

Altersgerechtes Schmerzmanagement

Die richtige Analgesie steigert seelisches und soziales Wohlbefinden

München, 7. Dezember 2011 – Selbstständigkeit im Alter ist eine große Voraussetzung für eine gute Lebensqualität. Schmerzpatienten sind in ihrer Mobilität oft sehr eingeschränkt, viele betagte und hochbetagte Patienten nicht ausreichend analgetisch versorgt. Soziale Isolation, Schlafstörungen, Ängste, Depressionen und auch kognitive Einschränkungen können die Folgen sein. Das Erkennen von Schmerzen ist hierdurch oft erschwert und die Wahl einer adäquaten Therapie stellt für Ärzte eine große Herausforderung dar. Die Multimorbidität ist ein zentrales Problem beim älteren Schmerzpatienten. Sie erschwert als ständig vorhandener Einfluss auf die Körperfunktionen des geriatrischen Patienten einerseits die Diagnostik und andererseits die therapeutischen Möglichkeiten. Sie mindert die Belastbarkeit und Stabilität des Patienten nachhaltig. Vor allem aber ist sie ein Hauptgrund dafür, dass es beim älteren Schmerzpatienten häufig nicht gelingt, einen kausalen Zusammenhang zwischen Schmerz Auslöser herzustellen. Die Besonderheiten des älteren Patienten machen eine andere Auseinandersetzung mit dem Schmerz notwendig.

„Etwa 40 Prozent der 90 Jährigen sind dement und die Tendenz steigend“, berichtet Dr. Matthias Schuler, Leitender Arzt der Akutgeriatrie im Diakoniekrankenhaus Mannheim. Je nach Ausprägung der Demenz sollte die Schmerzdiagnose an die sprachlichen und kognitiven Fähigkeiten der Patienten angepasst werden. Ist eine verbale Kommunikation hier nicht mehr möglich, so können Schmerzzustände durch Verhaltensbeobachtung, unterstützt durch die BESD-Skala¹ klar erkannt werden. Eher schwierig ist jedoch die Fremdeinschätzung des Schmerzverhaltens durch das Fachpersonal oder geschulte Angehörige aufgrund unterschiedlicher Übereinstimmungen.

Mit Schmerztherapie gegen Agitation

Als „Meilenstein in der Schmerztherapie hochbetagter Demenzkranker“ stellt Schuler Ergebnisse von Husebo et al. vor.² Im Rahmen der Cluster-randomisierten klinischen Studie wurden die Patienten der Interventionsgruppe (n=175) in Anlehnung an das Stufenprotokoll der American Geriatrics Society individuell behandelt.³ In der Kontrollgruppe erhielten die Betroffenen (n=177) ihre gewöhnliche Schmerztherapie.

Die Untersuchung zeigte, dass eine systematische Schmerztherapie Agitation und Aggression bei Bewohnern von Pflegeheimen mit mittelschwerer bis schwerer Demenz signifikant reduzierte, berichtet Schuler. Nach acht Wochen war in der Interventionsgruppe der Cohen-Mansfield Agitation Inventory Score im Vergleich zur Kontrollgruppe um 17 % reduziert. Hinsichtlich Alltagsaktivitäten und Kognition unterschieden sich die Gruppen jedoch nicht signifikant. Dies deutet darauf hin, dass es keinen Zusammenhang zwischen dem Rückgang der Agitation und einem sedierenden Effekt der Analgetika gebe, so Schuler.

Transdermales Buprenorphin bei Coxarthrose

Für die älteren multimorbiden Schmerzpatienten mit gastrointestinalen, renalen und kardiovaskulären Risikofaktoren gilt das transdermale 7-Tage-Schmerzpflaster, als adäquate medikamentöse Therapieoption. An dem Fall einer 69-Jährigen Patientin mit Coxarthrose rechts Grad III, einer kombinierten Fettstoffwechselstörung, Hypertonie und rezidivierender Ulcera ventriculi, schildert Ulf Schutter aus Marl, die Vorteile der transdermalen Opioidtherapie. Aufgrund der Komorbiditäten sei eine hohe NSAR-Dosis eine Gefahr für die Patientin, erklärt Schutter, weshalb sie auf eine transdermale Opioidtherapie (Norspan[®]) umgestellt worden sei.

Das Ziel der Therapie war es, die Patientin analgetisch so einzustellen, dass sie sich wieder alleine versorgen könne. „Unter der Behandlung mit dem 7-Tage-Schmerzpflaster wurde das Therapieziel, die Schmerzen zu reduzieren und die Lebensqualität zu steigern, erreicht“, sagt Schutter. Die Patientin zeige eine deutliche Schmerzreduktion von VAS 4 auf VAS 2 in Ruhe und von VAS 8 auf VAS 3 bei Belastung. Selbst die Einstellung der Hypertonie ist wieder unkompliziert und stabil – Ulcera ventriculi treten nicht mehr auf.

Auf der sicheren Seite: Buprenorphin im Alter

Die Gabe von Buprenorphin in der Schmerztherapie hat bei älteren Patienten eine bedeutende Rolle. Das einfache Applikationsintervall verbessere die Compliance. Die Handhabung ist für das Pflegepersonal sowie für pflegende Angehörige einfach. Der gleichmäßige Wirkstoffspiegel über sieben Tage ermögliche eine dauerhafte Schmerzkontrolle.

Da der Wirkstoff vorwiegend hepatisch metabolisiert werde, kann Buprenorphin auch bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion ohne Dosisanpassung eingesetzt werden. Patienten profitieren auch von einem ausgeprägten anti-hyperalgetischen Effekt.

Die Bindung an Globulin mache die Substanz gut kombinierbar mit Arzneistoffen, die eine hohe Proteinbindung haben und sei damit besonders geeignet für ältere Patienten mit entsprechender Polymedikation.

Besonderheiten des alten Menschen als Schmerzpatient

- Veränderung des Organschmerzes
- Underreporting of pain
- Symptomenwandel
- Multimorbidität
- Verändertes Sensorium
- Störung der Kommunikation und Lernfähigkeit durch kognitive Einschränkungen
- Protrahiertes Schmerzerleben durch Depression und Vereinsamung

Zusammenfassung

Schmerzen im Alter richtig zu behandeln ist kein Problem des Alters. Es gilt vielmehr, die altersspezifischen Veränderungen sowohl in die Diagnostik einfließen zu lassen, als sie auch in der Therapie zu berücksichtigen. Die eigentliche Herausforderung besteht folglich darin, alte und hochbetagte Menschen überhaupt als Schmerzpatienten zu erkennen und sie entsprechend dieser Erkenntnis ausreichend zu behandeln. Die Behandlung der Schmerzen älterer Menschen unterscheidet sich von den Methoden her nicht wesentlich von der jüngerer Patienten. Allerdings besteht ein erheblicher Anpassungsbedarf an die Besonderheiten betagter Patienten.

Berechtigt bei der Schmerztherapie ist die Vorsicht aufgrund der erhöhten Nebenwirkungsrate gerade bei den NSAR. Weil vermeintlich wenig gefährlich werden sie viel zu häufig eingesetzt. Unkritischer Umgang von Seiten des Patienten und die oft geringe Kontrolle durch den Arzt begründen vor allem Nebenwirkungen aufgrund der altersassoziierten Schleimhautatrophie im Gastro-Intestinaltrakt. Sehr wichtig ist es aber auch, auf Nebenwirkungen zu achten, welche die soziale Kompetenz des Patienten bedrohen.

Referenzen

- ¹ Skala zur Beurteilung des Schmerzes bei Demenz
- ² Husebo B et al. BMJ 2011; 343:d4065)
- ³ Schritt 1: bis 3g Paracetamol p.o. täglich;
Schritt 2: bis 20mg Morphin p.o. täglich;
Schritt 3: bis 10 µg/h transdermales Buprenorphin;
Schritt 4: bis 300mg Pregabalin p.o. täglich

Quelle

III. Norspan®-Hintergrundgespräch: „Altersgerechtes Schmerzmanagement: Schmerzen erkennen – therapieren – kontrollieren. München, 7. Dezember 2011 – Veranstalter: Grüenthal GmbH, Aachen.