

Sorgfältige Differenzialdiagnose ermöglicht spezifische analgetische Therapie

Neuropathische Schmerzen

Der 2019 aktualisierten S2k-Leitlinie „Diagnose und nicht interventionelle Therapie neuropathischer Schmerzen“ zufolge stehen Antidepressiva und -konvulsiva an erster Stelle der therapeutischen Bemühungen. Laut Leitlinie „können (...) Opioide zur Therapie neuropathischer Schmerzen jeglicher Ursache eingesetzt werden. Unerwünschte Nebenwirkungen, Toleranzentwicklung sowie komorbide Suchterkrankungen können die Anwendung limitieren.“

Dr. Claudius Gall, München, rät bei Rückenschmerzen und anderen Schmerzsyndromen zu einer sorgfältigen Ursachenuche. Dazu gehöre u. a. die Beachtung psychophysiologischer Mechanis-

men im Rahmen eines biopsychosozialen Krankheitsmodells. Bei chronischen Schmerzkrankungen, bei denen die psychophysiologische Komponente dominiert, sind Opioide kontraindiziert, so die S3-Leitlinie „Funktionelle Körperbeschwerden“.

Prof. Ralf Baron, Kiel, hält Tapentadol bei Schmerzen mit neuropathischer Komponente für besonders geeignet, weil es nicht nur über μ -Opioidrezeptoren analgetisch wirke, sondern auch die deszendierende Hemmung der spinalen Schmerzbahn verstärke. Die Wirksamkeit der Substanz ist für die Behandlung sowohl neuropathischer als auch nozi-

kontrollierte Studien belegt. Tapentadol erwies sich dabei als überlegen gegenüber Placebo und als vergleichbar wirksam wie Oxycodon.

Bessere gastrointestinale Verträglichkeit

Tapentadol wird Baron zufolge auch häufig besser vertragen als reine μ -Agonisten und führen weniger oft zu Obstipation, Übelkeit und Erbrechen. Bei richtiger Diagnose „neuropathischer Schmerz“ steht Tapentadol nach Galls Einschätzung für hohe Schmerzreduktion bei guter Verträglichkeit.

Dr. Thomas Heim

Quelle: Online-Pressesgespräch „10 Jahre Palexia® retard – Aspekte einer Erfolgsgeschichte“; 1. Juli 2020 (Veranstalter: Grünenthal)

Akut- und Erhaltungstherapie ohne Präparatwechsel

Eosinophile Ösophagitis

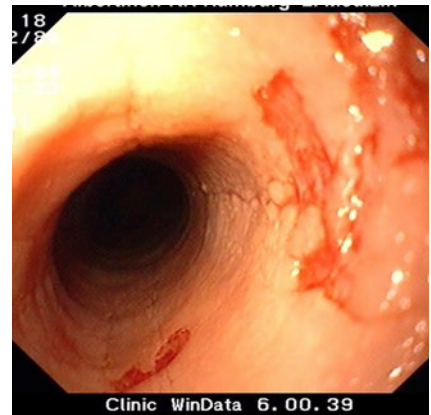
Die eosinophile Ösophagitis (EoE) wird heute noch viel zu oft übersehen, erklärte Prof. Joachim Labenz, Siegen. Studien deuteten auf eine zunehmende Prävalenz hin. Die immunvermittelte Speiseröhrenkrankung mit Infiltration der Schleimhaut durch eosinophile Granulozyten führt zu Dysphagie und Bolusobstruktionen, u. U. auch zu Sodbrennen, Regurgitation sowie Brustschmerzen.

Remissionserhalt bei drei von vier der Patienten

Auf das seit 2018 verfügbare orodispersible Budesonid ($2 \times 1 \text{ mg/d}$) sprechen in-

nerhalb von 12 Wochen 85% der Patienten mit einer klinisch-histologischen Remission an [Fachinformation Jorveza®, Stand 2020]. Innerhalb von 22 Wochen nach Absetzen erleiden aber 82% ein Rezidiv. Daher erfordere die EoE wahrscheinlich eine Langzeittherapie, erklärte Prof. Alex Straumann, Zürich.

In der EOS-2-Studie hatten 204 EoE-Patienten in klinisch-histologischer Remission randomisiert entweder Placebo oder orodispersibles Budesonid in den Dosen $2 \times 0,5 \text{ mg/d}$ oder $2 \times 1,0 \text{ mg/d}$ zur Erhaltungstherapie erhalten. Nach knapp einem Jahr waren 73,5% bzw. 75% der Pa-



tienten in den beiden Verumgruppen in stabiler klinisch-histologischer Remission, wohingegen über 90% der Patienten in der Placebogruppe ein Rezidiv erlitten hatten [Lucendo A et al. Gastroenterology. 2019;156:1509;Abstr 951a].

Dr. Thomas Meißner

Quelle: Online-Pressesgespräch „Erhaltungstherapie der eosinophilen Ösophagitis mit Jorveza®“; 18. Juni 2020 (Veranstalter: Falk)