Therapeutische Möglichkeiten nutzen

Quälende Neuropathien bei Tumorkranken

Neuropathische Schmerzen treten bei Tumorkranken häufig auf und werden im Gegensatz zu nozizeptiven Schmerzen oft erst spät erkannt. Es gibt vielfältige therapeutische Ansätze, die allerdings auch heute noch eine Herausforderung für alle Beteiligten darstellen.

— Bis zu 40% der Krebskranken erleben neben dem nozizeptiven Schmerz durch den Tumor selbst auch Neuropathien. Oft werden bei den Betroffenen besonders hohe Schmerzscores festgestellt. Chemotherapeutika wie Platinverbindungen, Taxane, Vincaalkaloide, aber auch neuere Wirkstoffe wie Bortezomib, Thalidomid oder Lenalidomid können Nerven schädigen. Überdies entstehen bei Operationen, Strahlentherapie und durch das Tumorstadium selbst Nervenschäden.

Erste Zeichen sind oft Kribbeln, „Ameisenlaufen“ oder Taubheitsgefühle in Fußsohlen oder Händen. Es kann auch zu brennenden oder stechenden Schmerzen kommen, wenn der Tumor Nervenbahnen komprimiert oder infiltriert. Manche Patienten reagieren überempfindlich auf geringste Berührungen.

Diagnostik

Mithilfe von Schmerzfragebögen (z. B. painDETECT®) können neuropathetische Schmerzcharakteristika erfasst und mit bildgebenden und neurophysiologischen Verfahren die zugrunde liegende Nervenläsion erkannt werden.

Eine Herausforderung bleibt, so Prof. Christoph Maier, Bochum, die Entwicklung valider Bedside-Screeningtests, mit denen es dem Nichtspezialisten möglich ist, einen neuropathischen Schmerz auch in der Primärversorgung zu identifizieren, um möglichst früh die Weichen für eine adäquate Therapie zu stellen.

Vielfältige Therapieoptionen

Mittel der ersten Wahl bei neuropathischen Schmerzen sind einer Metaanalyse sowie der S3-Leitlinie „Palliativmedizin“ zufolge Antidepressiva und Antikonvulsiva. In der First-line werden Trizyklika wie Amitriptylin und SSNRI wie Duloxe-

Neuropathien werden bei Krebspatienten oft erst spät erkannt.

tin oder Venlafaxin bei brennenden Dauerschmerzen, schmerzhafter Dysästhesie und chemotherapieinduzierter peripherer Neuropathie empfohlen. Gabapentin und Pregabalin bzw. Carbamazepin oder Oxycarbazepin kommen bei Neuralgie, ZNS-Schmerz oder Critical-Illness-Polyneuropathie (CIP) zum Einsatz.

Mittel der zweiten Wahl sind einzelne Opioide der WHO-Stufe 3 wie Morphin, Oxycodon und Levomethadon. Bei starken Schmerzen empfiehlt der Schmerz- und Palliativmediziner Dr. Eberhard Lux, Lünen, ein WHO-3-Opiat zeitnah zu verordnen, „um eine schnelle Schmerzlinderung zu erzielen, das Ansprechen auf den neuropathischen Schmerz auszutesten und die Patientencompliance zu erhalten“. Meist seien Kombinationsbehandlungen nötig. Die Medikamente sollten langsam eingeschlichen und die Dosierung den Nebenwirkungen angepasst werden.

Als Lokalanästhetika für periphere neuropathische Schmerzen werden Li-

docain- oder Capsaicinpflaster empfohlen. Botulinumtoxin-Injektionen sind Lux zufolge Mittel der dritten Wahl.

Off-Label werden zur topischen Therapie Zubereitungen mit 3–5% Doxepin in einer liposomalen Salbengrundlage sowie Ambroxol 10%, gemischt mit einem Emulgatorstoff und einer Basiscreme, verordnet.

Nichtopioide der WHO-Stufe 1 sind bei neuropathischen Schmerzen weitgehend wirkungslos, so Lux. Nur wenn die Beschwerden durch mechanische Schäden wie schwellungsbedingte Nervenkompressionen verursacht werden, könnten Antiphlogistika wie Coxibe oder Kortikoide eingesetzt werden.

Als grundsätzliche Therapiebausteine empfiehlt Lux nicht-medikamentöse Verfahren wie Massage, Akupunktur, Hypnose, Ergo-, Spiegel- und Psychotherapie mit kognitiv behavioralem Ansatz.

Wechselwirkungen beachten

Nicht alle Wirkstoffe, die sich etwa für Diabetiker mit peripherer Polyneuropathie als wirksam erwiesen haben, sind auch zur Behandlung einer chemotherapieinduzierten Polyneuropathie geeignet. Alpha-Liponsäure etwa wird bei Diabetes gegen Missempfindungen verschrieben. Leiden diese Patienten aber gleichzeitig an einer Tumorerkrankung und nehmen ein Cisplatinpräparat ein, kann die Wirksamkeit des Krebsmedikaments abgeschwächt werden.

Dr. Christine Starostzik

1. Lux E. Schmerzmedizin 2016;32(5):18–20
2. Finnerup NB et al. Lancet Neurol 2015;14(2):162–173
3. S3-Leitlinie Palliativmedizin 2015: www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/128-001OLI_S3_Palliativmedizin_2015-07.pdf
4. Pickering G et al. Drugs Aging 2016; 33:575–583
5. www.krebsinformationsdienst.de/leben/neuropathie/neuropathie-vorbeugung.php
6. Rolke R et al. Der Internist 2016; online 8. September 2016
7. Maier C et al. Der Schmerz 2015;5:479–485