Therapie chronischer Abdominalschmerzen

Balance zwischen Wirkung und Nebenwirkung finden

Gastrointestinale Schmerzen sind häufig bei Patienten mit Reizdarmsyndrom, Morbus Crohn oder Pankreatitis. Der Schmerz kann nozizeptiv, neuropathisch oder tumorbedingt sein, dabei können aber auch mehrere Schmerztypen gleichzeitig beteiligt sein. Deshalb kann ein individuell abgestimmtes multimodales Vorgehen bei der Therapie sinnvoll sein.

Foto: zVg

Prof. Asbjörn Mohr Drewes

Akute abdominale Schmerzen haben ihren Ursprung häufig in Entzündungen, die über Ödembildung zu Obstruktionen und dem entsprechenden Schmerzsignal führen. Sucht der Patient aufgrund seiner akuten Schmerzen die Notfallstation auf oder treten die akuten Schmerzen als Folge eines chirurgischen Eingriffs auf, sind zur Analgesie intravenös Paracetamol, Metamizol oder ein Opioid die Medikamente der Wahl. Bei stärkeren Schmerzen sollte eine Kombination von Analgetika mit Opioiden in Betracht gezogen werden. Sie verbessern das Schmerzmanagement und beeinträchtigen weder Diagnose noch Therapie (1). Eine adäquate Therapie von akuten Schmerzen sei wichtig, denn wiederholte Schmerzattacken könnten zu einer Sensibilisierung der Neuronen und zu einer Chronifizierung der Schmerzen führen (2), betonte der Gastroenterologe und Schmerzexperte Prof. Asbjörn Drewes, Aalborg University Hospital (DK), an der letzjährigen United European Gastroenterology Week.

Vorgehen bei chronifizierten Schmerzen

Bei chronischen Abdominalschmerzen folgt das Vorgehen einem multimodalen Ansatz, dabei sind medikamentöse Therapien ein Teil davon. Beispielsweise sind bei einer chronischen Pankreatitis die Schmerzen nicht mehr Ausdruck der Entzündung allein, sondern der zwischenzeitlich entstandenen Neuropathie, die über eine zentrale Sensibilisierung zu einer «Verselbstständigung» der Schmerzreize führt. Analgetika sind wirksame Mittel, doch wird der Einsatz durch ihre Nebenwirkungen limitiert: Paracetamol wirkt in hohen Dosen hepatotoxisch, Opioide verändern den Lebermetabolismus und die Motilität in Magen und Darm und haben ein Abhängigkeitspotenzial, trizyklische Antidepressiva (TZA) und Gabapentinoide führen, bezogen auf den Gastrointestinaltrakt, ebenfalls zu einer Dysmotilität, und nicht steroidale Antiphlogistika (NSAID) können unter anderem Magenulzera induzieren. Die Therapie von chronischen Schmerzen sei demzufolge immer eine Balance zwischen Wirkung und Nebenwirkung (3), so Drewes. Bei chronifizierten Schmerzen kommt es auch gar nicht mehr so darauf an, woher die Schmerzen kommen – Schmerz ist Schmerz. Für die Linderung der Schmerzen können deshalb auch Verfahren herangezogen werden, die bei anderen Schmerzpatientengruppen etwas bringen, wie beispielsweise bei Rückenschmerz- oder bei Pankreaskarzinom-Schmerzpatienten (*Tabelle*). Dabei sollen ebenso psychologische Symptome wie Angst und Depression einbezogen werden sowie sekundäre Schmerzursachen, die beispielsweise von den Nebenwirkungen der eingesetzten Therapien ausgehen (4).

Strategie je nach Ursprung

Bei funktionellen Schmerzen schlägt der Experte als Erstes den Einsatz von Paracetamol vor. Bei ungenügender Wirkung soll ein Therapieversuch mit Spasmolytika und im Fall eines obstipationslastigen Reizdarmsyndroms mit Linaclotid folgen. TZA oder Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer (SNRI) und eventuell Gabapentinoide können als weitere Schritte versucht werden, gefolgt von einer kognitiven Verhaltenstherapie oder komplementären Verfahren. Opioide setzt Drewes bei funktionellen Schmerzen nicht ein. Diese wirkten zwar gut, seien aber wegen ihrer Nebenwirkungen und des Abhängigkeitspotenzials problematisch.
Bei unspezifischen organischen und neuropathischen chronischen Schmerzen sollte eine Optimierung des Lebensstils und des Ernährungsstatus am Anfang stehen. Sollte eine medikamentöse Therapie nötig werden, können Paracetamol und NSAID eingesetzt werden, bei ungenügendem Erfolg folgt

KURZ & BÜNDIG

- Akute Schmerzen intravenös analgesieren.
- Akute Schmerzen adäquat oral therapieren, um eine Chronifizierung zu verhindern.
- Bei chronischen Schmerzen die Analgesie den Nebenwirkungen anpassen und stufenweise eskalieren.
- Psychologische Symptome früh behandeln, um die Lebensqualität zu steigern.

Tabelle:

Orale Schmerztherapie beim Pankreaskarzinom

Substanzklasse	Beispiel	Bemerkungen
Nichtopioide	Paracetamol, 1-mal 4 g	bei milden Schmerzen, evtl. auch Metamizol
Schwache Opioide	Tramadol retard, 50–200 mg, 2-mal/Tag	Codein und Tramadol potenzieren den Effekt von Nichtopioidanalgetika.
Starke Opioide	Oxycodon retard, initial 15 mg, 2-mal/Tag	bei Tumorschmerzen ist die Abhängigkeit sekundär, cave Hyperalgesie bei Dosiseskalation
Antikonvulsiva	Pregabalin, von 75 auf 300 mg titriert, 2-mal/Tag	anfänglich vorübergehend Schläfrigkeit und Schwindel möglich
TZA	Amitriptylin, 10–50 mg zur Nacht	Effekt erst nach mehreren Wochen, bei Ausbleiben ein anderes TZA versuchen
SSRI	Citalopram, auf 40 mg titriert, zur Nacht	bei komorbider Angst oder Depression
SNRI	Duloxetin, auf 120 mg titriert, zur Nacht	bei komorbider Angst oder Depression und bei Verdacht auf neuropathische Schmerzen
Anxiolytika	Diazepam, 5 mg, 3-mal/Tag	bei Angst
Antipsychotika	Levomepromazin, auf 100 mg titriert, 1-mal/Tag	kann den analgetischen Effekt bei bestimmten Patienten verstärken
NMDA-Inhibitoren	Ketamin, auf 50 mg titriert, 3-mal/Tag	Nebenwirkungen limitieren den Einsatz
Cannabinoide		als zusätzliche Schmerztherapie und nützlich bei Nausea, für Appetit und Schlaf

Abkürzungen: TZA: trizyklische Antidepressiva; SSRI: selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer; SNRI: Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer; NMDA: N-Methyl-D-Aspartat

Quelle: mod. nach (4)

ein Versuch mit TZA, SNRI oder Gabapentinoiden. Ist die Schmerzlinderung noch immer unzureichend, sind schwache Opioide eine Option, eventuell intermittierend auch starke. Hierbei sollten Zeichen für Abhängigkeit und opioidinduzierte Hyperalgesie monitorisiert werden.

Bei chronischen Tumorschmerzen steht die psychologische Unterstützung am Anfang der Eskalation, gefolgt von Paracetamol, NSAID oder Metamizol bei selektionierten Patienten. SNRI oder Gabapentinoide bilden die nächste Stufe, eventuell mit kognitiver Verhaltenstherapie. Opioide zusammen mit Laxativa sind die nächste Option, dabei kann eine Opioidrotation zusammen mit Neuromodulation oder chirurgischem Eingriff den Effekt verstärken oder aufrechterhalten.

Bei all diesen Massnahmen sei das Ansprechen individuell, wie auch das Auftreten von Nebenwirkungen, so Drewes.

Angst- und Depressionssymptome und Schlafstörungen sind bei chronischen Schmerzen häufige Begleiter. Sie beeinträchtigten die Lebensqualität sehr stark, so Drewes. Weil diese Art von Symptomen modifizierbar ist, sollte eine entsprechende Therapie erfolgen. Bei Patienten mit Tumorerkrankungen bringen psychologische Interventionen am Anfang der Erkrankung einen grösseren Nutzen als in fortgeschrittenen Stadien (5). ▲

Valérie Herzog

Quelle: United European Gastroenterology Week (UEGW), 3. bis 5. Oktober 2021, virtuell.

Referenzen:

1. Falch C et al.: Treatment of acute abdominal pain in the emergency room: a systematic review of the literature. Eur J Pain. 2014;18(7):902-913.
2. Arendt-Nielsen L et al.: Assessment and manifestation of central sensitisation across different chronic pain conditions. Eur J Pain. 2018;22(2):216-241.
3. Andresen T et al.: Pharmacological management of chronic pain: How to deal with the catch-22 situation. J Curr Med Res Opin. 2021;4(2):773-792.
4. Drewes AM et al.: Pain in pancreatic ductal adenocarcinoma: A multidisciplinary, international guideline for optimized management. Pancreatology. 2018;18(4):446-457.
5. Drewes AM et al.: Gastrointestinal pain. Nat Rev Dis Primers. 2020;6(2); doi:10.1038/s41572-019-0135-7.