Neuropathien: Erwartungshaltung und klinische Besonderheiten zählen

Schmerztherapie muss maßgeschneidert sein!

Patienten mit einer schmerzhaften diabetischen Neuropathie (PDN) ist am besten mit einer symptomatischen Therapie geholfen.

— Wie Dr. Vera Bril von der Universität Toronto betont, gibt es keinerlei Hinweise dafür, dass sich die Symptome durch eine verbesserte Blutzuckerkontrolle oder durch Sport bessern lassen. Die Schmerzstärke, die der Patient empfindet, wird der Expertin zufolge durch fünf Faktoren beeinflusst:

- 1 Schmerzkontext (z. B. Patientenglaube, Erwartungshaltung, Placeboeffekte)
- 2 Kognitive Faktoren (z. B. erhöhte Wachsamkeit, Aufmerksamkeit, Ablenkung)
- 3 Nervenverletzungen
- 4 Stimmung des Patienten (z. B. depressiv, ängstlich)
- 5 Strukturelle Veränderungen auf molekularer Ebene (z. B. Neurotransmitter).

Zusätzlich zur Messung der Schmerzstärke müsse man daher immer auch nach anderen Problemen fahnden, z. B. ob der Patient unter Schlafstörungen leidet, ob die körperliche Aktivität beeinträchtigt ist, welche Rolle Stimmungstiefs spielen und wie es um die Lebens-

Tabelle 1

Empfohlen zur Therapie der schmerzhaften diabetischen Neuropathie (PDN)*

- Pregabalin
- Gabapentin
- Valproat
- Venlafaxin
- Duloxetin
- Amitriptylin
- Dextromethorphan
- Morphinsulfat
- Tramadol
- Oxycodon
- Capsaicin
- Isosorbiddinitrat (Spray)
- Elektrostimulation

A close-up photograph showing a healthcare professional's gloved hand examining a patient's foot. The patient is lying down, and the foot is resting on a blue surface. The professional is using a reflex hammer to test the patient's reflexes, specifically the ankle reflex. The background is slightly blurred, showing medical equipment.

*Nach den Leitlinien der American Academy of Neurology (AAN), der American Association of Neuromuscular and Electrodiagnostic Medicine (AANEM) und der American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation (AAPMR)

qualität bestellt ist. In jedem Fall sei die Erwartungshaltung des Patienten zu berücksichtigen. Eine Studie hat gezeigt, dass eine Schmerzreduktion um mindestens 30% erfolgen muss, damit der Patient eine „deutliche Verbesse-

rung“ verspürt. Die Patienten sollten außerdem wissen, dass die verfügbaren Therapeutika in der Regel nicht zur Schmerzfürsorge führen. Weiter forderte Bril, den Placeboeffekt zu nutzen: Es sei belegt, dass 20% der Schmerzpatienten, die Placebo erhielten, eine mehr als 50%ige Linderung verspürten, und immerhin 40% eine Verbesserung um mindestens 30%.

Die medikamentöse Intervention schließlich müsse für jeden Patienten „maßgeschneidert“ sein. So sei es zum Beispiel wenig sinnvoll, einem Patienten mit ausgeprägten Beinödemen Pregabalin zu verschreiben, da periphere Ödeme zum Nebenwirkungsprofil der Substanz zählen. Bei depressiven Schmerzpatienten könne man mit einem Antidepressivum zwei Fliegen mit einer Klappe schlagen. Und bei Schmerzpatienten mit schweren systemischen Erkrankungen seien möglicherweise topische Medikamente oder eine TENS (transkutane elektrische Nervenstimulation) die beste Wahl, weil man bei oral verabreichten Substanzen zu viele Nebenwirkungen fürchten müsse.

EO ■

■ J Periph Nervous System 2012; 17(Suppl.): 22–27)

Optimisten halten Schmerzen besser aus

— Positiv gestimmte Menschen empfinden Schmerzen nicht so stark wie Schwarzseher. Dies hat eine niederländische Studie mit 79 Studenten gezeigt. Um deren Optimismus zu objektivieren, hatten die Autoren experimentell für verschiedene Stimmungslagen gesorgt: Die eine Hälfte der Teilnehmer durfte gedanklich in möglichst angenehmen Visionen für die eigene Zukunft schwelgen (Best Possible Self, BPS), die anderen sollten sich ein nüchternes Szenario vor Augen halten (Typical Day, TD). Die BPS-Manipulation sorgte nachweislich

für mehr Optimismus, dies konnten die Forscher mit dem „Future Expectations“-Fragebogen feststellen. Alle Teilnehmer wurden sodann aufgefordert, die Hand für eine Minute in ein 5°C kaltes Wasserbad zu tauchen. Ergebnis: Auf einer Skala von 0 (kein Schmerz) bis 10 (extremer Schmerz) gaben die positiv „gepolten“ Studenten signifikant niedrigere Werte an als die Vergleichsgruppe.

Die Autoren postulieren einen ursächlichen Zusammenhang, der über zwei Mechanismen läuft: einerseits die

Schmerzerwartung, andererseits das so genannte „Katastrophisieren“. Im Experiment hatten diejenigen die heftigste Pain empfunden, die bereits im Vorfeld mit starken Schmerzen gerechnet hatten und generell dazu neigten, Schmerzen als bedrohlich zu empfinden. Die Studie legt zweierlei nahe: Erstens, dass sich Schmerzen durch Interventionen, die positives Denken fördern, lindern lassen, zweitens, dass man Optimismus durchaus lernen kann.

EO ■

■ Pain 2012; doi: 10.1016/j.pain.2012.08.006