



Wenn die kausale Therapie am Ende ist Opiode lindern auch Dyspnoe

Wenn Menschen im Endstadium einer unheilbaren Erkrankung an starken Schmerzen leiden, sind Opiode ein Segen. Klagen solche Patienten über Atemnot, schrecken jedoch viele Ärzte vor dem Einsatz dieser Medikamente zurück. Ein Fehler: Opiode sind auch die Medikamente der ersten Wahl zur symptomatischen Behandlung von Dyspnoe.

Die Behandlung von Schmerzen und Atemnot gehört zu den „vordringlichsten Aufgaben in der Palliativversorgung“, schreibt Dr. Claudia Bausewein vom King's College in London in „Der Internist“. Das Maß für die Therapie dieser höchst subjektiven Symptome ist der Patient: „Seinen Angaben ist immer Glauben zu schenken“, betont Bausewein. Als Hilfsmittel zur Beschreibung von Schmerz und Dyspnoe eignen sich verbale oder numerische Ratingskalen. Eine sorgfältige Anamnese hilft, reversible Ursachen zu identifizieren, die – wenn möglich und zumutbar – behandelt werden sollten.

Nicht-Opioid nicht im Alleingang

Prinzipiell orientiert sich die Schmerztherapie in der palliativen Situation am WHO-Stufenschema. Häufig werden jedoch frühzeitig Opiode der Stufe III eingesetzt, eventuell auch unter Aus-

lassung von Stufe I und II. Nicht-Opioid-Analgetika eignen sich bei leichteren nozizeptiven Schmerzen, insbesondere mit entzündlicher Komponente (z.B. HNO-Tumoren, Weichteil- und Knochenmetastasen). NSAR sind offenbar stärker als Paracetamol oder Metamizol bei Tumorschmerzen wirksam und helfen, Opiode einzusparen. Zur Schmerzlinderung sind jedoch häufig sehr hohe Dosierungen notwendig. Nichtopiode sollten daher nur in Ausnahmesituationen als Monotherapie eingesetzt werden.

Über 90% der Tumorschmerzen kontrollierbar

Für die Dauertherapie mit Opioiden sind nach Möglichkeit orale Retardpräparate (Wirkdauer acht bis zwölf Stunden) oder – bei Schluckproblemen und Polypharmazie – transdermale Systeme mit retardierter Freisetzung (z.B. Fentanyl, Wirkdauer 48–72 Stunden) zu wählen. Um

die Dosisfindung zu beschleunigen, kann mit kürzer wirkenden Darreichungsformen titriert werden. Therapieresistente neuropathische Schmerzsyndrome erfordern den adjuvanten Einsatz von Koanalgetika (trizyklische Antidepressiva, Antikonvulsiva). Bei Schmerzen durch Knochenmetastasen

sollen Bisphosphonate gegeben werden. Auf diese Weise können laut Bausewein bei über 90% der Patienten Tumorschmerzen wirksam gelindert werden.

Wichtig ist, dass Nebenwirkungen von Opioiden und Nichtopioiden immer prophylaktisch mitbehandelt werden. Das heißt, unter einer Opioidtherapie muss in der Regel von Anfang an und für die gesamte Therapiedauer mit Laxanzien behandelt werden. Bei dosisabhängigen, nicht beherrschbaren Nebenwirkungen (z. B. Halluzinationen, schwerer kognitiver Beeinträchtigung) kann auch ein Wechsel des Opioids notwendig sein.

Bei Atemnot sind Opiode erste Wahl

Auch wenn viele Ärzte aus Angst vor einer Atemdepression die Gabe von Opioiden in dieser Indikation scheuen: Opiode sind die einzige Medikamentengruppe, für die eine Linderung der Atemnot durch Studien erwiesen ist. Und in keiner der Studien wurde unter der wirksamen Opioiddosis eine Atemdepression beobachtet.

Benzodiazepine werden zwar ebenfalls regelmäßig bei refraktärer Atemnot eingesetzt, ihre Wirksamkeit ist jedoch nicht ausreichend belegt. Sie können laut Bausewein daher nur als Zweit- oder Drittlinientherapie der Dyspnoe empfohlen werden. Auch der Nutzen einer Sauerstofftherapie ist nur bei COPD und Hypoxämie dokumentiert. Ansonsten bietet Sauerstoff keine Vorteile gegenüber der Anwendung eines Ventilators, ist aber mit Nebenwirkungen und hohem Aufwand verbunden. Ein Handventilator oder einfach ein geöffnetes Fenster sind Maßnahmen, die die Atemnot der Patienten nachweislich lindern können.

(Beate Schumacher)

Internist 2011, 1:28



Leiden lindern am Lebensende – hier haben Opiode ihren festen Stellenwert.