

Für Sie referiert: Ausgewählte Abstracts und Poster

Palliativmedizin

Mehr als 60% der über 70-Jährigen und bis zu 83% aller Pflegeheimbewohner leiden an Schmerzen, die die Lebensqualität beeinflussen. Hinzu kommen häufig Begleiterkrankungen wie Krebs, Herz- oder Atemwegserkrankungen, Demenz, Depression oder Angststörungen, die eine andauernde medizinische Betreuung erfordern und die Schmerztherapie in den Hintergrund drängen. Patienten mit Demenz beispielsweise erhalten in der Regel weniger Schmerzmedikamente als Patienten ohne kognitive Störungen. Unbehandelter bzw. nicht ausreichend therapierter Schmerz kann jedoch zu Kommunikationsstörungen und agitiertem Verhalten führen. Da Demenzpatienten im fortgeschrittenen Stadium ihre Schmerzempfindungen nicht mehr sprachlich äußern können, ist die genaue Beobachtung und systematische Erfassung von Schmerz in Pflegeheimen mittels eines multidisziplinären Ansatzes von großer Bedeutung. Die häufige Multimorbidität hochbetagter Patienten geht mit einem umfangreichen Medikationsregime einher. Patienten über 65 Jahre nehmen durchschnittlich drei bis sechs verschiedene Medikamente, Palliativpatienten mit behandlungsbedürftigen Symptomen erhalten in der Regel mehr als fünf Präparate. Mit jedem Arzneimittel steigt das Risiko von Neben- und Wechselwirkungen: So sind zwischen 10 und 30% aller Krankenhauseinweisungen bei älteren Patienten auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen zurückzuführen. Bei hochbetagten Menschen sollte die Schmerztherapie daher in ein therapeutisches Gesamtkonzept eingebettet werden. Dabei gilt es, nicht nur das inhärente Nebenwirkungspotential der einzelnen Substanzen beim geriatrischen Patienten zu beachten, sondern den Patient auch regelmäßig und genau hinsichtlich unspezifischer Symptome wie Schwindel, Antriebslosigkeit und Verwirrtheit zu beobachten, die auf Medikamenteninteraktionen hindeuten könnten. So sind bei der Kombination von Opioiden mit Neuroleptika länger anhaltende additive zentraldämpfende Effekte häufig. Zu selten diagnostiziert wird außerdem das anticholinergische Syndrom. Ziel einer Schmerztherapie beim älteren Menschen sollte stets die Förderung von Autonomie, Selbst- und Eigenständigkeit sein, z. B. durch verbesserte Mobilität und Befindlichkeit. Eine umfassende, multidisziplinäre Versorgungsplanung unter Berücksichtigung des Willens bzw. des mutmaßlichen Willens ist bei Hochbetagten besonders wichtig, um beim Auftreten von Komplikationen und unerwarteten Ereignissen angemessen, im besten Interesse des Betroffenen und in seinem Sinne handeln zu können.

Palliativmedizin und Schmerztherapie bei Hochbetagten mit chronischen Schmerzen

H. Müller-Busch, P. Engeser, K. Perrar, C. Remi, E. Sirsch

Pflege

Die Autoren untersuchten, ob die Anwendung einer interdisziplinären Handlungsempfehlung (HE) zum Schmerzmanagement älterer Menschen die Schmerzsituation und dadurch die Autonomie von Pflegeheimbewohnern verbessern kann. Die interdisziplinäre Handlungsempfehlung gliederte sich in die fünf Teilbereiche Schmerzassessment, medikamentöse Behandlung, nicht medikamentöse Anwendung, institutionelle Rahmenbedingungen und strukturelle Empfehlungen für Leistungsanbieter. Die Autoren führten eine einfach verblindete, clusterrandomisierte Interventionsstudie durch, um die Wirksamkeit der HE beim Schmerzmanagement von Pflegeheimbewohnern zu überprüfen. In die Studie wurden Berliner Pflegeheimbewohner mit leichten bis nicht vorhandenen kognitiven Defiziten eingeschlossen (MMST ≥ 18), die von Schmerzen betroffen waren und durch schriftliche Zusage ihres Hausarztes an der Studie teilnehmen konnten. Die HE befähigte im Pflegeheim tätige Berufsgruppen zu einer verbesserten Versorgung der von Schmerz betroffenen Heimbewohner. So konnte durch die Implementierung der HE nicht nur die Schmerzintensität der Heimbewohner verringert, sondern auch deren Autonomie gefördert und Versorgungsprozesse optimiert werden.

Interventionsstudie zur Entwicklung und Implementierung einer Handlungsempfehlung (HE) zum angemessenen Schmerzmanagement älterer Menschen in Pflegeheimen (PAIN Intervention)

A. Budnick, I. Wulff, M. Kölzsch, F. Köhner, R. Kreutz, D. Dräger

Experimentelle Schmerzmodelle

Ziel dieser Studie war es, mögliche Altersunterschiede in der endogenen Schmerzmodulation am Beispiel des etablierten »Diffuse Noxious Inhibitory Controls (DNIC)«-Paradigmas dualer Schmerzmodulation zu untersuchen. Dazu absolvierten 15 gesunde jüngere (mittleres Alter 24,7 Jahre) und 14 gesunde ältere Probanden (mittleres Alter 67,8 Jahre) ein typisches DNIC-Paradigma mit dualer Schmerzstimulation. Dieses umfasste drei experimentelle Blöcke, in denen jeweils sechssphasische Hitzeschmerzreize (Peltier-Thermode) am rechten Unterarm verabreicht wurden. Während des zweiten Blocks erfolgte als tonisch konditionierter Schmerzreiz zusätzlich die parallele Applikation eines Cold-Pressor-Tasks (Eiswasserimmersion) am linken Unterschenkel. Nach jedem Testreiz schätzten die Probanden die Schmerzempfindung auf der Visuellen Analogskala ein (0 – 100). Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass gesunde ältere Menschen eine reduzierte Fähigkeit besitzen, Schmerzreize im DNIC-Paradigma zu inhibieren. In Übereinstimmung mit früheren Daten lässt dies auf eine verringerte schmerzmodulatorische Kapazität im Alter schließen.

Altersbezogene Unterschiede in der endogenen Schmerzmodulation am Beispiel des DNIC-Paradigmas

W. Grashorn, C. Sprenger, U. Bingel

Pharmakologische Therapie des Schmerzes

Positive Erfahrungen mit einem transdermalen Buprenorphin-Matrixpflaster (Buprenorphin AWD® Matrix) bei Patienten mit nozizeptiven und neuropathischen Schmerzen – Ergebnisse einer nicht interventionellen Studie (NIS)

G. Müller-Schwefe, D. Thümmeler,
D. Könecke, M. Überall

Ziel dieser nicht interventionellen Studie war es, ein buprenorphinhaltiges Pflaster hinsichtlich seiner Wirksamkeit und Verträglichkeit bei Patienten mit opioidpflichtigen Schmerzen zu bewerten. Neben der Schmerzlinderung standen insbesondere die Wirksamkeit in Abhängigkeit vom Schmerztyp, der Einfluss auf die Lebensqualität, die schmerzbedingte Beeinträchtigung der Alltagsaktivitäten und das Wohlbefinden der Patienten im Fokus der Beobachtung. Die Studie schloss 1.727 Patienten (medianes Alter 73 Jahre) ein, die über elf Wochen mit dem Pflaster behandelt wurden. 44,2% der Probanden litten unter neuropathischen, 22,1% unter nozizeptiven Schmerzen. Die Übrigen wiesen Schmerzen gemischter Ätiologie auf. Unter der Therapie zeigte sich eine nachhaltige Schmerzlinderung und entsprechende Rückbildung schmerzbedingter Beeinträchtigungen. Dies galt für alle Schmerzerkrankungen, jedoch insbesondere für die im Alter häufigen neuropathischen und gemischten Schmerzsyndrome. Die transdermal zu applizierende Substanz erwies sich überdies bei den älteren Studienteilnehmern als sehr gut verträgliche Therapieoption.

Multimodale und andere Therapieverfahren

Managementansätze in der multimodalen Schmerztherapie. Berücksichtigung geriatrischer Aspekte

M. Dünkel

Diese Untersuchung prüfte, inwiefern Ansätze aus dem Prozess- und Changemanagement, die geriatrische Besonderheiten berücksichtigen, die Vorgehensweise in der multimodalen Schmerztherapie sinnvoll ergänzen können. Dazu wurden Ansätze aus Prozess- und Changemanagement hergeleitet und in der multimodalen geriatrischen Schmerztherapie angewendet. Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, dass sich zwischen ausgewählten Ansätzen aus Prozess- und Changemanagement und Sichtweisen der multimodalen Schmerztherapie Parallelen finden lassen. Zudem erscheint es möglich, bestimmte Vorgehensweisen der multimodalen Schmerztherapie mithilfe von Managementansätzen zu erfassen und darzustellen. Dies kann über die Beschreibung von Prozesslandschaften, Zielsystemen und der Hypothese der dynamischen Kernkompetenzen geschehen. Über die Anwendung einer Prozesslandschaft lassen sich Struktur und Methodik eines multimodalen Therapieprogramms erfassen. Behandlungsziele können in einem Zielsystem abgebildet werden. Ein übergeordnetes Therapieziel, das gerade für geriatrische Patienten Relevanz hat, sind »Wohlbefinden und Aktivität mit Schmerzen«. Mithilfe des Konzeptes der dynamischen Kernkompetenz lassen sich das Prinzip der Selbstwirksamkeit sowie weitere Verbesserungen der Behandlungsergebnisse nach Beendigung von Therapieprogrammen erklären. Inwieweit die Standardisierung dieser Ansätze einen Beitrag zur Qualität in der multimodalen Schmerztherapie leistet, kann jedoch derzeit noch nicht bewertet werden.

Resigniertes »underreporting of pain« oder effektives Selbstmanagement bei Rückenschmerz im Alter? Ergebnisse einer Kohortenstudie in Hausarztpraxen

M. Geyer, J. Best, A. Becker,
C. Leonhardt

Im Rahmen dieser Kohortenstudie wurden hausärztliche Patienten in drei Regionen Deutschlands rekrutiert. Die Untersuchung schloss 114 Probanden im Alter über 65 Jahren ein, die in den letzten drei Monaten über Rückenschmerzen geklagt hatten. Anhand von Fragebögen und Interviews erhoben die Autoren Daten zu Schmerzcharakteristika, Komorbidität, Konsultationsverhalten, Medikamenteneinnahme, schmerzbezogener Selbstwirksamkeit und Erwartungen der Teilnehmer. Die Studienergebnisse lassen vermuten, dass ältere Rückenschmerzpatienten ihren Hausarzt nur dann konsultieren, wenn sie den Schmerz als stark einschränkend erleben und geringe Selbstwirksamkeit bezüglich des Schmerzmanagements erleben.

Schädlichkeit, Schmerzangst, Beeinträchtigung oder Schmerz – wie verstehen Senioren Fragen zu Fear-Avoidance-Beliefs?

P. Mattenklodt, C. Leonhardt,
S. Quint, A. Ingenhorst, B. Flatau,
N. Griebinger

Angst-Vermeidungs-Überzeugungen, sog. »Fear-Avoidance-Beliefs (FAB)«, sind auch bei älteren Schmerzpatienten ein bedeutsamer Chronifizierungsfaktor. Das Instrument AMIKA (»Ältere Menschen in körperlicher Aktion«) erfasst und bearbeitet solche FABs, indem es anhand von 50 Fotos von Senioren bei Alltagsaktivitäten eine individuelle Hierarchie bedrohlich eingeschätzter Aktivitäten erstellt. Die jeweiligen Aktivitäten der FAB-Hierarchie werden im Anschluss im Sinne einer Konfrontationstherapie sukzessive durchgeführt und ihre Bedrohlichkeit anhand der Realität überprüft. Im Zuge dieser Untersuchung wurde mit einer Kurzversion des Instruments getestet, ob ältere Menschen mit chronischen Schmerzen beim Einstufen der AMIKA-Fotos die Bewertung der Schädlichkeit der dargestellten Aktivitäten von Schmerzangst, Funktionseinschränkung und Schmerz unterscheiden. Dazu nahmen 70 Senioren (> 64 Jahre) mit Rückenschmerzen an einer Fragebogenuntersuchung teil, die acht Bilder der AMIKA-Kurzfassung enthielt. Diese sollten viermal hinsichtlich Schmerzangst, Kognition zur Gefährlichkeit, Funktionseinschränkung und Schmerz bewertet werden. Die Ergebnisse dieser Studie, deren Datenerhebung noch nicht abgeschlossen ist, sind sowohl theoretisch im Rahmen der Fear-Avoidance-Modelle als auch praktisch für die diagnostische und therapeutische Arbeit von Relevanz.

Leitliniengerecht gegen diabetische Polyneuropathie

Weil weniger Schmerz auch mehr Lebensqualität bedeutet

Taubheit, Gefühllosigkeit, Kribbeln oder Schmerz – rund 7,5 Millionen Diabetespatienten in Deutschland kennen diese Symptome als Folgen einer schmerzhaften diabetischen Polyneuropathie (DPNP). Der Schmerz manifestiert sich als brennende, stechende oder dumpfe Empfindung vor allem an den Füßen, kann aber auch die Hände betreffen. In der Therapie der DPNP gilt der selektive Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI) Duloxetin (Cymbalta®) als Mittel der ersten Wahl. Er mindert nicht nur den Schmerz, sondern verbessert auch Aktivität und Mobilität der Patienten – und steigert so die Lebensqualität.

DPNP entsteht durch eine Übererregbarkeit peripherer und/oder zentraler Neuronen, welche die Schmerzschwelle verändert. Das führt zu Symptomen wie Hyperalgesie, Dysästhesie, Hitze-Kälte-Allodynie und spontanen Schmerzen. Da diese Symptome sich vornehmlich in Ruhephasen und in der Nacht manifestieren, finden Betroffene nur schwer zu Entspannung und Nachtruhe.

Neben den direkten Folgen macht mehr als der Hälfte der Patienten der Verlust an Lebensqualität zu schaffen: Sie sind seltener aktiv, weniger mobil und oft nicht arbeitsfähig.

Nationale und internationale First-line-Empfehlungen beachten

In der Therapie der DPNP kommen vorwiegend nicht steroidale Antirheumatika (NSAIDs), COX-II-Hemmer, Opioid-Analgetika, Antikonvulsiva

oder Tranquilizer zum Einsatz. Viel zu selten würden dagegen Antidepressiva als Behandlungsoption erwogen, bemängelte *Dr. med. Kai-Uwe Kern*, Wiesbaden. Dabei empfehlen nationale und internationale Leitlinien wie die der Deutschen Diabetes Gesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, der European Federation of Neurological Societies oder die englische Guideline des National Institute for Health and Clinical Excellence die Behandlung mit SSNRIs wie Duloxetin als Mittel der ersten Wahl.

Weniger Schmerz, mehr Aktivität

Die Wirkung der Substanz setzt an den dezendierenden schmerzhemmenden Nervenbahnen an: Indem der SSNRI die Neurotransmission verstärkt, führt er zu einer raschen und anhaltenden Schmerzlinderung, die in placebokon-

trollierten Studien bereits ab dem dritten Tag einsetzte [1]. Parallel zur Abnahme der Schmerzen verbessern sich unter Duloxetin auch Aktivität, Gehvermögen, Arbeitsfähigkeit und Schlaf signifikant gegenüber Placebo [2]. Damit wird der neuesten Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) »Diabetische Polyneuropathie« Rechnung getragen, die neben einer Schmerzreduktion um 30–50% auch den Erhalt sozialer Aktivität und Lebensqualität fordert.

Neues Tagebuch hilft beim Umdenken

Um die Wahrnehmung der Patienten weg von den Schmerzen hin zu positiven Aspekten des Lebens zu lenken, könne auch ein alternatives Schmerztagebuch helfen, so Kern. In einem solchen »Aktivitätentagebuch« werden positive Entwicklungen wie Schmerzfreiheit, Aktivität, Alltagsbewältigung, Stimmung, Schlaf und Vertrauen festgehalten und bewertet. Interessierte Mediziner können das alternative Schmerztagebuch kostenfrei bei der Medizinischen Informations von Lilly Deutschland anfordern.

[DF]

1.Pritchett YL et al. Pain Med 2007; 8: 397-409.

2.Armstrong DG et al. Pain Med 2007; 8: 410-418.

Quelle: Pressegespräch »Zwischen Wunsch und Wirklichkeit: Patientenerwartungen und Behandlungsrealität bei schmerzhafter diabetischer Polyneuropathie« im Rahmen des Deutschen Schmerzkongresses am 6. Oktober in Mannheim. Veranstalter: Lilly Deutschland GmbH

Synergistisch wirksames Analgetikum Tapentadol

Schmerzhemmung nach körpereigenem Vorbild

Seit einem Jahr steht der Wirkstoff Tapentadol (Palexia retard®) in der Schmerztherapie zur Verfügung. Er vereint zwei analgetische Wirkmechanismen: den μ -Opioidrezeptor-Agonismus und die Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmung. Damit ähnelt er dem körpereigenen endogenen System der Schmerzhemmung und lindert sowohl nozizeptive als auch neuropathische Schmerzen.

Eine Metaanalyse, die neun Studien mit insgesamt 7.948 Patienten einschloss, untersuchte den neuen Wirkstoff im direkten Vergleich zu Oxycodon CR auf sein relatives Risiko für opioidtypische Nebenwirkungen. Die Analyse ergab, dass unerwünschte

Arzneimittelwirkungen wie Übelkeit, Erbrechen, Obstipation und Juckreiz unter Tapentadol bis zu 54% seltener auftraten – bei gleicher analgetischer Potenz des Wirkstoffs.

Bei der Einstellung auf die Substanz spielt die Vormedikation eine Rolle:

Bei opioidnaiven Patienten ist zu Beginn eine niedrige Dosis (2 x 50 mg/d) zu empfehlen, die innerhalb von drei Tagen je nach Bedarf gesteigert wird. Ist der Patient bereits auf ein starkes Opioid eingestellt, sollte beim Wechsel auf Tapentadol ggf. mit äquianalgetischen Dosierungen begonnen werden. Eventuelle Begleitmedikation wie Antikonvulsiva gilt es zudem beizubehalten. [DF]

Quelle: Symposium »Warum benötigt die Schmerztherapie einen neuen Schlüssel? Neue Erkenntnisse und Erfahrungen mit Tapentadol« im Rahmen des Deutschen Schmerzkongresses am 6. Oktober 2011 in Mannheim. Veranstalter: Grünenthal GmbH