

In Österreich leben etwa 2 Millionen chronische Schmerzpatient:innen. Davon leiden ungefähr 45 % an Rückenschmerzen, gefolgt von Arthrose und Kopfschmerzen. D. h., dass jede:r Fünfte unter ständigen oder wiederkehrenden starken Schmerzen leidet, welche die Lebensqualität sowie den Arbeitsalltag massiv beeinflussen.

Chronisches Schmerzsyndrom

Herausforderungen in der Schmerztherapie

Chronische Schmerzen können den Alltag und die Lebensqualität von Betroffenen stark beeinträchtigen. Für die Therapie stehen NSAR sowie schwache und starke Opioide zur Verfügung. Am Beginn jeder Abklärung steht eine umfassende Schmerzanamnese.



A. o. Univ.-Prof. Dr. Sabine Sator

Klinische Abteilung für Spezielle Anästhesie und Schmerztherapie, MedUni Wien

Um chronischen Schmerz handelt es sich, wenn die Beschwerden länger als drei Monate anhalten und zu körperlichen und psychischen Einschränkungen führen. Im Gegensatz zu akuten Schmerzen, die eine Warnfunktion haben, für Schonung sorgen und dadurch eine Heilung begünstigen (periphere Sensibilisierung), haben chronische Schmerzen keine Aufgabe und können sich zu einem eigenständigen Krankheitsbild entwickeln (zentrale Sensibilisierung). Auch andere zentrale Schmerzverarbeitungen können dadurch in anderen Körperregionen, die von denen, an denen die ursprüngliche Verletzung oder Erkrankung auftreten ist, abweichen, Schmerzen verursachen. In diesem Stadium haben sich die Schmerzen verselbstständigt, und oft ist der ursprüngliche Auslöser gar nicht mehr erkennbar.

Schmerzanamnese

Eine exakte Schmerzanamnese mit einer körperlichen Untersuchung kann die Schmerzsache identifizieren und eine Schmerzdiagnose ermöglichen. Wichtig ist es, die Pa-

tient:innen als „Ganzes“ zu sehen, d. h., dass man die Vormedikation durchsehen muss, auf Interaktionen von Medikamenten achten und auch gleichzeitig die Nebenwirkungen zu Beginn einer Schmerztherapie abdecken muss. Dazu gehören eine regelmäßige Einnahme nach einem fixen Zeitschema sowie eine individuelle Dosierung mit kontrollierter Dosisanpassung. Bei Einleitung einer Schmerztherapie müssen zunächst die Nebenwirkungen zu Beginn einer Schmerztherapie berücksichtigt und den Patient:innen kommuniziert werden, um durch eine adäquate Prophylaxe (Adjuvanzen) die Compliance zu erhöhen.

Auswahl des Analgetikums

Die Auswahl eines Analgetikums richtet sich nach Ursache und Stärke des Schmerzes, Dauer der Behandlung und nach den zu erwartenden Nebenwirkungen abhängig vom Schweregrad des Schmerzes. Eine differenzierte Analgetika-Anwendung berücksichtigt pharmakodynamische und pharmakokinetische Eigenschaften. Das mögliche Nebenwirkungsrisiko muss in einem vertretbaren

PRAXISMEMO

- 1 Eine etwaige **Vormedikation** sowie die **Interaktion mit anderen Medikamenten** sind zu berücksichtigen.
- 2 **Nichtsteroidale Antirheumatika** haben **schmerzstillende, entzündungshemmende und fiebersenkende** Eigenschaften.
- 3 **Opioide** werden üblicherweise in **retardierter Form** mit **Rescue- und Begleitmedikation** verschrieben.

SCHMERZARTEN

Neben nozizeptiven Schmerzen (somatisch und viszeral; Muskel- und Knochenschmerzen, Arthrosen u. a.; chronische Unterbauchschmerzen, chronische Zystitis u. a.) treten neuropathische Schmerzkomponenten (periphere Polyneuropathie oder zentral bei MS, Insult, Traumas u. a.) häufig in Kombination mit dysfunktionalen Schmerzen auf.

INTERDISZIPLINÄRES KRANKHEITSBILD

Zentrales Kriterium bei der chronischen Schmerztherapie ist die eng abgestimmte Einbindung verschiedener Fachdisziplinen. Aufgabe von Schmerztherapeut:innen ist es, die einzelnen Fächer zu koordinieren und die Therapie der somatischen Schmerzkomponente zu führen, um eine akzeptable Lebensqualität zu ermöglichen.

Verhältnis zum therapeutischen Nutzen stehen. Die gleichzeitige Verwendung zweier Substanzen derselben Wirkstoffklasse ist nicht sinnvoll.

Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR)

Unter den Nichtopioiden (WHO-Stufe I, **Abb.**) kommen vor allen NSAR zur Anwendung, die analgetisch, antiphlogistisch und antipyretisch wirken. Eine Langzeiteinnahme von NSAR ist prinzipiell zu vermeiden; wenn dies nicht möglich ist, sind Protonenpumpenhemmer zu verordnen, um das Risiko gastrointestinaler Komplikationen zu minimieren. Metamizol und Paracetamol als Nichtopioide haben keine antiphlogistische Wirkung. Metamizol weist zusätzlich eine spasmolytische Komponente auf und ist bei geriatrischen Patient:innen und jenen mit Nieren- und Herzinsuffizienz für die Langzeitanwendung geeignet. Es ist neben Paracetamol bei antikoagulierten Patient:innen Mittel der ersten Wahl. Spezifische COX-2-Hemmer (Coxibe, Parecoxibe) stellen eine weitere Möglichkeit dar.

Opioide

Es gibt schwache und starke Opioide (WHO-Stufe II und III, **Abb.**), die oftmals in retardierter Form mit Rescue-Medikation verschrieben werden. Eine Rescue-Medikation bietet die Möglichkeit, mit Hilfe eines nichtre-

tardierten Opioids in Tabletten- oder flüssiger Form über ein trans mukosales System oder transnasal bei bestehender Therapie mit retardierten Opioid-Präparaten den Durchbruchschmerz zu beherrschen. Codein als schwaches Opioid kommt nur mehr selten zum Einsatz, da die Substanz weniger gut steuerbar ist und keine Rescue-Medikation vorhanden ist. Ein oft verwendetes schwaches Opioid ist Tramadol als Retard-Präparat mit Rescue-Form als in Tropfen oder Tabletten. Bei den starken Opioiden kommen vor allem Buprenorphin und Hydromorphon zum Einsatz. Jede Opioid-Dosierung muss individuell ermittelt werden. Ziel ist eine Verordnung nach einem festen Zeitplan entsprechend der Wirkdauer des verordneten Präparats, was die Gefahr einer Toleranzentwicklung herabsetzt. Die oft irrationale Angst vor einer möglichen Sucht durch Opioide ist unbegründet (psychische Abhängigkeit ist nicht gegeben). Körperliche Abhängigkeit entwickelt sich bei langdauernder Anwendung potenter Opioide relativ häufig, was bei plötzlichem Absetzen zu Entzugssymptomen führen kann. Dies wird durch langsames Ausschleichen über etwa 2 Wochen verhindert. Eine Atemdepression tritt bei individuell titrierter Gabe nicht auf. Bei Unverträglichkeit kann eine Opioid-Rotation zu einer Verbesserung führen. Nebenwirkungen können durch vorbeugende Maßnahmen und Begleitmedikation vermieden werden. ■

Literatur bei der Verfasserin

WAS PATIENT:INNEN WISSEN WOLLEN

➤ Werde ich von einer Schmerztherapie abhängig?

Nein, es müssen nur die Interaktionen und Indikationen bestehender Medikation berücksichtigt werden. Manche Medikamente bei den Opioiden und bei den Adjuvantien besetzen gewisse Rezeptoren, die in der Schmerzverarbeitung wichtig sind. Deshalb gehören diese Medikamente eingeschlichen und ausgeschlichen.

➤ Wenn ich bei der Einstellung Nebenwirkungen habe – ist das eine Allergie oder Unverträglichkeit?

Nein, es ist normal. Mit Begleitmedikation sind die Nebenwirkungen seltener und vergehen nach der Einstellungsphase von 5–10 Tagen. In dieser Zeit sollte man auch kein Auto lenken. Bei Opioiden tritt Übelkeit und Erbrechen in ca. 20 % der Fälle auf, daher ist bei Ersteinstellung ein Antiemetikum zu verordnen. Obstipation lässt sich durch Mobilisation, ballaststoffreiche Kost, reichlich Flüssigkeit und Laxanzien vermeiden.

Adjuvantien

Für **Antidepressiva** und **Antikonvulsiva** wird eine Anwendung über mindestens 8–12 Wochen empfohlen und dann auf der Dosis, die eine maximale Wirkung und keine Nebenwirkung hat, belassen. Auch die **Kombination zweier Koanalgetika** ist möglich, wenn unter einer Substanz keine ausreichende Wirkung erzielt wird. **Dosisanpassungen** sollten immer **nur bei einer Substanz** zu einem Zeitpunkt erfolgen, um mögliche Nebenwirkungen oder verbesserte Wirkung eindeutig zuordnen zu können.

➤➤ Aufgrund der umfangreichen Informationen wird dieser Artikel 2-teilig veröffentlicht, Teil 2 lesen Sie in der **Ärzte Krone Ausgabe 03/24**.

Abb.: WHO-Stufenschema und Adjuvantien

