

Schmerz und Demenz

Wie kann man Schmerz bei dementen Patienten richtig einschätzen?

Viele ältere Menschen leiden unter chronischen Schmerzen. Schmerzen müssen systematisch mittels validierter Hilfsmittel charakterisiert und adäquat behandelt werden. Bei dementen Personen ist das Erkennen und richtige Einschätzen von Schmerzzuständen besonders schwierig. Bewertungsskalen unterstützen die zielgerichtete Zusammenarbeit von Pflegenden und Ärzten, um eine bestmögliche Linderung der Schmerzen zu erreichen.

SOPHIE PAUTEX

In der Schweiz leben schätzungsweise 113 000 von Alzheimer- oder einer anderen Form der Demenz betroffene Personen. Mit dem Alter wächst das Risiko, an einer Demenz zu erkranken. Auch wenn sich in mehreren Studien ermutigende Trends abzeichnen, die für eine Stabilisierung oder Verringerung der Prävalenz sprechen (1), schätzt man, dass in der Schweiz jedes Jahr 27 000 Personen neu an Demenz erkranken (2). Die höchste Prävalenz von etwa einem Drittel (34% der Frauen, 32% der Männer) findet sich ab einem Alter von 90 Jahren (2).

Die Prognose der betroffenen Patienten ist individuell sehr unterschiedlich. Der Zeitraum zwischen Demenzdiagnose und Tod variiert stark (zwischen 3 und 8 Jahren) mit dem Alter bei der Diagnose, der Art der Demenz (Patienten mit vaskulärer Demenz haben eine schlechtere Prognose) und möglicherweise der Behandlung (3). Im Lauf der letzten Jahre wurden zahlreiche medikamentöse und Verhaltenstherapien entwickelt, insbesondere für Patienten mit leichter bis mittelschwerer Demenz (3). Trotzdem bleibt die Demenz eine neurologische Erkrankung, die zu einem fortschreitenden Verlust der Unabhängigkeit führt und letztlich zum Tod (4). Eine fortgeschrittene Demenz ist mit zahlreichen Komorbiditäten verbunden, wie Mangelernährung, Harninkontinenz, Dekubitus und verschiedenen Infektionen, welche oft eine hohe Pflegebedürftigkeit mit sich bringen. Die Prävalenz chronischer Schmerzen ist bei dementen Patienten ebenfalls stark erhöht, wenn man bedenkt, dass 25 bis 50 Prozent aller zu Hause lebenden älteren Personen chronische Schmerzen haben und bis zu 80 Prozent der Heimbewohner (5, 6).

Angesichts der alternden Bevölkerung bedeutet dies, dass die Mehrheit der Hausärzte mehr und mehr Patienten mit Demenz sieht oder sehen wird, die unter Schmerzen im Zusammenhang mit ihrer Grunderkrankung oder Komorbiditäten, wie Polyarthrose oder Krebs, leiden.

Schmerzevaluation durch Dritte

Fall 1: Die Kommunikation mit Herrn T., 85 Jahre, Alzheimer-Diagnose seit 6 Jahren, ist schwierig. Er lebt in einem Heim und benötigt Hilfe bei Alltagsaktivitäten; Mini-Mental-Status (MMSE): 6/30. Es bestehen folgende Komorbiditäten: ischämische Herzkrankheit, Hypertonie (behandelt) und Arthrose im linken Knie. Seit einigen Tagen weist er Schlaf- und Verhaltensstörungen auf, die zuvor nicht bestanden.

Schmerz ist ein häufiges Symptom bei älteren Personen. Wir müssen immer daran denken, wenn Funktions Einschränkungen, kognitive Probleme oder Verhaltensstörungen auftreten. Häufig sind psychische Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen bei Demenz atypische Anzeichen für Schmerzen. Verhaltensstörungen sind signifikant häufiger bei Personen mit mehr als zwei Diagnosen, die mit Schmerzen einhergehen können (7). Im Lauf der letzten Jahre wurden zahlreiche Beobachtungsskalen für ältere Patienten, die nicht kommunizieren können, entwickelt (8). Sie bewerten meist Änderungen des Gesichtsausdrucks, der verbalen Äusserungen, der Bewegung, der sozialen Interaktion, der Alltagsaktivitäten und der kognitiven Funktionen.

Merksätze

- ❖ Psychische Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen bei Demenz sind häufig atypische Anzeichen für Schmerzen.
- ❖ Die meisten Patienten mit Demenz können ihre Schmerzen mithilfe entsprechender Skalen selbst einschätzen.
- ❖ Skalen zur Fremdbeurteilung sind Patienten mit schwerer Demenz vorbehalten, die nicht kommunizieren können.
- ❖ Bei Komplikationen stellt sich stets die Frage: Handelt es sich um eine Verschlechterung der Grunderkrankung oder um eine Nebenwirkung der eingeleiteten (Schmerz-)Therapie?
- ❖ Neuropathische Schmerzen werden in dieser Patientengruppe oft nicht diagnostiziert.

Die Skala Doloplus-2 bewertet beispielsweise drei Auswirkungen von Schmerzen: somatische, psychomotorische und psychosoziale. Doloplus-2 sollte regelmässig vom gesamten Team angewendet werden, das sich an dem betreffenden Tag um den Patienten kümmert und ihn möglichst gut kennen sollte, um allfällige Veränderungen feststellen zu können. Es müssen nicht zwingend alle Fragen im Doloplus-2 beantwortet werden; falls zu einzelnen Punkten keine Angaben bekannt sind, gehen diese nicht in die Bewertung ein (9). Gemäss den Erläuterungen zum Doloplus-2 ist ab einem Punktwert >5 von 30 davon auszugehen, dass der Patient unter Schmerzen leidet. Eine deutsche Version des Doloplus-2 findet sich hier: www.buergerspital.ch/Portals/3/media/geriarische/PDF/Doloplus2.pdf.

Es gibt weitere Skalen für die Bewertung durch Dritte, wie ECPA, die auf Patienten mit Wunden zugeschnitten ist, sowie Algoplus, eine Skala, die kürzlich für die Bewertung akuter Schmerzen vorgeschlagen wurde. Angesichts der erhöhten Schmerzprävalenz bei diesen Patienten sollte auf alle Fälle ein Reserveanalgetikum zur Verfügung stehen, das bei nachweislichem Schmerz, bei vorhersehbar auftretenden Schmerzen (Mobilisation, Verbandwechsel etc.) oder bei Verdacht auf das Vorliegen von Schmerzen gegeben werden kann.

Schmerzevaluation durch Selbsteinschätzung des Patienten

Fall 2: Frau M., 85 Jahre, bei der vor zwei Jahren vaskuläre Demenz diagnostiziert wurde, lebt zu Hause mit ihrem Ehemann. Grundlegende Alltagsaktivitäten kann sie relativ unabhängig durchführen, und sie kommuniziert gut. Sie ist in erster Linie räumlich-zeitlich desorientiert und hat Gedächtnisstörungen; MMSE 18/30. Sie ist kürzlich gestürzt und hat sich eine Beckenfraktur zugezogen. Das Pflorgeteam teilt dem Arzt die Resultate gemäss Doloplus-2 mit.

In dieser Patientengruppe ist der Goldstandard für die Schmerzevaluation die Selbsteinschätzung des Patienten. Die meisten Demenzpatienten können ihre Schmerzen mithilfe der klassischen Hilfsmittel (z.B. visuelle Analogskala, VAS) einschätzen. Skalen zur Fremdbeurteilung sind Patienten mit schwerer Demenz vorbehalten, die nicht kommunizieren können.

Schmerz ist eine subjektive Empfindung, für die es keinerlei objektiven biologischen Marker gibt. Schmerz kann nicht gemessen werden wie Körpertemperatur oder Blutdruck. Pflegende und Ärzte müssen sich mit dem Patienten auseinandersetzen, um den Schmerz so exakt wie möglich zu evaluieren. Die vom Patienten selbst mithilfe entsprechender Skalen gemessene Schmerzintensität ist die Methode der Wahl, weil Pflegende und Angehörige den Schmerz tendenziell unter- oder überschätzen. Eine systematische Schmerzevaluation ist nötig, um Klagen entsprechend einzuschätzen, die Schmerzintensität zu erfassen und nachfolgend die Wirksamkeit einer analgetischen Behandlung zu verfolgen.

Wir konnten zeigen, dass mehr als 90 Prozent der Patienten mit Demenz (leichte Demenz n = 64; mittelschwere Demenz n = 81; schwere Demenz n = 15) in der Lage sind, eine Selbstbewertungsskala sicher und zuverlässig zu verwenden (verbale Skala, visuelle Analogskala vertikal oder horizontal, Skala mit Gesichtern) (10). Selbstverständlich müssen wir uns die Zeit nehmen, dem Patienten das Verfahren zu erklären, Fehler vermeiden, die jeweils am besten geeignete

Skala wählen und uns möglicherweise vorhandener Hör- oder Sehstörungen bewusst sein (10–12).

Letztlich ist eine solche Schmerzevaluation jedoch sinnlos, wenn keine klinische Untersuchung und allenfalls weitere Abklärungen sowie eine symptomatische und, falls möglich, adäquate ursächliche Therapie folgen. Der Schmerz muss auch weiterhin immer wieder in regelmässigen Abständen evaluiert werden.

Potenzielle Nebenwirkungen nicht vergessen!

Fall 3: Bei Herrn H., 92 Jahre, wurde vor drei Jahren eine gemischte Demenz diagnostiziert; MMSE: 14/30. Er lebt zu Hause mit seiner Ehefrau. Bei einem Sturz hat er sich vor Kurzem das Schlüsselbein gebrochen. Er kommt mit einer Morphintherapie (Tropfen) aus dem Spital zurück nach Hause. 48 Stunden danach befindet er sich in einem Zustand beträchtlicher Agitation und leidet unter Schmerzen. Der Arzt verschreibt ihm eine höhere Morphindosis, aber der Zustand des Patienten verschlimmert sich. Eine erneute Untersuchung führt zur Diagnose Harnretention.

Patienten mit Demenz können nicht immer die Nebenwirkungen von Behandlungen erkennen. Wir müssen aufmerksam bleiben und immer versuchen herauszufinden, ob es sich um eine Verschlechterung der Grunderkrankung oder um eine Nebenwirkung der eingeleiteten Therapie handelt.

Mehrere Studien, einige davon in jüngster Zeit, haben eine zu seltene Anwendung von Analgetika der 3. Stufe gemäss WHO-Stufenplan bei älteren Patienten nachgewiesen (13, 14). Die Richtlinien betonen jedoch die Möglichkeit, diese Analgetika bei älteren Patienten sicher und wirksam einzusetzen – vorausgesetzt, man beginnt mit einer niedrigen Dosis, adaptiert sie an metabolische Veränderungen und titriert die Dosis mit Blick auf Nebenwirkungen (15).

Idealerweise beginnt man mit der Dosistitration mit einer schnell wirkenden Form, bevor man zu Retardpräparaten wechselt (z.B. Morphintropfen alle 4 h 2,5 oder 5 mg); immer ist eine Reservedosis für Durchbruchschmerzen oder zu erwartende Schmerzen (z.B. Mobilisation) vorzusehen. Sobald eine stabile Dosis erreicht ist, kann rasch zu einem retardierten Präparat gewechselt werden.

Die Nebenwirkungen der Opiode gleichen sich bei Erwachsenen jeder Altersgruppe (Nausea, Somnolenz, Obstipation, Harnretention etc.) und müssen selbstverständlich behandelt, aber auch antizipiert werden. Die in dieser Altersgruppe ohnehin häufige Obstipation muss aktiv und langfristig behandelt werden. Es gilt, die neurotoxischen Effekte der Opiode im Auge zu behalten und zu erkennen (Myoklonie, Halluzinationen, Verwirrtheit). Falls Verwirrtheit bei einem gut hydrierten Patienten auftritt, ist oft ein Opioidwechsel erforderlich. Man darf jedoch nicht vergessen, dass ein schlecht kontrollierter Schmerz ebenfalls zu Verwirrheitszuständen führen kann, und sollte die Kombination von Opioiden mit Sedativa, wie den Benzodiazepinen, vermeiden.

Neuropathischer Schmerz wird oft nicht erkannt

Fall 4: Bei Frau S., 72 Jahre, einer insulinpflichtigen Diabetikerin, wurde vor 5 Jahren eine gemischte Demenz diagnostiziert. Sie lebt zu Hause mit ihrem Ehemann; MMSE: 21/30. Seit vielen Jahren leidet sie unter chronischen Kreuzschmerzen

wegen osteoporotischer Wirbelbrüche und degenerativer Prozesse. Seit einigen Wochen klagt sie über verstärkte Schmerzen trotz erhöhter Opioiddosis. Eine detaillierte Anamnese (Ausstrahlung brennender Schmerzen in beide Beine) und eine eingehende klinische Untersuchung (Hypoästhesie?) weisen auf einen möglichen neuropathischen Schmerz hin.

Neuropathische Schmerzen werden in dieser Patientengruppe unterdiagnostiziert. Diese Schmerzen sprechen auf eine Erhöhung der Opioiddosis nicht immer gut an. Man muss daran denken und in bestimmten Situationen entweder ein Antikonvulsivum wie Gabapentin oder Pregabalin oder ein Antidepressivum (insbesondere Venlafaxin oder Duloxetin) geben.

In einem kürzlich publizierten Review wird betont, dass neuropathische Schmerzen, insbesondere zentrale, bei Dementen stark unterdiagnostiziert werden (16). Wenn einem Patienten der Begriff «Schmerz» nicht mehr verständlich ist, darf man bei der Evaluation nicht zögern, andere Worte zu verwenden, zum Beispiel: «Tut Ihnen das weh? Brennt oder sticht es?»

Bei betagten, gebrechlichen, oft komorbiden Patienten mit Polymedikation sind die infrage kommende Substanz und die Dosis mit grosser Vorsicht zu wählen. Eine Reihe von Aspekten ist hierbei zu beachten: der zu erwartende Nutzen, die potenziellen unerwünschten Nebenwirkungen, das Risiko der Medikamentenwechselwirkungen, welches bei alten Patienten wegen deren Polymedikation oft schwer abzuschätzen ist, sowie die Kontraindikationen in Bezug auf Komorbiditäten (17, 18).

Nicht medikamentöse Massnahmen

Angesichts der Auswirkungen von Schmerzen, der Poly-pathologie und Polypharmazie sollten alle nicht medikamentösen Optionen ebenfalls zum Einsatz kommen. Hierzu gehören beispielsweise Physiotherapie und Ergotherapie, die Anwendung von Wärme oder Kälte, die transkutane Neurostimulation, Entspannungstechniken, Massage und komplementärmedizinische Methoden (19).

Schmerzmanagement bei älteren und dementen Patienten

Schmerzen müssen bei allen älteren Personen erkannt, systematisch mittels validierter Hilfsmittel charakterisiert und selbstverständlich behandelt werden.

Bewertungsskalen erlauben die zielgerichtete Zusammenarbeit der Pflegenden und Ärzte, um eine bestmögliche Linderung der Schmerzen zu erreichen. Sie bieten ausserdem Unterstützung für das Gespräch mit den Angehörigen und der Familie des Patienten, um zu erklären, zu beruhigen und die Kommunikation zwischen Patient, Familie und Medizinalpersonen zu fördern.

Im Lauf der Jahre stellen sich mehrere Herausforderungen: Es gilt, die Lebens- und Pflegeumstände anzupassen, mit dem Patienten und seiner Familie so früh wie möglich potenzielle Komplikationen ins Auge zu fassen und entsprechende Evaluationshilfsmittel auszuwählen, um Symptome adäquat (insbesondere bei dementen Patienten am Lebensende) zu erkennen und wirksam zu lindern – mit dem Ziel, dem Patienten bis zuletzt eine gute Lebensqualität zu verschaffen.



PD Dr. med. Sophie Pautex
Hôpitaux Universitaires de Genève
Département de médecine interne
4, rue Gabrielle Perret-Gentil
1211 Genève 14
E-Mail: sophie.pautex@hcuge.ch

Interessenlage: Es bestehen keine Interessenkonflikte.

Dieser Beitrag wurde für ARS MEDICI in französischer Sprache verfasst; Übersetzung: Renate Bonifer.

Literatur:

1. Matthews FE, Arthur A, Barnes LE, Bond J, Jagger C, Robinson L et al.: A two-decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: results of the Cognitive Function and Ageing Study I and II. *Lancet* 2013; 382: 1405–1412.
2. Schweiz. Alzheimervereinigung 2014. www.alz.ch; abgerufen am 23. Februar 2014.
3. Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri CP: The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimers Dement* 2013; 9(1): 63–75 e2.
4. Michel JP, Pautex S, Zekry D, Zulian G, Gold G: End-of-life care of persons with dementia. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2002; 57(10): M640–644.
5. Blyth FM, March LM, Brnabic AJ, Jorm LR, Williamson M, Cousins MJ: Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain* 2001; 89(2-3): 127–134.
6. Ferrell BA, Ferrell BR, Osterweil D: Pain in the nursing home. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38(4): 409–414.
7. Husebo BS, Ballard C, Sandvik R, Nilsen OB, Aarland D: Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *BMJ* 2011; 343: d4065.
8. Herr K, Bjoro K, Decker S: Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: a state-of-the-science review. *J Pain Symptom Manage* 2006; 31(2): 170–192.
9. Wary B: Doloplus-2, une échelle pour évaluer la douleur. *Soins gériatrie* 1999; 19: 25–27.
10. Pautex S, Herrmann F, Le Lous P, Fabjan M, Michel JP, Gold G: Feasibility and reliability of four pain self-assessment scales and correlation with an observational rating scale in hospitalized elderly demented patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2005; 60(4): 524–529.
11. Ferrell BA, Ferrell BR, Osterweil D: Pain in the nursing home. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38(4): 409–414.
12. Pautex S, Michon A, Guedira M, Emond H, Le Lous P, Samaras D et al.: Pain in severe dementia: self-assessment or observational scales? *J Am Geriatr Soc* 2006; 54(7): 1040–1045.
13. Reid MC, Bennett DA, Chen WG, Eldadah BA, Farrar JT, Ferrell B et al.: Improving the pharmacologic management of pain in older adults: identifying the research gaps and methods to address them. *Pain Med* 2011; 12(9): 1336–1357.
14. Morrison RS, Siu AL: A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture. *J Pain Symptom Manage* 2000; 19(4): 240–248.
15. AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons: The management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50(6 Suppl): S205–224.
16. Scherder EJ, Plooi B: Assessment and management of pain, with particular emphasis on central neuropathic pain, in moderate to severe dementia. *Drugs Aging* 2012; 29(9): 701–706.
17. Dworkin RH, O'Connor AB, Backonja M, Farrar JT, Finnerup NB, Jensen TS et al.: Pharmacologic management of neuropathic pain: Evidence-based recommendations. *Pain* 2007; 132: 237–251.
18. Schmid T, Pautex S, Lang PO: Douleurs zostériennes et post-zostériennes chez la personne âgée: analyse des évidences pour une prise en charge adaptée. *Rev Med Suisse* 2012; 8(347): 1374–1378.
19. Ducloux D, Guisado H, Pautex S: Promoting Sleep for Hospitalized Patients With Advanced Cancer With Relaxation Therapy: Experience of a Randomized Study. *Am J Hosp Palliat Care* 2012; 30(6): 536–540.

Wir danken Herrn Dr. med. Markus Denger, wissenschaftlicher Beirat von ARS MEDICI, Frau Dr. med. Heike Gudat, Vorstandsmitglied von palliative.ch, und Dr. med. Klaus Bally, Institut für Hausarztmedizin der Universität Basel, für ihre Unterstützung bei der Konzeption und Planung unserer Serie «Palliativmedizin in der Praxis».