

Fortbildung

Schmerztherapie

Gute Chancen besser nutzen

Patienten mit chronischen Schmerzen werden oft nicht optimal analgetisch versorgt. Das gilt vor allem für Tumorschmerzen. Dabei gibt es heute exzellente Möglichkeiten einer differenzierten Schmerztherapie.

Von Ulrike Viegener

«Göttlich ist es, den Schmerz zu lindern.» Bereits der griechische Arzt Galenos von Pergamon hat die herausragende Bedeutung einer adäquaten Schmerztherapie als hohe ärztliche Kunst beschrieben. Heute jedoch scheint die Schmerztherapie diesen Stellenwert verloren zu haben: Die Mehrzahl der chronisch Schmerzkranken erhält keine adäquate Schmerztherapie.

Der Umgang mit Schmerz ist ein Kriterium für den zivilisatorischen Entwicklungsstand einer Gesellschaft. Kompetente und adäquate Linderung von Schmerzen in allen Lebenssituationen vom Anfang bis zum Ende ist ein wesentliches Merkmal einer humanen Medizin (1). Es sind exzellente schmerztherapeutische Möglichkeiten vorhanden, die unbedingt besser genutzt werden müssen.

Verbrieftes Recht

15 Millionen chronisch schmerzkranken Menschen leben derzeit in Deutschland. Die Betroffenen leiden vor allem an chronischen Rücken-, Kopf-, Nerven- oder Tumorschmerzen.

Die Realität sieht so aus: Menschen mit chronischen Schmerzen haben nicht selten jahrelange Odysseen hinter sich, bevor ihnen geholfen wird. Sie leiden unnötig. Chancen, in den Chronifizierungsprozess einzugreifen, werden verpasst. Und es besteht ein hohes Risiko, dass sich infolge der persistierenden Schmerzen weitere Krankheiten einstellen.

Sehr häufig entwickeln Patienten mit chronischen Schmerzen Depressionen. In einer spanischen Studie an rund 1000 Patienten, die wegen chronischer muskuloskeletaler Schmerzen in allgemeinarztlicher Behandlung waren, wurde in 50 Prozent der Fälle eine Major Depression diagnostiziert (2). Die Patienten litten im Schnitt bereits mehr als 3 Jahre unter Schmerzen. 75 Prozent der Patienten klagten über Schlafstörungen, 54 Prozent wachten regelmässig durch Schmerzen auf.

Auf den Circulus vitiosus aus Schmerz, Depression und Schlafstörungen müsse bei der therapeutischen Intervention verstärktes Augenmerk gerichtet werden, betonen Schmerzexperten (3). Ein interessantes Wirkprofil besitzen in dieser Hinsicht trizyklische Antidepressiva wie Amitriptylin, Mirtazapin und Trazodon, die gleichzeitig stimmungsaufhellend,

schlaffördernd und schmerzlindernd wirken können (3).

Alarmierende Trends

Durch die Spirale aus Schmerz und Depression sind Tumorpatienten in besonderem Mass gefährdet. Nicht adäquat behandelte Schmerzen konfrontieren den Patienten fortlaufend mit seiner Krebserkrankung und schränken seinen Handlungsspielraum unnötig ein. Angst, Depression, Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit sind vorprogrammiert (2).

Auch vor diesem Hintergrund ist es fatal, dass gerade bei der Schmerzversorgung von Tumorpatienten nach wie vor grosse Defizite bestehen (1). Vor allem im Umgang mit Opioiden bestehen immer noch grosse Unsicherheiten (4).

Zwar hat die Verordnung von Opioiden in den letzten Jahren deutlich zugenommen, doch kommt das Mehr an Opiaten keineswegs Tumorpatienten zugute. Vielmehr werden zunehmend Nichttumorschmerzen mit Opioiden behandelt (4).

Auf der Basis von Versicherungsstichproben wurde in Deutschland von 2000 bis 2010 ein Anstieg der Opioidverordnungen um 37 Prozent sowie ein Anstieg der Tagesdosen um 109 Prozent festgestellt. Tumorerkrankungen machten dabei allerdings nur knapp ein Viertel der Indikationen aus. 77 Prozent der 2010 verordneten Opioide kamen bei Nichttumorerkrankungen zum Einsatz, wobei eine deutliche Zunahme von Langzeitbehandlungen zu beobachten war (4).

Die Behandlungsprävalenz mit starken retardierten Opioiden der WHO-Stufe III (explizit Fentanyl, Oxycodon, Hydromorphon, Buprenorphin) hat sich von 2000 bis 2010 fast vervierfacht, wobei ein besonders rasanter Zuwachs bei transdermalen Systemen mit retardiertem Fentanyl zu verzeichnen ist (4).

Das sind alarmierende Trends, gab Prof. Dr. med. Wolfgang Koppert, Direktor der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover, zu bedenken (5). Mit dieser Einschätzung steht Koppert nicht allein, läuft doch das aktuelle Ordnungsverhalten allen Leitlinienempfehlungen zur Behandlung sowohl von Tumorschmerzen als auch von Nichttumorschmerzen zuwider.

Mehrgleisige Interventionen

Speziell Patienten mit chronischen Rückenschmerzen werden zunehmend fälschlicherweise mit Opioiden behandelt (4). In dieser Indikation sind die zentral wirksamen Schmerzmittel jedoch in den seltensten Fällen angezeigt. Wenn überhaupt, stellen sie die Ultima Ratio dar (5, 6).

Die Wirksamkeit von Opioiden bei Rückenschmerzen ist als gering einzustufen. Mittel der Wahl sind vielmehr Paracetamol sowie orale nicht steroidale Antirheumatika (NSAR), die neben der analgetischen auch eine antiphlogistische Wirkkomponente besitzen. Auch trizyklische Antidepressiva besitzen in die-

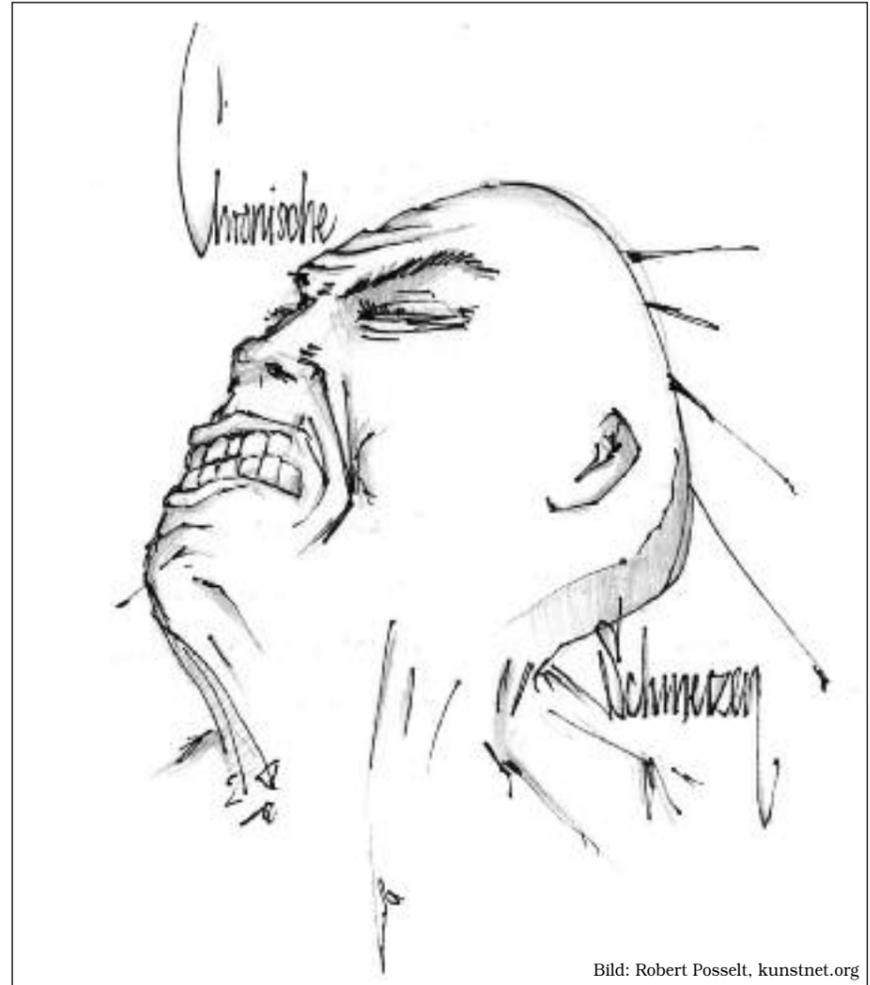


Bild: Robert Posselt, kunstnet.org

ser Indikation eine schmerzlindernde Wirkung. Grundsätzlich gilt: Die Wirksamkeit der eingesetzten Analgetika soll laufend kontrolliert werden und deren Anwendung nur so lang wie unbedingt nötig erfolgen (6).

Bei starken Muskelverspannungen kann der Einsatz oraler Muskelrelaxanzien erwogen werden. Wegen der sich rasant entwickelnden Abhängigkeit sollte dieser jedoch auf maximal zwei Wochen begrenzt werden (6).

Die therapeutische Intervention bei Rückenschmerzen muss darauf abzielen, die Ausbildung eines Schmerzgedächtnisses zu verhindern. Infolge wiederholter Schmerzerlebnisse kommt es dabei zu Veränderungen in der zentralnervösen Signalübertragung, was zu einer erhöhten Schmerzempfindlichkeit führt und so das Risiko einer Chronifizierung erhöht (7).

Bei der Chronifizierung von Rückenschmerzen spielen ungünstige Verhaltensmuster und psychische Faktoren eine entscheidende Rolle. Deshalb wurden multimodale Therapiekonzepte entwickelt, die medikamentöse, physio-, ergo- und psychotherapeutische Ansätze kombinieren. Ziel ist, dass die Patienten einen neuen Umgang mit ihrem Rückenleiden erlernen (8).

Ein entscheidender Aspekt ist die Mobilisierung der Patienten, denn das häufig zu beobachtende Schonverhalten treibt den Krankheitsprozess weiter voran. Moderate rückenfreundliche Bewegung ist umgekehrt geeignet, korrigierend in den

Prozess der Schmerzchronifizierung einzugreifen. Die unter professioneller Anleitung neu gemachte Erfahrung des Patienten, dass sehr viel mehr Bewegung möglich ist als gedacht, fördert eine positive Krankheitsbewältigung.

Ängste und Depressionen sind weitere Risikofaktoren auch für die Chronifizierung von Rückenschmerzen und werden deshalb im Rahmen des multimodalen Therapiekonzepts ebenfalls gezielt angegangen. Das ist auch deshalb wichtig, weil die für viele Patienten mit chronischen Rückenschmerzen typische psychische Konstitution die Entwicklung einer Schmerzmittelabhängigkeit begünstigt.

In den USA hat die nicht indizierte Anwendung von Opioiden bei Nichttumorschmerzen bereits zu einem relevanten Abhängigkeitsproblem geführt (4, 5), und auch in Deutschland sind erste Anzeichen eines solchen Trends zu beobachten.

By the clock

Bei Tumorschmerzen dagegen führt die lege artis durchgeführte Gabe von Opioiden nicht zu einer Abhängigkeit. Entscheidend ist, dass konsequent retardierte Opioide eingesetzt werden, sodass die Schmerzen möglichst ununterbrochen unter Kontrolle sind. Das retardierte Opioid wird zu fixen Zeiten – und nicht nach Bedarf – angewendet, um rund um die Uhr wirksame Analgetikaspiegel zu gewährleisten. Wird diese Strategie befolgt, ist die immer noch grassierende Angst vor Sucht unbegründet (9, 10).

Problematisch ist die Verordnung nicht

Gute Chancen besser nutzen

retardierter Opioide als Basismedikation. Starke nicht retardierte Opioide werden inflationär eingesetzt, retardierte Opioide dagegen kommen in der ambulanten Versorgung von Tumorschmerzen nach wie vor viel zu selten zum Einsatz (4, 5). Offenbar ist es viel geübte Praxis, gleich mit hoch dosierten starken Schmerzplaster einzusteigen, anstatt die Schmerztherapie sukzessive individuell anzupassen. »By the mouth, by the clock, by the ladder«, so lauten die Grundsätze der Tumorschmerztherapie, die von der WHO bereits in den Achtzigerjahren formuliert wurden:

- Die orale Applikation ist die bevorzugte Darreichungsform.
- Die Analgetikagabe erfolgt nach einem individuell festgelegten Zeitplan.
- Es werden – einer Stufenleiter folgend und der Schmerzstärke gemäss – Schmerzmittel mit zunehmender Wirkstärke eingesetzt.

Bei leichteren Schmerzen sollen zunächst Nichtopioidanalgetika (NSAR, Metamizol, Paracetamol) ausgetestet werden. Reicht die erzielte Schmerzlinderung nicht aus, wird das Nichtopioide auf der zweiten Stufe mit einem schwachen Opioide (Tramadol, Tilidin, Dihydrocodein) beziehungsweise auf der dritten Stufe mit einem starken Opioide (Morphin,

Hydromorphon, Oxycodon, Fentanyl, Buprenorphin et cetera) kombiniert.

Im Grundsatz hat sich dieses Stufenschema bewährt, es ist allerdings nicht als starre Vorgabe zu verstehen. So wird man bei sehr starken Tumorschmerzen auch opioidnaive Patienten gleich mit einem Opioide der Stufe III versorgen (9, 10).

Auf jeder Stufe kann zusätzlich der Einsatz von Koanalgetika erforderlich sein. Bei vielen Tumorpatienten liegen Mischformen aus nozizeptiven, also durch Schmerzrezeptoren vermittelten, und neuropathischen, also durch Kompression oder Infiltration von Nerven verursachten Schmerzen vor.

Neuropathische Schmerzen, die oft mit einer gesteigerten Schmerzsensibilisierung, sprich: Hyperalgesie einhergehen, werden mit niedrig dosierten Antidepressiva oder Antikonvulsiva behandelt (9, 11). Höher dosierte Antidepressiva können ebenfalls indiziert sein, um den schmerzverstärkenden Effekt einer depressiven Stimmungslage auszuhebeln (3).

Wenn die verfügbaren schmerztherapeutischen Möglichkeiten richtig ausgeschöpft werden, lassen sich Tumorschmerzen in aller Regel so weit kontrollieren, dass die Patienten gut damit leben können. Bei 85 bis 90 Prozent der Patienten ist es sogar

möglich, weitgehende Schmerzfürfreiheit zu erzielen (12, 13). Um das ganz klar zu machen: Auch starke Schmerzen, wie sie laut DGS bei 50 bis 70 Prozent aller Tumorpatienten auftreten, können sehr effektiv behandelt werden (14).

Lektüre ein Muss

Um die Tumorschmerzversorgung an der Basis zu verbessern, hat die Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e.V. zwei neue Praxisleitlinien erarbeitet: Die erste gibt einen Überblick über das Vorgehen bei Tumorschmerzen allgemein, und eine zweite Leitlinie ist eigens den Durchbruchschmerzen gewidmet (15), weil dieses Phänomen bis heute unterschätzt und vernachlässigt wird. Es handelt sich dabei um «blitzartig eintretende, extrem starke und nicht selten unerträgliche Schmerzexazerbationen» (15). Solche Schmerzspitzen treten trotz optimal austarierter Basisschmerztherapie mit einem retardierten Opioide auf und sind ein häufiges Phänomen. Durchbruchschmerzen, die in den meisten Fällen ohne erkennbaren Auslöser zuschlagen, werden von Tumorpatienten sehr gefürchtet.

Medikamente der ersten Wahl zur Behandlung von Durchbruchschmerzen sind sogenannte Rapid-Onset-Opioide (ROO; [15]). Diese starken nicht retardierten Opioide, die innerhalb von Minuten ihre schmerzlindernde Wirkung entfalten, werden vom Patienten bei Bedarf – also zu Beginn einer Schmerzattacke – transmukosal angewendet. Auch die kurze Wirkdauer der ROO entspricht dem Anforderungsprofil bei Durchbruchschmerzen.

ROO sind nicht zu verwechseln mit SAO (Short Acting Opioids). SAO sind ebenfalls nicht retardierte Opioide, deren träges Wirkprofil aber für die Behandlung von Durchbruchschmerzen ungeeignet ist (15).

Sensibilität und Erfahrung

Ärzten ist mitunter gar nicht bewusst, wie sehr Tumorpatienten unter nicht adäquat behandelten Schmerzen leiden. Viele Ärzte verlassen sich darauf, dass die Patienten ihnen mitteilen, wenn sie Schmerzen haben. Zum anderen glauben nicht wenige Patienten, dass Schmerzen unweigerlich zum Krebs dazugehören – zumal wenn der Arzt nicht danach fragt. Sie beissen die Zähne zusammen, halten die Schmerzen aus und sprechen nicht darüber. Oft ist den Patienten nicht bewusst, dass sie ein Recht auf professionelles Schmerzmanagement haben. Eine gute Kommunikation zwischen Arzt und

Patient ist Grundvoraussetzung für ein erfolgreiches Schmerzmanagement. Der Arzt braucht vom Patienten Informationen über das zeitliche Muster und die Intensität seiner Schmerzen sowie über die Schmerzqualität, um die Therapie individuell masschneidern zu können.

Wichtige Anhaltspunkte liefern ein vom Patienten geführtes Schmerztagbuch sowie Analogskalen zur Objektivierung der Schmerzintensität, allerdings werden diese diagnostischen Instrumente bis anhin nicht ausreichend genutzt.

Eine besondere Herausforderung ist die Schmerzbehandlung bei Menschen, die wegen eingeschränkter beziehungsweise nicht vorhandener verbaler Kommunikationsfähigkeit keine klaren Angaben zu ihren Schmerzen machen können. Zunehmend stellt sich dieses Problem bei Demenzpatienten. Nicht verbale Zeichen müssen in diesen Fällen richtig gedeutet werden, was viel Sensibilität und Erfahrung erfordert. Essensverweigerung und atypische Körperhaltungen, aber auch Aggressionen können auf eine Schmerzproblematik hindeuten. Analog ist die Situation bei der Schmerzbehandlung von kleinen Kindern.

«Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben.» Das hat Cicely Mary Storde Saunders, die Grande Dame der modernen Palliativmedizin, gesagt (15).

Dieses ursprünglich auf die Palliativsituation gemünzte Zitat bringt auf den Punkt, worum es bei der Versorgung chronisch Schmerzkranker grundsätzlich geht: Eine adäquate Schmerztherapie soll den schmerzgeplagten Menschen in die Lage versetzen, sein Leben möglichst lebenswert zu gestalten: selbstbestimmt und aktiv entsprechend persönlichen Neigungen und Bedürfnisse. Apotheker können in enger Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten entscheidend mit darauf hinwirken, dass diese Forderung mehr als bis heute auch wirklich umgesetzt wird. ♦

Korrespondenzadresse:

Ulrike Viegner
Höhenweg 7a
D-51465 Bergisch Gladbach
E-Mail: ulrike.viegner@gmx.de

Ulrike Viegner ist freie Journalistin mit Schwerpunkt Medizin und Pharmazie.

Dieser Artikel wurde zuerst online auf www.pharmazeutische-zeitung.de veröffentlicht. Die Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung.

Literatur: www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=49248

Ein klares Ja zu Opioiden

Interview mit Prof. Dr. med. Norbert Wagner

Prof. Dr. med. Norbert Wagner ist Chef der Universitätskinderklinik Aachen und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin. Im folgenden Kurzinterview geht er auf spezielle Aspekte der Schmerztherapie bei Kindern ein.

Wie erkennen Sie bei Säuglingen und Kleinkindern, die noch nicht sprechen können, dass sie unter Schmerzen leiden?

Prof. Wagner: Da sind wir einerseits auf unsere Erfahrungen und andererseits auf die Beobachtungen der Eltern angewiesen. Es gibt typische Signale wie Schreien, Grimassieren und Beine anziehen, die darauf hinweisen, dass ein Kind Schmerzen hat. Bei einer Mittelohrentzündung fasst sich das Kind typischerweise immer wieder ans Ohr, und bei schmerzhaften Prozessen im Bauchraum ist das Trinkverhalten in aller Regel reduziert. Schwierig ist es mit Harnwegsinfekten, die bei Kindern meist nicht anhand klinischer Zeichen zu erkennen sind. Deshalb muss man bei unklarem Fieber immer auch den Urin untersuchen.

Für Erwachsene gibt es Analogskalen, mit deren Hilfe sich die Schmerzstärke objektivieren lässt. Gibt es so etwas auch für Kinder?

Ja, solche Skalen gibt es. Darauf sind Kinder abgebildet, die mehr oder weniger traurig dreinschauen beziehungsweise schmerzverzerrte Gesichter zeigen.

Setzen Sie bei Kindern auch Opioide ein?

Ein ganz klares Ja. Wenn es die Schmerzen erfordern, wenden wir bei Kindern ohne Wenn und Aber auch Opioide an. Das ist bei schweren und schwersten Tumorschmerzen der Fall, aber auch bei grossen Operationen, etwa nach Verkehrsunfällen. Das Ziel ist Schmerzfürfreiheit, denn wir wollen die Kinder ja nicht unnötig leiden lassen. Die Dosis der Opioide wird individuell austitriert. Gegebenenfalls nehmen wir sogar bei hoher Dosierung das Risiko einer Atemdepression in Kauf – dann haben wir aber die Möglichkeit, die Kinder unter Beatmung vorübergehend in ein künstliches Koma zu versetzen. Wichtig ist, dass Opioide in solch schweren Fällen frühzeitig und ohne Zögern zum Einsatz kommen.

Und welche Schmerzmittel sind für leichtere Schmerzzustände bei Kindern Mittel der Wahl?

Am häufigsten werden in der Pädiatrie Paracetamol und Ibuprofen verwendet. Beide Substanzen sind gut steuerbar und gut verträglich. Und sie stehen in kindgerechten Darreichungsformen zur Verfügung.

Doc's Mart × Doc smart = DoX Mart

Die Erfolgsformel

Info unter www.doxmart.ch



DoXli meint:

Allen ist das Denken erlaubt, doch vielen bleibt es erspart!