

SCHMERZMANAGEMENT IN DER PALLIATIVEN VERSORGUNG

Die Behandlung geriatrischer Palliativ-Patienten ist aufgrund einer häufig vorliegenden Multimorbidität eine schmerztherapeutische Herausforderung. Symptome und neu auftretende Probleme in der Behandlung sollten dabei niemals unreflektiert nur auf den Krankheitsprogress geschoben werden, da diese durch Medikamenteninteraktionen bedingt sein können.

Der Bevölkerungsanteil älterer Menschen steigt europaweit an.¹ Mit dem Alter nimmt jedoch auch die Prävalenz chronischer Schmerzen zu.² Ebenso ist die Multimorbidität bei älteren Menschen weit verbreitet. So nehmen nahezu 20 Prozent der Senioren im Alter von über 65 Jahren zehn oder mehr Medikamente ein.³ „Dies verändert das Nutzen-Risiko-Verhältnis einer Schmerztherapie im Alter“, betonte OÄ Dr. Waltraud Stromer von der Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin im Landesklinikum Horn im Rahmen des 7. Österreichischen Interprofessionellen Palliativkongresses.



OÄ Dr. Waltraud Stromer

Österreichischen Interprofessionellen Palliativkongresses.

Ziele einer multimodalen und interdisziplinären Schmerztherapie bei geriatrischen Patienten ist die Schmerzreduktion und Erhaltung der Mobilität, Selbstständigkeit und sozialen Integration. „Dafür ist ein individuell balanciertes Analgesie-Regime notwendig“, so Dr. Stromer. Generell sollte beim älteren Patienten eine Therapie immer mit einer niedrigen Dosis begonnen und langsam hochdosiert (start low – go slow) werden. Besondere Vorsicht und Aufmerksamkeit ist hinsichtlich möglicher Interaktionen geboten, wenn die bestehende Medikation mit einer weiteren ergänzt wird. Wechselwirkungen können zeitnah oder mit Verzögerung auftreten.

Laut den Empfehlungen der geriatrischen Gesellschaft sollen zur Schmerzbehandlung bei älteren Patienten sowohl pharmakologische als auch nicht pharmakologische Therapien zum Einsatz kommen. Analgetika mit kurzer bis mittlerer Halbwerts-

zeit sollten bevorzugt und mögliche Nebenwirkungen und Interaktionen regelmäßig evaluiert werden. Auch sollte die Therapie an die Wünsche und Ziele des geriatrischen Patienten adaptiert werden.

POLYPHARMAZIE UND MEDIKAMENTENINTERAKTIONEN BEI PALLIATIVEN PATIENTEN



OÄ Dr. Gabriele Graggober

„Besonders in der Palliativmedizin sind Polypharmazie und Arzneimittelinteraktionen ein großes Thema, da wir oft multimorbide, auch alte Patienten mit beginnendem Organversagen behandeln“, erörterte OÄ Dr. Gabriele Graggober von der Klinischen Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin des Universitätsklinikums St. Pölten. So zeigen Untersuchungen bei Hospiz- und Palliativpatienten, dass bei 31 bis 75 Prozent der Patienten potenzielle Arzneimittelreaktionen vorliegen, wobei bis zu 20 Prozent als Hochrisikointeraktionen einzustufen sind. Diese erhöhen die Morbidität. Entscheidender Risikofaktor für das Auftreten ist die Polypharmazie.⁴

„Eine relativ neue Herausforderung stellt das zunehmende Repertoire an Langzeitonkologika dar“, so Dr. Graggober. Dabei handelt es sich oft um Tyrosinkinase-Hemmer, die eine kompetitive Hemmung auf das CYP3A4 ausüben und eine Verlängerung der QT-Zeit hervorrufen können. „Prinzipiell sind Polymorphismen von Enzymsystemen ein wichtiger patientenindividueller Faktor, der für Arzneimittelreaktionen bedeutsam sein kann“, so Dr. Graggober. Zahlreiche Medikamente werden über das Cytochrom-P450-System metabolisiert.

Viele Wirkstoffe, aber auch Nahrungsmittel wie Grapefruitsaft, können die Cytochrome P450 hemmen. Induktoren wie beispielsweise Carbamazepin können hingegen die Synthese von CYP-Isoenzymen beschleunigen.

Ursachen für ein medikamentös induziertes Delir sind serotoninerhöhende, anticholinerge Pharmaka oder Hypnatriämie bedingende Pharmaka. Die Diagnose erfolgt aufgrund der Klinik, der genauen physikalischen Untersuchung und der Anamnese. „Zu beachten ist, dass der Verlauf eines Serotonin-Syndroms fließend ist“, so Dr. Graggober. Leitsymptom ist ein Kloonus, weitere Symptome sind Tremor, Schweißausbrüche, Durchfall, Akathisie ohne zusätzliche extrapyramidale Symptomatik oder Agitiertheit. Bei der Medikamentenanamnese sollte die Dauer der Symptome und auch die mögliche Einnahme von OTC-Präparaten und Nahrungsergänzungsmitteln erfragt werden.

Als Orientierungshilfe für diese komplexen Interaktionen können die Erstellung einer institutionsspezifischen Interaktionsliste und die Verwendung von Interaktionsdatenbanken hilfreich sein. „Der Arzt braucht gleich viel Wissen zum Nichtverschreiben wie zum Verschreiben, und oft besteht die Kunst gerade in der Nichtanwendung der Mittel“, zitierte Dr. Graggober Gracián y Morales abschließend.

Bericht: Dr. Friederike Hörandl

Referenzen:

- 1 Mamolo M et al. 2009. https://www.oeaw.ac.at/fileadmin/subsites/Institute/VID/PDF/Publications/EDRP/edrp_2009_02.pdf
- 2 Elliott AM et al. Lancet. 1999 Oct 9;354(9186):1248–1252.
- 3 Schmader K et al. Mayo Clin Proc. 2010 Mar;85(3 Suppl):S26–32.
- 4 Laroche M et al. 2007. Br J Clin Pharmacol 63: 177–186.

Quelle: „Schmerzmanagement in der palliativen Versorgung“, Symposium von TEVA ratiopharm Arzneimittel Vertriebs-GmbH, 7. Österreichischer Interprofessioneller Palliativkongress 28.–30.03.2019, Innsbruck