

Chronische Schmerzen – multimodale Therapie

Das breite Spektrum des chronischen Schmerzes spiegelt sich in unterschiedlichen Krankheitsbildern wider. Neben der Analyse klassisch-individueller Schmerzcharakteristika sowie der gezielten Symptombehandlung sollten auch psychiatrische Komorbiditäten chronischer Schmerzen bei der passenden Therapiefindung vordergründig sein.

Von Katharina Miedzinska, MSc

„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 des Vereins für Psychiatrie und Neurologie an der Medizinischen Universität Wien.

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.

Pathophysiologie des neuropathischen Schmerzes

Beim neuropathischen Schmerz liegt eine Schädigung des peripheren oder zentralen Nervensystems vor, in manchen Fällen können auch beide Nervensysteme für die gestörte Schmerzwahrnehmung verantwortlich sein. Die Pathophysiologie neuropathischer Schmerzen ist unter anderem



Seidel: „Für einen bestmöglichen Behandlungserfolg sollte bei allen Patienten die Multimodalität der Therapie gewahrt werden.“



Aigner: „Der Paradigmenwechsel zum multimodalen Therapieansatz ist auch für die psychiatrische Behandlung von chronischen Schmerzpatienten besonders wichtig.“

durch Mechanismen der zentralen Sensibilisierung gekennzeichnet. Veränderte C-Fasern (nicht myelinisierte Nervenfasern) 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, dazu zählen mitunter die Polyneuropathie, die postherpetische Neuralgie, die Trigeminusneuralgie, der zentrale neuropathische Schmerz sowie der Phantomschmerz, sind ähnlich vielfältig wie die möglichen Therapiemaßnahmen. „Mit klassischen Substanzen wie dem Antikonvulsivum Gabapentin und dem trizyklischem Antidepressivum Amitriptylin lassen sich im klinischen Alltag immer wieder Erfolge bei der Behandlung dieser Krankheitsbilder erzielen“, sagt Seidel und verweist sogleich auf die Guidelines der European Federation of Neurological Societies (EFNS): „Die bestehenden EFNS-Guidelines stellen bei der Vielzahl an Therapieoptionen eine solide Orientierungshilfe dar.“

Aigner: „Die individuelle Einschätzung des Patienten und ein flexibles Schmerz-Coping sind zu jedem Zeitpunkt der Therapie essenziell. Jedes starre Verhalten kann zu einer Chronifizierung beitragen.“

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 Zukunftsausblick, so Seidel, liegt in der Kombination von Substanzklassen. So können beispielsweise mit Tapentadol, einem Analgetikum, welches sowohl als μ -Opioid-Rezeptoragonist als auch als Noradrenalin-Reuptakehemmer wirkt, gastrointestinale Nebenwirkungen, Obstipation als auch das Abhängigkeitspotenzial zukünftig bei der Behandlung von chronischen Rückenschmerzen, malignen Erkrankungen oder aber der diabetischen Polyneuropathie reduziert werden.

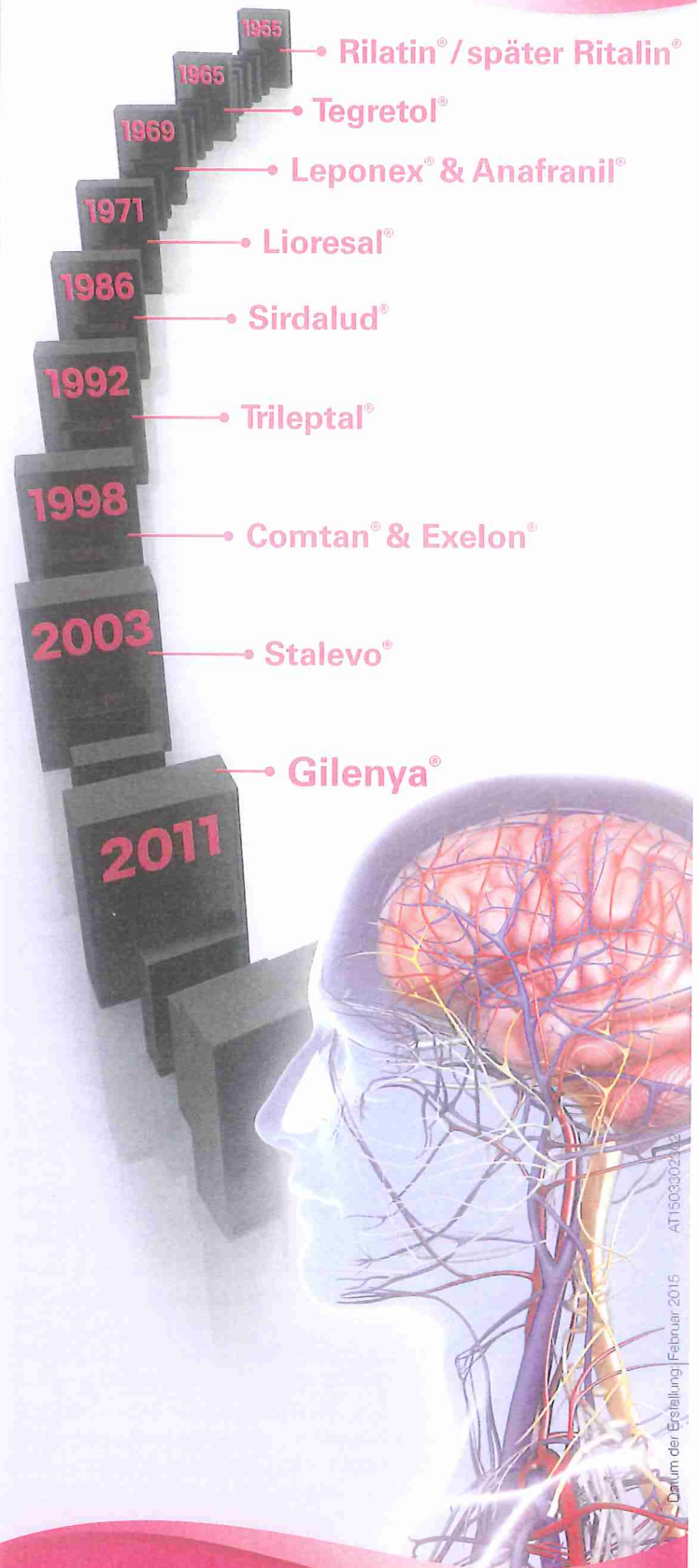
Für einen bestmöglichen Behandlungserfolg, so Seidel, sollte bei allen Patienten sowohl gegenwärtig als auch zukünftig die Multimodalität der Therapie gewahrt werden, da diese die Aktivität des Patienten während der Schmerzbehandlung wesentlich optimiert.

Psychiatrische Aspekte der Schmerztherapie

„Der Paradigmenwechsel zum multimodalen Therapieansatz ist auch für die psychiatrische Behandlung von chronischen Schmerzpatienten besonders wichtig“, erklärt Prim. Univ.-Prof. Dr. Martin Aigner, Leiter der Abteilung für Erwachsenenpsychiatrie, Universitätsklinikum Tulln, und ergänzt: „Dank der komplexen multikausalen Wechselwirkungsmodelle sowie dem multidisziplinären Einbezug des Patienten kann dieser Verantwortung für seinen Schmerz übernehmen und den Therapieverlauf aktiv beeinflussen, was sich bei chronischen Schmerzpatienten, bei denen unangenehme Gefühlserlebnisse im Vordergrund stehen, positiv auf die Lebensqualität auswirkt.“

Für die psychiatrische Behandlung von chronischen 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), einem einfachen Screeninginstrument, 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, kann zu einer Chronifizierung beitragen“, betont Aigner.

„Chronischer Schmerz aus neurologischer und psychiatrischer Sicht“,
Fortbildungsabend, Verein für Psychiatrie und Neurologie, Wien, 16.3.15



 **NOVARTIS**
PHARMACEUTICALS

Novartis Pharma GmbH
Stella-Klein-Löw-Weg 17, 1020 Wien
Tel.: 01-866 57-0, Fax.: 01-866 57 6353