

# Chronische Schmerzen: gute – «schlechte» Therapieansätze

Bericht von einem Workshop an der 9. Fortbildungstagung des KHM in Luzern<sup>1</sup>

*Daniel Schlossberg, Monika Jaquenod*

Jeder Patient mit chronischen Schmerzen hat ein Recht auf eine adäquate Behandlung. Er hat aber auch die Pflicht zur Selbstverantwortung. Grundsätzlich verschieden zu behandeln sind Schmerzpatienten mit Tumoren und chronische Schmerzpatienten mit benignen Grundleiden. Beide können von Opioiden/Opiaten profitieren. Die Dosierungsrichtlinien sind unterschiedlich: Während es bei Tumorschmerzen keine obere Dosisgrenze gibt (bei einer Maximaldosis von 300–400 µg/h bei Fentanyl oder von 1000 mg/d bei Morphin sollte beispielsweise ein anderes Opioid hinzugefügt werden), gilt bei chronischen Schmerzen ohne Tumorleiden, Opioide über einen grossen Zeitraum niedrig zu dosieren (z.B. Fentanyl, 25 µg/d). Zudem haben Tumorschmerzpatienten immer Anspruch auf eine Durchbruchmedikation, die konsequent und wenn nötig sogar stündlich appliziert werden sollte und bis zu 10% der maximalen Tagesdosis betragen kann.

Neben dem klassischen Morphin (Guttae) gibt es nun auch Alternativen wie Oxynorm® (Guttae), Palladon® (Tabletten) und Actiq® (Lolli). Das kann wertvoll sein, da die Bezeichnung «Morphin» von den Patienten mitunter mit der letzten Lebensetappe assoziiert wird.

Eine solche Durchbruchmedikation ist bei der anderen Kategorie von Schmerzpatienten möglichst zu vermeiden. In Fällen, bei denen sich eine Toleranz entwickelt, kann eine Opioidrotation nützlich sein. Das Prinzip besteht darin, andere Rezeptorsubtypen zu besetzen. Ein direkter Wechsel von einem Opioid zu einem anderen sollte nur bei tiefen Opioiddosen erfolgen. Bei einer Opioidrotation sollte die errechnete Dosis des neuen Opioids auf ungefähr die Hälfte reduziert werden. Vor allem bei hohen Dosen gilt es, überlappend in kleinen Schritten zu rotieren. Bei sehr hohen Opioiddosen muss mit dem Phänomen der Hyperalgesie gerechnet werden.

Wichtige zu beachtende Nebenwirkungen neben der omnipräsenten Obstipation sind am Anfang der Therapie Nausea, Xerostomie und längerfristig Hypogonadismus.

Nichtsteroidale Antirheumatika haben bei chronischen Schmerzen ohne eine starke entzündliche Komponente keinen Platz in der Langzeitbehandlung, da das Nebenwirkungspotential (gastrointestinal, renal, kardial) zu beträchtlich ist. Zudem sind die analgetischen Effekte meist zu gering. Eine Ausnahme stellen die entzündlich-rheumatischen Krankheiten wie etwa die rheumatoide Arthritis dar.

Neuropathische Schmerzen sind von nozizeptiven zu unterscheiden und bedürfen grundsätzlich anderer Medikamente, nämlich (trizyklischer) Antidepressiva und Antiepileptika. Epilepsie und neuropathische Schmerzen teilen das Prinzip der neuronalen Übererregbarkeit, was den Einsatz aus pathogenetischer Sicht sinnvoll macht. Um die Verträglichkeit zu optimieren, ist mit all diesen Substanzen nach dem Motto «start low – go slow» zu verfahren und eine Auftitrierung nötig. Von den trizyklischen Antidepressiva bietet sich besonders Trimipramin (Surmontil®) an, da eine Konfektionierung in Tropfenform verfügbar ist (mit 5 Tropfen [= 5 mg] beginnen und tropfenweise täglich steigern). Auch beim Einsatz von Antiepileptika wie Gabapentin (Neurontin®) oder Pregabalin (Lyrica®) sollte einschleichend auftitriert werden, zum Beispiel beginnend mit Pregabalin, 25 mg abends, im Wissen darum, dass unterhalb einer Tagesdosis von 150 mg noch keine Wirkung zu erwarten ist. Ein anderes Antiepileptikum, Topiramamat (Topamax®), ist eindeutig weniger wirksam bei neuropathischen Schmerzen, kann jedoch wegen seiner anorektisierenden Nebenwirkung in Kombination erwünscht sein.

Nichtmedikamentöse Massnahmen wie ein geregelter Tagesablauf, Aktivität, Nachtschlaf und das familiäre Umfeld sind in den Behandlungsplan einzubeziehen. Unbedingt zu vermeiden sind Benzodiazepine als Schlafmittel im Setting der chronischen Schmerzpatienten, da hier ein hohes Suchtpotential besteht.

<sup>1</sup> Seminar C3, 15. Juni 2007. Leitung: Dr. med. Monika Jaquenod und Dr. med. Daniel Schlossberg. Literaturangaben zum Thema können bei Monika Jaquenod bezogen werden.

### Die wichtigsten Botschaften

Chronische Schmerzen sind behandelbar, aber Schmerzfreiheit lässt sich oftmals nicht erreichen. Therapien ohne Wirkung sind abzusetzen. Der Patient hat Selbstverantwortung zu übernehmen. Rechtliche Aspekte wie Fahrtauglichkeit sind gebührend zu würdigen. So sollte bei Patienten, die wegen Schwindels oder Schmerzen nicht arbeiten können, die Fahrtauglichkeit kritisch überprüft werden.

### Was ich morgen in der Praxis anders machen werde

Ich werde tiefere Einstiegsdosen bei allen Schmerzmedikamenten wählen und mehr Zeit aufwenden, um den Behandlungsplan mit dem Patienten zu besprechen.

### Was ich sonst noch sagen wollte

Es war ein interaktives Seminar, das Thema ist offensichtlich praxisrelevant.

---

Dr. med. Daniel Schlossberg  
Facharzt für Innere Medizin FMH  
Bachmattstrasse 53  
8048 Zürich  
daniel.schlossberg@hin.ch

Dr. med. Monika Jaquenod  
Fachärztin für Anästhesiologie FMH  
Institut für Anästhesiologie  
UniversitätsSpital Zürich  
Rämistrasse 100  
8091 Zürich  
monika.jaquenod@usz.ch



### 30. Jahreskongress SGAM 30ème congrès annuel SSMG KLINFOR 2007

15.-17. November 2007  
Olma-Messen St. Gallen



Schnittstellen? – Nahtstellen!  
Coupure? – Suture!  
Wissen vernetzt / Savoir en réseau

Theorie – Praxis / Théorie – Pratique      Praxis – Spital / Cabinet – Hôpital  
Hausarzt – Spezialist / Médecin de famille – Spécialiste  
Gesellschaft – Medizin / Société – Médecine

[www.sgam.ch](http://www.sgam.ch)

[www.ssmg.ch](http://www.ssmg.ch)