

Unzulängliche Schmerz-Kontrolle

Nicht nach Schema, sondern Mechanismen orientiert behandeln



Ist Schmerz erst einmal chronifiziert, so gilt es oft alle Register zu ziehen, um dem Patienten doch noch zu helfen. Rehakliniken setzen bei diesen Patienten neben Physiotherapie auch auf alternative Verfahren. Eine ausreichende Schmerzmedikation ist aber auch dafür die Basis, um überhaupt mit den Patienten arbeiten zu können. Das WHO-Schema findet dabei kaum mehr Berücksichtigung.

Patienten mit chronischen Schmerzen werden in Europa immer noch unterversorgt. In einer Befragung von Breivik H et al. gaben 31% der Patienten an, unter unerträglichen Schmerzen zu leiden. 40% beklagten ein unzureichendes Schmerzmanagement und 64% gaben an, dass trotz Einnahme der verordneten Analgetika der Schmerz unzulänglich kontrolliert wird [1]. Diese Zahlen präsentierte **Dr. med. Peter Schnorr** von der Rehaklinik Zurzach beim Grüenthal-Symposium am KHM in Luzern. **Prof. Dr. med. Christoph Konrad**, Chefarzt Anästhesiologie am Kantonsspital Luzern erklärte, wie diese Zahlen durch eine Mechanismenorientierte Schmerztherapie und neuen Ansätzen verbessert werden können.

„Wenn sie die Schmerztypen verstehen, werden sie besser therapieren,“ warb Prof. Konrad für eine Mechanismenorientierte Therapie. Schmerz könne nozizeptiv, entzündlich, neuropathisch und dysfunktional sein. Dazu kommen noch Konditionierung, Hyperalgesie und Angst, der Teufelskreis der Chronifizierung setzt sich in Gang. Besonders bei neuropathischen Schmerz gelte es rasch und effizient zuzuschlagen, um Umbauprozesse und Sprouting gar nicht erst in Gang kommen zu lassen.

Das WHO-Stufenschema wurde ursprünglich für die Tumorschmerztherapie konzipiert und ist selbst in der Onkologie bereits modifiziert worden. Es wurde 1986 vorgestellt und berücksichtigt keine neuen pathophysiologischen und pharmakologischen Erkenntnisse, erklärte Schnorr. Wird rein nach Schema behandelt, so wird der Schmerzursache zu wenig Rechnung getragen. „Idealerweise sollte jede Schmerztherapie eine Beurteilung der Symptome umfassen und auf dem jeweiligen Schmerzmechanismus beruhen“, fordert er. Er empfahl, sich ein Schema zurechtzulegen, welche Medikamentengruppe nach ihrem Wirkungsmechanismus ihren Haupteinsatz finden sollte. Kritisch sieht er den häufigen Einsatz von NSAR. Sie sind analgetisch und antientzündlich und sollten vor allem bei Nozizeptor und Entzündungsschmerz zum Einsatz kommen. Bei chronischen Schmerzen haben Umfragen gezeigt, dass 70% der NSAR Therapien wegen inadäquater Schmerzkontrolle gewechselt werden mussten. Zudem ist die Einnahme vermehrt mit schwerwiegenden Nebenwirkungen (renal, kardiovaskuläre, gastrointestinal) assoziiert [2].

Zahlreiche Antidepressiva sind gegen neuropathische Schmerzen wirksam, erforderlich sind geringere Dosen als zur Therapie der Depressionen. Alle wirken auf neuronaler Ebene und beeinflussen hier sehr unterschiedlich Ionenkanäle und/oder den Neurotransmitteruptake. Sie sind daher sehr gute Coanalgetika, führte Schnorr aus. Für alle gelte aber, dass sie titriert werden müssen, betonte der Referent, da ein sehr hohes Nebenwirkungs- und Interaktionspotenzial bestehe. Empfohlener Vertreter zur Behandlung des neuropathischen Schmerzes ist Amitriptylin. Häufig ist der Einsatz aber durch muskarinerge (Mundtrockenheit, Verstopfung), histaminerge (Schwitzen, Benommenheit), adrenerge (Hypotonie) und serotonerge Nebenwirkungen begrenzt. Als Alternative sind die neueren Antidepressiva eine Option. SNRI hemmen selektiv die Wiederaufnahme von Serotonin bzw. Noradrenalin und erhöhen dadurch deren Konzentration im synaptischen Spalt. Die selektivere Wirkung führt zu einer besseren Verträglichkeit. Eine Zulassung zur Schmerztherapie hat Duloxetine (Cymbalta®) und bei den TCA neben Amitriptylin (Saroten®) auch Clomipramin (Anafranil®) und Imipramin (Tofranil®).

Antikonvulsiva sind wegen des Membranstabilisierenden Effektes eine wichtige Therapieoption für neuropathische Schmerzen. Durch die Blockade schnell feuender Na-Kanäle wird die neuronale Übererregbarkeit unterbunden. Viele Neuralgieformen (Trigeminus, Glossopharyngus) aber auch eine postoperative Neuralgie sprechen gut an. Oxcarbazepin (Trileptal) hat zwar ein geringeres Interaktionspotenzial als Carbamazepin (CYP3A4), bei Nieren- und Leberinsuffizienz ist Vorsicht geboten. Für die Kalziumkanalblocker Gabapentin und Pregabalin sind keine relevanten Interaktionen bekannt. Bei peripheren Nervenschmerzen ist topisches Lidocain (Lidocain-5%-Hydrogelpflaster) eine Option der first-line.

Schwache und starke Opioide sind second-line Medikamente. Wichtigstes Kriterium für Dr. Schnorr, auf Opioide überzugehen bei Patienten, die trotz nicht-medikamentöser Verfahren und mit Nicht-Opioide-Analgetika nicht ausreichend schmerzfrei werden, ist eine eindeutige Schmerzdiagnose für nozizeptiven oder neuropathische Schmerzen. Nur wenn die Patientenauswahl richtig getroffen und der Patient ausreichend geführt wird, kann mit einer ausreichenden Schmerzreduktion gerechnet werden (mindestens 30-50%!).

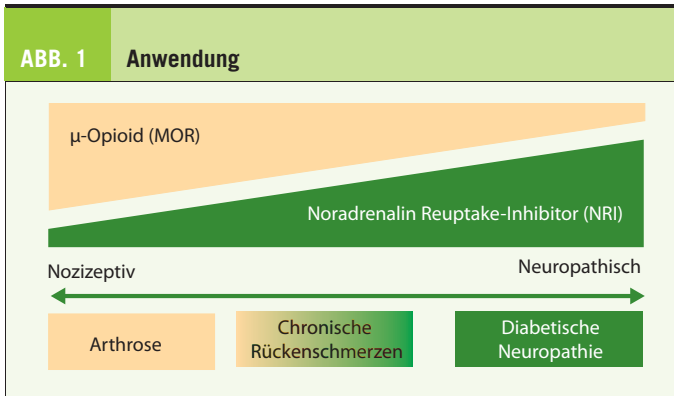
Die Rationale für eine Kombinationstherapie liegt darin, dass oft mehrere Schmerzmechanismen beteiligt sind und mit unterschiedlichen Ansatzpunkten die Schmerztherapie optimiert werden kann. Häufig wird der Vorteil durch den Nachteil von mehr Nebenwirkungen relativiert, schloss Schnorr.



**Dr. med.
Peter Schnorr
Zurzach**



**Prof. Dr. med.
Christoph Konrad
Luzern**



Aussichten auf ein neues Analgetikum, Tapentadol, gab Prof. Konrad. Mit dem neuartigen Wirkstoff will man zweifach gegen den Schmerz vorgehen, dahinter steht das MOR-NRI-Konzept [2]. Zum einen soll der Wirkstoff als μ -Opioidrezeptor-Agonist (MOR) die Weiterleitung von Schmerzreizen in Rückenmark und Gehirn vermindern, zum anderen aktiviert er als Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (NRI) schmerzhemmende Nervenbahnen. „Damit werden zwei wirkungsvolle Ansätze bei der Schmerzmodulati-

on kombiniert“, betonte Konrad. Bei akutem nozizeptivem Schmerz erfolgt diese hauptsächlich über das Opioidsystem. Tapentadol sei analgetisch und antichronifizierend. Bei chronischen neuropathischen Schmerzen verringert sich die Wirksamkeit von Opioiden, die Modulation des monoaminergen Systems gewinnt an Bedeutung (s. Abb.). Und noch eine Verbesserung: Da die Affinität zu den μ -Rezeptoren des Opioidsystems etwa 50-fach geringer ist, komme es zu deutlich weniger unerwünschten, opioidtypischen Nebenwirkungen im Gastrointestinalsystem (z.B. Obstipation). Auch das Suchtpotenzial scheint erheblich reduziert zu sein [3].

▼ SMS

Quelle: KHM Luzern, 16. Juni 2011, Lunchsymposium Grüenthal „Neuer Ansatz in der Schmerztherapie“

Literatur:

1. Brevik H et al.: Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006 May;10(4):287-333.
2. Pasternak GW: Molecular insights into mu opioid pharmacology: From the clinic to the bench. *Clin J Pain*. 2010 Jan;26 Suppl 10:S3-9.
3. Lange B et al.: Efficacy and safety of tapentadol prolonged release for chronic osteoarthritis pain and low back pain. *Advances in Therapy* 2010;27(6):381-399