

Neuropathische Schmerzkomponenten erfordern eine individuelle Therapie

— Werden bei Tumorpatienten durch das Tumorstadium, mechanische Reizung oder Freisetzung von Botenstoffen nozizeptive Nervenfasern oder zentrale nozizeptive Bahnen von Rückenmark und Gehirn geschädigt, kann sich ein gemischt nozizeptiver/neuropathischer Schmerz entwickeln. Dieser „Mixed Pain“ ist schwieriger zu behandeln als der rein nozizeptive Schmerz. Auch die Tumorthherapie

mit Chemotherapeutika, Operationen oder Bestrahlung führt häufig zu einer Schädigung von Nervengewebe und zur Entwicklung von sekundären neuropathischen Schmerzen, erklärte Dr. Roman Rolke, Bonn. Bei der Behandlung von Tumorschmerzen kommt erschwerend hinzu, dass vor allem neuropathische Schmerzen oft von psychischen Komorbiditäten wie Depressionen,

Angst oder Schlafstörungen begleitet werden, so Rolke. Die Basistherapie von Tumorschmerzen mit retardierten und schnell wirksamen Opioiden für Schmerzdurchbrüche müsse daher durch Ko-Analgetika ergänzt werden, die nicht nur spezifisch auf die neuropathischen Schmerzen abzielen, sondern auch den begleitenden psychischen Störungen gerecht werden.

Als wichtigste Ko-Analgetika hob Rolke dabei Antidepressiva und Antikonvulsiva vom Typ der Kalziumkanal-Modulatoren hervor. Antidepressiva wie selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) eignen sich bei begleitender gedrückter Stimmung. Der Kalziumkanal-Modulator Pregabalin (Lyrica®) wirkt nicht nur schmerzlindernd, sondern auch schlafanstoßend und anxiolytisch, so Rolke. Dominieren bei dem Tumorpatienten neuropathische Minuszeichen wie Taubheitsgefühl oder Schmerzen bei leichtem Druck, die auf eine Axonschädigung hindeuten, können Natriumkanalblocker oder Trizyklika eingesetzt werden. Bei sensiblen Pluszeichen wie Hyperalgesie oder Allodynie haben sich nach Rolkes Erfahrung Pregabalin oder SNRI bewährt.

Matthias Herrmann

Symposium „Problemfelder in der Schmerztherapie“ im Rahmen des Deutschen Schmerzkongress, Mannheim, 6. Oktober 2011; Veranstalter: Pfizer Pharma

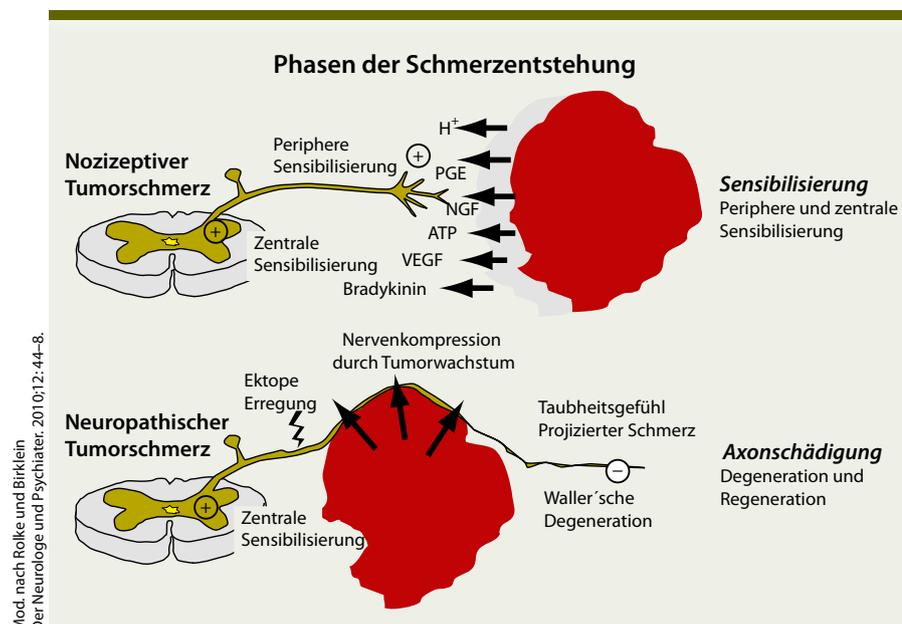


Abb.: Phasen der Schmerzentstehung: Nozizeptiver und neuropathischer Schmerz im Vergleich.

Neuropathische Schmerzen und Epilepsie: Bessere Schlafqualität fördert Schmerztoleranz

— Bei der Medikamentenauswahl für Patienten mit neuropathischen Schmerzen gilt ebenso wie für ältere Epilepsiepatienten: Sowohl Komorbiditäten als auch Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten sind zu beachten. Begleiterscheinungen wie Schlafstörungen sollte man nicht unterschätzen und ebenfalls adäquat therapieren. Pregabalin (Lyrica®) bewirkt neben der Verbesserung der neuropathischen Schmerzen auch eine bessere Schlafqualität der Patienten. Dass dieser Eigenschaft des Medikaments eine klinische Bedeutung zukommt,

verdeutlichte Prof. Göran Hajak, Regensburg: Schlafstörungen stellen das häufigste Begleitsymptom bei peripheren neuropathischen Schmerzen dar. Der Verlust der Tiefschlafphasen beeinträchtigt jedoch nicht nur die Erholung der Patienten, sondern beeinflusst auch das Schmerzempfinden. Einer Studie zufolge ist die Toleranz gegenüber Schmerzen unter Schlafentzug massiv vermindert: So hält es ein gut ausgeschlafener Mensch im Schnitt 12 Sekunden aus, seine Hand auf eine heiße Herdplatte zu halten. Durfte er jedoch nur vier Stunden oder gar

nicht schlafen, verringert sich diese Zeit deutlich. „Wir benötigen den Tiefschlaf, um Schmerzen besser aushalten zu können“, resümierte Hajak. Unter Pregabalin verbessern sich die Tiefschlafphasen, die wichtigen Traumphasen (REM) sowie das Durchschlafvermögen der Patienten. Darüber hinaus zeichnet Pregabalin aus, dass seine renale Clearance durch andere, häufig verordnete Medikamente wie etwa orale Antidiabetika, Insulin oder Diuretika nicht beeinträchtigt wird.

Marion Hofmann-Aßmus

Symposium beim 84. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN), Wiesbaden, 30. September 2011; Veranstalter: Pfizer Pharma