Opioide gegen chronische Arthroseschmerzen

Bereits zu Therapiebeginn eine Option

VON W. W. BOLTEN, K. BÖHME, J. GRIFKA, U. SCHUTTER, H. SCHWARZ, R. SITTL, D. STURM, K. WAHLE

In ihren Empfehlungen zur Therapie chronischer Arthroseschmerzen haben Experten das WHO-Stufenschema modifiziert. Niedrig dosierte starke Opioide stehen jetzt gleichgewichtet neben Nichtopioidanalgetika auf der ersten Behandlungstufe.

— Chronische Arthroseschmerzen werden gemäß den WHO-Empfehlungen zur Tumorschmerztherapie aus dem Jahr 1989 nach wie vor basal mit einem Nichtopioidanalgetikum (NOA) behandelt. Bei starken Schmerzen folgt in Stufe 2 ein schwaches, in Stufe 3 ein starkes Opioid. Manche Arthrosepatienten würden aber schon vom primären Einsatz eines niedrig dosierten

starken Opioids (Low-Dose Strong Opioid [LDSO]) profitieren.

Historische Bedenken wegen der bei hoher Opioiddosis zu erwartenden Nebenwirkungen haben bisher zur Zurückhaltung bei der Verordnung starker Opioide geführt. In der niedrig dosierten Therapie sind unerwünschte Wirkungen jedoch eher selten.

Symptomatische Arthrosetherapie

Traditionelle (tNSAR) und COX-2-selektive NSAR (Coxibe) sind bei jedem Schweregrad die wichtigsten antiphlogistisch und abgeleitet davon auch analgetisch wirksamen Medikamente. Stehen Entzündungsprozesse nicht im Vordergrund des Arthrosegeschehens,

können – unabhängig vom aktuellen Schweregrad – Opioide die bessere Alternative sein. Oft aber entscheiden Unterschiede im individuellen Risikoprofil der Patienten die differenzialtherapeutische Fragestellung (Tab. 1).

Opioide sollen in regelmäßigen Intervallen „by the clock“ verabreicht werden. Zusätzliche Einzelgaben können bei „Durchbruchschmerzen“ notwendig werden. Die perorale wird der rektalen, parenteralen oder subkutanen Applikation vorgezogen. Seit 1995 stehen in Deutschland transdermale therapeutische Systeme zur Verfügung, die eine niedrig dosierte sichere Therapie mit starken Opioiden erleichtern.

Die initiale LDSO-Monotherapie des Arthroseschmerzes bietet sich insbesondere für Patienten an, bei denen NOA wegen gastrointestinaler oder anderer Nebenwirkungen nicht eingesetzt werden können.

Für die Verfasser:

Dr. med. Wolfgang W. Bolten
Klaus-Miehlke-Klinik
Leibnizstr. 23, D-65191 Wiesbaden

E-Mail: wbolten@em.uni-frankfurt.de

Koautoren: Dr. med. Klaus Böhme, Schmerztherapeut, Kassel; Prof. Dr. med. Dr. h. c. Joachim Grifka, Asklepios Klinikum, Orthopädie, Bad Abbach; Ulf Schutter, Schmerztherapeut, Marl; Dr. med. Hermann Schwarz, orthopädischer Schmerztherapeut, Freudenstadt; Dr. med. Reinhard Sittl, Universitätsklinikum Erlangen, Schmerzzentrum, Erlangen; Dr. med. Diethard Sturm, Allgemeinmediziner, Hohenstein-Ernstthal; Prof. Dr. med. Klaus Wahle, Allgemeinmediziner, Münster

Die Langfassung und die Literatur finden Sie im Originalienenergänzungsband der MMW Nr. IV/2008 und unter <http://www.mmw.de>.

■ Das Expertengespräch wurde von der Firma Grünenthal finanziell unterstützt.

Tabelle 1

Schmerztherapie nach individuellem Risikoprofil

Kein erhöhtes GI-, CV- oder renales Risiko

tNSAR

ansonsten

Niedrig dosierte Opioide:

(Morphinäquivalent < 50 mg/d)

– Transdermal (z.B. Buprenorphin 5–20 µg)

– Oral (z.B. Tramadol ret. 100–200 mg/d)

Erhöhtes GI-Risiko, kein CV oder renales Risiko

Coxibe/tNSAR+PPI*

oder

Niedrig dosierte Opioide:

(Morphinäquivalent < 50 mg/d)

– Transdermal (z.B. Buprenorphin 5–20 µg)

– Oral (z.B. Tramadol ret. 100–200 mg/d)

Erhöhtes renales Risiko

tNSAR/Coxibe*

oder

Niedrig dosierte Opioide:

(Morphinäquivalent < 50 mg/d)

– Transdermal (Buprenorphin 5–20 µg)

– Oral (Tilidin/Naloxon ret. 100–200 mg/d)**

Erhöhtes CV-Risiko

tNSAR/Coxibe*

oder

Niedrig dosierte Opioide:

(Morphinäquivalent < 50 mg/d)

– Transdermal (z.B. Buprenorphin 5–20 µg)

– Oral (z.B. Tramadol ret. 100–200 mg/d)

* Risikofaktoren beachten, Cave: bei erhöhtem GI-Risiko mit PPI keine Risikoreduktion im unteren GI-Trakt; Cave: bei erhöhtem CV-Risiko und ASS-Einnahme – Komedikation mit PPI

** Cave: andere Opioide: Substanzkumulation möglich

GI: gastrointestinal, CV: kardiovaskulär, tNSAR: traditionelle NSAR, PPI: Protonenpumpenhemmer