

Auf vielen Wegen gegen chronische Schmerzen

Individuelle Schmerzcharakteristika und psychiatrische Komorbiditäten stehen neben der gezielten Symptombehandlung im Blickfeld der Schmerztherapie.

Rund 35 Prozent der europäischen Bevölkerung sind von chronischen Schmerzen betroffen, davon leiden acht Prozent der Betroffenen unter chronisch neuropathischen Schmerzen, die teilweise nur schwer behandelbar sind“, erklärt PD Dr. Stefan Seidel, Universitätsklinik für Neurologie, Wien, zu Beginn seines Vortrags im Rahmen des Fortbildungsabends der MedUni Wien.¹⁾

Das klinische Bild neuropathischer Schmerzen ist vielfältig und komplex, bei Vorstellung werden von den Patienten häufig Minus-Symptome wie Hypästhesie (herabgesetzte Berührungsempfindung), Thermhypästhesie (verminderte Temperaturempfindung) oder Hypalgesie (Sensibilitätsstörung) gemeinsam mit Plus-Symptomen wie Dysästhesie (schmerzhafte Missempfindung eines normalen Reizes) oder Allodynie (Schmerzerleben durch Reize, die normalerweise keine Schmerzen auslösen) präsentiert.

Neuropathischer Schmerz

Beim neuropathischen Schmerz liegt eine Schädigung des peripheren oder zentralen Nervensystems vor, in manchen Fällen können auch beide Nervensysteme für die gestörte Schmerz Wahrnehmung verantwortlich sein.

Die Pathophysiologie neuropathischer Schmerzen ist u.a. durch Mechanismen der zentralen Sensibilisierung gekennzeichnet. Veränderte C-Fasern (nicht myelinisierte Nervenfaser) leiten Informationen an das zentrale Nervensystem weiter und verursachen eine Übererregbarkeit der zentralen Neurone, welche folglich auch ohne Reizübertragung Aktionspotenziale feuern. Eine erniedrigte Schmerzschwelle für das Schmerzempfinden ist die Folge. Die vermehrte Expression von Na⁺-Kanälen, welche für die Weiterleitung der Aktionspotenziale verantwortlich sind, ist ein möglicher Grund dieser Fehlfunktion.

Differente Krankheitsbilder

Die Krankheitsbilder, die dem neuropathischen Schmerz vorausgehen – etwa die Polyneuropathie, die postherpetische Neuralgie, die Trigeminusneuralgie, der zentrale neuropathische Schmerz oder der Phantomschmerz –, sind ähnlich vielfältig wie die möglichen Therapiemaßnahmen. „Mit klassischen Substanzen wie dem Antikonvulsivum Gabapentin und dem trizyklischen Antidepressivum Amitriptylin lassen sich im klinischen Alltag immer wieder Erfolge erzielen“, sagt Seidel und verweist auf die Guidelines der

European Federation of Neurological Societies (EFNS): „Die bestehenden EFNS-Guidelines stellen bei der Vielzahl an Therapieoptionen eine solide Orientierungshilfe dar.“

Ähnlich wie bei der schmerzhaften Polyneuropathie, bei welcher trizyklische oder moderne Antidepressiva wie Venlafaxin



nach wie vor Behandlungen erster Wahl sind, gibt es bei den meisten neuropathischen Erkrankungen kaum neue Therapieoptionen. Ein neuer Weg, so Seidel, liegt in der Kombination von Substanzklassen. So können beispielsweise künftig mit Tapentadol, einem Analgetikum, das sowohl als μ -Opioid-Rezeptoragonist als auch als Noradrenalin-Reuptakehemmer wirkt, gastrointestinale Nebenwirkungen, Obstipation als auch das Abhängigkeitspotenzial bei der Behandlung von chronischen Rückenschmerzen, malignen Erkrankungen und der diabetischen Polyneuropathie reduziert werden.

Multimodal behandeln

Für den bestmöglichen Behandlungserfolg sollte bei allen Patienten die Multimodalität der Therapie gewahrt werden, fordert Seidel, da diese die Aktivität des Patienten während der Schmerzbehandlung wesentlich optimiert. „Der Paradigmenwechsel zum multimodalen Therapieansatz ist auch für die psychiatrische Behandlung von chronischen Schmerzpatienten besonders wichtig“, erklärt Prim. Univ.-Prof. Dr. Martin Aigner, Erwachsenenpsychiatrie, Universitätsklinikum Tulln, und ergänzt: „Dank der komplexen multikausalen Wechselwirkungsmodelle und dem multidisziplinären Einbeziehen des Patienten kann dieser Verantwortung für seinen Schmerz übernehmen und den Therapieverlauf aktiv beeinflussen. Das wirkt sich bei chronischen Schmerzpatienten, bei denen unangenehme Gefühlserlebnisse im Vordergrund stehen, positiv auf die Lebensqualität aus.“

Psychiatrische Aspekte

Für die psychiatrische Behandlung chronischer Schmerzen spielen vor allem mögliche Komorbiditäten eine große Rolle: Depressivität, Ängstlichkeit, Schlafstörungen, sexuelle Funktionsstörungen, Somatisierung, Traumatisierung oder aber Substanzprobleme stehen mit chronischen Schmerzen in enger Wechselwirkung und beeinflussen deren Auftreten und Ausbildungsgrad. Mithilfe des „Pain Disability Index“ (PDI), eines einfachen Screeninginstruments, das die psychosoziale Beeinträchtigung und die Schmerzintensität im direkten Verhältnis zueinander misst, kann die Notwendigkeit einer psychiatrischen Betreuung mit hoher Sicherheit bestimmt werden.

„Die individuelle Einschätzung des Patienten und ein flexibles Schmerz-Coping sind zu jedem Zeitpunkt der Therapie essenziell. Jedes starre Verhalten wie etwa eine anhaltende Schmerzvermeidung sowie eine unangebrachte Schmerzkonfrontation können zu einer Chronifizierung beitragen“, betont Aigner. ■

Katharina Miedzinska, MSc

1) Chronischer Schmerz aus neurologischer und psychiatrischer Sicht, Verein für Psychiatrie und Neurologie, MedUni Wien, 16.3.15