

Tipps von Experten

Eignung von Opioiden bei Nichttumorschmerzen

Die Anwendung von Opioiden birgt Risiken wie Missbrauch und Abhängigkeit, weshalb ein verantwortungsvoller Umgang wichtig ist. Welcher Patient mit nichttumorbedingten Dauerschmerzen kommt für ein Opioid infrage? Dafür gibt es Entscheidungshilfen.

Die Opioid-Krise mit hohen Sterberaten in den USA sorgt auch in Deutschland immer wieder für Diskussionen über die zu vertretende Anwendung. Über fehlerhafte Opioid-Anwendungen, Missbrauch und Abhängigkeitsentwicklungen wird nämlich gelegentlich auch bei uns berichtet.

Der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin e. V. (DGS), Dr. Johannes Horlemann, Kevelaer, sprach sich beim diesjährigen Deutschen Schmerz- und Palliativtag für einen verantwortungsvollen Umgang mit Opioiden aus, besonders, wenn es um Dauertherapien bei nichttumorbedingten Schmerzen geht.

„Ein verantwortungsvoller Umgang mit Opioiden vermindert die Gefahr der psychischen Abhängigkeitsentwicklung“, betonte auch DGS-Vizepräsident Dr. Oliver Emrich aus Ludwigshafen.

DIRE-Skala als praktische Entscheidungshilfe

Nach Studiendaten könnten etwa 25% der Patienten mit chronischen nichttumor-

bedingten Schmerzen von einer Opioid-Dauertherapie profitieren. Wichtig, so Horlemann, sei, ob die Schmerzlinderung auch mit funktionellen Verbesserungen einhergehe. Funktion und Lebensqualität müssten im Vordergrund der Bemühungen stehen. Der Schmerzmediziner wies auf Abbruchquoten der Opioidtherapie hin, oft nicht wegen unzureichender analgetischer Wirkung, sondern zu etwa 50% wegen unerwünschter Wirkungen.

Als praktikable Entscheidungshilfe, welcher Patient mit nichttumorbedingten Dauerschmerzen für eine Opioidtherapie infrage kommt, empfahl Horlemann die DIRE-Skala („Diagnose, insuffizientes Therapieansprechen, Risiken, Erfolg der Behandlung“). Dort werden den Schmerzen zugrunde liegende Diagnosen, Risiken und andere Schmerzparameter mit Punkten bewertet. Ab 14 von 21 Punkten kommt ein Patient für eine längerfristige Opioidtherapie in Betracht.

Chronifizierten Nichttumorschmerzen könne nicht mit dem dreistufigen

DIRE-Skala

- **Das individuelle Sucht-Risiko** einer längeren Opioid-Therapie zur Linderung nichttumorbedingter Schmerzen wird mit Punkten bewertet.
- **Kriterien** sind etwa vorbestehende psychische Störungen, die Art der Schmerzbeschwerden sowie der bisherige Umgang mit den Schmerzen.
- **Download** zum Beispiel unter: dggppp.de/schmerzen.htm

WHO-Stufenschema begegnet werden, so Horlemann. Sozialer Abstieg, Zerstörung der Schlafarchitektur, eingeschränkte Mobilität und chronische Verstimmung seien bei solchen Patienten bedeutsamer als der Schmerz selbst.

Retardgaleniken bevorzugen!

Aus der Schmerzforschung ist bekannt, dass die Schmerzverarbeitung sich aus sensorischen Hirnarealen verschiebt hin zu Belohnungszentren und Zentren der Affektmodulation. Dies hat Auswirkungen auf den Therapieeffekt von Analgetika. So gebe es bei Opioiden keinen direkten Zusammenhang zwischen der Dositration und den Angaben auf der visuellen Analogskala, sagte Horlemann. Eine verdoppelte Opioiddosis sorge nicht für doppelt starke Schmerzreduktion.

Prinzipiell sollen Retardgaleniken bevorzugt angewendet werden, um das Suchtpotenzial zu minimieren. Bedarfsmedikamente sind weitgehend zu vermeiden ebenso wie Komedikation mit Benzodiazepinen. Etwa alle drei Monate gelte es, die Opioid-Indikation kritisch zu prüfen und gegebenenfalls einen Auslassversuch zu unternehmen. Und: Opiode sollen nie die primäre oder alleinige Therapie sein. Nichtmedikamentöse Maßnahmen gelte es auszuschöpfen.

Thomas Meißner



© Studio Romantic / stock.adobe.com

Opiode Ja oder Nein? Gerade bei nichttumorbedingten Schmerzen sprechen sich Experten für einen verantwortungsvollen Umgang mit Opioiden aus.

www.aerztezeitung.de