

med QN news

Neuigkeiten aus den Fachgebieten

Ärztebrief 06

Grundprinzipien der Opiattherapie



Chronische Schmerzen, die mit der Gabe von WHO-Stufe 1 Präparaten nicht ausreichend zu therapieren sind, können mit Opiaten der WHO-Stufe 2 oder 3 kombiniert werden, um eine ausreichende Analgesie bei möglichst geringen Nebenwirkungen zu erzielen

Dabei wird eine **Dauermedikation mit retardierten Opiaten** kombiniert mit einer Bedarfsmedikation mit schnell verfügbaren Opiaten.

Die Dosis der **Bedarfsmedikation** beträgt in der Regel 1/6 der Tagesdosis des retardierten Opiates.

WHO Stufe I Präparate können also die Therapie von schwachen oder starken Opiaten der WHO-Stufe II oder III sinnvoll ergänzen.

Opiate der WHO Stufen II und III hingegen sollten niemals zusammen verordnet werden, da die Medikamente beide um den Opiatrezeptor konkurrieren und die WHO Stufe 2 Präparate (in der Regel Tramadol oder Tilidin) dann die Wirkung der WHO Stufe 3 Präparate abschwächen.

Eine **antiemetische Prophylaxe**, z. B. **3 x 20 Trpf. MCP oder 3 x 5 Trpf. Haloperidol p.o.**

und eine **Obstipationsprophylaxe**, z. B. **1-3 Btl. Macrogol/Tag 10-20 Trpf. Natriumpicosulfat z. N.**

sollten bei jeder Erstverordnung von Opiaten als Bedarfsmedikation mit verordnet werden. Während die Übelkeit oft nach den ersten Wochen abnimmt bleibt die Obstipationsneigung unvermindert bestehen.

Eine **Atemdepression** zu Beginn einer Opiattherapie ist bei langsamer Aufdosierung extrem unwahrscheinlich. Gelegentlich verspüren COPD Patienten zu Beginn einer Opiattherapie ein thorakales Engegefühl, bedingt durch eine Zunahme der bronchialen Obstruktion.

Steht der Patient trotz zufriedenstellender Analgesie der Fortführung einer Opiattherapie skeptisch gegenüber, sollte nach **Libidoverlust** und nach **Pseudohalluzinationen** gefragt werden, da die Patienten

diese Nebenwirkungen oft nicht von sich aus erwähnen.

Im Gegensatz zur Halluzination im Rahmen einer Psychose ist bei der Pseudohalluzinationen, die in 5-8% der Fälle unter Opiattherapie auftreten kann, die Realitätskontrolle erhalten, d.h. der Patient weiß, dass er etwas sieht, was nicht real ist. Pseudohalluzinationen sind eine Indikation zur Opiatrotation.

Impressum:

Herausgeber:
Med-QN Netzbüro,
Tel.: (0234) 547 54 53,
www.medqn.de
Redaktion: Herr Dr. Besser,
Herr Dr. Liesenklas, Herr Prof. Juckel,
Herr Dr. Tenholt, Frau Wiciok
Gestaltung: Brigitte Mayer,
www.b-m-grafikdesign.de
Fotos: Fotolia.com: © DOC RABE
Media (1), © Phase4Photography (2),
© freshidea (2), © novartis (3),
© Minerva Studio (4) Quelle: Allergan

Myocloni hingegen sind eine Indikation zur Dosisreduktion, da sie in der Regel eine Überdosierung anzeigen. In diesem Fall sollte die Opiatdosierung verringert und stattdessen versuchsweise zusätzlich ein Koanalgetikum verordnet werden.

WHO Stufe II Präparate (Tramadol oder Tilidin) sollten als Retardpräparate

3 x tgl. bis maximal 600 mg Tagesdosis

verordnet werden. Darüber hinaus ist keine weitere Steigerung der Analgesie zu erwarten.

Die Verordnung von Tilidin in Tropfenform sollte möglichst vermieden werden, da die Substanz ein erhebliche Abususgefahr induziert und aus diesem Grund auf einem BTM-Formular verordnet werden muss. Tilidin Retardtabletten induzieren demgegenüber keine erhöhte Abususneigung.

Dosiserhöhung: Bei persistierenden Schmerzen wird das retardierte Opiat um 25 – 30% erhöht. Die Bedarfsmedikation sollte parallel so angepasst werden, dass sie weiterhin 1/6 der Tagesdosis des retardierten Opiates enthält.

Dosiserhöhung:

Umrechnung von peroraler auf subcutane oder intravenöse Gabe: Die Tagesdosis der retardierten Opiattabletten wird durch 3 geteilt, um die Dosierung s.c. bzw. i.v. zu berechnen.

Beispiel:

3 x 30 mg Morphin ret. p.o./Tag entsprechen

90 mg : 3 = 30 mg Morphin s.c./Tag (Dosis s.c. = Dosis i.v.)

Morphin wird als retardierte Tabletten in verschiedenen Dosierungen alle 8 Stunden verabreicht und ist auch als Granulat, z. B. für die Gabe via PEG, erhältlich. Für Niereninsuffiziente und Dialysepatienten ist Morphin ungeeignet, weil beim Abbau entstehenden aktive Metabolite (M6- und M3-Glucuronid) nicht ausgeschieden werden können.

Hydromorphon wird als retardierte Tabletten und als Ampulle in verschiedenen Dosierungen alle 12 Stunden verabreicht. Es ist 5-8 x stärker wirksam als Morphin.



Nach der Resorption unterliegt Hydromorphon der Metabolisierung in der Die maximale Plasmakonzentration ist nach ca. 1 Stunde erreicht, die Ausscheidung erfolgt vorwiegend renal.

Oxycodon ist 1 – 1,5 x stärker wirksam als Morphin und wird häufiger als retardiertes Präparat alle 8 Std. bei nicht-Tumorschmerzen eingesetzt.

Bei den Oxycodon-Generika wird durch Alkoholgenuss die Retardierung aufgebrochen und das Präparat auf einen Schlag freigesetzt. Darauf müssen die Patienten zu Beginn der Therapie hingewiesen werden. Durch seine Wirkung am κ -Rezeptor wurde sowohl eine bessere Verträglichkeit als auch eine bessere Wirkung bei neuropathischen Schmerzen erhofft, wofür es jedoch keine kontrollierten, randomisierten Daten gibt. Oxycodon wirkt ebenfalls dämpfend auf das Hustenzentrum.

Tapentadol wirkt als Agonist am μ -Rezeptor und als selektiver Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer.

Letzteres erklärt die Wirksamkeit der Substanz bei neuropathischen Schmerzen. Allerdings liegt die Opiatwirkung im Bereich der Wirkung von WHO-Stufe 2 Präparaten, was die Umstellung von mit BTM vorbehandelten Patienten auf Tapentadol schwierig gestaltet und zu Symptomen des Opiat-Entzuges führen kann.

Eine Neueinstellung von opiatnaiven Patienten mit „mixed pain“, also mit nozizeptiven und neuropathischen Schmerzanteilen auf Tapentadol kann gelingen.

Transdermale Systeme (Fentanyl TTS, Buprenorphin TTS) gibt es in verschiedenen Stärken.

Fentanyl wird bei ca. 70 % aller Patienten alle 3 Tage gewechselt. Bei ca. 30% aller

Patienten ist jedoch der Pflasterwechsel schon nach 48 h notwendig, da die Patienten sonst immer am dritten Tag eine Schmerzverstärkung verspüren.

Bei Zentralisierung am Lebensende und bei extremer Kachexie wird der Wirkstoff aus dem Pflaster nicht ausreichend resorbiert, so dass in diesen Fällen das TTS entfernt und z. B. durch eine PCA Pumpe ersetzt werden sollte.

Buprenorphin ist gut geeignet bei Niereninsuffizienz und gut geeignet bei Abusus-Anamnese (kein Kick).

Das Levomethadon erlebt derzeit eine Renaissance in der Palliativmedizin, aber auch in der Schmerztherapie von Patienten mit neuropathischer Schmerzkomponente.

Methadon ist ein Racemat zweier spiegelbildlicher Moleküle

Dextromethadon
Levomethadon

Dextromethadon (rechtsdrehend) ist zwar ein potentes Antitussivum, besitzt aber nahezu keine analgetische Wirkung.

Die gefürchtete QT-Zeit-Verlängerung wird hauptsächlich durch Dextromethadon vermittelt, nicht durch Levomethadon.

Levomethadon erzeugt – ähnlich wie Buprenorphin – wegen der langsamen Anflutung bei oraler Anwendung keinen Kick! Beide Substanzen sind daher gut geeignet für ehemalige Abususpatienten. Levomethadon wirkt als μ -Agonist und am NMDA Rezeptor.

Es ist besonders wirksam bei neuropathischem Schmerz und ca. 15 x stärker wirksam als Morphin

1 ml = 20 Tr = 5mg

Beispiel für das **Aufdosieren von Levomethadontropfen:**

1. Tag:

b. Bed. alle 4 Std. 3-5 Trpf. L-Polamidon der Patient wird gebeten, die Tagesdosis zu notieren

2. Tag:

50% der an Tag 1 ermittelten Tagesdosis morgens und 50% der Tagesdosis abends einnehmen

Nach 14 Tagen kann die Tagesdosis oft um ca. 20 % reduziert werden.

Dr. Bettina Claßen



📌 Kopfschmerzen - wohin geht die Reise?

In den letzten Jahren haben sich einige Veränderungen in der Behandlung von Kopfschmerzpatienten ergeben, die überwiegend die Kopfschmerzformen Migräne, Clusterkopfschmerz und Medikamenten-übergebrauchskopfschmerz betreffen.

Dabei ist die akute Versorgung mehr durch Änderungen der Rahmenbedingungen und Kombination von Präparaten, die prophylaktische Versorgung chronischer Verläufe von Migräne- und Cluster-Kopfschmerzpatienten durch die Zulassung von Botulinumtoxin und den Einsatz von Neurostimulationsverfahren geprägt.

Akuttherapie der Migräne:

In 2013 erschien nach Sumatriptan und Zolmitriptan mit Rizatriptan das dritte Generikum eines Triptans. Hierdurch sind nun auch im generischen Bereich ausreichend alternative Substanzen in allen notwendigen Applikationsformen (s.c.-Injektionen, Nasenspray, Tabletten und Schmelztabletten) erhältlich. Alternativ bieten sich für die Patienten noch die rezeptfreien Substanzen Naratriptan und Almotriptan an, wobei ersteres zwar ein geringeres Nebenwirkungspotential aufweist, aber auch in der Wirksamkeit etwas zurückhinkt (1).

Oftmals ist die Akuttherapie mit einer Monosubstanz ausreichend, aber von einer Vielzahl der ambulant vorstelligen Patien-

ten wird häufig eine mangelnde Wirksamkeit beklagt. Diese mangelnde Wirksamkeit betrifft dabei sowohl die maximale Wirkstärke, als auch eine unzureichende Wirkdauer, welche von den Patienten als Wiederkehrkopfschmerz berichtet wird. Zusammengefasst helfen häufig bereits die folgenden zwei Möglichkeiten: eine frühzeitige Einnahme und die Kombination von Substanzen.

Bereits seit einigen Jahren gibt es gute Hinweise, dass eine frühzeitige Einnahme von Triptanen vor Eintreten einer sog. Allodynie entscheidend für die Wirksamkeit der Medikation ist (2). Die „TEMPO“-Studie hat diese Fragestellung bei Patienten im niedergelassenen Setting replizieren können (3). So berichteten bei früher Einnahme eines Triptans innerhalb der ersten Stunde nach Kopfschmerzbeginn 80,5% der Patienten über eine deutliche Besserung der Kopfschmerzen im Vergleich zu 66,7%, die das Triptan erst später eingenommen hatten.

Auch für die fixen Kombinationen von ASS, Paracetamol und Koffein oder Sumatriptan mit Naproxen konnte in der Vergangenheit eine überlegende Wirksamkeit im Vergleich zu Monosubstanzen nachgewiesen werden (4, 5). Auch die Kombination von Prokinetika und Triptanen zeigt positive Effekte (6). Aktuell konnte belegt werden, dass es sich bei den untersuchten

Kombinationen tatsächlich um synergistische Effekte handelt (7). Untersucht wurden die Kombinationen Sumatriptan/Naproxen, Ibuprofen/Paracetamol und Tramadol und Paracetamol, wobei für die letztere aufgrund des Opiatanteils keine Empfehlung der deutschsprachigen Fachgesellschaften vorliegt.

Es erscheint somit wichtig, mit den Patienten den Einnahmezeitpunkt zu besprechen und ggfs. auch bei nicht ausreichender Wirksamkeit zu einer kombinierten Therapie zu ermutigen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch, mit den Patienten eine Obergrenze der Einnahmehäufigkeit zu vereinbaren, um einen Medikamentenübergebrauchskopfschmerz zu verhindern. Nach der in 2014 revidiert veröffentlichten Definition der internationalen Kopfschmerzgesellschaft ist von diesem ab einer Häufigkeit von 15 Tagen im Monat bei Monoanalgetika auszugehen, ab 10 Tagen bei Triptanen und allen anderen zentral wirksamen Substanzen (8). Dass die Grenze zum Einsatz einer Prophylaxe jedoch schon vorher gezogen sollte, versteht sich fast von selbst.

Weitere Aufklärung kam auch in den Bereich der gleichzeitigen Einnahme von Triptanen und Antidepressiva vom SSRI oder SNRI-Typ (9). Hier werden Patienten oftmals durch die Hinweise auf ein Serotonin-Syndrom von Apothekern oder durch schriftliche Mitteilungen von Online-Apotheken verunsichert. In einer in 2012 publizierten Studie wurde kein einziger Fall eines Serotonin-Syndroms über mehrere Jahre bei mehr als 1,3 Mio. verfolgten Patienten gefunden, die ihre Migräne mit einem Triptan behandelten und gleichzeitig ein SSRI oder SNRI einnahmen (9). Somit muss dieses Risiko zwar als theoretisch vorhanden, praktisch aber eher als sehr gering eingestuft werden.

Vorbeugung der Migräne:

Die größte Neuerung im vorbeugenden Bereich war die Zulassung von Botulinumtoxin A (BOTOX) Ende 2012 zur prophylaktischen Behandlung der chronischen Migräne. Grundlage hierfür war der Wirksamkeitsnachweis in der PREEMPT Studie (10). Zu beachten ist jedoch, dass der Wirksamkeitsnachweis nur für die Subgruppe der Patienten mit einer chronischen Migräne mit und ohne Übergebrauch gelang. Injiziert wird in der



Abbildungen 1, Quelle: Allergan

Standardbehandlung in 31 perikranielle Muskelpunkte alle drei Monate. Die seltene Behandlungsfrequenz und die im Vergleich zu den übrigen eingesetzten Substanzen geringe Nebenwirkungsrate sind bestechend.

Die Zulassung sieht neben dem Einsatz bei Patienten mit mehr als 15 Tagen Kopfschmerzen im Monat vor, dass vor der Behandlung ein Betablocker und Topiramat entweder nicht hilfreich oder nicht verträglich waren oder kontraindiziert sind und ein Neurologe mit in den Behandlungsprozess einbezogen wird (11). Empfehlenswert für die Beantwortung möglicher Kostenträgeranfragen ist hier eine gute Dokumentation der Zulassungsvoraussetzungen. Der anfangs befürchtete Ansturm auf diese Behandlung blieb jedoch aus unserer Erfahrung heraus aus. Die Behandlung dieser Patienten erfolgt auch in der Neurologischen Ambulanz im Bergmannsheil Bochum.

Weitere Klarheit brachte auch eine Untersuchung, die bei der chronischen Migräne keinen Vorteil einer kombinierten Prophylaxe bestehend aus Topiramat und Propranolol im Vergleich zur Monotherapie aufzeigen konnte und bereits bei der Zwischenanalyse abgebrochen wurde (12).

Zumindest in dieser Indikation ist nun sicher, dass eine häufig von Patient und Therapeut gewünschte Augmentation der Behandlung eher zu vermehrten Nebenwirkungen als zu weiteren Vorteilen führt. Inwieweit sich diese Ergebnisse auch auf die Prophylaxe der episodischen Migräne verallgemeinern lassen, muss

mangels Untersuchungen in dieser Indikation offen bleiben.

Nachdem in der im Bochumer Raum vor einigen Jahren federführend durchgeführten GERAC-Studie (13) im Migränearm die Verum-Akupunktur der Schein-Akupunktur nicht überlegen war, erschienen nun in 2012 und 2013 zwei Metaanalysen. Diese haben sich die Mühe gemacht, nicht nur die Studienergebnisse zusammenzufassen, sondern darüber hinaus alle individuellen Daten eines jeden Patienten zu analysieren, der in eine der 29 kontrollierten klinischen Studien weltweit eingeschlossen wurde (14, 15). Mit Erfolg: auch im Bereich der chronischen Kopfschmerzen ist die Akupunktur der Schein-Akupunktur überlegen und somit nicht nur als Plazebo anzusehen. Eingeschränkt wurde von den Autoren jedoch die Tatsache, dass die Effekte insgesamt doch sehr gering sind und zum Teil vom Akupunkteur und vom Ausmaß und der Dauer der Behandlung abhängen. Die Autoren selber schlussfolgern hieraus, dass weitere Untersuchungen für die weitere Empfehlung notwendig sind.

Neurostimulation:

Im Bereich der Neurostimulation kam es in den vergangenen Jahren in der Kopfschmerzbehandlung zu wesentlichen Fortschritten.

Die elektrische Stimulation des N. occipitalis major ist sowohl für die Behandlung der chronischen Migräne als auch des therapierefraktären Clusterkopfschmerzes zugelassen. Hierbei werden Elektroden auf beiden Seiten an den N. occipitalis major gelegt und über ein Aggregat ähnlich eines Herzschrittmachers betrieben. Die Daten in der Behandlung der chroni-

schen Migräne als auch mittlerweile die Langzeitdaten beim Clusterkopfschmerz belegen eine akzeptable Wirksamkeit bei schwer betroffenen Patienten (16, 17). Allerdings führten Dislokationen der Elektroden oder Infekte des Fremdmaterials zu einer operativen Revision bei 14% der Migräne- und 58% der Clusterkopfschmerzpatienten. Eine weitere Entwicklung der implantierten Stimulations-technik ist somit abzuwarten bevor eine uneingeschränkte Empfehlung gegeben werden kann.

Einen anderen Ansatz verfolgt die Stimulation des Ganglion sphenopalatinum (SPG; 18, 19). Bereits lange existieren Ansätze zur medikamentösen und perkutanen, z. T. destruierenden Behandlung des parasympathischen Ganglions in der Tiefe der Flügelgaumengrube im Gesichtsschädelbereich. Ein langfristiger Effekt oder eine akzeptable interventionsbedingte Komplikationsrate wurden dabei bislang noch nicht erreicht. Bei diesem neuen Verfahren wird nun in einem kurzen Eingriff durch einen Schnitt im Zahnfleisch ein Neurostimulator eingesetzt (s. Abbildungen 2 und 3). Nach der Einheilung kann der Patient in der akuten Attacke die Stimulation mit Hilfe einer Fernbedienung auf der Wange bedienen. Es handelt sich um ein völlig passives Bauteil, bei dem auch keine Bestandteile im Verlauf ersetzt werden brauchen. Auch können die Patienten weiterhin mittels Kernspintomographie untersucht werden (20). In den Zulassungsstudien zeigte sich ein Ansprechen im Einsatz bei akuten Attacken von ca. 2/3. Überraschenderweise wurde darüber hinaus eine vorbeugende Wirkung bei knapp der Hälfte der Patienten festgestellt, die bis dahin als „austherapiert“ galten. Aufgrund der engen Lagebeziehung des SPG zu sensiblen



Abbildungen 2 und 3: Neurostimulator des Ggl. sphenopalatinum. Quelle: ATI

Fasern des 2. Trigeminusastes treten als Komplikationen meist vorübergehende Störungen der Sensibilität im Bereich des Oberkiefers auf. Wichtig erscheint auch hier eine sorgfältige Auswahl der geeigneten Patienten, denen dann aber doch eine gute weitere Therapieoption offen steht und für die mittlerweile die Langzeitdaten über 18 Monate bekannt sind (21). Die Kopfschmerzambulanz im Bergmannsheil Bochum bietet diese Therapie in der Vorbereitung und der Nachbetreuung im Anschluss an die Implantation an. Die Implantation selber wird im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, als der Klinik mit der größten Implantationserfahrung bundesweit vorgenommen. Eine klinische Studie zum Einsatz der SPG Stimulation bei Patienten mit chronischer

Migräne wurde gerade in Deutschland in den Zentren Hamburg und Berlin begonnen. Ob die Ergebnisse ähnlich vielversprechend wie beim Clusterkopfschmerz sind, bleibt jedoch unter Kenntnis der unterschiedlichen Chronifizierungskonzepte beider Erkrankungen und der daraus resultierenden Rekrutierung abzuwarten.

Weitaus weniger invasiv ist die Anwendung einer transkutanen Elektrostimulation des ersten Trigeminusastes des „Cefaly“-Systems (22). In einer Studie aus der langjährig erfahrenen Lütticher Kopfschmerzgruppe wurde eine prophylaktische Wirksamkeit bei episodischer Migräne in einem Zeitraum von drei Monaten gezeigt. Interessant ist dieser Therapieansatz vor allem wegen minimaler Nebenwir-

kungen, die sich auf Kribbelparästhesien während und kurz nach der Stimulation im Stimulationsbereich beschränken, wenngleich dieselbe Arbeitsgruppe auch minimale sedierende Effekte veröffentlicht hat (23). Vor dem Hintergrund, dass für „Cefaly“ die Kosten nicht übernommen werden, sind zunächst noch weitere Wirksamkeitsdaten v.a. für den Langfristeinsatz an größeren Patientenkollektiven notwendig.

*Dr. med. Philipp Stude,
Kopfschmerzambulanz,
Neurologische Klinik und Poliklinik,
BG Universitätsklinikum Bergmannsheil
Bochum,
philipp.stude@bergmannsheil.de*

Literatur beim Verfasser



Mit Naturheilverfahren können Schmerzen an unterschiedlichen Lokalisationen und unterschiedlicher Qualitäten behandelt werden. Dazu gehören Hals-, Ohren-, Kopfschmerzen, Migräne, Blasenentzündungen, Traumata, Tumorschmerzen, Schmerzen bei Reizmagen, Reizdarm, bei Endometriose, Dysmenorrhö, Geburtsschmerzen, Koliken, Hämorrhoidalschmerzen und vor allem Schmerzen, die mit muskuloskelettalen Erkrankungen einhergehen.

Es steht ein breites Spektrum an Arzneipflanzen zur Verfügung die bei den unterschiedlichen Schmerzformen, teilweise als Arzneimittel eingesetzt werden können. Dazu gehören beispielsweise Weidenrindenpräparate, Teufelskrallenpräparate, Kombinationspräparate aus Esche, Zitterpappel, Goldrutenkraut, capsaicinhaltige Zubereitungen und Pestwurzextrakte.

Da in diesem Rahmen dieses breite Feld nicht behandelt werden kann soll am Beispiel der Schmerzen im LWS-Bereich ein

➤ Häufig unterschätzt, aber wirksam: Schmerzbehandlung mit Naturheilverfahren

Beispiel gegeben werden, wie ein Behandlungskonzept aussehen kann.

Dieses Konzept kann ambulant nur bedingt in diesem Umfang umgesetzt werden. Daher ist die Aufnahme zur stationären naturheilkundlichen Komplexbehandlung in die Abteilung Naturheilkunde der Klinik Blankenstein mittels einer Krankenhauseinweisung durch den Facharzt bei chronisch erkrankten Patienten meist unumgänglich.

Hier besteht die Möglichkeiten der naturheilkundlichen Behandlungen von Schmerzen bei Erkrankungen des erweiterten rheumatischen Formenkreises (Arthrose, chronische Polyarthrit, Wirbelsäulensyndrom, Fibromyalgiesyndrom).

70% der Patienten der Abteilung Naturheilkunde werden mit Erkrankungen aus dem erweiterten rheumatischen Formenkreis ärztlicherseits eingewiesen. Ein typisches Beispiel stellt eine 47 jährige Patientin mit einem Krankheitsverlauf von 2 Jahren dar. Die Einweisung erfolgte durch ihren Orthopäden.

Die Patientin berichtete bei der Aufnahme über chronische Schmerzen der unteren

Wirbelsäule mit lumboschialgieformer Ausstrahlung vor allem in das linke Bein mit Dysästhesien bis zum Fuß ziehend, die besonders bei körperlicher Belastung sowie nächtlich zunehmen. Sie war zusätzlich durch die Versorgung der pflegebedürftigen Schwiegermutter belastet. Orthopädischerseits zeigten sich im Röntgenbild degenerative Veränderungen der LWS, kein Bandscheibenvorfall. Die Patientin erhielt im Verlauf ambulant zehnmal Akupunktur sowie fünfmal Neuraltherapie. Krankengymnastik sei ihr aus Budgetgründen, trotz Nachfrage, nicht verschrieben worden. CT gesteuerte Injektionen im Vorjahr hätten einige Monate zu einer Besserung geführt, jetzt jedoch habe sie seit 3 Monaten starke ausstrahlende Schmerzen.

Bei der körperlichen Aufnahme war der Lasègue-Test links positiv, Dysästhesien lateral des linken Ober- und Unterschenkel waren festzustellen. Die Patientin wirkte deutlich psychophysisch erschöpft.

Hydro-Thermotherapeutisch erhielt die Patientin Wärmeträger mit Moorinhalt bzw. Kirschkernkissen bei Bedarf. Weiterhin wurden heiße Blitzgüsse sowie eine heiße Rolle täglich einmal durchgeführt.

Zeitweilig wurde eine Stufenbettlagerung eingesetzt.

Bewegungstherapeutisch zeigt sich auch hier, wie bei so vielen Patienten mit Rückenschmerzen, ein muskuläres Defizit des Halteapparates. Bei der Patientin wurden daher krankengymnastische Einzelbehandlungen durchgeführt, die mit einem Übungsprogramm für zu Hause abschlossen. Es erfolgte eine Aufklärung, dass es notwendig ist, dieses Übungsprogramm auch zu Hause selbständig weiterzuführen, um die im Verlauf erreichte Schmerzlinderung zu erhalten und noch zu stabilisieren. Es wurde mit der Patientin besprochen, dass der weitere Krankheitsverlauf wesentlich mit in ihrer Eigenverantwortung liegt. Ggf. können bei solchen Zuständen aber auch Massagen sinnvoll sein, um erst einmal den muskulären Hartspann soweit zu lockern, so dass im Anschluss krankengymnastische Übungen greifen können.

Phytotherapeutisch erhielt die Patientin zur Schmerztherapie ein pflanzliches Arzneimittel, ein Weidenrindenpräparat, dessen Wirkeintritt bereits nach 7 Tagen erfolgte. Es wurde daher für die Langzeittherapie empfohlen. Die typischen gastrointestinalen Nebenwirkungen der NSAR können so vermieden werden. Weiterhin wurden zweimal täglich Heublumenwickel sowie eine Einreibung der Wirbelsäule mit einem speziellen Moorextrakt eingesetzt. Eine Teedrogenmischung wurde zusätzlich unterstützend verabreicht:

Brennnesselkraut	20,0
Weidenrinde	20,0
Pfefferminzblätter	20,0
Malvenblüten	10,0
Süßholzwurzel	10,0
Ackerschachtelhalmkraut	20,0
Dosierung und Art der Anwendung:	

- Infus: 1 EBl. Teemischung mit 500 ml kochendem Wasser übergießen und 10 Min. zugedeckt ziehen lassen, danach abseihen
- tgl. 3-5x 1 Tasse trinken über maximal 8 Wochen

Ernährungstherapeutisch wurde eine 7 tägige Kartoffel-Reis-Entlastungskost eingesetzt, die danach in eine vollwertige, basenüberschüssige gut verträgliche Kost umgestellt wurde. Diese Entlastungskost führte zu einer Eiweisreduktion, was sich auf die Arachidonsäurekaskade und somit positiv auf die Schmerzlage auswirkte.



Ordnungstherapeutisch wurde bei der Patientin der Zusammenhang ihrer seelischen Alterationen -Mehrfachbelastungen durch die Versorgung von Familienangehörigen- und ihren körperlichen Einschränkungen erörtert. Charakteristisch dafür können im übertragenen Sinn z.B. Sprichwörter wie „ das hat ihr das Kreuz gebrochen“ sein, um den körperlichen, wie seelischen und geistigen Aspekt der Erkrankung darzustellen. Unterstützend erhielt die Patientin neben ordnungstherapeutischen Einzelgesprächen noch eine entspannende Atmungstherapie, die leicht erlernbar ist und dann einfach zu Hause weitergeführt werden kann.

Weitere Therapien wie der Einsatz von Schröpfgläsern sowie die Akupunktur zur Schmerztherapie wurden regelmäßig bei der Patientin angewendet.

Gerade Naturheilverfahren eignen sich besonders, um bei Schmerzsyndromen mit einer hohen Rezidivrate kurzfristig, aber auch längerfristig eine deutliche Beschwerdeverbesserung zu erreichen. Dabei wird die Eigeninitiative (z.B. selbständiges Weiterführen von Krankengymnastik und der Einsatz von pflanzlichen Arzneimitteln) gefördert, das zu einer Entlastung der ambulanten Ressourcen führt.

So konnte bei der hier geschilderten Patientin eine längerfristig eine Beschwerdelinderung erreicht werden.

Die ausgesprochen guten Ergebnisse der naturheilkundlichen Komplexbehandlung beim LWS-Syndrom sind evaluiert und in hochrangigen Journals publiziert worden. Auch eine Metaanalyse zeigte die anhaltende Verbesserung des Beschwerdebildes nach stationärer naturheilkundlicher Komplexbehandlung auf.

Literatur beim Verfasser

*Prof. Dr. med. André-Michael Beer
Chefarzt der Abteilung
für Naturheilkunde
Klinik Blankenstein, Hattingen
Lehrbereich Naturheilkunde,
Ruhr-Universität Bochum
Im Vogelsang 5-11
D-45527 Hattingen
Telefon: 0 23 24 39 64 87*

ENTDECKEN SIE
**SCHLAGANFALLPROPHYLAXE FÜR
IHRE PATIENTEN MIT VORHOFFLIMMERN[§]**
VON EINER GANZ NEUEN SEITE:

Eliquis[®]
Apixaban 

KLICKEN, MEHR ENTDECKEN.

§ NICHT-VALVULÄREM

 Bristol-Myers Squibb 

AKTUELLE
FACHINFORMATION:
HIER KLICKEN

➤ Einsatz der Multifunktions-Elektrode (Pasha®-Elektrode) in der Therapie von Rückenschmerzen. Mode oder sinnvoll?

Bei der Vielzahl der aktuell verfügbaren Therapieverfahren zur Behandlung von Rückenschmerzen, verliert man schnell den Überblick.

Die Frage welches Verfahren für welchen Patienten zu welchem Zeitpunkt das Richtige ist, stellt viele Ärzte immer wieder vor Entscheidungsschwierigkeiten. Leider gibt es bisher nur ansatzweise valide Verfahren zur Vorhersage, von welchem Verfahren ein Patient zu einem bestimmten Zeitpunkt am nachhaltigsten profitiert. Die Einteilung der Schmerzarten in nozizeptiv, neuropathisch, „mixed pain“ oder die Zuordnung verschiedener Versorgungsgebiete radikulär, pseudoradikulär ist eine wesentliche Grundvoraussetzung für die Auswahl eines geeigneten Verfahrens. Meistens verläuft der Leidensweg der Patienten über das sog. „Try and Error“ Prinzip und ist nach dem Gesundheitsbericht des Bundes aus dem Jahr 2006 nicht nur der häufigste Grund für Arbeitsunfähigkeitstage sondern bei Männern auch der häufigste Grund für eine Frühberentung¹.

Die Unzufriedenheit chronischer Schmerzpatienten über die Wirksamkeit ihrer Therapie, zeigte eine Patientenumfrage aus dem Jahr 2010, wonach 90% der Befragten seit mehr als 3 Jahren unter Schmerzen litten. „In Deutschland besteht in vielen Bereichen der praktizierenden

Schmerztherapie Optimierungsbedarf“, kommentierte der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie (DGS) Dr. med. Gerhard H.H. Müller-Schwefe, Göppingen, diese Befragung der Deutschen Schmerzliga (DSL)².

In der Praxis steht bei akuten Rückenschmerzen nach wie vor an erster Stelle die konservative Therapie, bestehend aus einer Kombination oraler Schmerzmittel nach dem WHO Stufenschema und einer begleitenden physikalischen Therapie.

Führen diese Maßnahmen nicht zu einer raschen Linderung können frühzeitig eingesetzte neuromodulative Verfahren wie z.B. die Neurostimulation das Chronifizierungsrisiko deutlich reduzieren.

Nach einer Stellungnahme der Universitätsklinik Köln, Dr. Koulousakis, zur gepulsten Radiofrequenz Therapie (PRF) mittels der Multifunktions-Elektrode sollte die Neuromodulation auf der Stufe II des WHO Stufenschemas sowohl für den chronischen als auch für den akuten Rückenschmerzpatienten stehen³.

Geschützt wird diese These durch eine Studie aus dem Jahr 2009, wonach eine

langfristige (3-13 Wochen) Analgetikagabe alleine bei Nerven-, Gelenk- und Rückenschmerzen nur einen geringen Rückgang der Schmerzen (ca. 10 Skaleneinheiten auf einer VAS-Skala von 0-100) bewirkt⁴.

Die Neurostimulation wirkt durch Beeinflussung der Schmerzverarbeitung und -weiterleitung im Bereich der spinalen Nerven und des Rückenmarkshinterhorns (Aktivierung von inhibitorischen Bahnen und Blockierung exzitatorischen Bahnen). Dabei wird über eine unter Röntgenkontrolle epidural platzierte Elektrode (entweder über den Hiatus sacralis oder einer intervertebralen Punktion) mit elektrischen Impulsen lokal die Intensität und Weiterleitung der Schmerzreize beeinflusst und moduliert (Abb.1 und 2)

Die Multifunktions-Elektrode ist sehr weich und flexibel, lässt aber dennoch eine gezielte Steuerung zu. Damit können die betroffenen lokalen Nervenstrukturen im Wirbelkanal unter Röntgenkontrolle exakt aufgesucht werden. Am distalen Ende befinden sich zwei elektrische Pole sowie eine Öffnung, die – falls gewünscht – eine epidurale Gabe von Medikamenten ermöglicht.

Zur Segmenterkennung kann die Elektrode mittels einer Teststimulation optimal platziert werden. Der Patient spürt dabei nur ein leichtes Kribbeln im vorbestehenden Schmerzareal. Bei optimaler

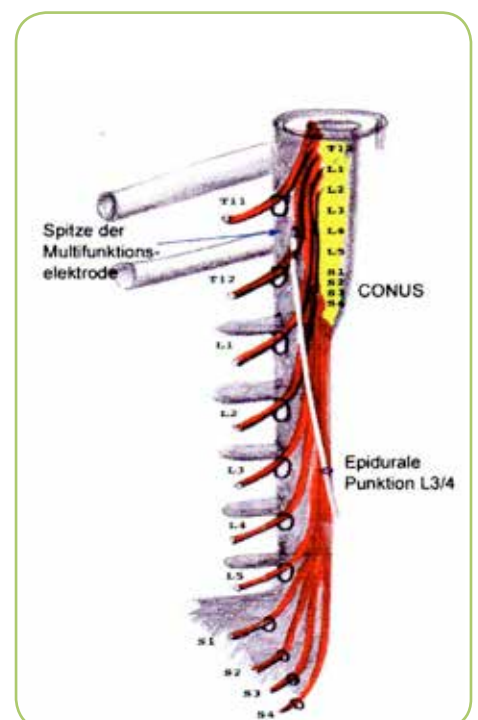
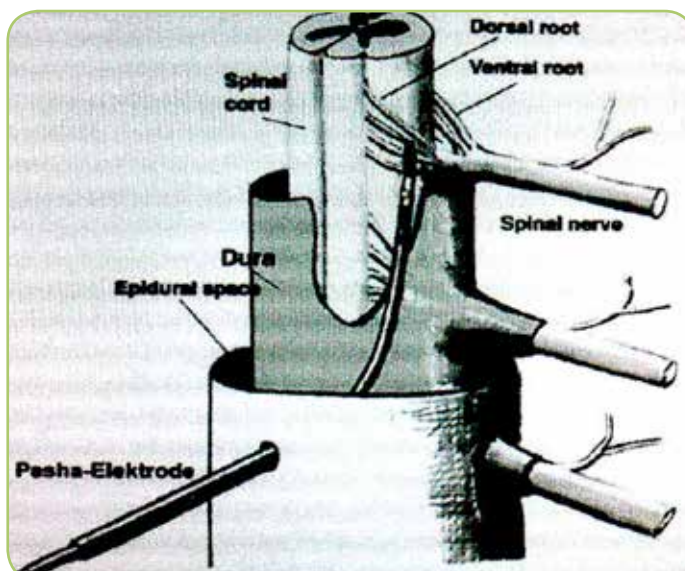


Abb. 1 und Abb. 2:

Blick auf das lumbale Rückenmark mit Multifunktions-Elektrode
Quelle OMI

Elektrodenpositionierung wird unter Verwendung eines Radio-Frequenz (RF)-Generators im Pulsmode das stark gepulste Radiofrequenzfeld über 4 – 8 Minuten in 20 ms kurzen Intervallen mit einer Frequenz von 500.000 Hz appliziert. Anschließend folgt eine Pause von 480 ms. So wird sichergestellt, dass trotz des starken lokalen elektromagnetischen Feldes die Temperatur von maximal 42°C nie überschritten wird.

Das elektromagnetische Feld am Elektrodenende bewirkt biochemische und elektrische Reaktionen an Nervenstrukturen, die die Schmerzweiterleitung hemmen und die Umschaltung im Rückenmarkshinterhorn modulieren. Die so behandelten neuronalen Strukturen erleiden keine Schädigung. Es treten weder sensorische Defizite noch motorische Schäden auf. Während der ganzen Prozedur ist der Patient ansprechbar.

Als innovative Variante der Neurostimulation stellt die epidurale gepulste Radiofrequenztherapie (PRF) mittels einer Multifunktionselektrode (Pasha®-Elektrode) eine minimal-invasive Methode der modernen Schmerztherapie dar ⁵.

Vorteile der PRF:

- 1.) Die Patienten müssen keine Fremdkörper tragen.
- 2.) Zeitsparend und patientenfreundlich, da in einer Sitzung mehrere Strukturen aufgesucht und behandelt werden können.
- 3.) Minimale Risiken im Vergleich zu den sonstigen invasiven Therapieverfahren.
- 4.) Geringe Primärkosten und keine Folgekosten (Revisionen, Pumpenfüllungen etc.)
- 5.) Kostenübernahme durch jede Krankenkasse ohne Antrag

Indikationen:

- » Neuropathische Schmerzen (ähnlich der SCS-Behandlung)
- » Fail Back Surgery Syndrom (FBSS)
- » Radikuläre Schmerzen cervical und lumbal verschiedener Genese
- » Zervikogene Cephalgien
- » Postzosterneuralgie
- » Intercostal neuralgien
- » Restless leg Syndrom
- » CRPS (Sudeck und andere dystrophe Syndrome)

Fazit

Die minimal-invasive, epidurale gepulste Radiofrequenztherapie stellt zur Behandlung nicht nur des akuten und chronischen Rückenschmerzes, sondern einer Vielzahl weiterer Schmerzerkrankungen (s.o.) ein modernes und vor allem ein berechtigtes Verfahren in der vielfältigen Landschaft der invasiven und nichtinvasiven Therapieverfahren dar.

Leider muss aber auch hierbei festgestellt werden, dass der individuelle Erfolg, sowohl im Hinblick auf die Intensität als auch auf die Dauer der Schmerzreduktion schwer vorhersehbar ist.

In Abwägung des Kosten –Nutzen–Risiko–Profils ist allerdings festzuhalten, je früher eine effektive Schmerztherapie erfolgt, die Gesamtkosten der Therapie gering gehalten werden können, der Nutzen für die Patienten deutlich größer ist und das Risiko für Folgeschäden und/oder einer Chronifizierung erheblich geringer ist.

Und darin liegt die Stärke einer additiven, frühzeitigen Schmerztherapie mit der PRF-Therapie: Ein erträgliches Verfahren mit minimalem Risiko und überwiegend guten Erfolgen.

In den Händen erfahrener Therapeuten ist es ein effektives und sicheres Verfahren, das auch noch bei schwersten chronischen Schmerzzuständen zumindest zeitweise eine Chance auf Schmerzlinderung und Verbesserung der Lebensqualität eröffnet. (Abbildung 3)

*Dr. med. Dirk Neveling,
Chefarzt der Abteilung für
Anästhesiologie und Schmerztherapie
der Klinik Blankenstein in Hattingen
Michael Jokiel,
Oberarzt der Abteilung für
Anästhesiologie und Schmerztherapie
der Klinik Blankenstein in Hattingen*

¹ Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2006

² Quelle: Deutsche Schmerzliga (DSL): Patientenbefragung 2009

³ Quelle: Zweite neurochirurgische Stellungnahme Klinik für Funktionelle Neurochirurgie und Stereotaxie Universitätsklinikum Köln 1.12.2012

⁴ Quelle: Reinecke, H.& Sorgatz, H. 2009 S-3-Leitlinie LONTS. Der Schmerz, 23(5), 440-447

⁵ Quelle: medical spezial 6/11-2012

Abb. 3: Szenario einer PRI-Therapie mit C-Bogen und einem HF-Generator, Quelle OMI





In meinen folgenden Ausführungen möchte ich mich beschränken auf Möglichkeiten der nichtinvasiven Schmerztherapie während der ambulanten Behandlung.

Ich bin niedergelassene Haus- und Palliativärztin und arbeite im palliativärztlichen Konsiliardienst in Bochum. Durch unsere enge Zusammenarbeit mit den onkologischen Abteilungen und den niedergelassenen Onkologen betreuen wir viele Tumorpatienten, haben aber auch viele Patienten mit internistischen Erkrankungen wie chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen, also COPD, schwerer Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz, und es gibt die große Gruppe der Menschen, die an einer fortgeschrittenen Demenz leiden.

Ursachen von Schmerzen insbesondere bei Tumorpatienten

Über 70% der Tumorpatienten leiden unter Schmerzen. Die Ursachen sind vielfältig. Der Tumor kann durch seine lokale Verdrängung eine Nervenkompression hervorrufen (z.B. wenn Lymphknotenvergrößerungen Nerven komprimieren). Durch Lokalisation in abgekapselten Organen kann es zu einer Binnendrucksteigerung führen (Leberkapselspannungsschmerz) und durch Gefäßverschlüsse kommt es zu ischämischen Schmerzen sowohl im Verdauungstrakt als auch in den Extremitäten.

Tumorbefall kann auch zu Entzündungen führen, zum Beispiel zu einer Bauchspeicheldrüsen- oder Bauchfellentzündung.

Chemotherapieassoziiert sind Schmerzen möglich u.a. im Rahmen der Schleimhautveränderungen im Magendarmtrakt, einer Mukositis. Bestimmte Chemotherapeu-

➤ Schmerztherapie in der Palliativmedizin

tika führen auch zu Veränderungen der Nerven, so dass Kribbeln oder eine verstärkte, schmerzhaftige Wahrnehmung bei Berührungen auftritt. (Polyneuropathien). Phantomschmerzen treten nach Amputationen auf und nicht zu vergessen sind Schmerzen durch diagnostische Eingriffe wie Venenpunktionen, Lumbalpunktionen und Biopsien.

Ein geschwächtes Immunsystem, schwerer Gewichtsverlust (Kachexie) und Immobilität begünstigen zusätzlich schmerzverursachende Erkrankungen wie die Zosterneuralgie und die Entwicklung von ausgedehnten Dekubitalgeschwüren. Auch tiefe Beinvenenthrombosen und Lungenembolien sind häufig und Ursachen von Schmerzen.

Nozizeptorschmerz und neuropathischer Schmerz

Für die angemessene Behandlung von Schmerzen ist die Unterscheidung zwischen Nozizeptorschmerzen und neuropathischen Schmerzen von Bedeutung.

Zu den Nozizeptorschmerzen gehören somatische und viszerale Schmerzen. Der somatische Schmerz entsteht durch Aktivierung von Nozizeptoren in der Haut oder in den tieferen Gewebeschichten, zum Beispiel bei Knochenmetastasen. Diese Schmerzen sind für den Patienten zumeist gut lokalisierbar.

Viszerale Schmerzen haben ihren Ursprung in den viszeralen Organen. Sie sind für den Patienten zumeist schlecht zu lokalisieren und werden häufig begleitet von vegetativen Symptomen wie Schwitzen, Herzrasen, aber auch Angst. Viszerale Schmerzen werden häufig auch in anderen Körperregionen wahrgenommen. So äußert sich ein Prozess in der Bauchspeicheldrüse häufig in Rückenschmerzen.

Die verschiedenen Schmerzarten kann man klinisch unterscheiden aufgrund ihrer besonderen Charakteristik.

Neuropathische Schmerzen sind brennend, bohrend und elektrisierend. Viszerale Schmerzen äußern sich häufig als dumpf und kolikartig.

Somatische Schmerzen sind häufig gut

lokalisierbar, der Patient berichtet über ziehende, stechende und schneidende Beschwerden.

Schmerzen bei Patienten mit internistischen Erkrankungen

Patienten mit internistischen Erkrankungen sind häufig multimorbide, immobil und mangelernährt. Hier ist die Entwicklung von Dekubitalgeschwüren häufig; sie leiden aber auch unter Kontrakturen und Verspannungen. Therapiebedingt haben Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen häufig eine Osteoporose mit Wirbelkörperfrakturen oder Oberschenkelhalsfrakturen. Die nicht therapierbare pAVK Grad IV, aber auch die diabetische Polyneuropathie bereiten Schmerzen ebenso wie Lymphödeme oder Ödeme aufgrund einer Herzinsuffizienz auch durch Blasenbildung und entzündliche Veränderungen der Haut. Natürlich haben wir Patienten mit einer chronisch rheumatoiden Arthritis, und Patienten mit schwerer Arthrose. Dieses ist sicher nur ein Teil der Schmerzdiagnosen, mit denen wir zu tun haben.

Messen der Schmerzintensität/ Schmerzbeobachtung

Schmerzen sind immer subjektiv und lassen sich nur messen oder in ihrem Ausmaß festlegen, wenn der Patient dazu angeleitet wird: hierzu gibt es verschiedene Skalen, die idealerweise regelmäßig bei unseren Patienten angewandt werden sollten. So gibt es verbale Ratingskalen, numerische Ratingskalen und visuelle Analogskalen. Im täglichen Gebrauch und zur Verlaufsbeobachtung frage ich meine Patienten nach ihrer Schmerzintensität auf einer Skala von 1-10. Allerdings können nicht alle Patienten etwas damit anfangen.

Schmerzerfassung bei dementen Patienten

Hiermit möchte ich überleiten zu dem Problem der Schmerzerfassung bei geriatrischen und dementen Patienten. Wir können davon ausgehen, daß gerade diese Patientengruppe eine Menge Er-

krankungen haben, die Ursache von Schmerzen sind. Das Problem ist, daß diese Menschen sich nicht äußern können. Hier müssen wir nach Hinweisen suchen, die uns vermuten lassen, dieser Mensch habe Schmerzen. Demente Patienten mit Schmerzen werden häufig unruhig, essen nicht mehr, haben Schlafstörungen, sind aggressiv oder ziehen sich zurück. Für diese Beobachtungen ist der Arzt auf die Mithilfe der den Patienten betreuenden Menschen angewiesen, da dies bei einer meist zeitlich begrenzten Visite nicht immer zum Ausdruck kommt.

Für diese Patientengruppe sind spezifische Ratingskalen zur Schmerzerfassung geeignet. Eine dieser Ratingskalen heißt Doloplus 2. Hier werden folgende Symptome abgefragt:

Verbaler Schmerzausdruck, Schonhaltung in Ruhe, Schutz von Schmerzhaften Körperzonen, Mimik, Schlaf, Waschen/Ankleiden, Bewegung/Mobilität, Kommunikation, soziale Aktivitäten und Verhaltensstörungen.

Häufig ist es angezeigt, auch probatorisch ein Schmerzmittel zu verabreichen.

Die Schmerztherapie und das WHO Stufenschema

Bei der Schmerztherapie kann man sich an dem WHO Stufenplan orientieren, wobei die so eingeteilten Medikamente oft nicht hierarchisch eingesetzt werden, da sie unterschiedliche Wirkmechanismen haben und auch unterschiedliche Schmerzen behandeln. Weiterhin ist der WHO Stufenplan kein starres System, sondern ist offen nach oben und nach unten. So kann es sein, daß während einer Schmerztherapie mit starken Opioiden auch wieder schwächere Opiode zum Einsatz kommen können, wenn zum Beispiel der schmerzverursachende Tumor kleiner geworden ist.

WHO Stufe 1: Nicht Opiode: NSAR, Coxibe, Paracetamol, Metamizol

WHO Stufe 2: schwach wirksame Opiode: Tramadol, Tilidin, Codein

WHO Stufe 3: stark wirksame Opiode: Morphin, Fentanyl, Hydromorphon, Buprenorphin

Es gibt noch eine Stufe 4 der Schmerztherapie, wenn zum Beispiel invasive Thera-

pien mit rückenmarksnahen Applikationen zum Einsatz kommen.

Wichtig ist die Gruppe der Koanalgetika. Hierzu gehören Gabapentin, Pregabalin (Lyrica), Carbamazepin, Amitryptillin.

Häufig haben unsere Patienten gemischte Schmerzen. So kommen bei entzündlichen Schmerzen NSAR in Frage, Novalgin ist oft hilfreich bei viszeralen Schmerzen wie Koliken und Darmkrämpfen.

Koanalgetika sind wichtig bei neuropathischen Schmerzen.

Mittelstarke Opiode kommen bei unseren Palliativpatienten selten zum Einsatz, häufig ist es sinnvoll gleich mit einer niedrigen Dosis eines starken Opioids zu beginnen.

Opiode sind sinnvoll bei Nozizeptorschmerzen, wirken aber auch bei neuropathischen Beschwerden.

Die Wahl des Opioids hängt vom Patienten ab. Grundsätzlich müssen wir wirtschaftlich verordnen. Morphin ist billig und gut.

Bei geriatrischen Patienten ist häufig das Hydromorphon sinnvoller, da dieses bei einer meist bestehenden Niereninsuffizienz nicht akkumuliert.

Wenn der Patient nicht schlucken kann, ist ein Schmerzpflaster eine sinnvolle Option. Natürlich müssen wir auch auf Unverträglichkeiten achten. Wenn Patienten über Halluzinationen, Juckreiz, Verwirrtheit, Harnverhalt, Myoklonien und Schwitzen klagen, sollte man eine sogenannte Morphinrotation nachdenken, d.h., man wechselt zu einem anderen Morphin, welches diese Nebenwirkungen dann hoffentlich nicht verursacht.

Bei Beginn einer Therapie mit Opioiden verordne ich immer vorübergehend (fünf Tage) Metoclopramid oder Haloperidol gegen die oft mit Beginn der Morphintherapie auftretende Übelkeit. Erfreulicherweise, hört die Übelkeit nach einigen Tagen in aller Regel wieder auf.

Übrigens sollten wir bei Patienten, die mit Morphinen behandelt werden, darauf achten, daß sie keine Obstipation erleiden. Diese Nebenwirkung bleibt typischerweise während der ganzen Therapie bestehen. Wir sollten daran denken, diese Patienten mit Macrogol zu versorgen, aber eventuell auch mit Bifiteral, Glycilax, Natriumpicosulfat oder Mikroklistieren. Wenn alles nicht hilft, auch an Paraffin (Obstinol) denken. Ein neueres Präparat auf dem Markt bei morphinbedingter therapierefraktärer Obstipation ist das nur subkutan zu verabreichende Relistor. Leider ist es recht teuer.

Unretardierte Opiode als Bedarfsmedikamente

Wichtig bei unseren Palliativpatienten ist die Gabe von Bedarfsmedikamenten, da sie häufig Schmerzspitzen erleiden oder es Schwankungen in der Schmerzintensität gibt. Bedarfsmedikamente helfen auch bei der Dosisfindung für eine adäquate Dauerschmerztherapie.

So besteht die Morphindauertherapie immer aus der Gabe von retardierten Morphinen. Zusätzlich bekommen unsere Patienten diese Morphine in unretardierter Form, und zwar beträgt die Dosis 1/6 der Tagestherapie. Die Patienten dürfen diese unretardierten Morphine bis zu 6 mal täglich bei zusätzlichen Schmerzen einnehmen, sollen aber Buch darüber führen. So bekommt ein Patient, der täglich 60 mg retardiertes Morphin einnimmt, zusätzlich Morphin 10 mg in unretardierter Form (z.B. Oramorph). Oder ein Patient, der retardiertes Hydromorphon 8 mg tgl einnimmt, hat zusätzlich das Hydromorphon 1,3 zu Hause.

Bei plötzlich einschießenden Schmerzen von kurzer Dauer ist auch der Einsatz von Fentanyl Nasenspray bei Bedarf sinnvoll. Da wir bei unseren Patienten auch damit rechnen müssen, daß sie die Medikamente nicht mehr schlucken können, verschreiben wir ihnen vorsorglich auch Morphin Ampullen für die subkutane Applikation.

Schmerzen und Angst

Bei der Therapie von Schmerzen bei unseren Palliativpatienten ist die psychische Komponente und die Angst ein nicht zu unterschätzender Faktor, der gegebenenfalls ebenfalls mitbehandelt werden muß (Lorazepam, Midazolam). Und zwar haben diese Menschen Angst vor Schmerzen und Schmerzen machen Angst. Aber Angst macht auch Schmerzen. So stellt die hospizliche Arbeit durch Ehrenamtliche, die psychosoziale Unterstützung, die innerhalb des Palliativnetzes vermittelt werden kann und die Unterstützung von Angehörigen eine wichtige Aufgabe bei der Therapie von Schmerzen bei Palliativpatienten dar.

*Dr. Birgitta Behringer
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Palliativmedizin, Hausärztliche Geriatrie
Am Heerbusch 3, 44894 Bochum,
Tel. 0234/5792650,
www.hausaerztin-behringer.de
behringer.b@web.de*