

Management peripherer neuropathischer Schmerzen

Leitlinien empfehlen Capsaicin 179-mg-Pflaster zur Therapie peripherer neuropathischer Schmerzätiologien jeglicher Ursache als Mittel der zweiten Wahl.¹ Bei lokalisierten neuropathischen Schmerzen ist auch der primäre Einsatz zu erwägen, stellen österreichische Schmerzexpert*innen im Rahmen der ÖSG-Jahrestagung 2021 fest.

Neuropathische Schmerzen werden laut International Association for the Study of Pain (IASP) durch eine Läsion oder Dysfunktion des peripheren und/oder zentralen Nervensystems verursacht. Eingeteilt werden sie in periphere lokale oder multifokale Schmerzen, in periphere generalisierte oder diffuse Schmerzen oder Schmerzen mit zentralen Ursachen, führt OÄ Dr. Waltraud Stromer, Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin am Landeskrankenhaus Horn, aus.

Die Diagnose stützt sich auf die typischen Symptome und Befunde neuropathischer Schmerzen, insbesondere die Kombination von Negativsymptomen (sensible Defizite wie Hypästhesie, Hypalgesie), Positivsymptomen (Allodynie, Hyperalgesie) und dem typischen Schmerzcharakter wie brennende Schmerzen, insbesondere in Ruhe, und einschließende Schmerzattacken.

Anna Raucherberger



OÄ Dr. Waltraud Stromer

Die Klinik hat einen hohen Stellenwert in der Diagnostik. Neben standardisierten Fragebögen sollten unter anderem Berührung (zum Beispiel mit Wattestäbchen), Nadelstich (mit Sicherheitsnadel oder Zahnstocher), Vibration (mit Stimmgabel, 128 Hz, Ton C), Kälte/Hitze (Stethoskop, gekühltes Getränk, Wasserrohr etc.) und Druck (Bleistift) getestet werden. Ein Tipp dazu von Dr. Stromer: „Die Untersuchung bei einer Körperregion beginnen, die weit von den schmerzhaften Körperregionen entfernt liegt, um einen Ausgangswert zu erhalten.“

REALISTISCHE THERAPIEZIELE VEREINBAREN

Therapieziele müssten vor Therapiebeginn mit den Patient*innen besprochen werden, meint Dr. Stromer, „um zu hoch gesteckte Erwartungen und damit Enttäuschungen zu vermeiden“. Völlige Schmerzfreiheit

könne fast nie erreicht werden. Bei medikamentösen Optionen sprechen etwa 20 bis 40 Prozent der Patient*innen nur unzureichend auf die Therapie an oder sie leiden an nicht tolerierbaren Nebenwirkungen. Realistische Therapieziele können eine Schmerzreduktion um 30 bis 50 Prozent sein, eine funktionale Verbesserung, Verbesserung der Schlaf- und Lebensqualität, die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit und der sozialen Aktivität.

Neben nicht medikamentösen Verfahren (z. B. Transkutane Elektrische Nervenstimulation – TENS, interventionelle lokale Techniken, Physio- und Ergotherapie sowie Psychotherapie) beinhaltet die pharmakologische Therapie neuropathischer Schmerzsyndrome folgende Substanzgruppen:

- ▶ Antikonvulsiva mit Wirkung auf neuronale Kalziumkanäle (Gabapentin, Pregabalin), Risiken: Verwirrheitszustände, Sturzgefahr, Schlafstörung, Ödemneigung, Libidoverlust
- ▶ Antikonvulsiva mit Wirkung auf neuronale Natriumkanäle (z. B. Carbamazepin, Lamotrigin)
- ▶ Antidepressiva (trizyklische Antidepressiva, selektive Serotonin-/Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer), Risiken: Verwirrheitszustände, Sturzgefahr, Serotoninsyndrom, anticholinerges Syndrom, Herzrhythmusstörungen, Gewichtszunahme
- ▶ Bestimmte retardierte Opiode, Risiken: Schwindel- und Sturzneigung, Delir, Sedierung, Schlafprobleme, Obstipation
- ▶ Topische Therapeutika (Lidocain-Pflaster, Capsaicin-Hochdosis-Pflaster)
- ▶ Cannabinoide

Für die Dosierung gilt laut Dr. Stromer der Grundsatz: „Start low – go slow! Immer mit einer niedrigen Dosis beginnen und langsam hochdosieren.“

TOPISCHE THERAPIEOPTIONEN

Die Unterscheidung, wann und in welchem Umfang idealerweise mit einer topischen

und wann mit einer systemischen Therapie begonnen werden soll, ist von großer Bedeutung, um eine für die Patient*innen optimierte Therapieauswahl treffen zu können. Konnten in der Diagnose periphere neuropathische Schmerzen lokalisiert werden, rät Prim. Univ.-Prof. Dr. Rudolf Likar, MSc, Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, Klinik Klagenfurt am Wörthersee, dazu, mit einer topischen Anwendung zu beginnen. Hierbei profitieren die Patient*innen in der Regel von einer besseren Verträglichkeit und Sicherheit (keine Organtoxizität). Das Risiko für systemische Neben- und Medikamentenwechselwirkungen ist verringert, kognitive Funktionen werden nicht beeinträchtigt.²

Daher biete sich eine topische Therapieform besonders bei älteren Patient*innen und Patient*innen mit Polymedikation oder eingeschränkter Nieren- und Leberfunktion an, so Prim. Likar. Im Einzelfall könne es ratsam sein, auch bei Polyneuropathien mit diffuser Schmerzausbreitung besonders schmerzhafte Areale einer topischen Therapie zu unterziehen, entweder als Monotherapie oder zur Unterstützung einer systemischen Medikation.

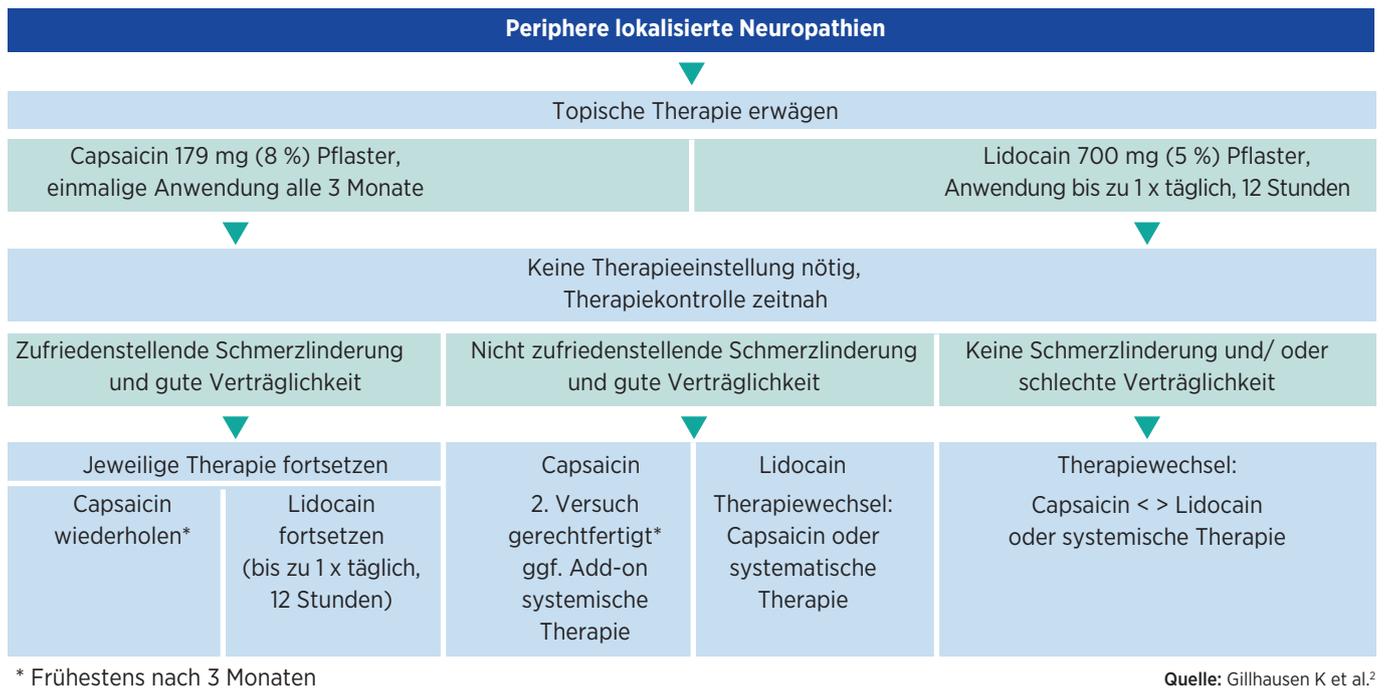
BSK/APA Fotoservice/Jannach



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

Für die topische Therapieform stehen kutane Pflaster mit dem Wirkstoff Capsaicin 179 mg (8%), einmalige Anwendung alle 3 Monate, oder Lidocain 700 mg (5%), Anwendung bis zu 1 x täglich, 12 Stunden, zur Verfügung. Während das 5%ige Schmerzplaster mit Lidocain in Österreich derzeit nur zur Linderung der Symptome neuropathischer Schmerzen nach einer Herpes-zoster-Infektion bei Erwachsenen zugelassen ist, umfasst das Indikationsspektrum für das 179-mg-Capsaicin-Pflaster alle peripheren neuropathischen Schmerzätiologien, inklusive der Behandlung von Diabetikern.

Abbildung: Therapiealgorithmus bei lokalisierten peripheren neuropathischen Schmerzen



Bei guter Verträglichkeit, aber unzureichender Schmerzlinderung durch die Therapie mit Capsaicin könne sich ein zweiter Versuch lohnen, erläutert Prim. Likar (siehe auch Abbildung). Erfahrungen der letzten Jahre würden den Schluss zulassen, dass ein Teil der Patient*innen, die initial nur unzureichend auf den ersten Therapieversuch ansprechen, von einer zweiten Behandlung stärker profitieren kann. Ein solcher zweiter Therapieversuch ist frühestens nach 3 Monaten indiziert. Es kommt zu keiner Toleranzentwicklung.

STUDIENDATEN FÜR CAPSAICIN

In einer Studie bei Patient*innen mit Chemotherapie-induzierter Polyneuropathie konnte gezeigt werden, dass es nach einer Behandlung mit topischem Capsaicin nicht nur zu einer Regeneration, sondern auch zu einer deutlichen Erhöhung der Nervenfaserdichte im Vergleich zur Ausgangssituation kommen kann. Zudem normalisierten sich verschiedene immunhistochemische Marker.³ Eine wiederholte Anwendung von Capsaicin könnte demnach zu einer langfristigen Modifikation der zugrundeliegenden Pathophysiologie des neuropathischen Schmerzes führen.

Die prospektive nicht interventionelle QUEPP-Studie mit mehr als 1.000 Patient*innen dokumentierte eine schnelle, über 12 Wochen anhaltende, signifikante Schmerzreduktion durch 179-mg Capsai-

cin-Pflaster, unabhängig von der Ätiologie des neuropathischen Schmerzes: Post-Zoster-Neuralgie, postoperative bzw. posttraumatische Neuralgie, Polyneuropathie, Mixed Pain Syndrome, komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS), Phantomschmerzen, HIV-assoziierte Neuropathie.⁴ Auch verbesserte sich die Lebensqualität und es kam zur signifikanten Reduktion der analgetischen Begleitmedikation, insbesondere von Opioiden und Antikonvulsiva. Zudem zeigte sich eine bessere analgetische Wirkung bei frühem Einsatz des Pflasters (Schmerzdauer < 6 Monate).⁵ Wirksamkeit und Sicherheit des 179-mg-Capsaicin-Pflasters bei Patient*innen mit schmerzhafter diabetischer Polyneuropathie untersuchten u. a. die PACE- und die STEP-Studie. Erste zeigte keine ungünstigen Effekte einer wiederholten Capsaicin-Behandlung (bis zu 7 Anwendungen im Abstand von 8 Wochen über 12 Monate) zusätzlich zur Standardbehandlung.⁶ Auch bestätigte die Studie die analgetische Wirksamkeit von Capsaicin gegenüber einer alleinigen Standardbehandlung. Bei Patient*innen, die 7 Applikationen des Capsaicin-Pflasters erhielten, stieg der Anteil jener mit mindestens 30%iger Schmerzreduktion kontinuierlich mit der Anzahl der Behandlungen an.⁷

In der STEP-Studie konnte eine gute Schmerzreduktion zwischen den Wochen 2 bis 8 gezeigt werden. Die Responderate

(mindestens 30%ige Schmerzreduktion) betrug 40,9 Prozent und ist damit vergleichbar mit Studiendaten zu anderen Schmerzätiologien.⁸

Zusammenfassend zitiert Prim. Likar aus den aktuellen Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Darin wird das 179-mg-Capsaicin-Pflaster zur Therapie neuropathischer Schmerzen jeglicher Ursache empfohlen: „Es sollte als Mittel der zweiten Wahl verwendet werden, der Effekt ist bei guter Verträglichkeit vergleichbar mit dem etablierter oraler Medikamente. Bei lokalisierten neuropathischen Schmerzen ist auch der primäre Einsatz zu erwägen.“¹¹

Bericht: Mag. Volkmar Weigluni

Referenzen:

- 1 Schlereth T et al. Diagnose und nicht interventionelle Therapie neuropathischer Schmerzen, S2k-Leitlinie, 2019, www.dgn.org/leitlinien (abgerufen am 20.9.2021)
- 2 Gillhausen K et al. Diagnose und Therapie neuropathischer Schmerzen: Eine praktische Hilfe für den hausärztlichen Alltag, CME Beilage, erschienen in: Der Allgemeinarzt, 2019 (Ausgabe 2)
- 3 Anand P et al. J Pain Res 2019; 12:2039-2052
- 4 Maihöfner C et al. Curr Med Res Opin 2013; 29(6):673-683
- 5 Maihöfner C et al. Eur J Pain 2014; 18(5):671-679
- 6 Vinik AI et al. BMC Neurology 2016; 16:251
- 7 Vinik AI et al. Curr Med Res Opin 2019; 2(12):288-401
- 8 Simpson DM et al. J Pain 2017; 18(1):42-53

Quelle: 28. Kongress der Österreichischen Schmerzgesellschaft, Symposium „Management peripherer neuropathischer Schmerzen“, 24. September 2021, Villach (hybrid)

Mit freundlicher Unterstützung von Grüenthal | Entgeltliche Einschaltung | 3_M-N/A-AT-11-21-0003 | Fachkurzinformation siehe Seite 53