

Der geriatrische Schmerzpatient

OÄ Dr. Waltraud Stromer und Prim. Univ.-Prof. Dr. Rudolf Likar referierten am Symposium für Schmerztherapie in der Praxis im Rahmen des 28. Kongresses der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG) über konkrete Aspekte in der geriatrischen Schmerzmedizin.

Das Management geriatrischer Schmerzpatient*innen ist eine Herausforderung und wichtige Verantwortung der Ärzt*innen, leitet OÄ Dr. Waltraud Stromer, Fachärztin für Anästhesiologie und allgemeine Intensivmedizin am Landesklinikum Horn, Präsidentin der ÖSG, ihre Präsentation ein. Eine adäquate Behandlung gewährleistet den Erhalt der Selbständigkeit der Betroffenen, was insbesondere im Hinblick auf den demografischen Wandel in Österreich zunehmend an Bedeutung gewinnt. Die Prävalenz chronischer Schmerzen nimmt mit dem Alter kontinuierlich zu und bewegt sich zwischen 26 und 76 Prozent.¹

START LOW – GO SLOW

Dieses Kredo trifft vor allem auf jene Patient*innen zu, die unter Multimorbidität leiden und mit daraus resultierenden verminderten Kompensationsmechanismen zu kämpfen haben. Darüber hinaus müssen die alterstypischen biophysikalischen Veränderungen in die Therapie miteinfließen. Verzögerte Magenentleerung, verminderte Nierenfunktion, eingeschränkte kardiale Pumpleistung, abnehmende hepatische Clearance und daraus folgende Akkumulation der Wirkstoffe – dies alles ist bei jeder neuen Verordnung gewissenhaft zu berücksichtigen. Dr. Stromer hebt zudem die Activities of Daily Living (ADL) hervor und verweist auf die enorme Tragweite der sozialen (Re-) Integration. Demenzpatient*innen stellen in diesem Kontext ein besonders schwierig zu handhabendes Kollektiv dar, da mit sinkender MMSE (Mini-Mental-State-Examination) vermehrt Gesichtsmimik sowie Gestik in den Vordergrund treten und die visuelle Analogskala (VAS) an Stellenwert verliert.

Vorteilhaft bei glomerulärer Filtrationsrate < 30 ml/min mit gleichzeitiger Leberinsuffizienz und diffusen Schmerzen sind die Analgetika Metamizol, Hydromorphon und Buprenorphin. Zu bedenken ist allerdings



DCStudio

die Interaktion zwischen Metamizol und ASS, wofür das Analgetikum frühestens eine Stunde nach dem Thrombozytenaggregationshemmer eingenommen werden sollte. Bei lokalisierbaren, brennenden, einschließenden Schmerzen sind topisches Capsaicin oder Lidocain eine gut verträgliche Alternative.

WAHL DES OPIOIDS

In der zweiten Hälfte des Vortrags ging Prim. Univ.-Prof. Dr. Rudolf Likar, MSc, Facharzt für Anästhesie und Vorstand der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin am Klinikum Klagenfurt am Wörthersee, detailliert auf Vor- und Nachteile verfügbarer Opioiden in der Geriatrie ein. Es sei bekannt, so Prof. Likar, dass Opioiden Stürze induzieren können. Buprenorphin (z. B. in Astec®) ist nach heutigem Wissensstand der einzige Vertreter, für den das sturzassozierte Frakturrisiko nicht erhöht ist.² Prof. Likar macht für diesen Umstand das insgesamt langsame An- und Abfluten der Substanz verantwortlich. Weitere Vorzüge von Buprenorphin sind der Wegfall einer Dosisanpassung bei Leber- und Niereninsuffizienz, ein analgetischer Effekt bei neuropathischer Schmerzkomponente aufgrund seiner Natriumkanal-blockierenden Eigenschaften sowie die Dosisstabilität

bei längerfristiger Anwendung verglichen mit Fentanyl.^{3,4}

Ferner sollte man bei jeder Opioid-Veranschreibung die Obstipation im Hinterkopf behalten, immerhin entwickeln bis zu 95 Prozent der Patient*innen diese Nebenwirkung.⁵ Bei kluger (prophylaktischer) Kombination der zur Verfügung stehenden Laxanzien und mit dem Aufkommen der peripher wirkenden Opioid-Rezeptor-Antagonisten (PAMORA) ist eine Verstopfung üblicherweise kein therapielimitierendes Problem. Lediglich vom Gebrauch des Milchzuckerabkömmlings Lactulose rät Prof. Likar ab.

Am Ende des Symposiums werden noch kurz einige invasive Methoden, etwa die Ultraschall- oder CT-geleitete peridurale Wurzelblockade beziehungsweise die Radiofrequenzbehandlung bei Gonarthrosen, angeschnitten. Um unerwünschte Vasospasmen von vornherein zu verhindern, empfiehlt sich bei epidural- und CT-gezielten Blockaden ein nicht-partikuläres Kortikosteroid, beispielsweise Dexamethason.

Bericht: Mag. Christopher Waxenegger

Referenzen:

- 1 Elliott AM et al. Lancet 1999; 354(9186):1248-1252
- 2 Vestergaard P et al. J Intern Med 2006; 260:76-78
- 3 Pergolizzi J et al. Pain Pract 2008; 8(4):287-313
- 4 Sittl R et al. Clin Ther 2005; 27(7):1022-1031
- 5 Robinson CB et al. Clin J Oncol Nurs 2000; 4(2):79-84

Quelle: 28. Kongress der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG); Symposium I: Schmerztherapie für die Praxis, 23. September 2021, Villach (Hybrid)

Anna Rauchenberger



OÄ Dr. Waltraud Stromer

APA/Reither



Prim. Univ.-Prof. Dr. Rudolf Likar, MSc

Mit freundlicher Unterstützung von Gebro Pharma | Entgeltliche Einschaltung | GPB.GEB.21103