

Stefan Neuner-Jehle

Zehn Tipps für eine erfolgreiche Schmerztherapie in der Praxis

Ein weiterer Beitrag zur Reihe «Die Werkzeugkiste des Hausarztes»¹

Strategien und Substanzen zur Schmerzbehandlung braucht es zwingend in unserer hausärztlichen Grundausstattung: Die Not des Patienten ist ausgewiesen, Handeln ist angesagt. Doch wie? Das WHO-Stufenschema der Schmerztherapie ist wohl allen geläufig, und es gibt gute, aktuelle pharmakologische Übersichten zum Thema [1]. Schmerztherapie in der hausärztlichen Praxis geht aber darüber hinaus. Lesen Sie dazu zehn Tipps und Tricks, und urteilen Sie selbst: Graue Theorie oder nützlich für Ihre Arbeit? Nichts Neues für die «alten Hasen», für die Jungen aber vielleicht einen Versuch wert?

1. Ursache klären und beheben, wo möglich!

An erster Stelle steht die Pflicht, die mögliche Ursache zu klären, damit wir nicht unnötig schmerzhaft Zeit zuungunsten des Patienten verlieren oder ihn sogar gefährden. Das meinen Patienten damit, wenn sie äussern, Analgetika «überdecken nur Symptome». Beispiele von Schmerzursachen gibt es genug, die ein beherztes, oft invasives Vorgehen erfordern anstelle von symptomorientierten analgetischen Massnahmen: die akute Appendizitis, der Zahnwurzelinfekt, die neurokomprimierende Diskushernie und viele mehr.

2. Zeit heilt Wunden und auch Schmerzen

Damit trösten wir unsere Patienten manchmal, wenn sie zum Beispiel einen nahestehenden Menschen verloren haben. Sofern Alarmzeichen (red flags) fehlen, lohnt sich auch bei Schmerzen ein beobachtend-abwartendes Verhalten, be-

sonders bei Traumata oder lokalen Irritationen. Eine Wunde, eine Zerrung, eine Stauchung, eine Phlebitis, ein Sinusitis-Schmerz? Nach Tagen bis Wochen vergessen. Ein Fersensporn, ein Tennisellbogen oder eine überlastete Rotatorenmanschette? Nach Monaten Geschichte. Glücklicherweise verfügen wir über eine Reihe körpereigener reparativer Mechanismen.

Wachsam bleiben ist aber angesagt: Nimmt der Schmerzverlauf eine unerwartete Wendung zur Verschlechterung, müssen wir die exakte Diagnose aktiv erzwingen. Ebenso beim Risikoträger für eine mögliche Differentialdiagnose, denn dann ist die Vortestwahrscheinlichkeit für die mögliche, folgeschwere Diagnose per se höher.

3. Suggestion und Plazebo

Kaum ist die Injektion oder die Akupunkturnaedel gesetzt, verspürt der Behandelte Erleichterung. Schon der Besuch beim Arzt, das Bewusstsein, etwas gegen den Schmerz zu unternehmen und sich darüber zu äussern, bedeutet oft Linderung. Esoterisches Geplänkel? Nein, dazu besteht wissenschaftliche Evidenz.² Erfahrene Ärzte setzen diese suggestive Kraft bewusst ein, und die Cracks hypnotisieren ihre Schmerzpatienten in die Schmerzfremheit hinein. Nicht zu vergessen ist auch, dass die Zuversicht, dass ein Schmerz harmloser und vorübergehender Natur sei, sich lindernd auswirkt – im Gegensatz zur Verunsicherung und der Bedrohung, die von einem Schmerz ausgeht, dessen Ursache und Prognose unklar bleibt.

4. Physik und Mechanik

Zum Abschluss dieses nicht-pharmakologischen Teils die Analgesie am Bewegungsapparat. Nichts tun («schonen») befreit von vielen bewegungsabhängigen Schmerzen, wenigstens vorübergehend: Sofa oder Rollstuhl als Schmerztherapie. Der Gehstock anstelle der Schmerztablette. Die Thermik und Mechanik helfen, je nach Grundproblem: Der Eisbeutel als Nervendämpfer, die Wärmeflasche als Muskelentspanner. Die fachkundige Massage, die Muskeldehnung oder schlicht der beherzte Druck aufs Schmerzgebiet lindern. Die Schuheinlage richtet den Fersenschmerz. Und wo die einfacheren Massnahmen versagen, hilft das «grobe Geschütz» der orthopädischen Chirurgie.



© Aydindurdu; Dreamstime.com

¹ Gleichwertig zur männlichen Form ist immer auch die weibliche Form gemeint.

² Berühmt geworden ist das historische Beispiel des Wundarztes Henry Beecher im Zweiten Weltkrieg: Als ihm bei der Versorgung schwerverletzter Soldaten die Morphinampullen ausgingen, verabreichte er ihnen Kochsalzlösung, deklariert als hochwirksames Schmerzmittel. Die wundersame schmerzlindernde Wirkung des NaCl war durchschlagend und wurde weiter beforscht – inzwischen ist nachgewiesen, dass diese Plazebowirkung über Opiatrezeptoren funktioniert (und mittels Opiatantagonisten blockierbar ist).

5. Das scheinbare Leichtgewicht: Paracetamol

Die enorme Verbreitung und solide Wirksamkeit dieses Wirkstoffs verdienen ein eigenes Kapitel. Zwar ist die analgetische Potenz von Paracetamol nicht die stärkste, dafür lässt sich das Nebenwirkungspotential sehen. Nur bei übertriebener Dosierung bis an die 4-g-Tagesdosisgrenze drohen Hepatopathie und gastrointestinale Irritation, aber sonst ist diese Substanz erste Wahl und hilft in vielen Fällen. Einige Patienten verwenden Paracetamol interessanterweise erfolgreich als Schlafmittel. Bei den vulnerablen Patientengruppen in früher Kindheit und in hohem Alter besticht es durch die gute Verträglichkeit und verlässliche Wirkung gegen «unterschwellige» chronische Schmerzen, wie sie beispielsweise viele Arthrosepatienten dauerhaft auszuhalten haben.

6. Die Bösen: NSAR

Sie haben zu Recht einen schlechten Ruf, die Entzündungshemmer, und bescheren unseren (älteren) Patienten regelmässig gastrointestinale, renale und kardiovaskuläre, oft schwere Nebenwirkungen. Dementsprechend figurieren sie auch auf den Listen von Medikamenten, die bei älteren Menschen zu vermeiden sind. Patienten nehmen sie trotzdem gerne, weil sie eine bessere Schmerzlinderung als Paracetamol bieten. Es gibt Ausnahmen wie Naproxen, das mit weniger kardiovaskulären Risiken verbunden und daher zu bevorzugen ist [1]. In Kombination mit einem PPI lassen sich die häufigen gastrointestinalen Nebenwirkungen immerhin halbieren [1].

7. Die Starken: Opiode

Die Klassiker der Analgesie mit der stärksten Wirkung, aber leider auch mit erheblichem Nebenwirkungspotential. Die schwachen Opiode wie Tramadol oder Codeinpräparate sind zwar verbreitet im Einsatz, bezüglich adverser Wirkungen glänzen sie aber nicht gerade: Obstipation, Nausea und Verwirrtheit sind häufig. Dennoch sind wir bei starken, andauernden Schmerzen (zum Beispiel degenerativ bedingte muskuloskelettrische Schmerzen) froh um die stark analgetisch wirksamen Substanzen wie Morphin, Fentanyl, Hydromorphon und Oxycodon. Bei älteren Patienten ist wie so oft Vorsicht angebracht, drohen doch Stürze durch Gleichgewichtsbeeinträchtigung und Delirien, und auch Opiode müssen der abnehmenden Nierenfunktion angepasst, sprich in ihrer Dosis reduziert werden. Einige Kollegen warnen aufgrund schlechter Erfahrungen davor, Opiode bei älteren Patienten mit chronischen rheumatischen Schmerzen allzu grosszügig einzusetzen – entgegen dem Trend der letzten Jahre. In End-of-life-Situationen soll uns die Furcht vor schweren Nebenwirkungen aber nicht davon abhalten, den schmerzgeplagten sterbenden Patienten den Übergang zu erleichtern.

8. Die Bunten: «Adjuvantien»

Nicht in strengem pharmakologischem Sinn analgetisch, aber oft den Schmerz modulierend und vom Schmerz distanzierend sind Psychopharmaka (Antidepressiva, Benzodiazepine, Antikonvulsiva). Auch hier gilt natürlich das Beachten häufiger Nebenwirkungen. Ist ein Schmerz hauptsächlich psychosomatisch bedingt, so

wird das Psychopharmakon (oder andere psychotherapeutische Massnahmen) vom adjuvanten zum zentralen therapeutischen Instrument.

Muskelrelaxantien wie Tizanidin (Sirdalud®) oder Benzodiazepine können ebenso helfen wie Spasmolytika oder Metamizol (Novalgine®), das trotz potentiell schwerer Nebenwirkungen bis hin zur Agranulozytose in den letzten Jahren eine erstaunliche Renaissance erfahren hat. Gabapentin und Pregabalin werden oft gegen neuropathische Schmerzen eingesetzt; Erfolg und Nebenwirkung (Sedation) ist auch hier nicht immer in einem optimalen Verhältnis. Als adjuvante Analgetika möchte ich hier auch homöopathische und phytotherapeutische Behandlungen anführen, ohne in den Glaubenskrieg ihrer Wirkmechanismen einzutreten. Eine Lokalinfiltration mit Lidocain und Kortison kann durch Entzündungshemmung und Abschwellung eine anhaltende Schmerzlinderung bewirken, sofern sie gezielt gesetzt ist und solange Kontraindikationen und systemische Nebenwirkungen bei wiederholter Anwendung beachtet werden.

9. Eins nach dem anderen

Zugegeben, manchmal sind Kombinationen von Analgetika hilfreich, und der Medikamentenmarkt bietet sie auch an (z.B. Paracetamol + Tramadol). Grundsätzlich ist aber nur diejenige schmerzlindernde Massnahme im Therapieplan zu behalten, die eindeutig nützt, sonst landen wir unweigerlich in der Polypragmasie und Polypharmazie. Mit dem Potential, dass wir die Schmerzlinderung mit (zu) hohem Aufwand, Interaktionen und adversen Wirkungen erkaufen. Und trotz der Not ist zu beachten: Viele gleichzeitig eingesetzte Therapien verunmöglichen die Beurteilung, was denn nun wirklich hilft und was nur Nebenwirkungen produziert.

10. Ihr Geheimtipp!

Der zehnte Tipp ist Ihr Geheimtipp, liebe Leserin, lieber Leser, generiert aus Ihrer klinischen Erfahrung in der Schmerzbehandlung. Halten Sie ihn nicht länger geheim, sondern teilen Sie Ihre wertvolle Erfahrung mit uns und senden Sie uns Ihren Geheimtipp! Er braucht nicht *Evidenz*-basiert, sondern «nur» *Erfahrung*-basiert zu sein. Wir sind gespannt auf Ihre Einsendungen und veröffentlichen gerne interessante Tipps aus der Praxis. Danke!

Ich danke Bruno Kissling und Edy Riesen für die Durchsicht und ihre wertvollen Kommentare.

Literatur

- 1 Liechti ME. Pharmakologie von Schmerzmitteln für die Praxis. Schweiz Med Forum. 2014;14(22-23):437-40 und 2014;14(24):460-4.

Korrespondenz:

Dr. med. Stefan Neuner-Jehle, MPH
 Institut für Hausarztmedizin Zürich
 Pestalozzistrasse 24
 8091 Zürich
 sneuner[at]bluewin.ch