

Schwierige Schmerztherapie, Sylt, 15.04.2013

Themen:

- Fentanyl und Interaktionen
- Diagnostik Neuropathie
- Invasive Schmerztherapie
- Umstellung oral --> systemisch
- Methadon

Fentanyl und Interaktionen:

Vieles ist derzeit noch nicht ganz klar. Eine potenzielle Erklärung wäre eine Interaktion via CYP 2D6. Über dieses Isoenzym von Cytochrom 450 werde viele Antidepressiva, Antikonvulsiva, Tramadol/Codein und Betablocker abgebaut. Kommt es hier zu einer Präsenz von zu vielen dieser Substanzen, bei wenig dieses Isoenzym oder bei ca. 11% unserer Bevölkerung zu langsamen Abbau über dieses Isoenzym, kann es zu einer Akkumulation von freiem Serotonin kommen. Das Ergebnis: das serotoninerge Syndrom mit Fieber, Verwirrtheit, Desorientiertheit, plus vegetative Zeichen wie Tachykardie, Schwitzen, Blutdruckanstieg, etc.

Ebenfalls heikel: NINS + Fentanyl. In diesem Fall akkumuliert die Muttersubstanz. Das Ergebnis: PatientInnen drüben zusehends ein, manchmal scheinen sie dabei moribund.

Diagnostik Neuropathie:

- Der Schmerz ist einem anatomischen Korrelat eindeutig zuordenbar.
- Zusätzliche Minus- (Abschwächung, Ausfall) oder Plusphänomene (Parästhesie, Dysästhesie, Allodynie, Hyperalgesie)
- Schmerzcharakteristik: brennend - elektrisierend - blitzartig einschließend
- CAVE: Auch Muskel- und Viszeralerschmerz brennen!
- Pat. beschreiben gerne Hitze/Kälte in den betroffenen Extremitäten
- Cave DD zu Entzündung: pochend, klopfend, hämmernd!
- Oft bewegungs-/belastungsunabhängig (DD zu Schmerzen aus dem Stützapparat)

Therapie:

- Primär Antidepressiva oder Antikonvulsiva (begleitende Komorbidität Depression, Angst?)
- Sekundär Opioide (außer Fentanyl oder Hydromorphon --> beide NICHT antineuropathisch)
- Primär Opioide nur, wenn der Initialschmerz hoch und akut ist.

Invasive Therapie, Umstellung oral --> systemisch:

- Sowohl beim Tumor- als auch Nichttumorschmerz selten wirklich indiziert.
- Indikation muss im Team gestellt werden.
- Primär alle Co-Analgetika und Co-Therapien ausschöpfen.
- psychosoziale Cofaktoren übersehen (Yellow Flags)?
- Bei der richtigen Indikation ein Segen, bei der falschen ein Fluch sowie eine zusätzliche Belastung für die PatientInnen zum Grundproblem.
- Hat für die PatientInnen zusätzliche Konsequenzen: Schwierige Körperpflege, reduzierte Selbständigkeit, evtl. Aufenthalt primär auf Intensivstation, initial Aggravierung der

Schmerzen, Tachyphylaxie der Medikamente, Nachfüllung, Thermosensitivität des implantierten Systems, Verlust von anderen Körperfunktionen, etc.

Methadon

Pro:

- Wirkt bei somatischem und neuropathischem Schmerz
- vergleichsweise günstig

Contra:

- sehr lange Eliminationshalbwertszeit (bis zu 72 Stunden) --> hohe Akkumulationsgefahr
- kein konstantes Morphinäquivalent --> Umrechnung nahezu unmöglich vor Umstellung
- Im Falle einer Abhängigkeit --> Entzug sehr schwierig

Konsequenzen daraus:

- Reserve-Opioide ("Panzerschrankmedikament")
- Nur am Wochenanfang, idealerweise im Rahmen eines stationären Aufenthaltes einstellen.
- Start low, go slow (wie bei allen Opioiden, nicht von PatientInnen treiben lassen)
- Ab dem 3. Tag vor weiterer Dosissteigerungen erst die Akkumulationseffekte abwarten