



OÄ Dr. Waltraud Stromer
Leiterin der interdisziplinären
Schmerzambulanz,
Landeskrankenhaus Waldviertel Horn

Das WHO-Stufenschema im Jahr 2009: Ist es noch aktuell?

1986 wurden von der Weltgesundheitsorganisation Regeln bezüglich der medikamentösen Schmerztherapie bei Tumorschmerzen aufgestellt. Drei Stufen wurden unterschieden: Die Behandlung mit Nichtopioidanalgetika, mit schwachen und starken Opioiden. In den Folgejahren sind auch andere, nicht Tumor-bedingte Schmerzarten nach diesem Schema behandelt worden.

von OÄ Dr. Waltraud Stromer

Ein zentrales Ziel einer kompetenten Schmerztherapie ist es zu verhindern, dass Schmerzen chronisch werden. Oft wagt man bei akutem Schmerz erst sehr spät den Schritt von einem Nichtopioid-

steht, ist anzustreben. Auch in der Initialphase eines akuten Schmerzsyndroms kann die Verordnung einer Kombinationstherapie von großer Wichtigkeit sein, denn meist laufen mehrere Mechanismen hin-

ungsweise einem Antidepressivum (z. B.: Mirtabene, Saroten etc.) zur Behandlung einer neuropathischen Schmerzkomponente. Durch eine frühzeitige Kombination von Medikamenten mit

„WHO-Stufenschema wird zu sklavisch befolgt“

(Deutsche Ärzte Zeitung 21.04.2005)

analgetikum zu einem starken Opioid. Die schrittweise Abfolge des WHO-Stufenschemas in Anlehnung einzig und allein an die Schmerzintensität entspricht keiner adäquaten medikamentösen Therapie.

Eine mechanismenorientierte Behandlung, wobei die Ursachen des Schmerzes, die Bezugnahme auf die vorherrschenden Schmerzarten im Mittelpunkt

sichtlich Schmerzentscheidung nebeneinander ab. So kann zum Beispiel bei einem Patienten mit akuter Lumboischialgie eine Entzündungshemmung mit einem nichtsteroidalen Antirheumatikum ebenso notwendig sein, wie die Verordnung eines starken Opioids und wenn nötig auch eines Koanalgetikums wie einem Antikonvulsivum (z. B.: Gabapentin, Lyrica etc.) bezie-

verschiedenen Wirkmechanismen kann die Zahl der Patienten mit chronifiziertem Schmerz verringert werden. Regelmäßige Kontrollen, um eine effektive Dosisanpassung bei einer Veränderung der Schmerzsymptomatik durchführen zu können, sind erforderlich. Hierbei sollte stets, wie am Beginn der Behandlung unbedingt nötig, eine Reevaluierung der

Schmerzursachen in Hinblick auf ein neuropathisches beziehungsweise nozizeptives Schmerzgeschehen einerseits, wie auch eine Überprüfung der Wirksamkeit der bisher verordneten Medikation andererseits durchgeführt werden.

Hinsichtlich der Verordnung von Nichtopioidanalgetika ist es unbedingt erforderlich, das Alter der Patienten, die bestehenden Organschwächen ebenso wie Medikamenteninteraktionen zu berücksichtigen.

NSAR werden sehr häufig, oft zu lange und in zu hohen Dosen bedenkenlos verordnet. Es kann dabei zu einem vermehrten Auftreten von Nebenwirkungen im Magen-Darmbereich, im kardiovaskulären Organsystem, wie auch zu einer Schädigung der Nierenfunktion kommen.

Die niedrigste effektiv analgetische Dosis für die kürzest mögliche

Zeit soll angestrebt werden! Bei mittelstarken Schmerzen kann ein schwaches Opioid der Stufe II in Kombination mit einem Nichtopioidanalgetikum sinnvoll sein. Auch bei schwachen Opioiden soll die zulässige Höchstdosis nicht überschritten werden.

Bei chronischem Schmerz steht die bio-psycho-soziale Simultandiagnostik am Beginn jeder

schmerztherapeutischen Behandlung.

Die Diagnostizierung der Schmerzursache, der Schmerzart und psychogener Komorbiditäten ist hierbei von enormer Wichtigkeit.

Die sinkende Verschreibungsschwelle von Opiaten bei chronischem nichttumorbedingten Schmerz fördert das Vorkommen von Missbrauch und psychischer Abhängigkeit. Gefährdet sind vor allem Patienten mit psychogener Schmerzätiologie, sowie Patienten mit ausgeprägter Somatisierung.

Die Rate von Suchtkranken wird steigen, so lange jene Patienten weiterhin Opiode bedenkenlos erhalten, deren sehr hohe Schmerzstärke und Beeinträch-

tenwert. So kann zum Beispiel auch die Kombination eines Antidepressivums und eines Antikonvulsivums zur Behandlung eines neuropathischen Schmerzsyndroms alleine ausreichend sein, um eine adäquate Schmerzreduktion herbeiführen zu können.

Der Patient in seiner Individualität soll nach sorgfältigster Anamnese, aufgrund derer der Schmerz als akut oder chronisch eingeschätzt, die Schmerzart differenziert und psychogenen Komorbiditäten festgestellt oder ausgeschlossen worden sind, seine multimodale, mechanismenorientierte Medikation erhalten! In regelmäßigen Kontrollen muss jedoch die Wirksamkeit stets überprüft und die Weiter-

Die schrittweise Abfolge des WHO-Stufenschemas in Anlehnung einzig und allein an die Schmerzintensität entspricht keiner adäquaten medikamentösen Therapie.

tigung nicht durch nozizeptive oder neuropathische Reize, sondern eben durch psychosoziale Faktoren generiert werden.

Schmerztherapeuten sollten das Suchtrisiko ihrer Therapie mit Opiaten neu bewerten.

Die gesicherten Indikationen und Grundregeln für den Einsatz der Opiode bei Tumorpatienten und beim chronischen Schmerz bedürfen keiner prinzipiellen Revision. Aber die Regeln für ihre Verschreibung sollten strikt eingehalten werden. Patienten mit Risikofaktoren müssen erkannt werden.

Bei Patienten mit opioidsensitiven Schmerzen ist die erforderliche, analgetisch wirksame Dosis in der Regel niedrig. Nonresponder aber brauchen kein Opioid, die Weiterverschreibung wäre ein Behandlungsfehler!

Bei verordneten Opioiden bei chronischen Nicht-Tumorschmerzen muss somit in regelmäßigen Kontrollen die Wirksamkeit überprüft und die Weiterverordnung neu überdacht werden.

Wichtig beim chronischen Schmerz ist die Differenzierung der Schmerzarten hinsichtlich nozizeptiver und neuropathischer Ursache. Der gezielte Einsatz von Koanalgetika hat hierbei einen besonders hohen Stel-

lenwert. So kann zum Beispiel auch die Kombination eines Antidepressivums und eines Antikonvulsivums zur Behandlung eines neuropathischen Schmerzsyndroms alleine ausreichend sein, um eine adäquate Schmerzreduktion herbeiführen zu können.

Der Patient in seiner Individualität soll nach sorgfältigster Anamnese, aufgrund derer der Schmerz als akut oder chronisch eingeschätzt, die Schmerzart differenziert und psychogenen Komorbiditäten festgestellt oder ausgeschlossen worden sind, seine multimodale, mechanismenorientierte Medikation erhalten! In regelmäßigen Kontrollen muss jedoch die Wirksamkeit stets überprüft und die Weiter-

waltraudstromer@gmail.com