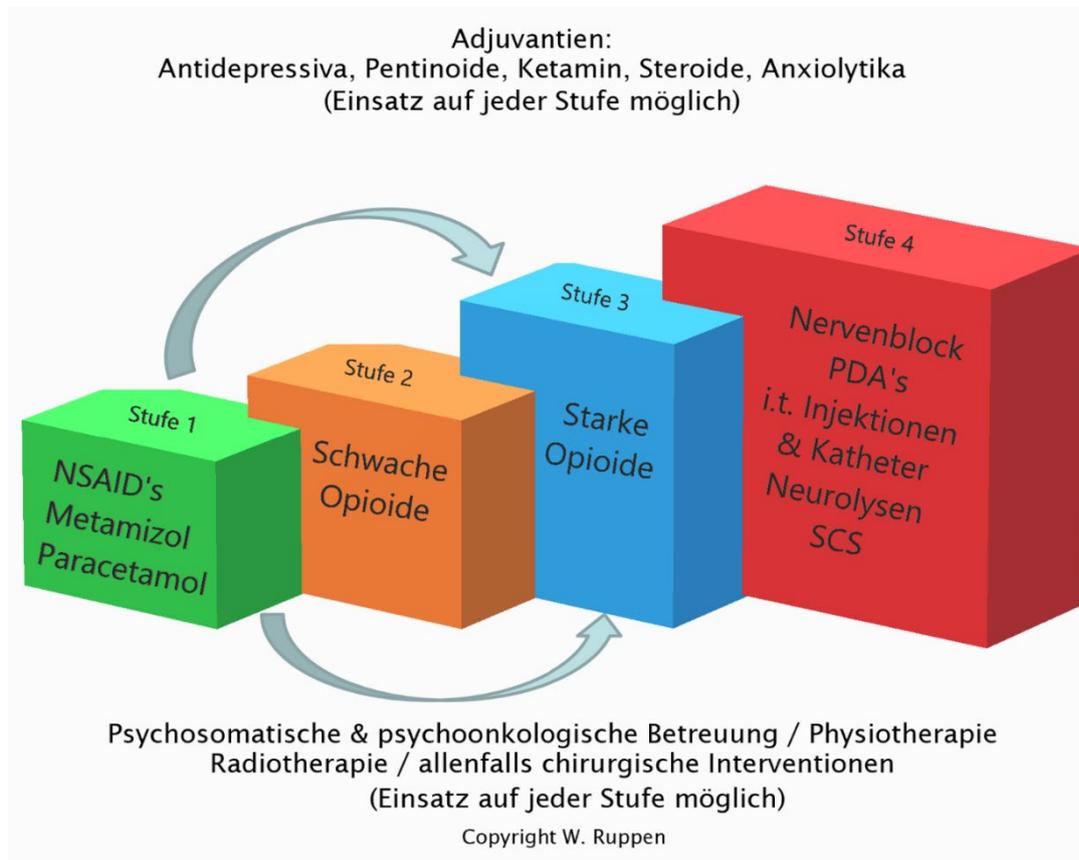


WHO Stufenschema adaptiert nach W. Ruppen

Standardleitlinie bei der Behandlung von Tumor bedingten Schmerzen



WHO Stufenschema adaptiert nach W. Ruppen

Standardleitlinie bei der Behandlung von Tumor bedingten Schmerzen

Adjuvantien : Antidepressiva, Pentinoide, Ketamin, Steroide, Anxiolytika (Einsatz auf jeder Stufe möglich)			
Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4
NSAID's Metamizol Paracetamol	Schwache Opioide	Starke Opioide	Nervenblock PAD's i.t. Injektionen & Katheter Neurolysen SCS
Psychomatische & psychoonkologische Betreuung / Physiotherapie Radiotherapie / allenfalls chirurgische Interventionen (Einsatz auf jeder Stufe möglich) Copyright W. Ruppen			

Erste Stufe: Paracetamol, NSAID und Metamizol

Paracetamol kann bei leichteren Schmerzzuständen als Mono-Analgetikum versucht werden. Bei stärkeren Schmerzen sollten, abhängig von allfälligen Kontraindikationen, Metamizol und ein NSAID in Erwägung gezogen werden. Metamizol und NSAIDs können miteinander kombiniert werden; zumindest im Akutschmerzsetting gibt es Hinweise auf additive Effekte bezüglich Wirkpotenz.

Zweite Stufe: schwach wirksame Opioide

In der Fachliteratur wird das Überspringen der zweiten Stufe (schwach wirksame Opioide) diskutiert. Grund dafür sind das ungünstige Nebenwirkungsprofil einerseits sowie die schwache Analgesie-Stärke von Tramadol im Vergleich zu stark wirksamen Opioiden andererseits. So ist mit ca. 37 % der behandelten Patienten mit Tramadol mit Nausea und Vomitus zu rechnen, deutlich mehr, als beim Einsatz von stark wirksamen Opioiden.

Dritter Stufe: stark wirksame Opioide

Stark wirksame Opioide gelten als Goldstandard bei der Therapie von starken Tumor bedingten Schmerzen, sind aber mit entsprechender Vorsicht einzusetzen. Lokal-regionale Schmerzen können mit lokalen Massnahmen unter Umständen effizienter und nebenwirkungsärmer behandelt werden. Auch sind nicht alle Schmerzen, insbesondere neuropathische Schmerzen, Opioid sensibel. Die Unterscheidung, ob es sich um akute Schmerzen (zum Beispiel im Rahmen einer pathologischen Fraktur) oder um chronische, Tumor-Therapie assoziierte Schmerzen handelt, ist entscheidend. Akute Schmerzen zum Beispiel im Rahmen einer pathologischen Fraktur sprechen oftmals sehr gut auf eine mitunter auch hochdosierte, aber kurzfristige Opioid Therapie an. Bei chronischen, meist Tumor-Therapie assoziierten Schmerzen gelten die gleichen Herangehensweisen wie bei nicht-Tumor assoziierten Schmerzen. Eine langfristige und vor allem auch höher dosierte Therapie mit Opioiden ist selten zielführend und indiziert. Nicht vergessen werden sollte, dass ein Tumorpatient auch an chronischen, nicht mit dem Tumor assoziierten „benignen“ Schmerzen leiden kann.

Vierte Stufe: minimal invasive Therapieoptionen

Minimal invasive Therapiemethoden haben im Bereiche der Tumorschmerztherapie an Bedeutung gewonnen. Oft kann hoch palliativen Patienten mit stärksten, sonst nicht beherrschbaren Schmerzen zum Beispiel mit einem intrathekalen Katheter effizient geholfen werden; im Idealfall sind solche Patienten gar schmerzfrei bis schmerzarm. Durch den Katheter werden meist Lokalanästhetika sowie Opioide kontinuierlich und/oder bei Bedarf auf Knopfdruck des Patienten verabreicht. Die Indikationsstellung sollte auch hier durch einen Experten für minimalinvasive Schmerzmedizin gestellt werden.

Patienten mit regionalen, Tumor bedingten Schmerzen kann mit Ultraschall gesteuerten peripheren Blockaden effizient geholfen werden. Diese Verfahren sind mit deutlich weniger systemischen Nebenwirkungen behaftet im Vergleich zu einer systemischen Therapie.

Co Analgetika, Anxiolytika, Ketamin und Gabapentinoide

Co Analgetika wie trizyklische Antidepressiva, Duloxetin und auch Gabapentinoide kommen vor allem bei neuropathischen Schmerzen sowie schmerzbedingten Schlafstörungen zum Einsatz. So kann mittels tief dosierter Gabe von Trimipramin in Tropfenform (5-25 mg) eine deutliche Verbesserung der Schlafsituation und damit eine Lebensqualitätssteigerung des Patienten erreicht werden. Vorgängig sollte mittels EKG ein QT Syndrom ausgeschlossen werden.

Anxiolytika können im Rahmen eines „total body pain“ sehr hilfreich sein. Bei schweren bis schwersten Schmerzzuständen kann auch die Applikation von Ketamin (intravenös oder nasal) hilfreich sein; die Applikation von Ketamin sollte Therapeuten mit profunder Erfahrung im Umgang mit Ketamin vorenthalten bleiben.

Beizug anderer Spezialisten

Bei entsprechenden Indikationen können anderer Fachdisziplinen beigezogen werden, welche je nach Situation ebenfalls einen Beitrag zur Analgesie beisteuern können. Beispielsweise:

- Physiotherapeuten und Ergotherapeuten
- Radioonkologen
- Psychoonkologen
- Psychiater
- Palliativmediziner
- Schmerzmediziner
- Onkologen
- Chirurgen
- Suchtberatung