

# Analgesie für Tumorpatienten

Schmerztherapie braucht ein klares Konzept

«Wir können 90 Prozent aller Patienten mit Tumorschmerzen zu Hause behandeln», lautete das Eingangsplädoyer des Düsseldorfer Allgemeinarztes Kurt Gillhausen bei der practica 2005 in Bad Orb. Voraussetzung dafür ist in erster Linie ein klares Konzept.

THOMAS MEIßNER

Die in Publikumsmedien teilweise verbreitete Vorstellung, komplette Schmerzfreiheit sei heutzutage für jeden Patienten machbar, ist allerdings überzogen und führt manchmal zu einer erheblichen Erwartungshaltung seitens der Patienten und ihrer Angehörigen. Wenig bis keine Schmerzen bei Krebserkrankungen sind aber durchaus ein realistisches Therapieziel, wenn man sich zunächst an drei Grundregeln hält:

■ *Als Basismedikation werden lang wirksame, retardierte Analgetika gegeben, und zwar nach einem festen Zeitschema.*

**Bericht von der «practica»,  
Bad Orb 2005**

- *Die Schmerzspitzen-Medikation besteht aus kurz und möglichst rasch wirksamen Analgetika (vgl. Kasten 3)*
- *Es gibt keine Dosisobergrenzen bei der Basismedikation! Die Analgetikadosierung erfolgt stets individuell bis zur ausreichenden Analgesie.*

Als Beispiel schilderte Gillhausen den Fall einer asiatischen Krebspatientin von kleiner Statur und einem Gewicht deutlich unter 50 kg, die mit einer Dosis von mehr als 3000 mg Morphin täglich gut zurecht kam, diese aber auch benötigte. Ausserdem sollte, so lange es geht, nicht-invasiv behandelt werden, also mit oral oder transdermal zu applizierenden Präparaten. Hilfreich ist auch ein schriftlicher Therapieplan für Patienten und Angehörige, der kausale, symptomatische und psychologische Massnahmen beinhaltet.

## Stufe II wird übersprungen

Ein neuer Trend in der Tumorschmerztherapie geht dahin, die Stufe II (schwach potente Opioide) im bekannten dreistufigen WHO-Schmerztherapiekonzept wegzulassen und sofort auf Stufe-III-Opioide umzusteigen, wenn Stufe-I-Analgetika nicht wirken. Damit erspare man den Patienten den erfahrungsgemäss oft notwendigen Opiatwechsel, sagte Gillhausen. Ergänzt werden die Opioide durch Nichtopioide-Analgetika sowie Koanalgetika und Adjuvantien, deren Bedeutung im Krankheitsverlauf zu Ungunsten der reinen Analgetika immer weiter zunimmt.

Solche Nichtopioide sind zum Beispiel Metamizol (Minalgin<sup>®</sup>, Novalgin<sup>®</sup>) in einer Tagesdosis von bis zu 4000 mg, das erfahrungsgemäss bei viszeralen Tumo-

ren gut wirkt, oder Flupirtin, welches gut mit Diclofenac (Voltaren<sup>®</sup> u. Generika) kombiniert werden kann und besonders Patienten mit Metastasen in der Wirbelsäule oder im Bewegungsapparat hilft. Bei Weichteilinfiltrationen kommen nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) und Kortikoide zur Anwendung.

Kortikoide sind auch indiziert bei Kapselfschmerzen (Leber, Milz) sowie bei Lymphödemen. Selbst massive Lymphödeme lassen sich oft rasch beseitigen, wenn hoch dosiert ein Kortikoid verabreicht und dann allmählich herunterdosiert wird. In diesem Fall ist langsame Dosissteigerung ein Fehler, so Gillhausen. Antidepressiva und Antikonvulsiva kommen vor allem bei neuropathischen und bei Deafferenzierungsschmerzen zum Einsatz.

Kasten 1:

### Opioide gegen Tumorschmerzen: häufige Fehler

- Medikation nach Bedarf (Ausnahme: Schmerzspitzen-Medikation)
- «Aufsparen» der Opioid-Analgetika
- Verweigerung der Opioid-Analgetika
- irrationale Angst vor Sucht und Toleranzentwicklung
- unsinnige Opioid-Kombinationen (z.B. Agonisten und partielle Antagonisten)
- fehlende Komedikation
- unzureichende Anpassung an geänderte Gegebenheiten, zum Beispiel bei zunehmenden Schmerzen oder Pflasteranwendung trotz starken Schwitzens

## Eins für alle – das gibts nicht

«Es gibt nicht *das beste Opiat* für jeden!», lautete eine weitere Kernbotschaft des Allgemeinarztes, der jahrelang Erfahrungen in einer onkologischen Klinik gesammelt hat. Das hängt mit den individuell gering unterschiedlichen Opiatrezeptorsubtypen sowie individuellen Unterschieden bei der Metabolisierung der Substanzen zusammen. Wichtig ist es, zunächst bei einer Substanz zu

bleiben und diese ausreichend hoch zu dosieren. Wenn dann die Wirkung nicht ausreichend ist, sollte ein anderes Opiat probiert werden.

Weitere Gründe für einen Opiatwechsel sind:

- *Unverträglichkeit, die jedoch auch auf eine unzureichende Antiemese oder einer unzureichenden Aufklärung des Patienten beruhen kann. So ist es bei der Erstverordnung eines Opiats wichtig, den Patienten auf die*

## «Bei der Basistherapie mit einem Analgetikum gibt es keine Obergrenze. Die erforderliche Dosis wird individuell austitriert.»

Kurt Gillhausen, Düsseldorf

Kasten 2:

### Regeln beim Opiatwechsel

Um bei einem notwendigen Opiatwechsel die richtige Äquivalenzdosis zu ermitteln, empfiehlt sich die Nutzung entsprechender Tabellen oder Schieber. Dabei muss klar sein, dass die Dosisangaben stets nur ein ungefähre Anhaltspunkt sein können, da Wirkung und Verstoffwechslung der Präparate stets individuell verschieden sind.

Aus diesem Grund muss zudem die per Tabelle ermittelte Äquivalenzdosis um etwa 40 bis 50 Prozent reduziert werden. Daraus folgt weiterhin, dass dem Patienten bis zur Identifikation der endgültigen Dosis der Basismedikation eine ausreichende Bedarfsmedikation zur Verfügung gestellt werden muss (siehe Kasten «Behandlung von Schmerzspitzen»).

Die Formel für den Opiatwechsel lautet also:

**Neue Opiatdosis**  
= Äquivalenzdosis (ÄD)  
– (40 bis 50% ÄD)  
+ Bedarfsmedikation.

*in der Anfangszeit auftretende Müdigkeit hinzuweisen, die mit der Zeit verschwindet.*

- *Wechsel der Applikationsform, etwa von oral auf ein Pflaster.*

Hinweise zur Ermittlung der Äquivalenzdosis bei Opiatwechsel gibt *Kasten 2*.

### Gegen Übelkeit und Obstipation

Für die Komedikation mit Antiemetika oder Laxanzien gilt dasselbe Prinzip wie für die Opioide: Mit einem Medikament anfangen, wenn dies nicht hilft, auf ein anderes umsteigen. Bringt auch das nichts, sollte kombiniert werden. Beispiel: Metoclopramid (Gastrosil<sup>®</sup>, Paspertin<sup>®</sup>, Primperan<sup>®</sup>) viermal 10 mg ist nicht effektiv. Es folgt ein Behandlungsversuch mit Haloperidol (Haldol<sup>®</sup>) dreimal 0,5 mg oder fünf Tropfen täglich. Wenn auch das nicht hilft, werden Haloperidol oder Metoclopramid in der dritten Stufe mit Dimenhydrinat (Antemin<sup>®</sup>, Trawell<sup>®</sup>) kombiniert und in einer vierten Stufe Haloperidol mit Alizaprid (in der Schweiz nicht zugelassen). Bei Laxanzien können

Kasten 3:

### Behandlung von Schmerzspitzen

Neben der Basismedikation mit Opiaten sollte dem Patienten eine Bedarfsmedikation zum Auffangen der Schmerzspitzen an die Hand gegeben werden. Wird diese Bedarfsmedikation allerdings regelmässig mehr als dreimal pro Tag benötigt, muss die Dosis der Basismedikation angehoben werden.

Prinzipiell sollten Substanzen mit sehr raschem Wirkeintritt und kurzer Wirkdauer bevorzugt werden, bei mässigen, vorhersehbaren Schmerzen zum Beispiel Metamizol, bei sehr starken plötzlichen Schmerzen zum Beispiel nichtretardiertes Fentanyl, welches auch als Stick zum Lutschen erhältlich ist (Actiq<sup>®</sup>).

Die Dosis der Schmerzspitzen-Medikation sollte pro Einzelgabe ein Sechstel der Opiatagesdosis betragen.

ebenfalls Substanzen mit unterschiedlichen Wirkmechanismen kombiniert werden.

Bei der Einstellung eines Tumorpatienten auf ein Opiat sollte man dieses zunächst ausreichend hoch dosieren und erst bei ungenügender Wirkung auf ein anderes Opiat wechseln. ■

**Dr. med. Thomas Meißner**  
**D-61231 Bad Nauheim**

Interessenkonflikte: keine

Dieser Bericht erschien zuerst in «Der Allgemeinarzt» 1/2006.

Die Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autor.