiedensten neuropathischen Schmerzsyndromen. Auch andere neuere Antiepileptika sind als adjuvante Schmerzmedikation im Einsatz, aber noch nicht gut dokumentiert.

Kortikosteroide: Sie sind besonders geeignet bei neuropathischem, viszeralem oder Knochenschmerz sowie bei Plexopathien und Schmerz der auf eine metastasenbedingte Dehnung der Leberkapsel zurückgeht.

Lokalanästhetika sind zur Linderung neuropathischer Schmerzen nützlich, wobei verschiedene Verabreichungsformen und -wege differenziell (oral, topisch, i.v., s.c. oder spinal) eingesetzt werden können.

Bisphosphonate hemmen die Knochenresorption durch die Osteoklasten. Für gewisse Bisphosphonate (Ibandronsäure [Bondronat®], Pamidronsäure [Aredia®], Zoledronsäure [Zometa®]) ist nachgewiesen, dass sie die Schmerzen bei Knochenmetastasen und multiplem Myelom bessern können und die Häufigkeit pathologischer Frakturen reduzieren; zudem werden sie zur Behandlung einer tumorinduzierten Hyperkalzämie eingesetzt. Bei Brustkrebs und multiplem Myelom hat Zoledronsäure eine bessere Sicherheit und Wirksamkeit gezeigt als Pamidronsäure. Auch bei metastasiertem Prostatakarzinom scheint Zoledronsäure im Vergleich zu anderen Bisphosphonaten eine anhaltendere Schmerzlinderung zu bewirken.

Calcitonin (z.B. Miacalcic®) kann bei neuropathischem oder Knochenschmerz effektiv sein, entsprechende Studien sind jedoch nicht ganz schlüssig.

Chemotherapeutika und Bestrahlung haben in der palliativen Therapie einen wichtigen Platz, da ihre Antitumorwirkung auch zur Schmerzlinderung führen kann.

Andere Zusatzanalgetika: Topisches Capsaicin wirkt schmerzlindernd bei Postmastektomie-Syndrom, postherpetischer Neuralgie und postoperativem neuropathischem Schmerz nach Krebsoperationen. Baclofen (Lioresal®) ist nützlich bei krampfbedingten Schmerzen und kann bei therapieresistentem Schluckauf, der schmerzhaft ist und den Schlaf nachhaltig stört, helfen. Anfangsdosis ist 10 mg/Tag mit Steigerung über die nächsten Tage. Schwächegefühle oder Halluzinationen treten jedoch bei über 60 mg/Tag oft auf. Zur Vermeidung von Entzugsanfällen muss langsam ausgeschlichen werden. Kalziumantagonisten sollen bei gewissen Schmerzsyndromen Linderung bringen. 10 mg Nifedipin (Adalat® u. Generika) per os kann ischämische und neuropathische Schmerzen bessern. Die meist anekdotischen Berichte werden jedoch nur durch wenige randomisierte, kontrollierte Studien gestützt. ■

Quelle:

Perry G. Fine (Pain Management Center, University of Utah, Salt Lake City, USA): The last chance for comfort: an update on pain management at the end of life. Das vollständige Fortbildungsmodul ist im Internet einsehbar unter: www.medscape.com/viewarticle/513047 (Zugriff am 17.1.06)

Halid Bas

Interessenkonflikte: Der Autor deklariert enge finanzielle Verbindungen zur Firma VistaCare, die in den USA Hospize für Patienten mit fortgeschrittenen Erkrankungen betreibt.