

Schmerztherapie Schmerzen gehören mit 95 % Inzidenz zu den häufigsten Beschwerden krebserkrankter Patienten am Lebensende. Die Behandlung mit Opiaten stellt eine wirkungsvolle Therapieoption zur Schmerzminderung dar.

Von Dr. Maja Falckenberg

Opioide in der Behandlung von Tumorschmerzen

Die erfolgreiche Behandlung belastender Symptome ist die Voraussetzung, um einem Patienten bei der Bewältigung psychosozialer oder spiritueller Probleme am Lebensende beizustehen.

In 50 % der früheren Krankheitsstadien und 95 % am Lebensende stellen Tumorschmerzen ein besonders belastendes Symptom bei Patienten mit Tumorerkrankungen dar. In der überwiegenden Zahl der Fälle (88 %) können Opiate Tumorschmerzen erheblich verringern. In multidisziplinären Zentren werden 85 % der Tumorpatienten mit Opiaten behandelt. In der Literatur zum Thema Opiattherapie zeigt sich der erhebliche Anstieg der Kenntnisse zu Wirkort und Mechanismen, jedoch werden wenig konkrete Aussagen zu Effektstärken einer Opiatmonotherapie gemacht. Studien zu speziellen Schmerzsyndromen zeigen Verbesserungen des Wirkeffektes von Opiaten in Kombination mit NSAID (non steroidal anti inflammatory drugs) bei Knochenschmerzen und Gabapentin bei neuropathischen Schmerzen. Als Leitlinie zur Behandlung wird auch aktuell das WHO-Stufenschema empfohlen. Eigene Erfahrungen zeigen, dass Opiate bei sorgfältiger Therapieplanung tatsächlich in vielen Fällen Tumorschmerzen gut lindern; zur stationären Aufnahme kommen jedoch häufig Patienten mit beträchtlichen Nebenwirkungen.

Sensible Patientengruppe

Bei Tumorpatienten handelt es sich um eine sensible Patientengruppe mit unvorhersehbaren Therapieeffekten und ungewöhnlichen Medikamenten-Interaktionen. Während genetische Varianzen zahlenmäßig bei auftretenden Therapieproblemen sicher eine eher untergeordnete Rolle haben, treten vielfältige Systemdysfunktionen bei fortschreitender Tumorerkrankung in der Regel auf. Genaue Kenntnisse möglicher Medikamenteneffekte, der Pharmakokinetik und Pharmakodynamik der verwendeten Substanzen sind zur Anwendung notwendig. Folgende starken Opiate kommen in Deutschland zur Anwendung (in alphabetischer Reihenfolge): Buprenorphin, Hydromorphon, Fentanyl, Morphin, l-Polamidon, Oxycontin. Der Schmerz hemmende Effekt tritt nach Anbindung an einen Rezeptor auf. Bisher kennen wir mindestens vier Rezeptortypen (μ , κ , δ , σ), die nach Anbindung des Opiats die Schmerzreduktion vermitteln. Die Opiate werden bezüglich ihrer Bindungsform in Agonisten, Antagonisten und Mischformen aufgeteilt. Die verschiedenen Opiate weisen eine unterschiedliche Affinität

(Bindungsstärke) zu den Rezeptoren auf, die auch in der Praxis erkennbare leichte Unterschiede der Effekte erklären könnten. Hier sind noch weitere wissenschaftliche Untersuchungen notwendig. Bezüglich der Pharmakokinetik gibt es erhebliche Unterschiede einzelner Substanzen. So muss Morphin erst in einen aktiven Metaboliten umgewandelt werden. Auch die Ausscheidungswege sind unterschiedlich, was bei Organfunktionsstörungen beachtet werden muss. Grundsätzlich kann von einem Dosis abhängigen Wirkeffekt ausgegangen werden. Bei reinen Agonisten gibt es keinen ceiling-Effekt (maximaler analgetischer Effekt). Die Substanz Buprenorphin ist ein partieller Agonist. Während die anderen Opiate in retardierten und kurzwirksamen Formulierungen untereinander kombinierbar sind, wird für diese Substanz davon abgeraten.

Pathophysiologie der Schmerzursache

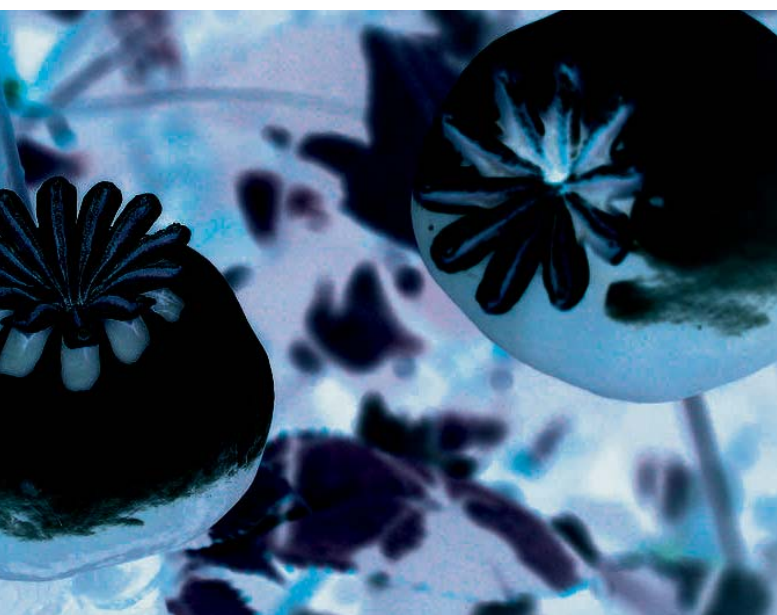
Vor Beginn einer Therapie mit Opiat sollte eine differenzierte Diagnose zur Pathophysiologie der Schmerzursache stattfinden. So finden sich Weichteilschmerzen in 45 %, Knochenschmerzen in 35 % und Neuropathien in 34 % der Fälle. In vielen Fällen bestehen nach primärem Ansatz mit einer Schmerzlinderung durch Opiate andere schmerzlindernde Therapieansätze (Radiatio, Chemotherapie, Bluttransfusion), so dass die Opiattherapie wieder verringert werden kann.

Auch in der aktuellen Literatur gilt das WHO-Stufenschema weiterhin als Basis jeder analgetischen Einstellung. Tumorschmerz ist ein Dauerschmerz, meist mit einzelnen Schmerzspitzen. Aus diesem Grund sollte eine langwirksame Formulierung für die überwiegende Zeit des Tages gewählt werden, ergänzt durch ein schnellwirkendes Präparat für die Schmerzspitzen. Die verschiedenen Opiate sind in vielen Applikationsformen vorhanden und können so in allen erdenklichen Therapiesituationen eingesetzt werden.

Vorausschauende Therapieplanung

Es sollte eine vorausschauende Therapieplanung erfolgen, die die jeweilige mögliche Problementwicklung der nächsten Tage mit einbezieht. Dabei sind nicht-invasive Anwendungsverfahren immer vorzuziehen. Orales Morphin galt lange Zeit als der so genannte Goldstandard auch bezüglich der Therapiekosten. Der Patient bleibt dabei selbständig, es gibt retardierte und schnell wirksame





Formulierungen. Durch eine verzögerte und lange Wirksamkeit bei Retardmedikation treten bei gleichmäßigen, gut steuerbaren Plasmaspiegeln wenig toxische Nebenwirkungen auf. Nachteile sind Belastung des Gastrointestinaltraktes, eventuelles Ausspucken, Wirkverlust bei first-pass-Effekt oder Lebermetabolisierungsstörungen.

Neue Opiatformulierungen

Inzwischen gibt es neue Opiatformulierungen, die Anwendungen unter Umgehung des Gastrointestinaltraktes bieten (Bupenorphen – und Fentanyl Schmerzpflaster) und Opiat/Antagonist Kombinationen (Oxycodon /Naloxon), die Obstipation verringern sollen. Zur abschließenden Beurteilung reichen die Daten noch nicht aus. Es gibt auch keine Studien, welche die unterschiedlichen Kostensituationen inklusive Behandlungskosten von Nebenwirkungen im Vergleich von Morphin mit so genannten „modernen“ anderen Opiaten vergleichen. Bei schlechtem Effekt trotz Dosissteigerung des Opiats sollte immer eine Situationsanalyse durchgeführt werden. Stimmt die Schmerzdiagnose? Sind die Koanalgetika zu verändern? Ist eine Opiatrotation sinnvoll? Hierbei ist auch an die Möglichkeit einer Beeinflussung durch psychologische Faktoren zu denken.

Merkmale einer guten Tumorschmerztherapie

Eine gute Tumorschmerztherapie zeichnet sich durch effektive Schmerzlinderung mit erträglichen Nebenwirkungen unter einer möglichst geringen Medikamentenmenge aus. Im Behandlersteam muss eine einheitliche Strategie bestehen. Nur eine hohe therapeutische Präsenz erreicht eine gute Symptomkontrolle; damit kann für den Patienten ein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit entstehen und eine gewisse Lebensqualität am Lebensende erreicht werden.

Literatur bei der Verfasserin

Kontakt

Dr. Maja Falckenberg
Schmerzambulanz Alten Eichen
Wördemannsweg 23
22527 Hamburg
E-Mail schmerzambulanz.alteneichen@hamburg.de