

Seite: 18  
Quellrubrik: Pharma

Nummer: 04

# Grundprinzipien der Tumorschmerztherapie

Annähernd 400.000 Patienten in Deutschland erkranken jedes Jahr an einem Tumor. Die meisten dieser Patienten leiden im Verlauf ihrer Erkrankung an Schmerzen unterschiedlicher Intensität.

Dr. Barbara Kleinmann, Interdisziplinäres Schmerzzentrum, [Universitätsklinikum Freiburg](#)

Oft ist der Schmerz das erste Symptom der Tumorerkrankung. Manchmal entwickelt sich der Schmerz aber erst im Verlauf der Erkrankung, bis zu 95 % der Patienten berichten in fortgeschrittenen Tumorstadien über Schmerzen.

Die Sicherstellung einer guten Tumorschmerztherapie gehört zu den ärztlichen Aufgaben. Obwohl es mittlerweile selbst nationale und internationale Leitlinien zur Behandlung Schmerzen bei Tumorerkrankungen gibt, besteht in der Versorgung von Tumorschmerzpatienten weiterhin ein uneinheitlicher Kenntnisstand und somit eine oft unzureichende Schmerz- und Symptomlinderung. Damit verbunden sind oft eine Unterschätzung der Schmerzintensität und die Verschreibung nicht betäubungsmittelrelevanter Opioiden. Die Dosierung der Schmerzmedikamente wird zu niedrig, die Dosisintervalle werden zu kurz oder zu lang gewählt. Gründe für eine unzureichende Schmerztherapie kann die einzige Verordnung einer Bedarfsmedikation oder einer Monotherapie mit einer Substanzklasse sein. Nur selten kann eine zufriedenstellende Schmerzmedikation mit einer einzigen Substanz und ohne entsprechende Begleitmedikation erreicht werden.

## Ursachen von Tumorschmerzen

Die adäquate Therapie von Tumorschmerzen setzt somit die Kenntnis der einzelnen am Beschwerdebild beteiligten Schmerzmechanismen voraus. Die Ursachen von Tumorschmerzen liegen zum einen im destruktiven oder verdrängenden Wachstum des Tumors und zum anderen an sekundären tumorassoziierten, therapie- und immobilisati-

onsbedingten Beschwerden: Infiltration und Kompression von Nerven und Gefäßen, Weichteilen, stenosierendes Wachstum in Hohlorganen, ossäre Metastasen mit Knochenfrakturen, neuropathische Schmerzen durch Bestrahlung und Chemotherapie, Mukositis, Ulcera und Decubiti, Lymphödem, Thrombose, Muskelschmerzen, Postzoster Neuralgie etc. Bei Schmerzzunahme oder Veränderung des Schmerzcharakters sollte auch immer wieder eine Neu-evaluation des Tumorstadiums erfolgen, um auch weitere schmerztherapeutisch sinnvolle Maßnahmen wie z. B. operative Eingriffe oder eine Strahlentherapie zur Verkleinerung des Tumors in Erwägung ziehen zu können. Weltweit besteht jedoch Konsens darüber, dass die überwiegende Mehrzahl der Tumorpatienten durch eine oral applizierte Schmerztherapie ausreichend schmerzreduziert werden können. Als Orientierungshilfe für die Behandlung von Tumorpatienten sind die seit 1986 bestehenden Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der European Association für Palliative Care (EAPC) hilfreich. Der WHO-Stufenplan sieht vor, Schmerzen beginnend mit Nicht-Opioiden, wenn nicht ausreichend Kombination mit niedrig potenten Opioiden und bei weiterhin unzureichender Schmerzlinderung mit hochpotenten Opioiden zu behandeln. Zusätzlich fordert die WHO 5 weitere Behandlungsmaxime: "by the mouth" - die Schmerztherapie sollte, wenn immer möglich, oral verabreicht werden, "by the clock" - die Schmerzmedikation sollte entsprechend ihrer Wirkdauer und zu festen Zeiten und vor bevor die Wirkung der vorher gegebenen Dosis abklingt, gegeben werden, "by the ladder" - die Arzneimittelaus-

wahl soll der Schmerzintensität angepasst werden, "for the individual" - Schmerztherapie ist eine individuelle Therapie, deren Dosierung vom Schmerz des Patienten und nicht vom Dosierungsschema abhängt, dazu gehört auch die Auswahl von Begleitmedikamenten, "attention to detail" - die einzelnen Bedürfnisse des Patienten müssen berücksichtigt werden, und weitere auch nicht medikamentöse Therapien sollen falls notwendig aufgenommen werden. Es besteht heute weitgehend Einigkeit, dass der WHO-Stufenplan kein starres Konstrukt ist und insbesondere in der Tumorschmerztherapie in den allermeisten Fällen direkt die Therapie-Stufe III notwendig ist.

Einsatz von Schmerzmedikamenten  
Der Einsatz der Schmerzmedikamente richtet sich zudem nach dem Schmerzmechanismus. Bei neuropathischen Schmerzen müssen deshalb frühzeitig die entsprechenden Koanalgetika wie Antidepressiva und Antikonvulsiva in die Therapie mit einbezogen werden. Auch medikamentenassoziierte Nebenwirkungen wie Obstipation, Übelkeit und Mundtrockenheit werden berücksichtigt und entsprechend behandelt. Opioiden sollten bei stabilem Schmerzniveau als Retardpräparate eingesetzt werden, nicht retardierte Präparate dienen zur Dosisfindung oder zur Behandlung von Schmerzspitzen. Die Auswahl des Opioids erfolgt unter Beachtung der Begleiterkrankungen (z. B. Leber- oder Niereninsuffizienz) und von Begleitmedikation des Patienten.

Neben der regelmäßigen Einnahme von Opioiden in retardierter Galenik sollte ein Durchbruchschmerz mit einer Bedarfsmedikation durch Opioiden mit schnellem Wirkbeginn erfolgen. Die Einzeldosis der schnell

freisetzenden Opioiden orientiert sich an der Dosis der Dauermedikation und beträgt ca. 1/6 der Tagesdosis. Bei Passagehindernissen oder Schluckstörungen können z. B. transdermale Pflastersysteme (nicht sinnvoll bei rascher Schmerzprogredienz) oder eine Sublingualapplikation von Opioiden angezeigt sein, in fortgeschrittenen Stadien die Gabe über PEG oder die kontinuierliche intravenöse Gabe über einen Port und eine Medikamentenpumpe (z. B. patient controlled analgesia, PCA). Nur sehr selten werden schmerztherapeutische invasive Maßnahmen wie die peridurale oder subarachnoidale kontinuierliche Medikamenten-

gabe über implantierte Katheter und Medikamentenpumpen oder Ports. Die Indikation, Anlage und Medikamentenauswahl sollte in entsprechend erfahrenen Zentren erfolgen. Neurodestruktive Verfahren wie die Neurolyse des Ganglion coeliacus spielen nur noch selten bei therapieresistenten Oberbauchschmerzen und in fortgeschrittenen Tumorstadien (z. B. Pankreaskarzinom) eine Rolle, können aber in diesen ausgewählten Fällen hilfreich sein. Neben den medikamentösen Maßnahmen zur Tumorschmerztherapie sollten auch psychosoziale Faktoren, die in die Schmerzwahrnehmung und die Lebensqualität des

Patienten einfließen, berücksichtigt werden. In vielen Fällen ist deshalb eine psychoonkologische Mitbetreuung notwendig und sinnvoll. Um den Kenntnisstand und die flächendeckende Versorgung in Deutschland weiter zu verbessern stimmte der Bundesrat im Mai 2012 der Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte zu und führte damit die Schmerzmedizin als neues Querschnittsfach und damit Pflichtfach in das Medizinstudium ein.

| [www.uniklinik-freiburg.de](http://www.uniklinik-freiburg.de) |



WHO-Stufentherapie