

man um die drei Wochen braucht, um festzustellen, ob eine Wirkung da ist oder nicht. Das muss dem Patienten gut kommuniziert werden. Wann ich welche Medikamente einsetze, hängt von den identifizierten Ursachen der Polyneuropathie und den Begleiterkrankungen ab. Bei jemandem, der Schlafstörungen hat, der depressiv verstimmt ist, würde man mit einem Antidepressivum wie Amitriptylin beginnen. Die verwendeten Dosierungen liegen unter jener für die antidepressive Therapie. Die

beachten. Obstipationen lassen sich von vornherein vermeiden, wenn zusätzlich Adjuvantien oder Kombipräparate wie Tilidin/Naloxon oder Oxycodon/Naloxon verordnet werden.

? Gibt es topische Behandlungsoptionen?

Cegla: Das Lokalanästhetikum Lidocain gibt es als Gel und hilft manchen Patienten mit Polyneuropathie, ist dafür aber nicht zugelassen. Eine Capsaicin-Tinktur ist unpraktisch und wirkt nur kurzfristig. Anders

„Die Krux aller genannten Substanzklassen ist, dass man um die drei Wochen braucht, um festzustellen, ob eine Wirkung da ist.“

abendliche Gabe nutzt die schlafanstoßende Nebenwirkung aus. Nach niedrigdosiertem Einstieg würde man die Dosis allmählich etwas erhöhen. Wenn Schlafstörungen nicht im Vordergrund stehen, kann man auch mit Citalopram arbeiten.

? Bei älteren Menschen sind Herzrhythmusstörungen und QT-Zeitverlängerungen nicht selten, eine potenzielle Nebenwirkung gerade der klassischen Antidepressiva.

Cegla: In diesem Falle würde ich zum Beispiel Pregabalin einsetzen, das ebenfalls eine schlaffördernde Wirkung hat. Dieses hat den Vorteil, dass es zusätzlich anxiolytisch wirkt. Gabapentin ist ebenfalls geeignet, allerdings müssen vergleichsweise viele Tabletten geschluckt werden, und man braucht etwas länger, bis die Zieldosis erreicht wird. Für alle Substanzgruppen gilt: Es treten in der Regel erst die unerwünschten Wirkungen auf, dann die erwünschten. Deshalb ist es so wichtig, niedrig dosiert zu starten. So hat der Patient die Chance, dieses Therapieintervall durchzustehen, um dann sagen zu können, ob die Behandlung etwas gebracht hat. Der Verlauf sollte mithilfe einer Schmerzskala dokumentiert werden.

? Wann werden Opiate bei Polyneuropathie eingesetzt?

Cegla: In Abhängigkeit von den Begleiterkrankungen und bestehenden Organschäden. Bei Patienten mit Schmerzen aus dem Bewegungsapparat oder bei Vorliegen einer spinalen Stenose ist ein starkes Analgetikum angezeigt. Die Nierenfunktion ist zu

Capsaicin-Pflaster: 40 bis 50 % der Patienten mit Polyneuropathie profitieren davon. Das Pflaster wird eine halbe Stunde auf das Areal mit neuropathischen Beschwerden geklebt. Das typische Brennen verspüren Patienten oft nicht besonders stark, nur wenige fordern eine Bedarfsmedikation an. Nach Entfernung des Pflasters muss die Haut gekühlt und gepflegt werden. Die Wirkung hält bis zu drei Monate an, manchmal auch länger. Lässt sie nach, ist es möglich, die Behandlung zu wiederholen. Allerdings ist sie für die Hausarztpraxis eher zu aufwändig. Ich empfehle, solche Patienten in ein schmerztherapeutisches Zentrum zu überweisen.

? Und wenn das alles nicht hilft?

Cegla: Die Ultima Ratio sind Katheterv Verfahren und Methoden der Neuromodulation, die ebenfalls in schmerztherapeutischen Zentren angeboten werden. Ein prinzipieller Vorteil dieser Zentren ist die dort angebotene Methodenvielfalt, weil dort Fachärzte mehrerer Fachrichtungen zusammenarbeiten.

? Gibt es prophylaktische Optionen, etwa für Diabetes- oder manche Krebspatienten?

Cegla: Es gibt keine Nachweise für effektive medikamentöse Prophylaxemaßnahmen. Wichtig ist es, dass die Patienten in Bewegung bleiben und dass die Grunderkrankung gut behandelt wird. Ansonsten heißt es: Wachsam sein, um frühzeitig intervenieren zu können!

! Das Interview führte Thomas Meißner



DGS trauert um Lothar P. Klimpel

Die Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V. trauert um Dr. med. Lothar P. Klimpel, Leiter des Regionalen Schmerzzentrum DGS Speyer, der am 24. Januar 2018 im Alter von 64 Jahren plötzlich und unerwartet verstorben ist.

Dr. Lothar Klimpel, „Mannheim-Ludwigshafener“-Anästhesist, Schmerz- und Suchtmediziner, war früh zur weiterführenden Laufbahn des Schmerz- und Palliativmediziners berufen und in Ludwigshafen und Speyer tätig. Seine inhaltliche Orientierung begründete sich vor allem auf die bei Dr. Dr. Hans Christoph Niesel erworbenen Fähigkeiten zur diagnostisch-therapeutischen Lokal- und Leitungsanästhesie und zur interdisziplinären Schmerzbehandlung.

Er leitete viele Jahre das Regionale Schmerzzentrum DGS Speyer und war neben seiner Praxistätigkeit zuletzt auch in der stationären klinischen Schmerztherapie in Speyer tätig. Außerdem war er Mitbegründer einer der ältesten interdisziplinären Schmerzkongressen in Deutschland, der Schmerzkongress Ludwigshafen-Speyer. Auch prägte er die praktische Ausbildung im Curriculum spezielle Schmerztherapie, zuletzt bei Professor Zimmermann an der Universität Heidelberg. Ebenso engagierte sich Klimpel im Ausland, etwa in der medizinischen Versorgung und Ausbildung in Eritrea.

Dr. Lothar Klimpel war hoch engagiert in der Versorgung seiner Schmerz- und Palliativpatienten. Sein kompetenter und menschenzugewandter Umgang mit ihnen prägte bis zuletzt seine Arbeit. Er hinterlässt eine große Versorgungs- und eine noch größere menschliche Lücke. Mit ihm verlieren wir einen hochgeschätzten und wertvollen Kollegen, Menschen und Freund.

Die Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V. wird Dr. Lothar Klimpel ein ehrendes Andenken bewahren.

SanRat Dr. med. Oliver M.D. Emrich,
Ludwigshafen