

Keine Patentrezepte für Patienten mit chronischen Schmerzen

Kombinierte Therapien gelten als State-of-the-Art

BASEL – Chronische, über Jahre und Jahrzehnte anhaltende Schmerzen stellen eine enorme Belastung dar, die mit körperlichen, psychischen und sozialen Auswirkungen einhergeht. Für den Arzt bedeuten sie eine enorme Herausforderung, erklärte Professor Dr. Haiko Sprott, Chefarzt, Schmerzklinik Basel, bei einer von Gebro Pharma unterstützten Fortbildung. Einer von sechs Patienten mit chronischen Schmerzen verliert den Arbeitsplatz, oft kommt es zu Depressionen, bis hin zu Suizidgedanken.

Der in 16 europäischen Ländern durchgeführte «Pain in Europe»-Survey hat bereits vor zehn Jahren die Dimension und die weitreichenden Konsequenzen chronischer Schmerzen vor Augen geführt. Über 46 000 Telefoninterviews und knapp 4839 Detailinterviews gaben einen Einblick in das mit chronischem Schmerz verbundene Leiden und Leid von Betroffenen, aber auch der Angehörigen.

Neuropathischer Schmerz oft falsch behandelt

Prof. Sprott wies darauf hin, dass jeder sechste Schweizer unter chronischen Schmerzen leidet, und dass in fast einem Drittel der Schweizer Haushalte (32 %) ein chronisch Schmerzkranker lebt.

Von entscheidender Bedeutung für den Erfolg analgetischer Massnahmen ist die korrekte ätiologische Zuordnung des



Prof. Dr. Haiko Sprott
Chefarzt,
Schmerzklinik Basel

Foto: JVG

Schmerzgeschehens. Ein akuter nozizeptiver Schmerz verlangt nach anderen Interventionen als der chronische oder der neuropathische Schmerz, so Prof. Sprott. Er erklärte,

Chronischer Schmerz in Zahlen

Diese Zahlen sollten zu denken geben:

- durchschnittliche Dauer der chronischen Schmerzen: 7,7 Jahre
- bei 28 % der Befragten besteht der chronische Schmerz seit mehr als 20 Jahren
- 39 % leiden unter ständigen Schmerzen
- als häufigste Ursache haben sich rheumatische Erkrankungen herauskristallisiert (34 %)
- bei 18 % entwickelt sich eine Depression als Folge der anhaltenden Schmerzbelastung,
- 17 % ausserm Suizidgedanken,
- und 16 % verlieren ihren Arbeitsplatz, weil sie aufgrund ihrer Schmerzen arbeitsunfähig werden.
- Von denjenigen, die ein Jahr lang schmerzbedingt arbeitsunfähig waren, schaffen lediglich 2 % den Weg zurück in den Beruf.

dass neuropathische Schmerzen nicht nur oft unterschätzt, sondern häufig auch falsch behandelt werden. Die üblichen nichtsteroidalen Analgetika haben sich als wirkungslos erwiesen. Der vom peripheren oder zentralen Nervensystem ausgehende neuropathische Schmerz kann mit Allodynie, Hyperalgesie oder Hyperästhesie einhergehen. Opioide können als Monotherapie wirksam sein oder in Kombination mit Co-Analgetika (in erster Linie Antidepressiva und Antikonvulsiva).

Multimodale Konzepte bevorzugen

Für eine erfolgreiche Schmerzbehandlung hat sich neben der interdisziplinären Kooperation die Kombinationstherapie bewährt – und sich als State-of-the-Art etabliert. Neben der breiten Palette an unterschiedlich stark wirksamen Schmerzmedikamenten sollte man nichtmedikamentöse und interventionelle Verfahren einbeziehen. Dadurch lässt sich in vielen Fällen bei verringerter Dosis der Schmerzmedikation die Erfolgsrate steigern, bei gleichzeitiger Abnahme der unerwünschten Wirkungen. Als Beispiele erwähnte Prof. Sprott physikalische Therapien, Elektrostimulationsverfahren wie TENS, eine psychotherapeuti-

sche Begleitung oder aber die rückenmarksnahen Gabe lokaler Pharmaka, die Neurolysen oder Nervenblockaden als Beispiele für interventionelle Massnahmen.

Opioide bei nicht malignem Schmerz

Aufgrund der nur mässigen Evidenz und wegen der vielfältigen potenziellen Nebenwirkungen sollten Opioide bei nicht tumorbedingten Schmerzen mit Zurückhaltung verordnet werden. Insbesondere ältere, multimorbide Patienten gelten als Kandidaten für mögliche Komplikationen. Es kann zur zentralen Sensibilisierung kommen mit verstärktem Schmerzempfinden, zu beeinträchtigter Kognition oder zu endokrinologischen Störungen.

Die Opioid-Rotation wird heute als Option mit verbessertem Sicherheitsprofil propagiert. Mit dem Ausschleichen der bestehenden Medikation und Aufsitzen des neuen Opioids kann es gelingen, das Outcome zu verbessern. Patienten können von verbessertem Effekt und geringerer Nebenwirkungsbelastung profitieren.

Im WHO-Stufenplan ist vorgesehen, dass man in sämtlichen Stufen die bestehende, unzureichend wirksame Schmerzmedikation mit einem **Adjuvans** oder Co-Analgetikum



Patienten mit chronischen Schmerzen erhalten oft die falsche Behandlung.

Foto: iStock

kombinieren kann. In Frage kommen trizyklische **Antidepressiva** wie Amitriptylin sowie moderne Antidepressiva mit dualem (SSRI/SNRI) Wirkprinzip. Die Dosierung ist jedoch deutlich niedriger als in der Depressionsbehandlung. Mit niedrig dosierten Antikonvulsiva oder Muskelrelaxanzien lässt sich der analgetische Effekt ebenfalls intensivieren.

Vielversprechende neue Optionen

Als **neues NSAR** bietet sich neben Celecoxib auch das Etoricoxib an. Die **SNEPCO** (selective neuronal potassium channel opener) wie Flupirtin gelten als vielversprechend: Flupirtin verminderte die Schmerzintensität so stark wie Tramadol. Als neues Opioid steht Tapentadol zur Verfügung. Und schliesslich treten bekannte Wirkstoffe mit neuen galenischen Eigenschaften an: so wirkt ein Buprenorphin-Pflaster über 72 Stunden, und mit retardiertem Tramadol gelingt eine Schmerzkontrolle über 24 Stunden.

Man sollte also sämtliche Möglichkeiten der medikamentösen, nichtmedikamentösen und interventionellen Therapien ausschöpfen, und individuell kombinieren, um die Lebensqualität von chronischen Schmerzpatienten zu verbessern, so Prof. Sprott. RW