

# Schmerzen bei unheilbarer Erkrankung

Der Schmerz ist immer noch häufigstes Symptom bei unheilbarer Erkrankung. Dies gilt für Menschen mit Malignomen, fortgeschrittenen Organleiden und für die vielen betagten Menschen mit und ohne Demenz. Die nachfolgenden Überlegungen beziehen sich auf erwachsene Palliativpatienten.

## Ein mehrdimensionales Syndrom und seine Folgen

Schmerzen sind ein mehrdimensionales Geschehen. Somatisch bedingte Reize können durch emotionale Faktoren oder Erfahrungen verstärkt (und selten vermindert) wahrgenommen werden. Anhaltende Schmerzen führen zu Verhaltensänderungen, zum Schmerzgedächtnis und sind therapeutisch anspruchsvoll. Schmerzen bei unheilbarer Krankheit haben eine besondere Wertigkeit, sie rufen die bedrohliche Krankheit unerbittlich ins Gedächtnis. Sie lösen existentielle Ängste und Hoffnungslosigkeit aus: Wenn die Schmerzen jetzt schon so stark sind – was mache ich nur, wenn sie noch schlimmer werden?

Schmerzen und deren Folgen sieht man den Patienten nicht immer an. Gerade bei Betagten werden Schmerzen unterschätzt, dabei nehmen Schmerzprävalenz, -intensität und Zahl der Entstehungsorte zu. Betagte mit Schmerzen in terminaler Situation sind immobiler, instabiler, depressiver und haben gehäuft Schlafprobleme.

## Erfassung

Mit einfachen Instrumenten kommt man weit. Schmerzorte, -charakter, -häufigkeit, Auslöser und Schutzmechanismen («Wie helfen Sie sich?») werden erfragt. Die visuelle Analogskala (VAS) zeigt die Selbstwahrnehmung der Schmerzintensität und kann beim Hausbesuch auf ein Blatt gezeichnet werden. Regelmässige Erfassungen ergeben eine sogenannte Schmerzkurve – ein Muss bei anhaltender Schmerzsituation. Für kognitiv eingeschränkte Patienten bietet sich Dolo Plus an (Fremdeinschätzung). Assessments, wie McGill Pain Questionnaire oder Brief Pain Inventory, erfassen Schmerzart, -intensität, -ort und -erleben und sind rasch erhoben.

## Erwartungen

Die Frage «Wenn Sie jetzt wüssten, was Sie gegen Ihre Schmerzen nehmen könn-

ten, würden Sie es dann tun?» kann erhellend sein. Betroffene sind manchmal gewillt, Schmerzen auszuhalten, wenn sie dafür zu Hause bleiben können oder medikamentös weniger sediert sind. Erwartungen, die ein Patient oder Angehöriger hat, beeinflussen den Therapieerfolg. Die berühmte Schere zwischen Realität und Erwartungen gegenüber einer Therapie, beispielsweise mit einem Opioid, bezeichnet man als Calman Gap. Seine Bedeutung ist nicht zu unterschätzen.

## Standards

Trotz der grossen Bedeutung sind Schmerzstandards gerade für Palliativpatienten rar. Das 3-Stufen-System der WHO und die Prinzipien *by the mouth, by the clock, by the ladder* sind immer noch gültig.

Stufe I: Paracetamol und Metamizol (Novalgin) verbreitet. Scopolaminbromid (Buscopan) bei Spasmen. Ibuprofen bei Knochenschmerzen, Leberkapselschmerz oder entzündlichen Schmerzen, das gastrointestinale Blutungsrisiko ist bei polymorbiden Patienten jedoch hoch. Die NSAR können als Coanalgetika zusammen mit Stufe-III-Medikamenten eingesetzt werden.

Stufe II: Heute untergeordnete Rolle, da schwach wirksam und begrenzt steigerbar. Einzig Codein bewährt sich wegen seiner überlegenen antitussiven Wirkung, zu diesem Zweck auch neben starken Opioiden sinnvoll.

Stufe III: Morphin, Hydromorphon, Oxycodon, Fentanyl, Buprenorphin, Methadon. Grosse Palette mit unterschiedlichen Applikationsformen. Teilweise nur unter guter Patientenkooperation verantwortlich (bspw. Actiq-Lutscher).

Analgetika wie Gabapentin (Neurontin) und Pregabalin (Lyrica) werden bei neuropathischen Schmerzen prioritär eingesetzt. Tegretol ist ebenfalls effektiv, ist aber wegen zahlreicher Interaktionen problematisch. In den meist hohen Dosen machen erfahrungsgemäss alle drei Medikamente müde.

Die Substanzenstärke wird der Schmerzintensität angepasst. Die WHO-Stufen I und II werden bei starken Schmerzen übersprungen. Die Schweizerische Gesellschaft palliative ch publiziert auf ih-

rer nationalen Website praxisorientierte Empfehlungen zur Schmerztherapie ([www.palliative.ch](http://www.palliative.ch)).

## Besser wenige Opiode gut kennen als keines richtig

Ein Opioid der 1. Wahl gibt es nicht. Die Wahl des Opioids richtet sich nach Wirkungsspektrum, Steuerbarkeit und Applikationsmöglichkeit.

Nutzen und Nachteile müssen sorgfältig gegeneinander abgewogen werden. Morphin ist weiterhin eine gute Option wegen zahlreicher Applikationsformen, guter Dosierbarkeit auch in kleinen Dosen und überlegener Wirkung bei neuropathischer Schmerzkomponente bzw. Atemnot. Träge transdermale Systeme eignen sich für stabilere Schmerzen. Bei ihnen treten relevante Dosischwankungen bzw. ungenügende Resorption auf bei Kachexie, Fieber, Schwitzen, aber auch bei Strukturveränderungen der Haut, wie Mikroangiopathien (schwerer Diabetes!), ALS, Sklerodermie. Transkutane Pflaster bei Kachexie sind ein Kunstfehler, da das subkutane Fettgewebe den Gradienten zur Resorption nicht aufrechterhalten kann. Für terminale, instabile, kreislaufzentralisierte Patienten eignen sich transdermale Systeme nicht. Hydromorphon löst weniger Nausea aus, dies bestätigt sich im klinischen Alltag. Leider sind die Startdosen vieler Opiode für viele Patienten zu hoch. Der Vorteil des Kombipräparates Targin (Oxycontin + Naltrexon) ist nicht sicher, aus Sicht vieler Kliniker enttäuschend, zu viele Studien sind pharmaaunterstützt. Oxycontin liegt leider nicht in parenteraler Form vor. Es soll weniger Delirien auslösen und ist in der Geriatrie beliebt. Bezüglich Obstipation, Delir und Müdigkeit spielen aber supportive Massnahmen eine mindestens so wichtige Rolle: Gute Hydrierung, aktives Delirmonitoring und Delirprophylaxe (Antiemetikum Haldol beibehalten!), Absetzen unnötiger Medikamente, vor allem von Anticholinergika, Vermeiden grosser Dosischwankungen. Tramadol und Pethidin sind out. Tramadol ist ein Brechmittel mit gewisser analgetischer Wirkung. Pethidin flutet rasch an, die Suchtgefahr ist erheblich (ab erster Dosis!).

## Start early and low, go slow

Heute werden Opiode bei Patienten mit fortschreitender Erkrankung frühzeitig

begonnen, dafür in tiefer Startdosis. Die Compliance bei 2x 10 mg MST ist oft besser als bei 4–8 Pferdepillen der Stufe I. Die Startdosis bei Opioiden richtet sich nach Körpergrösse, Geschlecht (Frauen sind empfindlicher) und Alter. Eintitrieren mit kurzwirksamen Formen. Bei hochbetagten polymorbiden Patienten beträgt die Zieldosis Morphin oft nicht mehr als 20 mg pro Tag! Eine Begleitmedikation mit Laxantien und einem Antiemetikum (Haldol 1 mg/d) ist obligat.

### Schlucken nicht möglich – kein Grund zur Einweisung

Am Wochenende entwickelt Ihr Schmerzpatient Schluckprobleme. Sie haben keine Morphinampullen dabei. Gerade Opioide werden im gesamten GI-Trakt resorbiert und können rektal eingeführt werden – viele andere Medikamente üb-

### Faustregel für Startdosen von Opioiden

<b>Mann, 50 Jahre, 80 kg</b>	5–10 mg Morphinäquivalent, 4-stdl. peroral
<b>Frau, 50 Jahre, 60 kg</b>	5 mg Morphinäquivalent, 4-stdl. peroral
<b>Frau, 80 Jahre, 45 kg</b>	2 mg Morphinäquivalent, 4-stdl. peroral

rigens auch. Die Wirkung ist meistens unvermindert, auch bei Retardpräparaten. Bei Umstellung auf subkutane Gabe wird prästernal oder am lateralen Oberschenkel ein Butterfly eingelegt, Nadelspitze Richtung Herz, mit Opsite fixiert. Reizlos kann er bis 14 Tage belassen werden, dann Wechsel der Punktionsstelle.

### Wer hilft mir weiter?

In der Region Basel helfen Ihnen verschiedene Spezialistinnen und Spezialisten konsiliarisch weiter: Die beiden Hospize, SEOP, Onko-Spitex sowie Pain-Services von Unispital und Spital Laufen. Ein An-

ruf oder Mail genügt. Alle hier erwähnten Erfassungsinstrumente können über [aerzte@hospizimpark.ch](mailto:aerzte@hospizimpark.ch) bezogen werden. Die beiden Hospize bieten Fortbildungen für Qualitätszirkel an. Zahlreiche Therapieempfehlungen zu Best practice finden Sie auf [www.palliative.ch](http://www.palliative.ch). Die Krebsliga vertreibt das praxisorientierte Buch «Palliativmedizin».

*Dr. med Heike Gudat*

.....  
**Dr. med Heike Gudat** ist Internistin und leitende Ärztin im Hospiz im Park, Klinik für Palliative Care, Arlesheim  
 .....

### Äquivalenzdosen von Opioiden (mg/Tag)

MORPHIN HCL p.o.	MORPHIN HCL s.c.	MORPHIN HCL i.v.	FENTANYL TTS	HYDROMORPHON	OYXCODON	METHADON p.o., s.c., i.v. (1:1)
	p.o.:s.c. ≈ 2:1	p.o.:i.v. ≈ 3:1	Mö: Fent.(µg/h) ≈ 1:4	Mö: Hydromorphon ≈ 7,5:1	Mö: Oxycodon ≈ 2:1	30–90 mg ≈ 1:4 90–300 mg ≈ 1:8 >300 mg ≈ 1:12
10, 30, 60, 100, 200 mg	Lösung 10 mg/ml	Lösung 10 mg/ml	12,5, 25, 50, 75, 100 µg/h	4, 8, 16, 24 mg	10, 20, 40, 80 mg	Lösung 10 mg/ml
<b>10</b>	5	3	–	2	5	5
<b>20</b>	10	7	12,5 µg/h	4	10	6
<b>30</b>	15	10	12,5	4	15	7
<b>40</b>	20	13	25	6	20	8,5
<b>60</b>	30	20	25	8	30	10,5
<b>90</b>	45	30	25	12	40	11
<b>120</b>	60	40	50	16	60	15,5
<b>150</b>	75	50	50	20	80	17
<b>180</b>	90	60	75	24	90	19
<b>210</b>	105	70	75	28	110	21
<b>240</b>	120	80	100	32	120	22,5
<b>270</b>	135	90	100	36	140	24
<b>300</b>	150	100	150	40	150	25
<b>400</b>	200	130	150	53	200	33
<b>500</b>	250	170	175	67	250	42
<b>600</b>	300	200	225	80	300	50
<b>700</b>	350	230	275	93	350	58
<b>800</b>	400	270	300	107	400	66
<b>900</b>	450	300	375	120	450	75
<b>1000</b>	500	330	425	133	500	85

HOSPIZ IM PARK ARLESHEIM/Blaubuch/Aequivalenzdosen/2010