

DER SCHMERZPATIENT IST BEIM HAUSARZT IN GUTEN HÄNDEN

Patienten mit chronischen Schmerzsyndromen sind Problemfälle. Denn häufig hat der Schmerz eine psychische beziehungsweise psychosoziale Komponente, was auch bei der Therapie berücksichtigt werden sollte.

Unterversorgung bei geriatrischen Patienten

Bis zu 75 Prozent aller geriatrischen Patienten klagen über chronische Schmerzen, doch ein Drittel davon erhält keine adäquate Schmerztherapie. Dies gilt vorrangig für Demenz-Patienten. Je stärker die kognitiven Defizite, umso größer sind die Defizite bei der Schmerzbehandlung. Dazu kommen die Multimorbidität, die die Gabe zahlreicher Medikamente erforderlich macht, und die Tatsache, dass oft mehrere Schmerzursachen vorliegen. Nicht selten wird der Schmerz auch als Preis für das hohe Alter fatalistisch in Kauf genommen. Das alles führt zur Unterversorgung mit den daraus resultierenden Folgen körperlicher, psychischer und sozialer Art.

Eine sichere und effektive Therapie mit Analgetika erfordert genaue Kenntnisse der altersphysiologischen Veränderungen und der altersspezifischen pharmakodynamischen Wirkung der eingesetzten Substanzen. Das Wissen um die Verteilung der Medikamente im Organismus, den Metabolismus und die Ausscheidung ist unverzichtbar, um die Reaktionen des alten Patienten auf ein Analgetikum verstehen zu können. So kann beispielsweise die im Alter häufig beobachtete Zunahme des Körperfettgewebes bei Verabreichung fettlöslicher Analgetika wie Fentanyl oder Buprenorphin zu einer verzögerten Wirkung führen. Dagegen ist das Körperwasser oft vermindert mit der Folge, dass wasserlösliche Analgetika wie



Schmerzpatienten erfordern deshalb eine ganzheitliche Behandlung, für die der Hausarzt geradezu prädestiniert ist, so das Fazit des diesjährigen Deutschen Schmerzkongresses (11. - 14.10.2017 in Mannheim).

*Dr. med. Peter Stiefelhagen,
Starnberg*

Morphin stärker wirken und deshalb initial niedriger dosiert werden sollten. Auch dann, wenn der Proteingehalt i.S. vermindert ist, nimmt der Anteil ungebundener Substanz zu, d.h. die Wirkung verstärkt sich. Besonders wichtig ist aber die Kenntnis der Leber- und Nierenfunktion. Sind diese beeinträchtigt, kann die Ausscheidung einer Substanz gestört sein mit der Folge einer Akkumulation.

Neuropathischer Schmerz

Ursachen: Diabetes mellitus, Chemotherapien, Bestrahlung und Tumore. Auch gibt es einen zentralen neuropathischen Schmerz z.B. nach einem Schlaganfall. Gerade bei Tumorpatienten kommt häufig zu den nozizeptiven Schmerzen noch eine neuropathische Komponente, z.B. bei Kompression oder Infiltration der Nerven durch den Tumor.



NOTIZEN

**Opioide als Alternative**

Opioide sind bei tumorbedingten Schmerzen meist unverzichtbar. Aber auch bei nicht-tumorbedingten Schmerzen sind sie eine sinnvolle Alternative zu NSAR. Sie sollten nach einem festen Zeitschema verabreicht werden. Bei einer Dauermedikation empfiehlt sich eine Retard-Formulierung, damit der Nachtschlaf nicht durch die Schmerzmittelaufnahme gestört wird. Aus der Gruppe der schwachen Opiode haben sich gerade bei alten Patienten Tilidin/Naloxon und Tramadol bewährt.

Bei der Dosierung müssen Leber- und Nierenfunktion berücksichtigt werden. Bei sehr starken Schmerzen sind hochpotente Opiode das Mittel der Wahl (Morphin, Fentanyl, Buprenorphin, Hydromorphon). Bei älteren Patienten werden häufig Pflastersysteme bevorzugt, da darunter weniger Obstipation auftritt und der Nachtschlaf nicht gestört wird. Doch die Gabe von Opioiden ist mit einer Reihe von Nebenwirkungen assoziiert, die oft eine Begleitmedikation erforderlich machen. Dazu gehören Müdigkeit, Sedierung, Übelkeit, Erbrechen und Obstipation. Grundsätzlich gilt auch für die Schmerztherapie beim alten Patienten: Start low, go slow!

Kommunikation ist wichtig

Viele Schmerzpatienten insbesondere solche mit ungeklärten Schmerzsyndromen wie Fibromyalgie oder Somatisierungsstörungen fühlen sich von ihrem Arzt nicht ausreichend informiert. Doch gerade bei Schmerzpatienten ist die Kommunikation ein wichtiger Aspekt auch im Hinblick auf den Therapieerfolg. Entscheidend ist aber nicht nur

Was der Arzt sagt sondern auch das Wie. Auch bei Problempatienten sollte das Gespräch von Wertschätzung getragen sein. Das Kommunikationsverhalten sollte Sicherheit vermitteln, vor allem dann, wenn organische Ursachen ausgeschlossen sind. Der Arzt sollte auf keinen Fall versuchen, dem Patienten die Schmerzen aus- oder klein zu reden. Wichtig dagegen ist, Wege und Möglichkeiten der Linderung aufzuzeigen. Dies ist sinnvoller, als diagnostische Maßnahmen unbegründet auszuweiten oder zu wiederholen.

Hypnose

Dass Hypnose bei Schmerzen wirkt, dafür sprechen die Ergebnisse vieler Studien. Dabei konnte gezeigt werden, dass mittels Hypnose die Aktivität in verschiedenen schmerzrelevanten neurologischen Strukturen beeinflusst wird. So entfaltet Hypnose sowohl periphere Effekte an den Nozizeptoren als auch spinale und supraspinale Wirkungen.



Mittels funktioneller Kernspintomographie konnte gezeigt werden, dass unterschiedliche hypnotische Suggestionen die Aktivität in verschiedenen Hirnarealen im Sinne des jeweiligen Suggestioninhalts beeinflussen. Das bedeutet, dass Hypnose sehr gezielt auf die Aktivität bestimmter Strukturen der Schmerzmatrix zielt.

Hohe Komorbidität

Schmerz - Depression - Angst. Dies ist das Bermuda-Dreieck, in dem sich viele Schmerzpatienten bewegen. Mit anderen Worten: Es besteht eine große Komorbidität zwischen diesen Symptomkomplexen. So zeigen Patienten mit einem neuropathischen Schmerz bzw. einer Fibromyalgie häufig auch depressive Symptome und Patienten mit einem Angstsyndrom werden meist zunächst als Schmerzpatienten vorgestellt. In Leitlinien werden deshalb auch Substanzen empfohlen, die auch die psychische Komponente günstig beeinflussen. Dazu gehören Antidepressiva vor allem SSRI bzw. SSNRI und Pregabalin.

Probleme bei Nicht-Opioiden

Der Einsatz der Analgetika sollte sich auch bei betagten Patienten am WHO-Stufenplan orientieren, wobei aber die individuellen Bedürfnisse des Patienten berücksichtigt werden müssen. Von den Nicht-opioidhaltigen Substanzen empfiehlt sich bei älteren Patienten Paracetamol, während man mit NSAR und COX-2-Hemmern wegen des kardialen, renalen und gastrointestinalen Risikos zurückhaltend sein sollte. Doch bei einer chronischen Lebererkrankung ist die Halbwertszeit von Paracetamol verlängert. Auch Metamizol ist eine sinnvolle Option, jedoch kommt es selten zu einer Agranulozytose und bei zu schneller i.v.-Injektion können allergische Reaktionen mit Blutdruckabfall auftreten. Wegen ihrer vielfältigen potenziellen Nebenwirkungen am Magen-Darm-Trakt (Ulzera und Blutungen), Nieren (Niereninsuffizienz) und Herz (Herzinsuffizienz, kardiovaskuläres Ereignis) sollten NSAR nur bei akuten entzündlichen Erkrankungen und nach Möglichkeit nicht in der Langzeittherapie eingesetzt werden.