

Unzureichend behandelter Tumorschmerz

Das gibt es schon lange nicht mehr!?



Dr. med. Matthias Thöns
Arzt für Anästhesiologie, spez. Schmerztherapie
Notfall- & Palliativmedizin, Bochum

„Krebsschmerz ist wie Geburtsschmerz, das gehört einfach dazu“ erklärt ein Kollege dem Schwerstkranken und schrieb ihm viermal täglich 20 Tropfen Metamizol auf.

Diese belegte Klage eines unserer Patienten verschlägt einem fast die Sprache – denn kaum ein anderer Schmerz ist derartig einfach zu behandeln wie Tumorschmerz! Da können auch „Kopfschmerztabletten“ gut sein, sie sind aber nicht das Mittel der ersten Wahl, sondern zum Beispiel in Kombination mit Opioiden sinnvoll.

Bei Vielen besteht noch der Irrglauben, es sei besser, Schmerzen zu ertragen, damit die Medikamente, wenn es noch schlimmer würde, wirksam sind. Das Gegenteil ist richtig – lange erduldeter Schmerz reduziert die Schmerzschwelle – der Schmerz wird chronisch.

Ursachen von Malignomschmerz

Schmerzen bei Malignomen werden durch verschiedene Ursachen hervorgerufen, wichtig erscheint vor allem die Differenzierung in den nozizeptiven und neuropathischen Schmerz.

Der nozizeptive Schmerz

Beispiele für nozizeptive Schmerzen sind der Knochen- und Periostschmerz bei Knochenmetastasen, der Weichteilschmerz bei Infiltration der Muskulatur,



Bei einem solchen Befund reichen 30 Tropfen Metamizol sicher nicht.

bzw. des Bindegewebes oder der viszerale Schmerz durch Hohlorganverschluss oder Kapselspannung bei Lebermetastasen.

Der neuropathische Schmerz

Sind die schmerzleitenden Fasern selber betroffen, so entsteht der neuropathische Schmerz. Sensible Ausfälle oder auch erhöhte Reizbarkeit in den schmerzhaften Arealen weisen auf eine Nervenschädigung hin, aber nicht immer müssen objektivierbare neurologische Symptome vorkommen. Wegweisend ist eher die Angabe von „brennenden oder elektrisierenden Schmerzen“ oder von „blitzartig einschießenden Attacken“. Neuropathische Schmerzen im Rahmen einer Tumorerkrankung können durch den Tumor selbst, häufig auch durch die Chemotherapie, eine Operation oder auch durch Bestrahlung entstehen.

Bei der körperlichen Untersuchung fällt oft eine Berührungsempfindlichkeit der Haut auf. Wird ein leichter Schmerzreiz sehr intensiv empfunden spricht man

von Hyperpathie, wird Schmerz schon bei Berührung empfunden von Allodynie.

Erst Diagnose

Wenngleich in der palliativen Situation oft eine Symptomkontrolle rasch notwendig ist, stellt doch die sorgfältige und umfassende Anamnese und eine gründliche körperliche Untersuchung mit neurologischem Status die Basis der Schmerzdiagnostik dar. Denn findet der gewissenhafte Arzt hier eine erklärliche „Nichttumorursache“, so wirkt oft alleine schon die Mitteilung über „normale Rückenschmerzen“ oder „Muskelkater“ schmerzlindend. Schmerzen sind immer mehr als der Reiz eines Rezeptors: Emotionale, soziale und spirituelle Probleme verstärken ihn. Grundsätzlich ist eine Schmerzintensität zu erfragen und zu dokumentieren (zum Beispiel Numerische Ratingskala = NRS: 0 = kein Schmerz, 10 = maximal vorstellbarer Schmerz). Sie dient der Überwachung



Palliative Maßnahmen: Eine Aszitespunktion ist auch einfach zuhause durchführbar.

der Schmerztherapie, rechtfertigt den Einsatz starkwirksamer Substanzen und stellt in gewisser Weise auch eine „Regressschutzversicherung“ dar – verordnen Sie einmal hochpreisige Opioide ohne Schmerz zu dokumentieren ...

Bei bekannter Tumordiagnose müssen zunächst alle kausalen Behandlungsmöglichkeiten in Betracht gezogen werden, die mit vertretbaren Nebenwirkungen zu einer Verkleinerung des Tumors führen oder zumindest zur palliativen Tumorthherapie eingesetzt werden können. Betont werden muss in diesem Zusammenhang insbesondere der Stellenwert der Strahlentherapie, etwa bei Skelettm metastasen.

Stufenschema nur bedingt tauglich

Grundlage war das Stufenschema der WHO zur Krebschmerztherapie: Allerdings sind bei Krebschmerzen in der Regel irgendwann stark wirksame Opioide notwendig. Man beginnt deswegen häufig niedrig dosiert mit Stufe 3 von Anfang an. Damit hat man nicht mehr Nebenwirkungen als bei Stufe 2 und muss nicht später „wenn es so weit ist“, auf ein neues Medikament umsteigen. Grundsätzlich sollten:

- retardierte Präparate
- nach festem Zeitschema
- in individuell austitrierter Dosis
- nicht invasiv (oral/ transdermal)

eingesetzt werden. Aufgrund weltweiter Verfügbarkeit und günstigem Preis wird nach wie vor Morphin als Referenzsub-

stanz angegeben. Dem stehen substanzspezifische Nachteile entgegen (Metabolisierung über das Cytochromsystem mit Wechselwirkungen, Kumulation bei Niereninsuffizienz, Immunsuppression).

Hier sollte an die Vorteile eines Opioidwechsels gedacht werden: Hydromorphon (wenige Wechselwirkungen), Oxycodon/Naloxon (weniger Obstipation), Fentanylpflaster (besonders stabiler Wirkspiegel und Unabhängigkeit vom GI-Trakt), Methadon (besser bei neuropathischem Schmerz), Buprenorphin (Vorteile bei Niereninsuffizienz und besonders gleichmäßige Wirkung).

Bei neuropathischen Schmerzen werden auch Antikonvulsiva und konservative Antidepressiva eingesetzt (Tabelle 1).

Stets sollte die sich nahezu immer einstellende Obstipation bedacht werden und ggfs. Anlass zu einer begleitenden Laxantiengabe (Tabelle 2) sein. Jedem dritten Patienten ist in der ersten Therapiewoche übel, Mittel der ersten Wahl ist hier niedrigdosiertes Haloperidol.

Durchbruchschmerzen

Man muss immer daran denken, zusätzlich gegen eventuell auftretende Durchbruchschmerzen ein schnellwirksames Opioid zu verordnen. Hier haben die neuen kurz und schnell wirksamen Fen-

STUFENSCHEMA OBSTIPATION

- 1 (in fortgeschrittenen Krankheitsstadien überspringen)
Macrogol 3 mal 1 bis 3 Beutel
- 2 Na-Picosulfat Tropfen 5 bis 40 Tropfen abends (oder Sennaalkaloide)
- 3 Suppositorien (z.B. Glycilax® Sup 1 bis 2 morgens), alternativ Naltrexon s.c. bei Opioidtherapie
- 4 Klistiere/ Einläufe (z.B. Freka-Clyss®)
- 5 manuelles Ausräumen (möglichst unter Sedierung, z.B. mit Midazolam)

Tabelle 2

WHO-STUFENSCHEMA

- I Nichtopioidanalgetika (z.B. Metamizol 4 mal 40 Tr.)
- II schwache Opioide (z.B. 3 mal 100 mg Tillidin/Naloxon + Tropfen bei Bedarf) + Stufe I
- III stark wirksame Opioide (z.B. 3 mal 60 mg Morphin retard) + Stufe I + Adjuvantien (+/-) Coanalgetika (+/-) Durchbruchschmerzmedikation

Gegen neuropathischen Schmerz:

Amitriptylin 10 mg zur Nacht, steigern bis 3 mal 25 mg, wenn Sedierung nicht störend

Imipramin 25 mg morgens, wenn Sedierung störend

Pregabalin 75 mg z.N., steigern bis max. 3 mal 150 mg

Tabelle 1

tanylpräparate ihren Stellenwert gefunden: Insbesondere die nasale Anwendung scheint besonders wirksam und schnell zu sein.

Die Optionen moderner Schmerztherapie haben invasive Verfahren nahezu verdrängt. Rückenmarksnahe Verfahren (Periduralanalgesie) oder auch die vielfach eingesetzten Schmerzpumpen sind nahezu überflüssig geworden.

Im Bereich des Palliativnetzes Bochum wurde in 2009 kein Patient mehr mit einem Periduralkatheter versorgt, beim PalliativNetz Osthessen von 330 Patienten nur einer – obgleich viele Anästhesiologen zu den Palliativteams gehören.

Allein mit der Schmerztherapie ist es natürlich nicht getan, denn auch für Übelkeit, Erbrechen, Atemnot, Angst, Unruhe, Krämpfe und Depression sollten ggfs. Anordnungen getroffen werden. Hierzu hat sich in Bochum ein Bogen bewährt, bei dem man die notwendigen Anordnungen durch einfaches Unterstreichen treffen kann (berechnungsfähig nach GOÄ 78, Thöns Zenz 2010, www.sapv.de/aktuelles).

Dr. med. Matthias Thöns

Praxis für Palliativmedizin

Unterfeldstr. 9, 44797 Bochum

email@palliativnetz-bochum.org

Thomas Sitte, Fulda

PalliativNetz Osthessen

sitte@sapv.de