

Die Behandlung von Krebsschmerzen

Mehr «*experience*» als «*evidence*»

In der heutigen Behandlung von Krebsschmerzen sind zwei Aspekte in der Diskussion gleichermaßen «en vogue» wie auch «medizinisch schwierig zu fassen»: der Wechsel von Opioiden bei ungünstigem Wirkungs-Nebenwirkungs-Verhältnis sowie der psychosoziale Einfluss. Beide Themen sowie die gängigen Opiode werden im Folgenden im Hinblick auf die Anwendung in der Praxis dargestellt.

STEFFEN EYCHMÜLLER

Der schweizerische Arzneimittelmarkt hat in den letzten Jahren eine Vielzahl an Registrierungen neuer Darreichungsformen der Opiode verzeichnen können. Anders als früher üben Patienten heute auf die verschreibenden Ärzte teilweise Druck aus, um «das allerneueste Schmerzpflaster» (von dem sie gerade gelesen haben) zu bekommen. Hier ist ärztlicherseits Mass zu halten, damit wirklich Sicherheit im Umgang mit den neuen Medikamenten gewonnen werden kann. Im Therapiemanagement stehen wir vor erheblichen Herausforderungen und vor der Frage: Was lässt sich wie medikamentös behandeln, ohne Nebenwirkungen zu verstärken (z.B.: Verstärkung der Obstipation bei Parallelanwendung von Opioiden und Antidepressiva)?

Die Tatsache, dass das Thema «psychosoziale Faktoren bei Krebsschmerzen» viele Seiten in Journalen füllt, beweist, dass der Aspekt der multifaktoriellen Schmerzgenese bei Krebs inzwischen weit hin anerkannt ist. In der Schmerzdiagnostik sehen wir regelmässig neben körperlichen auch die psychischen, sozialen, spirituellen Belastungsfaktoren. Welche Fachperson mit psychologischer Kompetenz ist wann einsetzbar? Wie können die familiären Stressoren positiv beeinflusst werden?

Der Wechsel von und zwischen Opioiden

Die wissenschaftliche Evidenz zum Thema fehlt weitgehend. Lediglich mehrere Fallberichte und retrospektive Studien empfehlen den Opioidwechsel in bestimmten Situationen. Die pharmakologische Be-

gründung stützt sich auf Hypothesen. Die beiden häufigsten sind:

- ▲ Unerwünschte psychomimetische Effekte einzelner Opiode können verschwinden, wenn andere Opioid-Rezeptoren besetzt werden
- ▲ Das Phänomen der Toleranz (möglicherweise bedingt durch eine Verminderung der Opioid-Rezeptoren an der Zelloberfläche) kann durch einen Wechsel des Opioids vermindert bis verhindert werden
- ▲ Es existieren genetische Variabilitäten mit Bedeutung für die analgetische Potenz von Opioiden.

Der oft verwendete Begriff «Opioidrotation» suggeriert, dass hier wie in einer Grossfamilie zwischen den einzelnen Vertretern «rotiert» wird, bis das beste Opioid gefunden ist. Da die klinische Forschung allenfalls eine Arbeitshypothese untermauert, soll im Weiteren vom Opioidwechsel gesprochen werden.

Die meisten derzeit verfügbaren Opiode (Morphin, Hydromorphon, Fentanyl, Oxycodon, Buprenorphin) interferieren mit dem so genannten μ -Rezeptor, der einerseits für die Analgesie, aber auch für die häufigsten Nebenwirkungen verantwortlich ist. (Günstiger für das Wirkungs-Nebenwirkungs-Profil wären Opiode, die vornehmlich an den κ - oder den δ -Rezeptor binden – diese stehen leider [noch] nicht zur Verfügung). Eine andere Gruppe von Rezeptoren, die bei der Analgesie mit Opioiden eine Rolle spielt, sind die NMDA-Rezeptoren (N-Methyl-Di-Aspartat). Medikamente, die hier interferieren, sind vor allem Methadon und Ketamin (Abbildung 1, vgl. auch Kasten 1).

Es ist anzunehmen, dass sich in den kommenden Jahren das Wissen über die Untergruppen der Rezeptoren und deren Wechselwirkungen erweitern wird. Schon heute wissen wir, dass es einen ganzen Polymorphismus des μ -Rezeptors gibt.

Gründe für den Opioidwechsel

Die häufigsten Gründe für den Opioidwechsel sind in der Literatur:

1. Ungenügende Analgesie trotz korrekter Dosierung und Applikation
2. Intolerable Nebenwirkungen
3. Kombination von 1. und 2.
4. eher selten: die Applikationsform.

In der Praxis finden sich bei genauerer Analyse häufig Therapiefehler: zu schnelle Dosissteigerung (besonders bei Fentanyl) und ungenügende Patienteninformation über Nebenwirkungen (Obstipation obligatorisch; Nausea, vorübergehend über 3 bis 4 Tage; Verwirrung, Myoklonien als Intoxikationszeichen, meist vermeidbar). Die nachfolgende Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, insbesondere bezüglich der in der Schweiz erhältlichen Originalpräparate, sondern versteht sich als Empfehlung für die Praxis aus eigener Erfahrung und Bewertung.

Morphin

Da die vorgegebenen «Regeln» zum Opioidwechsel relativ willkürlich sind, erscheint der sichere Umgang mit einem Opioid umso wichtiger. So empfiehlt beispielsweise die European Association for Palliative Care weiterhin das Morphin als Opioid der ersten Wahl. Ungewiss bleibt aber nach wie vor, ob dieser Wahl genügend Evidenz oder vorwiegend Erfah-

Krebsschmerz

Argumente für eine eigene Entität sind die oft rasch fortschreitende Destruktion von Gewebe, die Multilokularität durch Metastasen und die besondere psychosoziale Stresssituation der Krebskranken.

Schmerztypen unterscheiden:

- ▲ Schmerzen, die am besten über den μ -Rezeptor, also mit den meisten gängigen Opioiden behandelt werden können, zeigen meist die Charakteristika so genannter nozizeptiver Schmerzen: Sensationen von Druck, Reissen, Bohren etc.
- ▲ Schmerzen, bei denen man auch an eine Behandlung über den NMDA-Rezeptor denken sollte, werden oft als neuropathisch beschrieben: v.a. einschneidende, brennende Schmerzen. Hier finden sich oft die Symptome von Hyperalgesie (kleiner Schmerzreiz, grosse Antwort) und Allodynie (Temperaturreiz, als Schmerz empfunden) als Hinweise.

Das «analgetische Fenster» treffen

Tipps für die Dosisfindung: Steigert man zu schnell, «schießt man daran vorbei». Deshalb: langsam steigern und den Patienten darauf hinweisen, dass die Schmerzeinstellung ein paar Tage benötigt. Er spürt zuerst die obligatorischen und vorübergehenden Nebenwirkungen, dann allmählich die Analgesie.

WICHTIG FÜR DIE PRAXIS

rungswerte («experience») zugrunde liegen. Es gibt ferner keine grössere Serie randomisierter Studien, die die verschiedenen Opiode als First-line-Opiode untersuchen. Es gilt dennoch: Der Einsatz von Morphin ist weit gehend problemlos, wenn

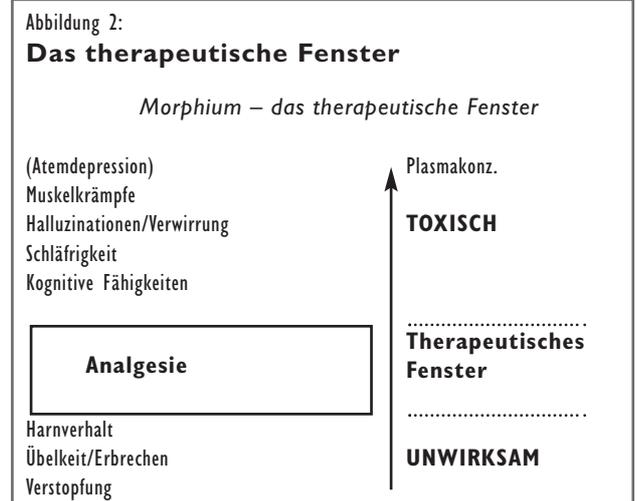
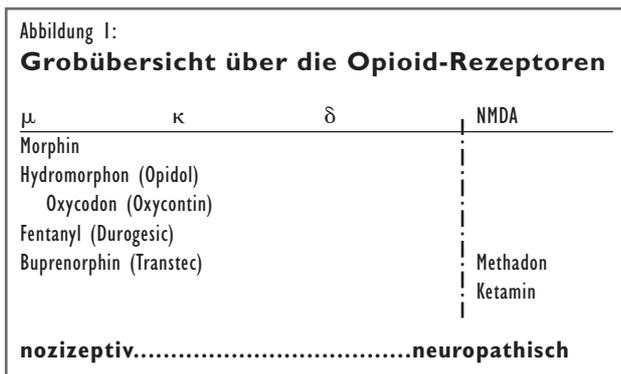
- ▲ keine Niereninsuffizienz vorliegt
- ▲ langsam gestartet und langsam gesteigert wird
- ▲ in den ersten Anwendungstagen besonders intensiv die Nebenwirkungen monitorisiert werden
- ▲ darauf geachtet wird, dass der Schmerz nach spätestens drei Tagen gelindert ist (also auf Morphin reagiert).

Morphin ist verfügbar in kurz wirksamer Form (über 3 bis 4 Stunden) als Tropfen, SC- und IV-Injektionslösung und als Tab-

lette (Sevredol[®]) beziehungsweise als Suppositorien, ferner als retardiertes 12-Stunden-Präparat (z.B. MST continus[®], Sevrelong[®]) sowie als retardiertes 24-Stunden-Präparat (Kapanol[®]). Ebenfalls angeboten wird ein kurz und retardiert wirksames Granulat, was insbesondere Patienten mit einer perkutanen Gastrostomie (PEG) zugute kommt.

Dosierungsvorschlag:

Durch die verschiedenen Applikationsformen des Morphins bietet dieses Medikament die wahrscheinlich grösste Variabilität unter den Opioiden. Allerdings muss viel umgerechnet werden. (Äquianalgetische Umrechnungsfaktoren: oral = 1, subkutan = orale Menge durch 2 teilen, intravenös = orale Menge durch



3 teilen, peridural = orale Menge durch 10 teilen, intraspinal = orale Menge durch 100 teilen. Orales Morphin ist die Referenzgrösse (= 1) für alle folgenden «äqui-analgetischen Dosierungen».

Vorschlag für die Eintitrierung: Start mit Morphin-Tropfen (2%): alle vier Stunden 3 Tropfen (= 3 mg), Umstellung am dritten Tag auf MST 2 x 10 mg; Reservedosis für Durchbruchschmerzen: immer 10 bis 16 Prozent der Tagesdosis (TD), bei TD 20 mg also 2 bis 3 mg (= 2 bis 3 Tropfen). Die Reservedosis kann bis stündlich eingenommen werden, muss aber im Schmerzprotokoll dokumentiert werden. Aus eigener Erfahrung können zirka drei Viertel aller Krebschmerzen mit dieser simplen Morphintherapie zufrieden stellend behandelt werden (mit Steigerung und Verminderung je nach Symptomintensität); bei weit fortgeschrittenen Krebsleiden ist dies allerdings nur noch bei der Hälfte der Fall. Einschränkungen sind bei der Niereninsuffizienz zu berücksichtigen, da der analgetisch wirksame Metabolit Morphin-6-Glucuronid dann retiniert wird (Dosisreduktion: CFR 10–50: 75% der Initialdosis; CFR < 10: 50%, Dosierungsintervall bei beiden für kurz wirksames Morphin: 6–8 Stunden statt 3–4).

Hydromorphon

Dieses Opioid steht ebenfalls in einer kurz wirksamen und einer retardierten Form zur Verfügung (Opidol[®], Opidol retard[®]). Die Wirkungsdauer entspricht dem des Morphins. Hydromorphon wird insbesondere bei Niereninsuffizienz empfohlen. Die diesbezüglichen Angaben in der Literatur sind nicht eindeutig; insbesondere gibt es keine Daten, ob Hydromorphon dialysiert wird oder nicht. So ist zumindest bei einer eingeschränkten renalen Clearance auch bei diesem Medikament grosse Vorsicht geboten (Metabolit: Hydromorphone-3-Glucuronid). Für die orale Gabe ist Hydromorphon in Kapselform verfügbar; daneben wird eine Injektionslösung angeboten. Äquianalgetischer Umrechnungsfaktor zu Morphin oral: 5- bis 7-mal stärker als Morphin. 1 mg Hydromorphon entspricht wahrscheinlich zirka 5 bis 7 mg Morphin oral.

Oxycodon

Oxycodon ist das in den USA am häufigsten verkaufte Opioid. Es imponiert durch

Schmerzpflaster

- ▲ Das kleinste Pflaster mit der Abgabe 25 µg/h entspricht der Menge von minimal 60 mg Morphin oral pro 24 Stunden. Ein Sofortstart mit dieser Opioid-Menge ist riskant.
- ▲ Schmerzpflaster allgemein mit ihrer langsamen Anflutung und der langen Wirkung eignen sich fast nur für mehr oder weniger stabile Tumorschmerzen. Werden mehr als drei Reservedosen pro Tag zusätzlich eingenommen, stellt sich die Frage, ob nicht auf ein kürzer wirksames und damit wesentlich einfacher anzupassendes Opioid (z.B. Morphin) gewechselt werden soll.

Zu Fentanyl

- ▲ Die Zahl auf dem Pflaster entspricht mehr oder weniger der Tagesdosis an Morphin i.v. Wenn diese Zahl mit 3 multipliziert wird, dann kommen wir auf die ungefähre orale Morphin-Äquivalenzmenge (gilt nur bis zu einer Fentanyl-Dosis von 125 µg/h).
- ▲ Cave: kein Durchschneiden

Zu Buprenorphin

- ▲ Bei einem mit einer Buprenorphin-Intoxikation eingewiesenen Patienten fand man mehrere kleine Pflasterschnipsel an verschiedenen Körperstellen: Überall, wo es weh tat, hatte er zu unterschiedlichen Zeiten noch ein wenig «Schmerzpflaster» hingeklebt ...

eine doppelte Wirkung: Wie ein Mischinsulin verfügt es über einen rasch wirksamen und einen retardierten Anteil. Dies führt dazu, dass die Gabe üblicherweise im Abstand von zwölf Stunden empfohlen wird. Nachteilig ist, dass sich dieses Opioid aufgrund dieser «Mischung» nicht für die Reservemedikation eignet, bei der ja eine kurz wirksame Darreichungsform allein notwendig wäre. Nur die orale Darreichungsform steht zur Verfügung.

Äquianalgetischer Umrechnungsfaktor zu Morphin oral: Oxycodon ist oral gleich bis doppelt so wirksam. Für die Praxis hat sich bewährt, die orale Morphindosis um ein Drittel zu vermindern und die resultierende Dosis als Oxycodon zu verabreichen. Auch hier gilt Dosisreduktion bei Niereninsuffizienz.

Fentanyl

Ein wenig «als der Rolls Royce unter den Opioiden» ist zu Beginn das Schmerzpflaster (Durogesic TTS[®]) gepriesen worden. Mit der transdermalen Anwendungsform der an sich seit langem bekannten

Substanz wurde eine neue Ära (im Pharmawettbewerb) in der Opioid-Therapie eingeläutet.

Das transkutane Abgabesystem wirkt bei den meisten Patienten für 72 Stunden, wobei es eine ganz erhebliche individuelle Variabilität gibt. Vorsicht ist geboten bei ausgeprägter Kachexie (d.h. bei schlechtem Hautkontakt bspw. auf Rippen, geringere Wirkung, dagegen bei gutem Kontakt und sehr wenig Unterhautfettgewebe schnellere Resorption, dies auch bei Fieber). Ob Fentanyl TTS tatsächlich weniger Obstipation verursacht als Morphin, sei dahingestellt. Sicher ist, dass es weniger histaminerg als Morphin ist, also seltener allergische Reaktionen auslöst (leicht zu diagnostizieren durch Rötung unter dem Pflaster: Reaktion auf den Klebstoff oder auf den Wirkstoff?).

Äquianalgetischer Umrechnungsfaktor zu Morphin oral: Fentanyl ist 70- bis 100-mal stärker.

Dies ist auch wichtig für die Berechnung der Reservemedikation. Da es vom Fentanyl noch keine kurz wirksame Darrei-

WICHTIG FÜR DIE PRAXIS

WICHTIG FÜR DIE PRAXIS

Methadonverordnung

Die Verordnung von Methadon ist seit dem 1.1.2002 einfach: Ergänzen Sie auf dem Betäubungsmittelrezept hinter dem Namen: «zur Schmerztherapie».

Einfach in der Apotheke erhältlich ist Methadon Streuli (Tabletten zu 5 mg).

chungsform gibt (ausser der Injektionslösung, die in der Wirkung aber unsicher ist), wird in der Regel Morphin als Reserve verordnet.

Für den Wechsel von Morphin auf Fentanyl TTS (wie auf Buprenorphin TTS) gilt: Wird auf das Pflaster von bereits etablierter Morphintherapie gewechselt, dann appliziert man das Pflaster zusammen mit der letzten Dosis des 12-Stunden-retardierten Morphins. Cave: Pflaster nie schneiden, da es sonst zu einer wesentlich rascheren Resorption kommt.

Buprenorphin

Diese Substanz, die auch schon viele Jahre verfügbar ist, verdankt ihren «Aufwind» ebenfalls einer neuen, transdermalen Applikationsform (Transtec®). Ausstehend sind noch Studien zum Wechsel vom und zum Buprenorphin, welches nicht nur ein partieller Antagonist am μ -Rezeptor ist, sondern sich auch durch eine enorm hohe Bindung zum Rezeptor auszeichnet. Diese Phänomene erklären teilweise die Beobachtung, dass parallele Morphingaben bei bestehender Buprenorphin-Therapie keine oder nur sehr geringe Wirkungen haben.

Als kurz wirksame Form beispielsweise für die Reservedosis liegt das Temgesic® als Sublingualtablette und Injektionslösung vor, welche allerdings nicht häufiger als alle sechs Stunden gegeben werden sollte.

Die Indikationen für das Buprenorphin TTS sind ähnlich dem Fentanyl TTS: Stabile Tumorschmerzen, die auf das Medikament reagieren und weniger als drei Reservedosen pro Tag erforderlich machen. Äquianalgetischer Umrechnungsfaktor: Buprenorphin TTS ist zirka 70-mal stärker als Morphin oral; 35 μ g/h entspricht 0,84 mg/24 h ($\times 70 = 58$ mg Morphin/24 h. Man konsultiere hier auch die Umrechnungshilfen der Herstellerfirma.

Methadon

Methadon ist sehr billig, eignet sich für Krebschmerzen, die deutlich neuropathischen Charakter aufweisen, und ist in verschiedenen Darreichungsformen (Tabletten, Sirup, Injektionslösung) erhältlich. (Bei Verschreibung «zur Schmerztherapie» hinzufügen) Leider kommt es bei

vielen Tumoren im Verlauf des Grössenwachstums häufig zur direkten Infiltration von Nerven oder Nervenplexus. Bei diesen oft schwer behandelbaren, gemischt nozizeptiv-neuropathischen Schmerzen ist Methadon einen Versuch wert.

Die Diskussion mit den Patienten über Methadon ist ganz wesentlich, um die Angst vor einer Stigmatisierung abzubauen, welche bereits beim Medikamentenkauf in der Apotheke eine fast unüberwindliche Barriere darstellen kann. Daneben gilt es, folgende Faktoren zu besprechen:

- ▲ Methadon hat die langsamste Anflutung von allen Opioiden; die Einstellung nimmt deshalb mehrere Tage in Anspruch
- ▲ Es ist damit gleichzeitig das Opioid mit dem geringsten Suchtpotenzial
- ▲ Eine Startdosis mit 2,5 mg alle zwölf Stunden (mit begleitender laxativer Medikation) führt häufig bereits nach zwei Tagen zu einer ersten Wirkung und ist in der Regel sehr gut verträglich
- ▲ Öfter als alle acht Stunden sollte Methadon nicht eingenommen werden wegen der Kumulationsgefahr. Die Wirkdauer variiert individuell zwischen 16 bis 72 Stunden.
- ▲ Ob es äquianalgetische Dosen von Methadon zu oralem Morphin gibt, ist umstritten. Die Empfehlungen reichen von einer fixen Umrechnung 1:12 (Methadon 12-mal stärker) bis hin zur völlig unabhängigen Dosierung gemäss der Argumentation, dass Methadon wegen der Antagonisierung anderer Rezeptoren ein völlig eigenständiges Medikament ist. Übernimmt man letztere Begründung, dann könnte man Methadon

neu eintitrieren (z.B. 2 x 2,5 mg, dann steigern auf 3 x 2,5 mg, etc.) und schrittweise das vorbestehende Opioid reduzieren.

- ▲ Ein Opioid-Wechsel von oder nach Methadon sollte immer in Kooperation mit einem erfahrenen Kollegen erfolgen.

Mögliche Nachteile: Als Reservedosis für akute Durchbruchschmerzen eignet sich Methadon nicht wegen der langsamen Anflutung und der möglichen Kumulationsgefahr bei häufiger Anwendung. Hier helfen dann oft nur Stufe-1-Analgetika oder Morphin.

Vorteile: Neben den oben genannten Vorteilen ist Methadon das am unkompliziertesten einsetzbare Opioid bei Niereninsuffizienz (auch für die Hämodialyse, da keine Filtration); eine Dosisreduktion braucht es lediglich bei CFR < 10 (50-75%).

Ketamin

«Der Retter in der Not» ist dieses Medikament nicht nur in der Notfallmedizin, sondern manchmal auch bei therapie- und opioid-refraktären Schmerzen in der Palliativmedizin, bei denen keine massiven psychosozialen Stressoren vorliegen. Ketamin vermag in sehr viel tieferer Dosierung als in der Notfallanästhesie, insbesondere bei subkutaner Applikation und Kombination mit ebenfalls niedrig dosierten Benzodiazepinen manchen «Total pain» zu lindern. Eine derartige Behandlung bleibt aber Zentren mit entsprechender Überwachung überlassen.

Spezielle Aspekte für den Opioidgebrauch

Opioide können bestehende Schmerzen verstärken. Aus vielen Berichten kann

WICHTIG FÜR DIE PRAXIS

Schmerz ist Ergebnis von Prozessen (multidimensionales Konzept)

Schmerzen sind immer das Ergebnis einer Summe aus verschiedenen Sinneseindrücken und kognitiven Prozessen. Beteiligt sind immer:

- ▲ das sensorische System («was ich spüre»)
- ▲ das motorische System («wie ich muskulär reagiere»)
- ▲ das autonome System (Schwitzen, Atmen etc.)
- ▲ das affektive System («was ich fühle») und
- ▲ das kognitive System («an was mich das erinnert»).

man ableiten, dass insbesondere bei zu schneller Steigerung des Opioids eine so genannte iatrogene Hyperalgesie eintritt: Parallel zur Dosissteigerung kommt es zu einer Zunahme der Schmerzen. Pathophysiologisch wird dieses Phänomen dadurch erklärt, dass höhere Dosen im ZNS die Schmerzempfindung durch verschiedene Mechanismen eher stimulieren als inhibieren.

Therapeutisch bedarf diese Situation einer Reduktion des Opioids (bis 30% der Tagesdosis) oder eines Opioid-Wechsels; begleitend kann sich die Gabe von Benzodiazepinen als sinnvoll erweisen. Pethidin hat eine hohe prokonvulsive Aktivität durch den Metaboliten Norpethidin, und eignet sich dadurch insbesondere für eine Anwendung von mehr als 24 Stunden nicht.

Krebsschmerzen und psychosoziale Faktoren

Schmerz als subjektive Empfindung wird im Bereich der Onkologie häufig gegliedert in:

- ▲ tumorassozierten,
- ▲ therapieassozierten und
- ▲ tumor- oder therapieunabhängigen Schmerz.

Die therapeutische Relevanz dieser Einteilung aber fehlt noch: Behandeln wir heftige Schmerzen unterschiedlich gemäss dieser Trilogie? Sind für psychische Schmerzen keine Schmerzmedikamente indiziert?

Die jahrelange Aufteilung in körperliche und psychische Schmerzen ist nicht zuletzt durch die Erforschung der Pathophysiologie eine unzulässige Trennung. Wir wissen nie, welcher Anteil in welchem Ausmass zum Endergebnis (bspw. Schmerzintensität VAS 7) beiträgt (siehe Kasten). Nur wenn der Betroffene über die Vorgänge in seinem Körper Bescheid weiss, die letztendlich das Ergebnis Schmerz beeinflussen, gibt es einen Weg: Nur er selbst hat eine Ahnung davon, welche Hauptfaktoren den Schmerz mitbestimmen. Nur er selbst kann einordnen, welche Therapie gegen welchen Faktor hilfreich sein kann: Medikamente wie NSAR können beispielsweise den bewegungsabhängigen Schmerz bei Knochenmetastasen positiv beeinflussen, den «Schmerz» über den Verlust der geliebten Gartentätigkeit dagegen kaum.

Wie allgemein beim so genannten chronischen Schmerz ist es entscheidend, gemeinsam mit dem Patienten zu diskutieren, welches Ergebnis von den einzelnen Interventionen erwartet werden kann. Dazu brauchen Patient und Arzt das moderne multidimensionale Schmerzkonzept als Grundlage.

Nur damit kann vereinbart werden, was Opiode leisten können und welche zusätzlichen Massnahmen unternommen werden müssen (z.B. Counseling, Physiotherapie, Systemberatung, Aufrechterhaltung sozialer Rollen). Dann entfällt die Enttäuschung, wenn auch das neueste, stärkste Medikament nicht wirkt, was unter Umständen eine latente zu einer manifesten Depression werden lässt («Bei mir hilft gar nichts mehr»).

In der Praxis bewährt es sich also, bei Schmerzen alle Stressoren (körperliche, psychische, soziale, spirituelle) anzuschauen. Wenn sich Patient und Arzt einig sind, dass alle Bereiche wichtig sind, fällt auch das Sprechen über versteckte Stressoren schrittweise leichter.

Die Evidenz ist gross für einen Zusammenhang zwischen Schmerzintensität und dem Vorliegen von «psychological distress»: Depression, emotionaler Distress, Angst, all diese Faktoren verschlimmern eindeutig den Schmerz. Mittelmässige Evidenz besteht für einen Zusammenhang zwischen Schmerzintensität und sozialer Unterstützung: Wenn die Anzahl der wahrgenommenen sozialen Rollen immer kleiner wird, das soziale Netz schrumpft und der Betroffene krampfhaft versucht, die alte Stärke aufrechtzuerhalten, tun wir uns in der Schmerzbehandlung sehr schwer. «Inkonklusive Evidenz» besteht für den Bewältigungsstil: Wenn sich Betroffene als selbstbestimmt, respektiert und aktiv erleben, statt zum angstvollen Interpretieren der Symptomatik neigen, ist dies sicher nicht schädlich.

Fazit

Der Behandelnde hat sich folglich nicht hinter dem ganzen Arsenal der Analgetika zu verschanzen, sondern soll vielmehr versuchen, sehr differenziert zu therapieren und frühzeitig gemeinsam mit dem Betroffenen (und seinen Angehörigen) eine Art «detektivische Allianz» zu bilden, mit dem Ziel, die möglichen positiven und negativen Faktoren, die beim Symptom Schmerz mitwirken, zu entdecken. Komplementärmedizin, psychologische, physiotherapeutische und soziale Aktivitäten und Entspannungsmöglichkeiten haben darin dann einen natürlichen Platz. Wesentlich ist nicht zuletzt, dass der Patient aktiv eigene – und seien es auch nur sehr kleine – Aufgaben übernimmt. ▲

Dr. med. Steffen Eychmüller
 Leiter Palliative Care
 Kantonsspital St. Gallen
 9007 St. Gallen
 E-Mail: steffen.eychmueller@kssg.ch

Quellen:

- Ashby M. et al.: Opioid substitution to reduce adverse effects in cancer pain management. *Med J Austr* (1999), 170: 86–71.
- Broadbent A. et al.: Palliation and chronic renal failure: opioid and other palliative medications – dosage guidelines. *Progress in Palliative Care* (2003), 11 (4): 183–190.
- Quigley C.: Hydromorphone for acute and chronic pain (Cochrane Review). *The Cochrane library, Issue 1* (2003), Oxford.
- Hanks G.W. et al.: Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. *B J Cancer* (2001), 84 (5): 587–593.
- Mercadante S. et al.: Hyperalgesia: an emerging iatrogenic syndrome. *J Pain Symp Manage* (2003), 26: 769–72.
- Zaza Ch., Baine N.: Cancer Pain and psychosocial factors: a critical review of the literature. *J Pain Symp Manage* (2002), 24 (5): 526–42.
- Bair M. et al.: Depression and pain comorbidity – a literature review. *Arch Intern Med* (2003), 163: 2433–2445.