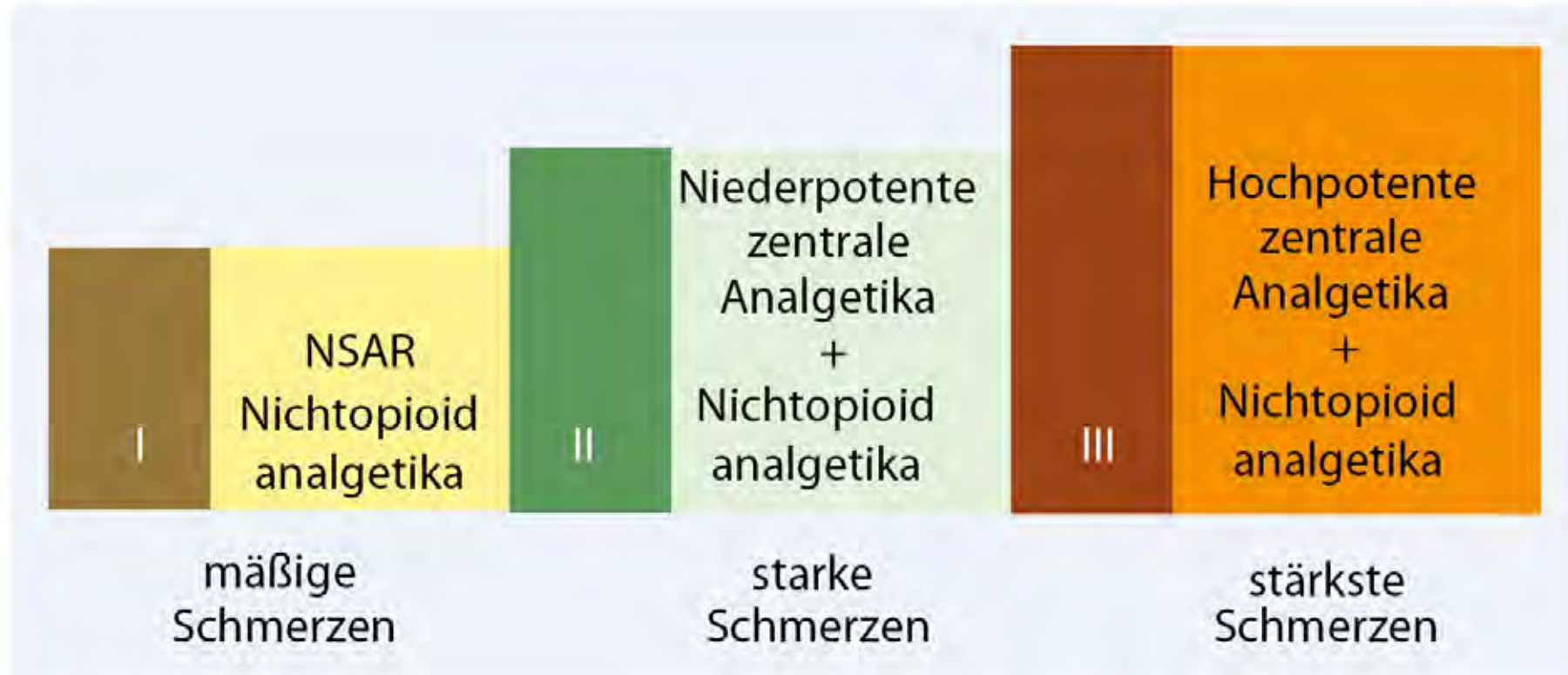


Therapie mit Opiaten beim Rückenschmerz - Sinn oder Unsinn?

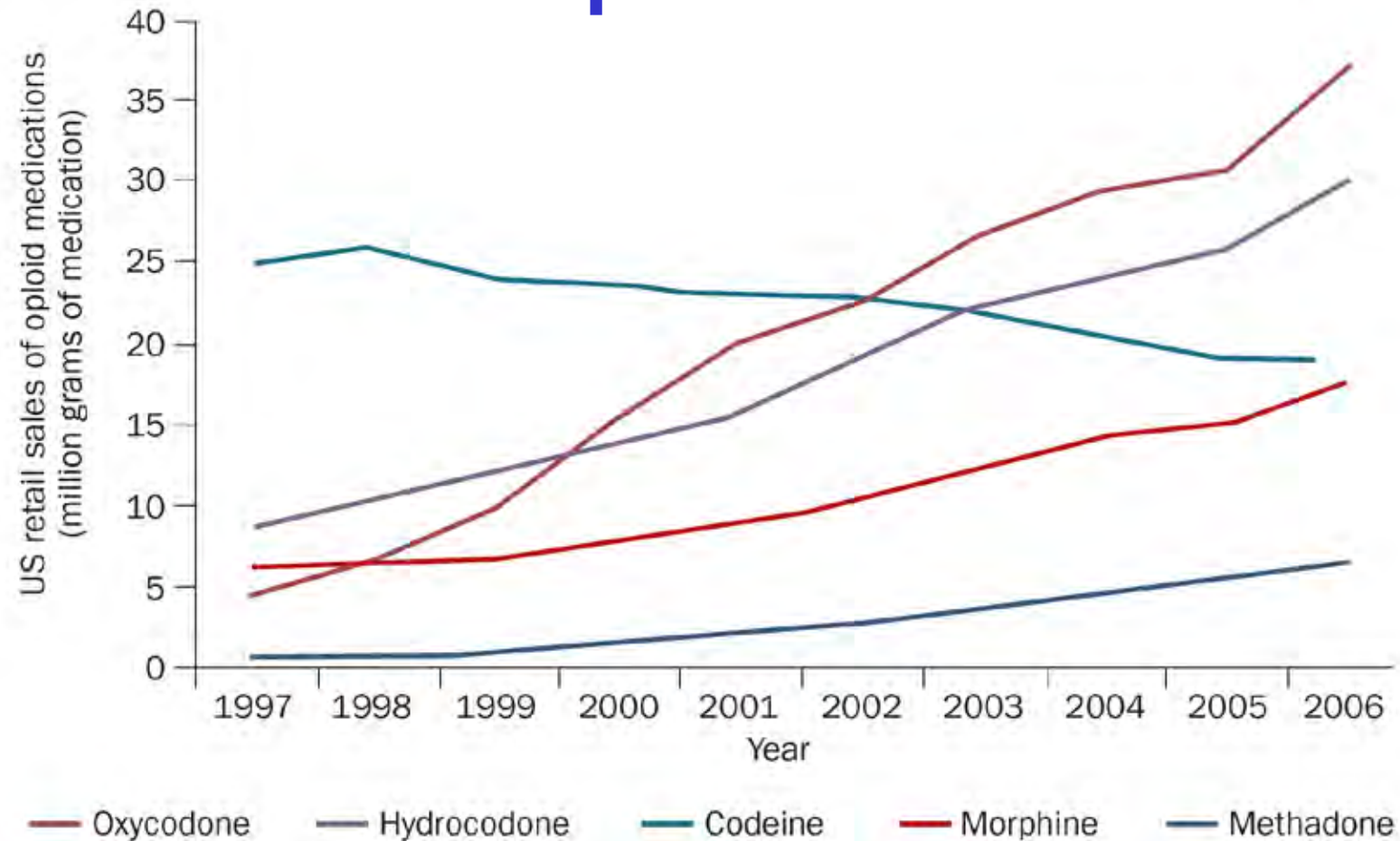
Adrian Forster, Klinik St. Katharinental, Diessenhofen

WHO-Stufenschema der Schmerztherapie



(Für Schmerztherapie bei Tumorerkrankungen entwickelt)

Zunahme der Verschreibung von Opioiden



Opioidverschreibungen in Mio. Gramm (USA)

(www.justice.gov/dea/index.htm)

„Da freut sich der Pharmamarkt“

Der Psychosomatiker Ulrich T. Egle über Schmerzstörungen, die in der Kindheit entstehen, und Hilfe gegen Stress im Rücken

SPIEGEL: Herr Professor Egle, wie groß ist der Anteil der Rückenpatienten in Ihrer psychosomatischen Klinik?

Egle: Wir haben 70 Betten für Schmerzpatienten, da machen Rücken- und Nackenschmerz die weitaus größte Gruppe aus. Von stationär knapp 1000 Schmerzpatienten haben rund 600 vorherrschend Rückenschmerzen.

SPIEGEL: Wer schickt die Rückenpatienten zu Ihnen? Orthopäden? Hausärzte?

Egle: Orthopäden sehr selten. Allenfalls die konservativen, die nicht operieren. Ansonsten Hausärzte, wenn sie alle anderen körperlichen Symptome behandelt haben. Ab und zu auch ein Schmerztherapeut.

Egle: Je länger das Leiden und je häufiger operiert, desto schlechter die Voraussetzungen. Unter Migranten ist die Bereitschaft auch auffällig schlecht. Ansonsten gibt es überhaupt keine Schwierigkeit, dies den Patienten zu vermitteln.

SPIEGEL: Was sagen Sie ihnen?

Egle: Wir reden nicht von Psyche, wir reden von Stress. Und wir erklären dem Patienten, dass sein Schmerz nicht im Rücken entsteht, sondern im Gehirn. Damit wird für jeden klar: Wenn es nicht allein am Rücken liegen sollte, gibt es trotzdem eine organische Ursache für die Schmerzen. Wenn ich dem Patienten sage, der Rückenschmerz ist psychisch bedingt, denken viele, der will mich als

Zeit investieren, und das ist in den niedergelassenen Praxen abrechnungstechnisch nicht möglich.

SPIEGEL: Weil die Krankenkassen es nicht bezahlen?

Egle: Genau. Und wenn, dann lohnt es sich für keinen Orthopäden.

SPIEGEL: Wenn Sie geklärt haben, dass am Rücken kein Befund ist, der für den Schmerz verantwortlich ist, der Schmerz also andere Ursachen haben muss, wie geht es dann weiter?

Egle: Dann geht es um die Frage, welche stressbezogenen Einflüsse den Schmerz auslösen oder verstärken. Die häufigste Erkrankung ist die sogenannte somatoforme Schmerzstörung. Das haben

Patientenumfrage CHANGE PAIN

Chronische Rückenschmerzen – Schweizer immer noch unterversorgt

Die vorliegende Schweizer Umfrage konnte an einer ausgewählten Population aufzeigen, dass sich die Situation von Schmerzpatienten in der Schweiz als verbesserungsfähig bezeichnen lässt. Es gilt, durch gezielte Strategien, durch Forschung und weitere Untersuchungen das multimodale interdisziplinäre Schmerzmanagement befriedigend und effektiv zu gestalten.

In der Schweiz leiden 16% der Erwachsenen an mittleren bis schweren chronischen Schmerzen, der Durchschnitt für Europa liegt bei 19% [4]. Chronische Schmerzen verursachen grosses Leid, beeinträchtigen die Lebensqualität sowie Psyche und generieren beträchtliche Kosten [4] [7]. In der Schweiz wurden die Kosten für chronische Schmerzen im Jahr 2007 auf 5 Milliarden Franken geschätzt und nehmen damit einen gewichtigen Stellenwert ein [15].

In der medizinischen Gemeinschaft zeigt sich bezüglich Schmerz und seinem Management noch immer ein Bewusstseinsdefizit, und es besteht Evidenz, dass Schmerz nicht adäquat behandelt wird [4] [16]. Gründe für diese Unter- und Fehlversorgung chronischer Schmerzpatienten sind mangelnde Kenntnisse der unterschiedlichen Schmerzmechanismen – nozizeptiv, neuropathisch und mixed Pain –, die jeweils einen anderen medikamentösen Ansatz erfordern [6], das teilweise ungenügende Verständnis der zu verschreibenden Medikamente, ihrer Mängel und Nebenwirkungen [16] sowie oft auch Kommunikationsprobleme zwischen Arzt und Patient [6].

Mit dem Ziel, die Situation von Schmerzpatienten in der Schweiz, ihr Therapieverhalten, ihre Einschätzung des Therapieerfolges sowie ihre Meinung zu morphinähnlichen Schmerzmitteln näher zu beschreiben, wurde eine Umfrage bei Schweizer Betroffenen durchgeführt. Die erhaltenen Informationen sollen bei der Erarbeitung von Strategien für ein optimales Schmerzmanagement helfen, um die Lebensqualität von Betroffenen zu verbessern.

Umfrage

Die Umfrage wurde unter dem Patronat der Rheumaliga Schweiz und CHANGE PAIN, einer europäischen Initiative zur besseren Versorgung chronischer Schmerzpatienten, u.a. unterstützt von der „European Federation of IASP (International Association for the Study of Pain) Chapters“ (EFIC) und der Schweizerischen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (SGSS), durchgeführt. Der vollständige Fragebogen kann unter www.change-pain.ch eingesehen werden.

Der Fragebogen richtete sich an die breite Bevölkerung, wobei eine geräte Frage Patienten mit Rückenschmerzen selektionierte. Dabei wurden Haupt- und Nebenschmerz nicht unterschieden. Die Auswertung der Ergebnisse erfolgte rein deskriptiv. Die Erhebung zeigt ein Bild der Situation chronischer Schmerzpatienten in der Schweiz aus Sicht der Patienten auf. Die Anga-



Prof. Dr. med.
Christoph Konrad
Luzern

Dr. med.
Wolfgang Schliepfer
Notwil

Prof. Dr. med.
Eli Alon
Zürich

ben wurden nicht durch eine ärztliche Untersuchung respektive Diagnose bestätigt.

Resultate

1792 vollständig ausgefüllte Fragebogen konnten ausgewertet werden. Von ihnen waren 67.2% (n=1205) aus der deutschsprachigen und 32.8% (n=587) aus der französischsprachigen Schweiz. Die Geschlechterverteilung war 22% Männer und 76% Frauen. 2% machten keine Angaben bezüglich ihres Geschlechts. 42.8% der Teilnehmer waren älter als 64 Jahre, wobei das Durchschnittsalter und der Median bei 63 Jahren lagen. 37% waren zum Zeitpunkt der Umfrage berufstätig.

90% der Teilnehmer (n=1613) gaben bei der Befragung an, dass sie an Rückenschmerzen leiden oder während der letzten fünf Jahre an Rückenschmerzen gelitten haben. Weitere Ergebnisse werden in den Tabellen 1–4 dargestellt und im Kapitel Diskussion besprochen. Die Ergebnisse beziehen sich – sofern nicht anders angegeben – auf die Population mit Schmerzen (n=1613).

Schmerzart	
akut (<3 Monate)	30%
chronisch (≥3 Monate)	70%
Schmerzdauer bei chronischen Schmerzen	
> fünf Jahre	46.2%
Schmerzintensität auf einer Schmerzskala von 1–10	
starker bis sehr starker Schmerz (7–10)	40.6%
mäßig starker Schmerz (4–6)	47.5%
Art der Schmerzperiode	
andauernde Schmerzen	57.5%
kurze Episoden (1–3 Tage)	14%
nur unter körperlicher Belastung	33%
nur zu bestimmten Tageszeiten	15%

Diskussion

Die Schweizer Patientenumfrage CHANGE PAIN ist die grösste Umfrage in dieser Art, welche ausschließlich in der Schweiz bei Rückenschmerzpatienten durchgeführt wurde. Sie bestätigt, dass Rückenschmerzen häufig ein noch ungelöstes Problem darstellen.

Wie bereits eingangs erwähnt, gibt es in der Literatur Evidenz für eine Unter- und Fehlversorgung chronischer Schmerzpatienten [4] [17] [19]. Beobachtungen aus der Schweizer Umfrage scheinen dies zu unterstreichen:

1. Patienten scheinen selbst nach oder unter einer Therapie weiterhin an teilweise starken bis sehr starken Schmerzen zu leiden.
2. Ärztliche Hilfe wird spät oder gar nicht in Anspruch genommen.
3. Das pharmakologische Management chronischer Schmerzen ist oft unbefriedigend. Die Möglichkeiten der medikamentösen Therapie sind nicht ausgeschöpft. Ungenügende Schmerz lindung oder Unverträglichkeit sind verbreitet, was zu Therapieabbrüchen führt. Es besteht ein grosses Verbesserungspotenzial.

Art, Dauer und Intensität der Schmerzen

Zahlen aus der Literatur können mehrheitlich bestätigen, dass Patienten mit Rückenschmerzen häufig über einen langen Zeitraum an sehr starken und andauernden Schmerzen leiden. In einer europäischen Telefonumfrage bei über 45'000 Personen aus 15 europäischen Ländern und Israel betrug der Durchschnitt für die Dauer von nicht-tumorbedingten Schmerzen aller Art 7.0 Jahre. Die Auswertung der Daten für jedes einzelne der teilnehmenden Länder ergab für die Schweiz eine durchschnittliche Dauer von 7.7 Jahren. 34% sämtlicher Teilnehmer bezeichneten ihre Schmerzen als sehr stark (8, 9 und 10) auf einer Schmerzskala von 1 bis 10. Die Analyse der Daten für die Schweiz ergab einen Wert von 32% [8]. 46% der Teilnehmer der europäischen Umfrage hatten andauernde Schmerzen, 54% rezidivierende [4].

Inanspruchnahme medizinischer Hilfe

Der relativ hohe Anteil an Teilnehmern der Schweizer Umfrage, die keine ärztliche Hilfe aufsuchen (18.2–24.3%; Tab. 2), wird auch in anderen Umfragen bestätigt (16%–27%) [4] [20].

Wird ärztliche Unterstützung beansprucht, beträgt die Zeitspanne bis zur Erstkonsultation oft Monate oder gar Jahre. In einer prospektiven Kohortenstudie konnten Schulte et al. zeigen, dass durchschnittlich 3 Jahre vergehen, bevor Schmerz Betroffene aufgrund ihrer Schmerzen einen Hausarzt aufsuchen [17].

Behandlung, Therapieerfolg und Verträglichkeit

Die im Rahmen der Schweizer Umfrage von den Betroffenen angegebenen nicht-medikamentösen Therapien (Tab. 3) werden mehrheitlich durch Daten aus der Literatur bestätigt [4] [20].

Die medikamentöse Therapie weist insbesondere bezüglich der Medikamentenwahl gewisse Unterschiede zwischen der Schweizer Umfrage, dem europäischen Durchschnitt und den in der Arbeit von Breivik ermittelten Daten für die Schweiz auf.

Während der prozentuale Anteil an Teilnehmern, die Paracetamol oder nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) einnehmen, in der Schweizer Umfrage deutlich höher liegt als der europäische Durchschnitt und der in der Breivik-Umfrage ermittelte Wert

für die Schweiz (Paracetamol: 30% versus 18% versus 12%; NSAR: 62.8% versus 44% versus 48%), liegen die Zahlen für die Einnahme eines Opioids der WHO Stufe II im gleichen Rahmen (19.7% versus 23% versus 18%).

Die Einnahme von stark wirksamen Opioiden (WHO Stufe III) bestätigten in der Schweizer Umfrage 10.2% der Befragten mit chronischen Schmerzen, während der Gebrauch dieser Medikamente im europäischen Durchschnitt mit 5% deutlich tiefer liegt. Der im Rahmen der europäischen Umfrage von Breivik et al. ermittelte Wert für die Schweiz betrug lediglich 2% [4]. Die grossen Unterschiede zwischen der Schweizer und der europäischen Umfrage diesbezüglich sind erstaunlich und lassen sich nicht erklären. Obwohl die Schweizer Umfrage einen vergleichsweise hohen Gebrauch von Opioiden ergibt, gaben nur 31% der Teilnehmer mit starken Schmerzen (VAS 7–10) an, jemals ein Opioid erhalten zu haben. Dies bedeutet wiederum, dass 69% der Betroffenen trotz starker Schmerzen nie ein starkes Opioid erhalten haben.

NSAR und Opiode

NSAR sind in der Schweiz und in ganz Europa die am häufigsten verschriebenen Schmerzmittel. Es ist bekannt, dass für eine Langzeitbehandlung von Nichttumorschmerzen, gerade in südlichen Ländern Europas, NSAR trotz nachweisbarer Verträglichkeitsproblemen vielfach Opioiden vorgezogen werden [4]. Opiode sind bei chronischen Schmerzen, auch bei nicht-tumorbedingten, häufig erforderlich [2].

Der häufigste Vertreter nicht-tumorbedingter Schmerzen, der Rückenschmerz, ist meist eine Mischform aus nozizeptivem und neuropathischem Schmerz, welche unterschiedlich auf Analgetika ansprechen [5, 8].

Anzahl konsultierter Ärzte aufgrund der Schmerzerkrankung (Deutschschweiz, n=1205) (während der ganzen bisherigen Erkrankung)	
0 Ärzte	18.2%
2–3 Ärzte	38.8%
> 5 Ärzte	9.8%
Anzahl konsultierter Ärzte im vergangenen Jahr aufgrund der Schmerzerkrankung (Westschweiz, n=587)	
0 Ärzte	24.5%
1 Arzt	41%
Anzahl Arztkonsultationen im vergangenen Jahr aufgrund der Schmerzerkrankung (Westschweiz, n=587)	
1 Arztkonsultation	16%
2 Arztkonsultationen	15%
3 Arztkonsultationen	14%
>5 Arztkonsultationen	16%
Inanspruchnahme von Hilfe bzw. Pflege zuhause von Familie und Freunden im vergangenen Jahr aufgrund der Schmerzerkrankung (Westschweiz, n=587)	
Ja	21%
Nein	54%
Keine Angaben	25%

Patientenumfrage CHANGE PAIN

Chronische Rückenschmerzen – Schweizer immer noch unterversorgt

Die vorliegende Schweizer Umfrage konnte an einer ausgewählten Population aufzeigen, dass sich die Situation von Schmerzpatienten in der Schweiz als verbesserungsfähig bezeichnen lässt. Es gilt, durch gezielte Strategien, durch Forschung und weitere Untersuchungen das multimodale interdisziplinäre Schmerzmanagement befriedigend und effektiv zu gestalten.

In der Schweiz leiden 16% der Erwachsenen an mittleren bis schweren chronischen Schmerzen, der Durchschnitt für Europa liegt bei 19% [4]. Chronische Schmerzen verursachen grosses Leid, beeinträchtigen Lebensqualität sowie Psyche und generieren beträchtliche Kosten [4] [7]. In der Schweiz wurden die Kosten für chronische Schmerzen im Jahr 2007 auf 5 Milliarden Franken geschätzt und nehmen damit einen gewichtigen Stellenwert ein [15].

In der medizinischen Gemeinschaft zeigt sich bezüglich Schmerz und seinem Management noch immer ein Bewusstseinsdefizit, und es besteht Evidenz, dass Schmerz nicht adäquat behandelt wird [4]



Prof. Dr. med.
Christoph Konrad
Luzern



Dr. med.
Wolfgang Schleizer
Nottwil



Prof. Dr. med.
Eli Alon
Zürich

ben wurden nicht durch eine ärztliche Untersuchung respektive Diagnose bestätigt.

Resultate

1792 vollständig ausgefüllte Fragebogen konnten ausgewertet werden. Von ihnen waren 67.2% (n=1205) aus der deutschsprachigen und 32.8% (n=587) aus der französischsprachigen

Evidenz für die Wirkung von Opioiden bei chronischem Rückenschmerz

- Long-term efficacy is unclear.
- The benefits of opioids for the long-term management of chronic low back pain remains questionable.



DGSS

Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes

Die Gesellschaft Kongresse Aus- und Weiterbildung Schmerztherapeuten Nachwuchsförderung Dokumente Presse A bis Z

Sie befinden sich hier: > Dokumente > Leitlinien

Ethik Charta

Pain Proposal

Nationaler Aktionsplan gegen Schmerz

Schmerzfragebogen

Kerncurriculum

Kursbuch

Satzung

Presidents Corner

Leitlinien

Von der DGSS initiierte Leitlinien

Leitlinien unter Mitarbeit der DGSS

Sonstige relevante LL in der Schmerzmedizin

Patienteninformationen aus LL-Projekten

Aktuelle Leitlinienprojekte

Kongresskodex Deutscher Schmerzkongress

 Suche

Global Year Against
HEADACHE

Leitlinien zur Schmerzbehandlung

Ein zentrales Anliegen der DGSS ist es, die Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse im klinischen Alltag zu fördern und zu unterstützen. Ein wichtiges Instrument im Rahmen dieser Zielsetzung ist die Erstellung von Leitlinien im Bereich der Schmerzmedizin. Dabei werden von der DGSS einerseits eigene Leitlinien-Projekte initiiert, andererseits vertritt die DGSS die Schmerzmedizin in vielen interdisziplinären Leitlinien.

Dabei können und sollen Leitlinien - gerade in der Behandlung chronischer Schmerzen - nicht die sorgfältige und interdisziplinäre Diagnostik und Therapieplanung für den einzelnen Patienten ersetzen. Sie sind aber aus Sicht der DGSS ein zentrales Instrument, um über den aktuellen Stand und meist interdisziplinären Konsens der wissenschaftlich gesicherten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu informieren und so einen verantwortungsvollen, klinischen Entscheidungsprozess auf hohem Niveau zu ermöglichen.

Der Leitlinienbeauftragte der DGSS ist Herr PD Dr. Frank Petzke, der Vertreter der DGSS bei der [AWME](#) ist Herr Prof. Dr. Rolf-Detlef Treede. Sie können bei Fragen, Kommentaren, oder Anregungen gerne über den Geschäftsführer Herrn Prof. Dr. T. Graf-Baumann (hier bitte Link zur Seite der Geschäftsstelle) Kontakt aufnehmen. Die DGSS unterstützt ausdrücklich die Mitarbeit an Leitlinienprojekten oder Initiativen für neue Leitlinienprojekte aus dem Kreis der Mitglieder.

Für grundsätzliche und methodologische Aspekte zur Leitlinienerstellung sei auf die Webseite der [AWME](#) verwiesen. Im [Leitlinienglossar \(online\)](#) finden sie die wichtigsten Begriffe erklärt. Grundsätzlich werden Leitlinien der Mitgliedsgesellschaften AWMF in drei, auf die Entwicklungsmethodik bezogene Klassen eingeteilt:

S1: von einer Expertengruppe im informellen Konsens erarbeitet (Ergebnis: Empfehlungen)

S2: eine formale Konsensfindung ("S2k") und/oder eine formale "Evidenz"-Recherche ("S2e") hat stattgefunden

S3: Leitlinie mit allen Elementen einer systematischen Entwicklung (Logik, Entscheidungs- und "outcome"-Analyse).

Nationale Versorgungsleitlinien entsprechen methodisch der Klasse S3.

In der Folge finden sich eine Reihe von Links, die auf die wesentlichen für die Schmerzmedizin relevanten Leitlinien verweisen:

1. [Von der DGSS initiierte Leitlinien](#)
2. [Leitlinien unter Mitarbeit der DGSS](#)
3. [Sonstige relevante LL in der Schmerzmedizin](#)
4. [Patienteninformationen aus LL-Projekten](#)
5. [Aktuelle Leitlinienprojekte \(*unter DGSS-Beteiligung\)](#)

AWMF online - S3-Leitlinie Schmerztherapie: LONTS - Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumo... 1

AWMF online



Arbeitsgemeinschaft der
Wissenschaftlichen
Medizinischen
Fachgesellschaften

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS)
gemeinsam mit 14 wissenschaftlichen Fachgesellschaften und
der Deutschen Schmerzhilfe (Patientenverband)

AWMF-Leitlinien-Register Nr. 041/003 Entwicklungsstufe: 3

Zitierbare Quelle:



Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen (LONTS)

Inhalt:

1. [Einleitung](#)
2. [Datenbasierte klinische Empfehlung](#)
 - 2.1 Wirksamkeit
3. [Textbasierte Empfehlung](#)
 - 3.1 Vorbedingungen

nationale evidenzbasierte Leitlinie: (1) Einleitung (Definition - Epidemiologie - Versorgungsprobleme - Ziele - Adressaten), (2) Diagnostik und Schmerzevaluation, (3) Therapieziele, (4) Therapiekontrolle (Monitoring), (5) Therapie (Grundsätze der Behandlungsstrategien), (6) Nicht-invasive Therapie, (7) Medikamentöse Therapie, (8) Psychologische Interventionen, (9) Invasive Therapie, (10) Multidisziplinäre / Multimodale Therapie, (11) Prävention, (12) Implementierung (13) Patienteninformation / Edukation, (14) Qualitätsindikatoren.

Der vollständige Bericht ist auf der Homepage der ÄZQ unter der Adresse www.leitlinien.de/inforueckenschmerz.htm veröffentlicht und wird in Kürze in der Schriftenreihe der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (Zuckschwerdt Verlag, München) als Printversion erscheinen. Weitere Informationen: Dr. Christian Thomeczek, Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung, Aachener Str. 233-237, 50931 Köln; Email: clearingstelle@azq.de (2.8.2001)

Leitlinien LONTS

[Leitlinien LONTS \(PDF\)](#)

Leitlinien Tumorschmerz

www.whocancerpain.wisc.edu/eng/Poster2002/cpr86.html

www.whocancerpain.wisc.edu/eng/Poster2002/cpr90.html

www.painresearch.utah.edu/cancerpain/quidelineF.html

www.ampainsoc.org/pub/qi.htm

www.whocancerpain.wisc.edu/eng/Poster2002/cpr96.html

www.asahq.org/publicationsAndServices/practiceparam.htm

www.canadianpainsociety.ca/cont-ang/1apropos-politiques.htm

www.whocancerpain.wisc.edu/eng/Poster2002/children.html

www.ncpc.org.uk/forms/order_publications.htm

www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/44/index.html

www.eapcnet.org/publications/eapcpub.asp

www.consensus.nih.gov/2002/2002CancerPainDepressionFatigues022html.htm

www.moh.gov.sg/cmaweb/attachments/publication/

www.ampainsoc.org/pub/principles.htm

www.interactive.snm.org/docs/pa_ch25_0403.pdf

www.nice.org.uk/page.aspx

www.fsmb.org/pdf/2004_arpol_Controlled_Substances.pdf

www.ons.org/publications/positions/CancerPainManagement.shtml

www.nhmrc.gov.au/publications/files/cp104.pdf

www.esmo.org/reference/pdf/83.pdf

www.guideline.gov/summary/summary.aspx

www.guideline.gov/summary/summary.aspx

www.guideline.gov/summary/summary.aspx

www.fnclcc.fr

www.britishpainsociety.org/pdf/Publication_Drugs_2005.pdf

www.ampainsoc.org/pub/cancer.htm

www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/pain.pdf

www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/pediatric_pain.pdf

Opioide für chronischen Rückenschmerz: Guidelines

- Zur Verbesserung der Lebensqualität wird eine Behandlung mit Opioiden nicht empfohlen, da aufgrund uneinheitlicher Studienbefunde keine zuverlässige Wirksamkeit bestätigt werden kann.
- Opioids may be considered but should be avoided if possible.

(Reinecke H et al. Schmerz 2009; 23: 440-7
White AP et al. Spine 2011; 36: S131-43)

Probleme der Langzeittherapie mit Opioiden

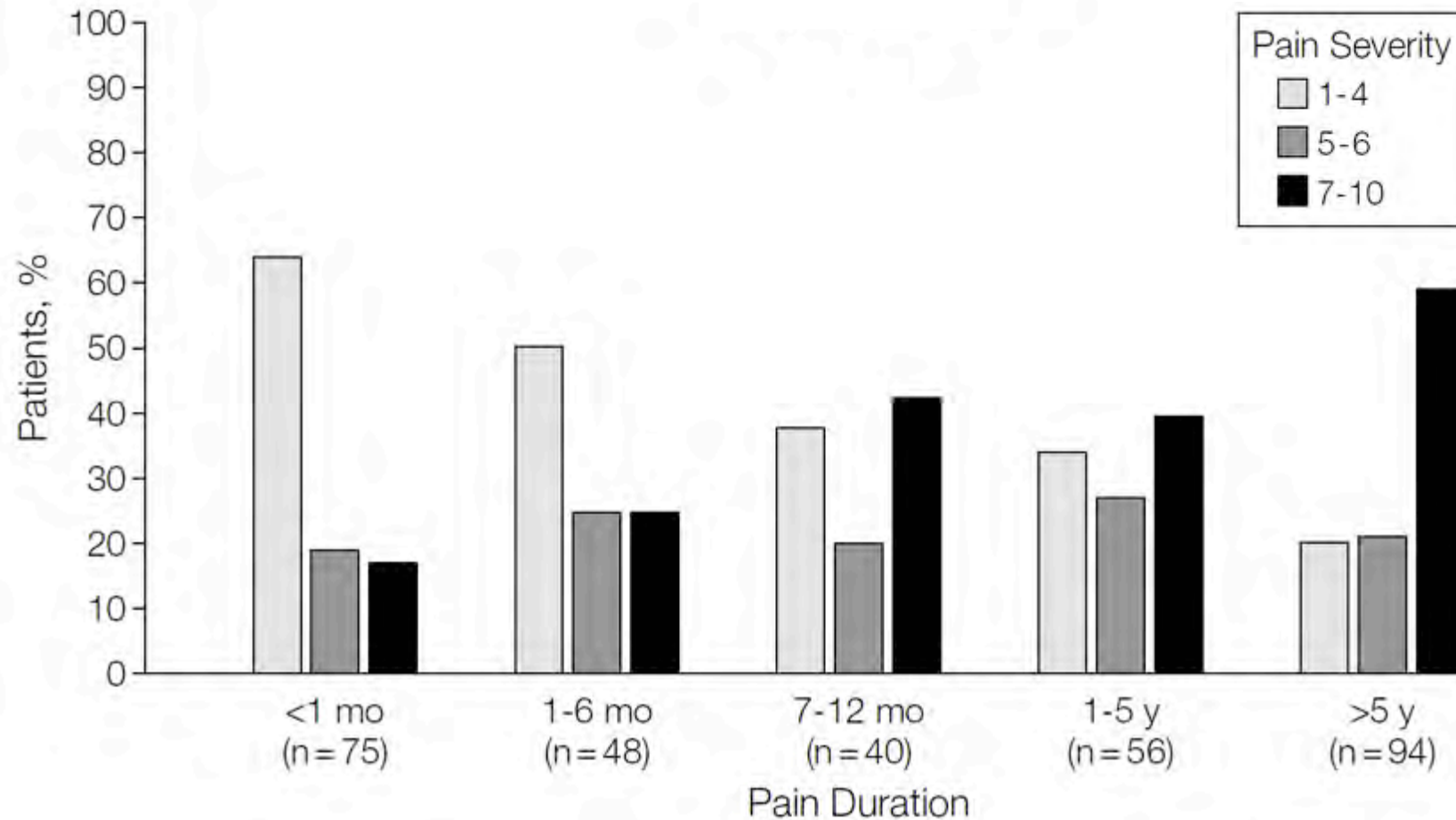
- Funktionelle Verschlechterung
(Rückkehr zur Arbeit, soziale Kontaktpflege, Unabhängigkeit vom Gesundheitswesen)
- Verschlechterung der Lebensqualität
- Wirkungsverlust (Toleranzentwicklung)
- Opioid-induzierte Hyperalgesie
- Abhängigkeits- und Suchtentwicklung

Outcome Knie-TP bei Patienten unter chronischer Opioidtherapie

- Längere Rehabilitation
- Häufigere Komplikationen
- Schlechtere Beweglichkeit und Gehfunktion

Schmerzen bei Methadonbezügern

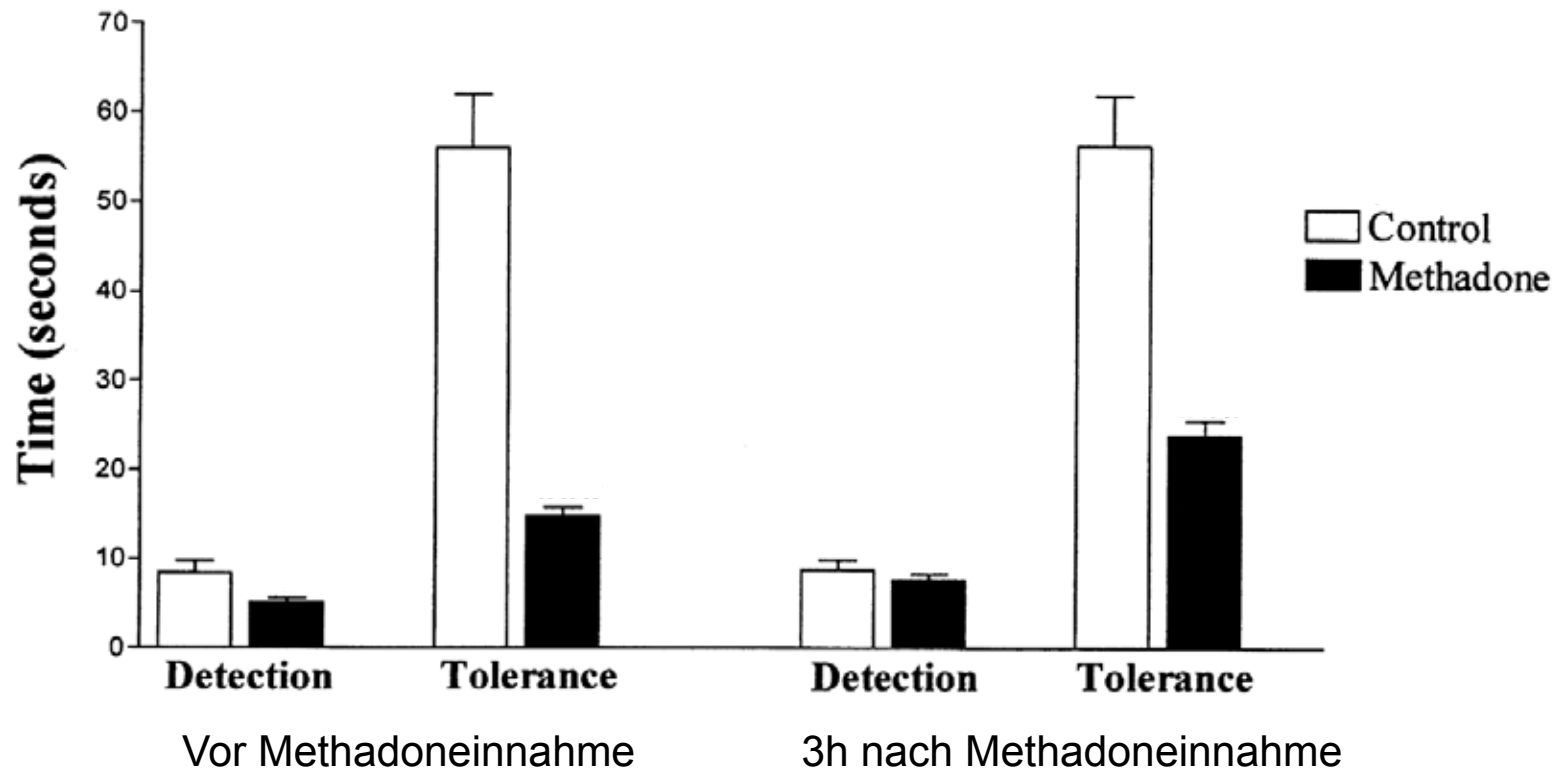
Praevalenz von Schmerzen: 80%



(Rosenblum A et al. JAMA 2003; 289: 2370-8)

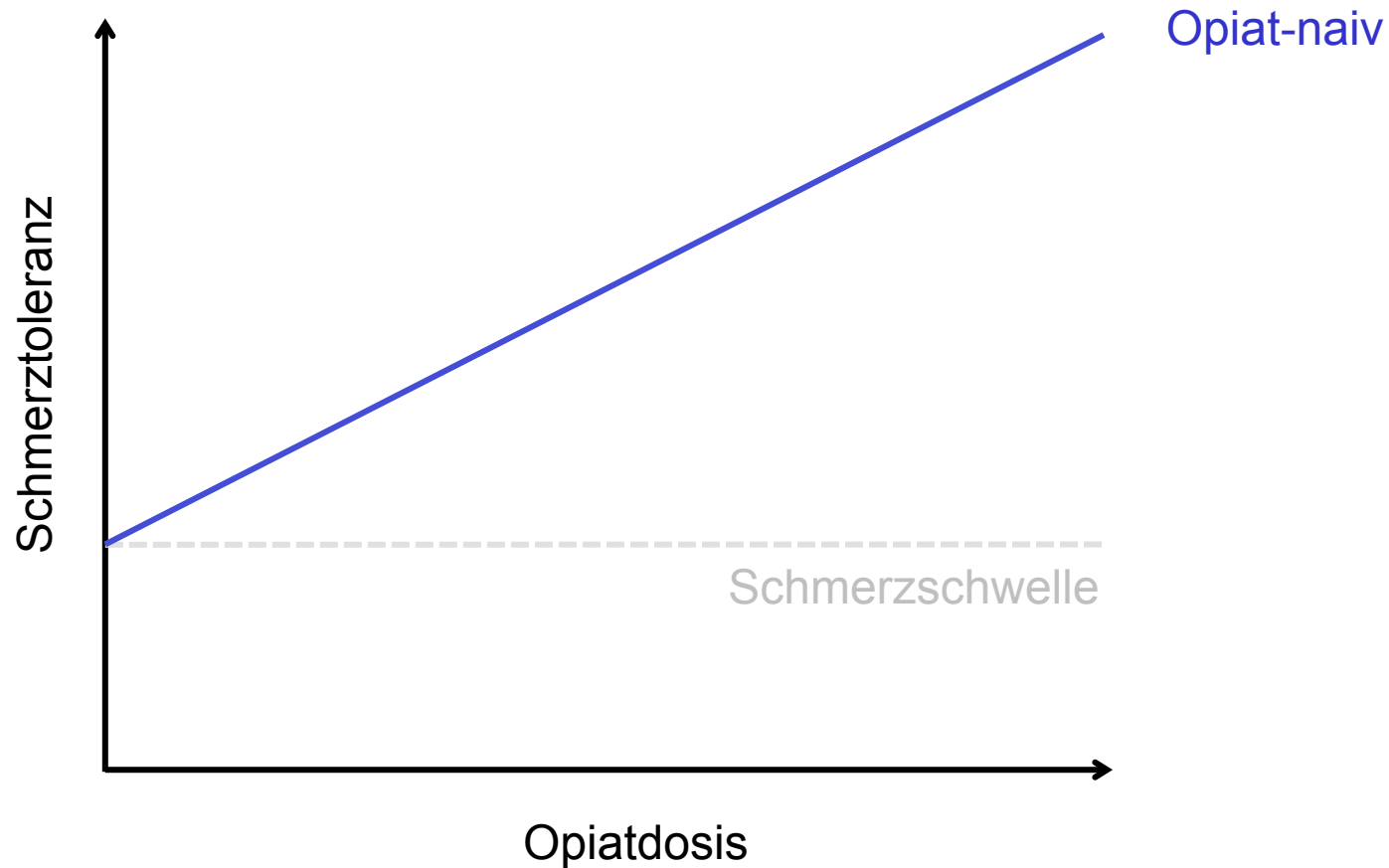
Hyperalgesie bei Methadonbezügern

Tiefere Kälteschmerzschwelle/-toleranz:



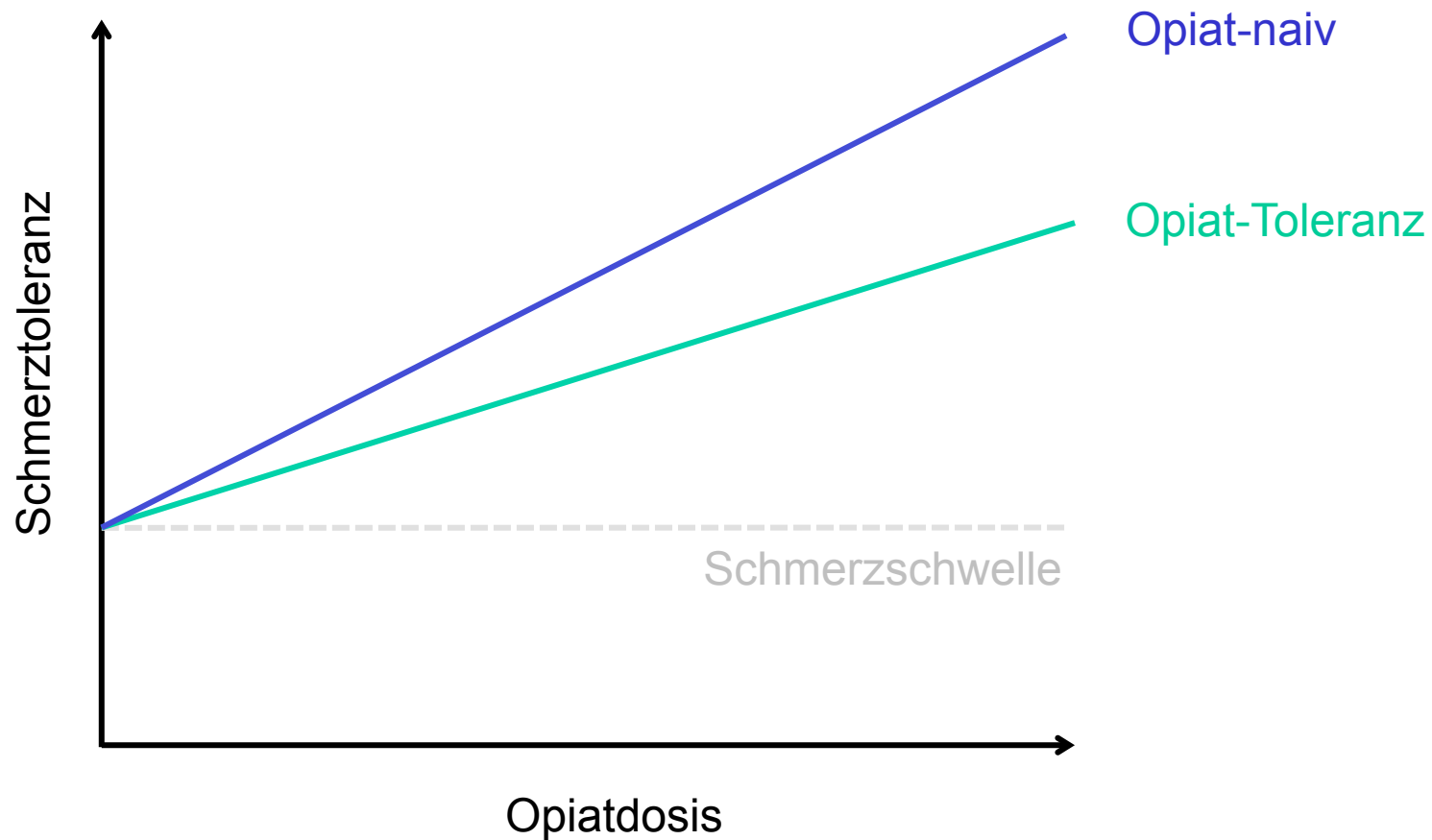
(Doverty M et al. Pain 2001; 90: 91-6)

Toleranz- und Hyperalgesie- Entwicklung unter Opioidtherapie



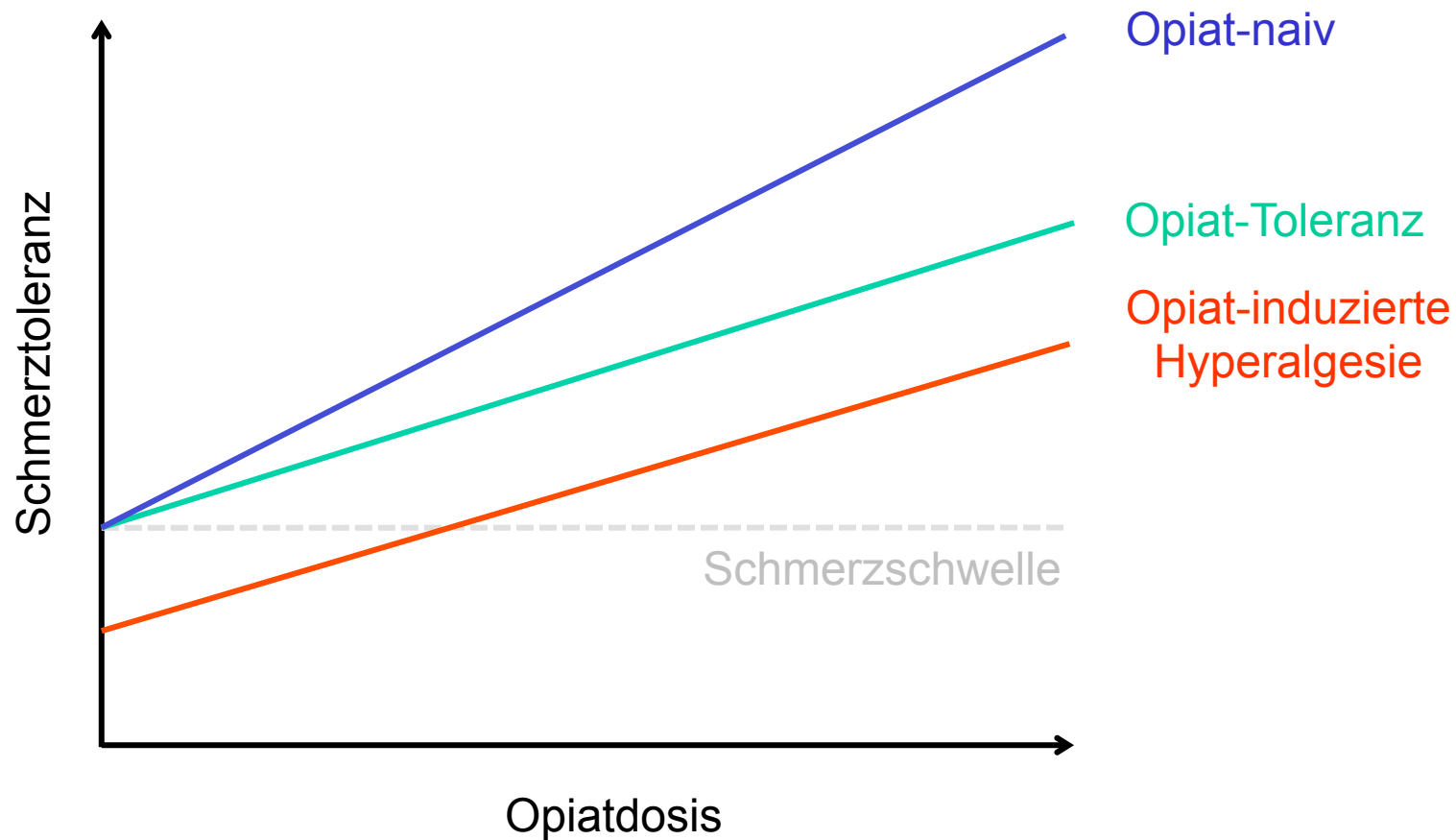
(Crofford LJ. J Nat Rev Rheumatol 2010; 6: 191-7)

Toleranz- und Hyperalgesie- Entwicklung unter Opioidtherapie



(Crofford LJ. J Nat Rev Rheumatol 2010; 6: 191-7)

Toleranz- und Hyperalgesie- Entwicklung unter Opioidtherapie



(Crofford LJ. J Nat Rev Rheumatol 2010; 6: 191-7)

Klinische Hinweise auf Opioid-induzierte Hyperalgesie

- Schmerzzunahme bei konstanter Opioid-Dosierung
- Stärkerer Schmerz als vor der Opioid-Therapie
- Schmerz diffuser und schlechter charakterisierbar im Therapieverlauf
- Schmerzpersistenz/-zunahme bei Steigerung der Opioid-Dosierung

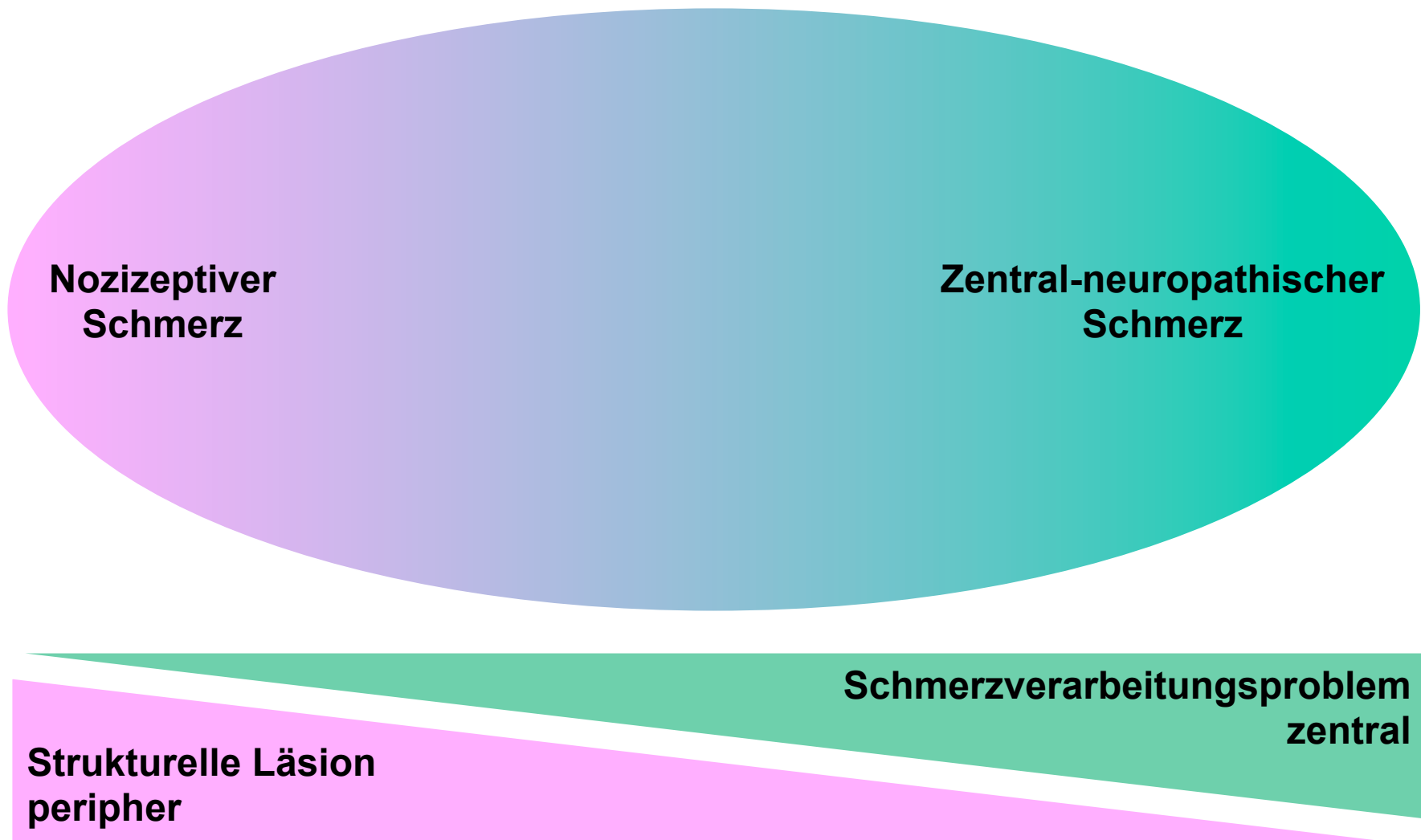
Wirkung der Opiioide in Abhängigkeit von der Art des Rückenschmerzes



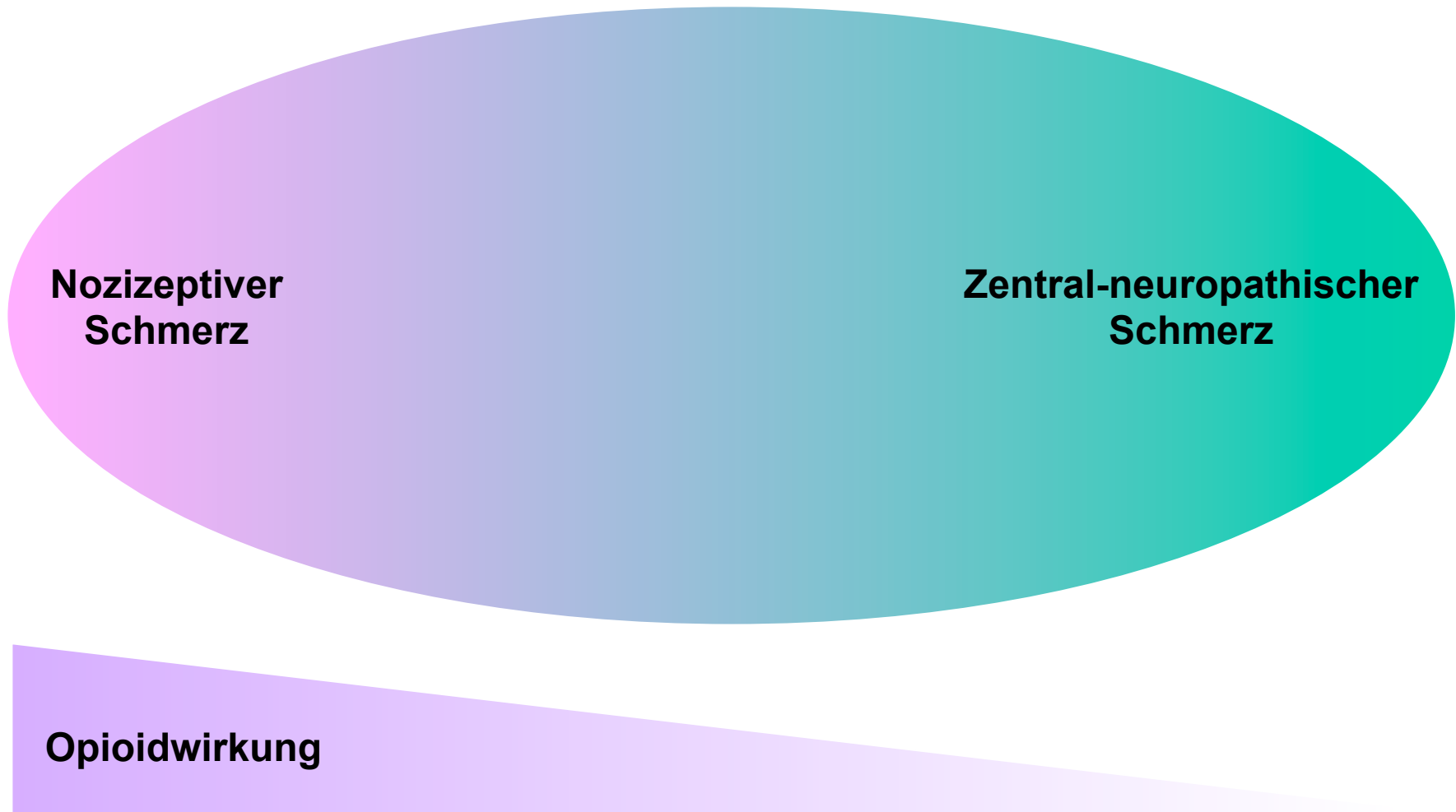
**Nozizeptiver
Schmerz**

**Zentral-neuropathischer
Schmerz**

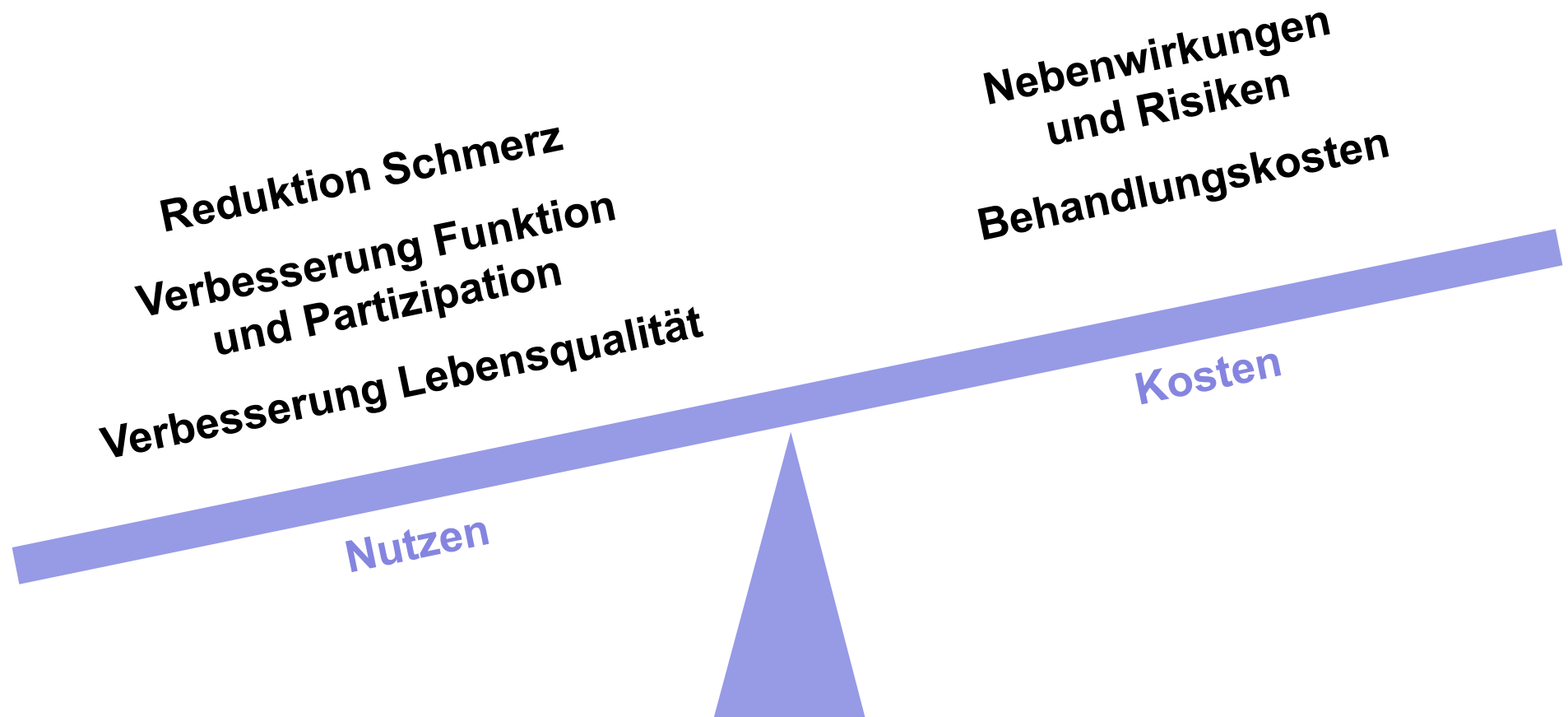
Wirkung der Opioide in Abhängigkeit von der Art des Rückenschmerzes



Wirkung der Opioide in Abhängigkeit von der Art des Rückenschmerzes

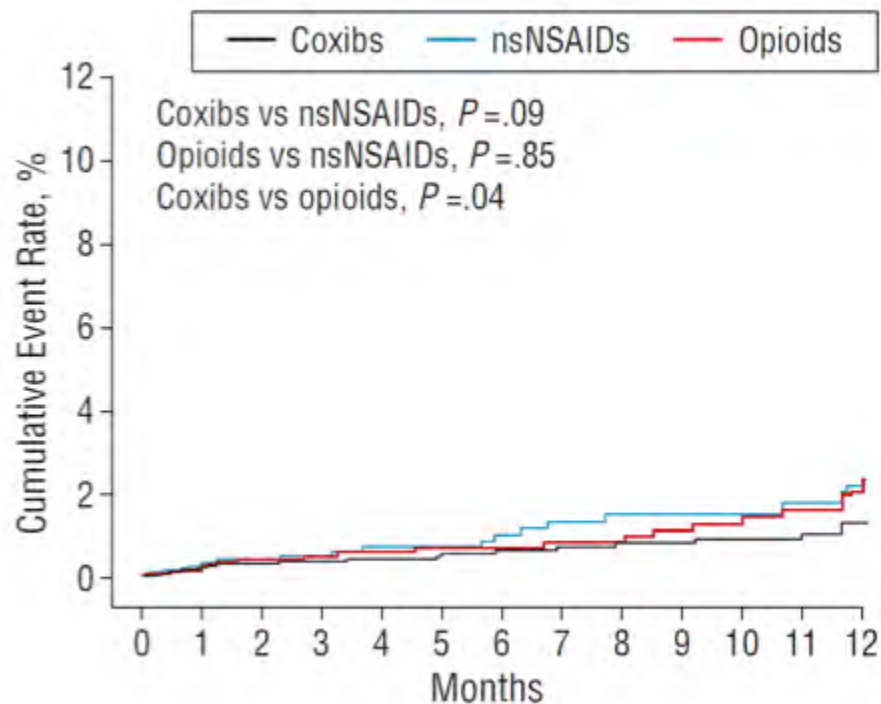


Opioide für chronischen Rückenschmerz: Abwägung

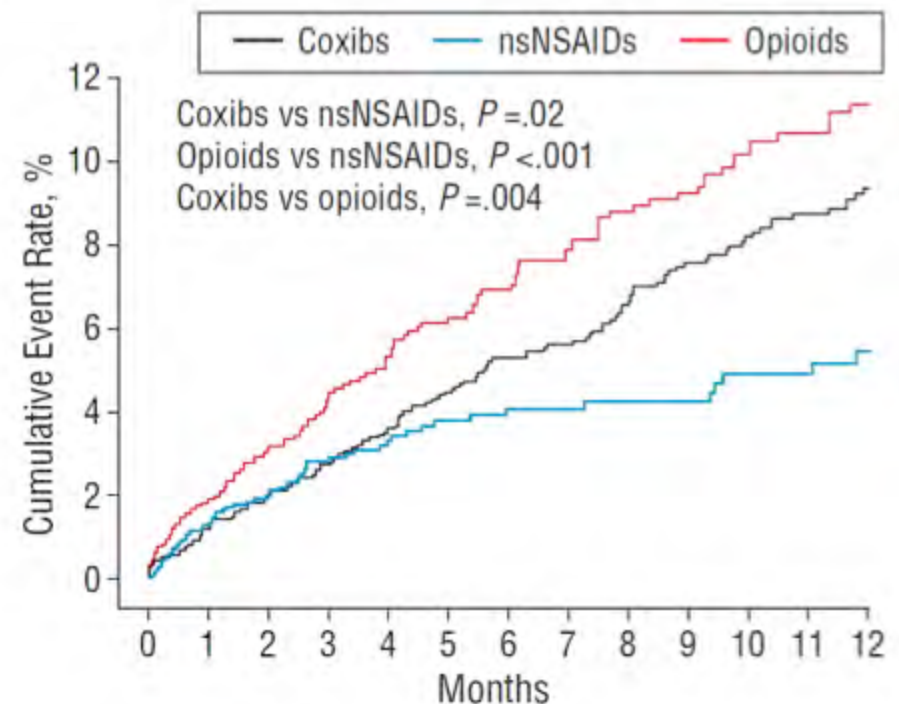


Risiken von Opioiden vs. NSAR

Gastrointestinale Blutungen



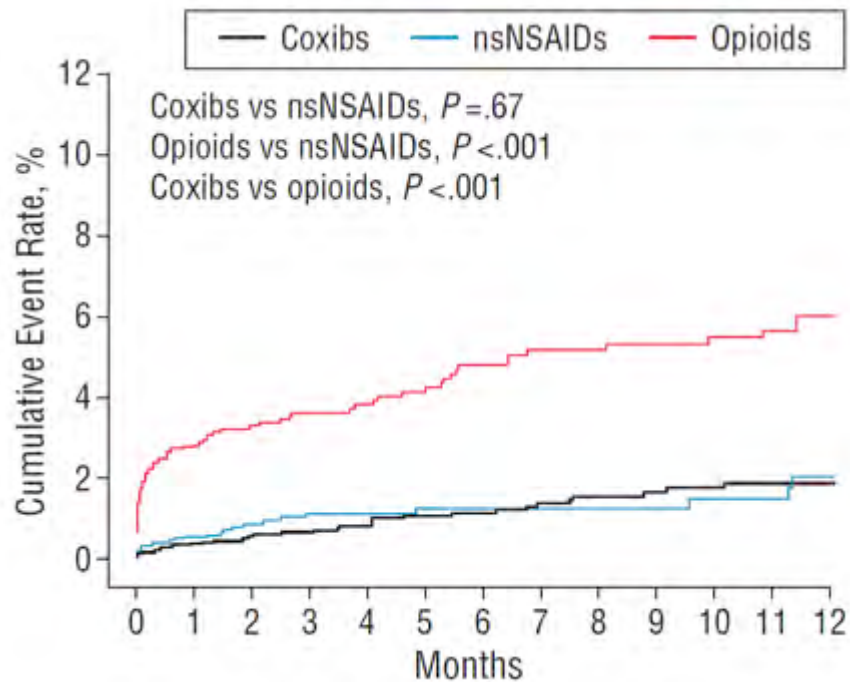
Kardiovaskuläre Ereignisse



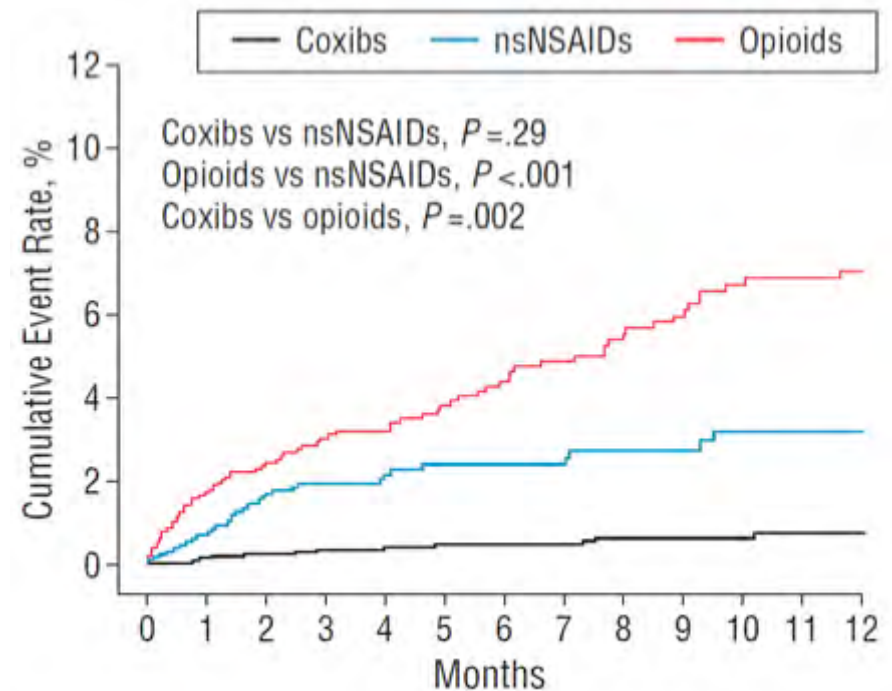
(Solomon DH. Arch Intern Med 2010; 170: 1968-78)

Risiken von Opioiden vs. NSAR

Frakturen

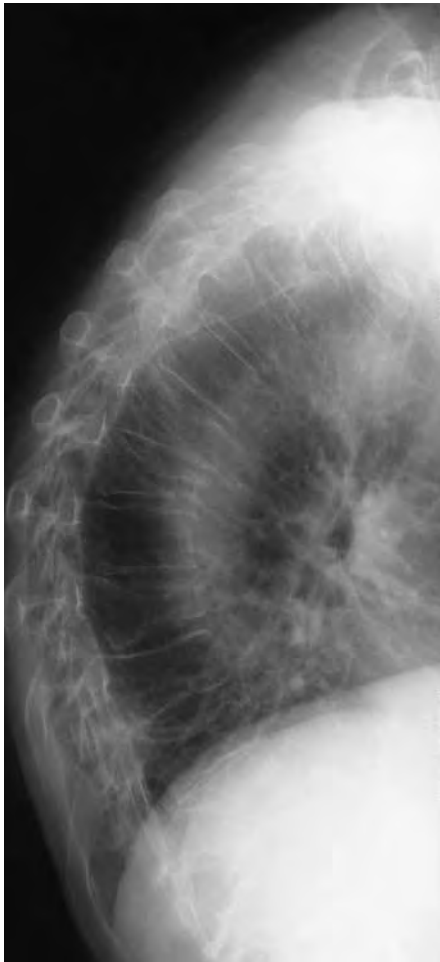


Mortalität



(Crofford LJ. J Nat Rev Rheumatol 2010; 6: 191-7)

Empfehlungen zur Therapie des Rückenschmerzes mit Opioiden



Indikation umso besser,
je akuter und nozizeptiver
der Schmerz

Empfehlungen zur Therapie des Rückenschmerzes mit Opioiden

- Immer zuerst **Klärung der Ursache**
→ **Spezifische Therapie** soweit möglich
- Multimodale Therapie
- Kontraindikationen:
 - Myofaszielles Schmerzsyndrom («zentrale Sensibilisierung») dominierend
 - Psychische Morbidität dominierend:
Somatoforme Schmerzstörung,
«larvierte» Depression usw.
 - Suchtanamnese



Kampf dem Seelenschmerz

Die meisten Kreuzkranken leiden nicht allein an körperlichen Symptomen. Probleme in Familie, Arbeit, Partnerschaft verstärken chronische Rückenschmerzen.

VON BETTINA MUSALL

Empfehlungen zur Therapie des Rückenschmerzes mit Opioiden

- Immer zuerst **Klärung der Ursache**
→ **Spezifische Therapie** soweit möglich
- Multimodale Therapie
- Relative Kontraindikationen:
 - Myofaszielles Schmerzsyndrom («zentrale Sensibilisierung») dominierend
 - Psychische Morbidität dominierend:
Somatoforme Schmerzstörung,
«larvierte» Depression usw.
 - Suchtanamnese

Empfehlungen zur Therapie des Rückenschmerzes mit Opioiden

- Fixe Dosierung (retardiertes Präparat); Rescue-Medikation (kurzwirksames Präparat; 5-15% der Tagesdosis)
- Berücksichtigung der Tagesrhythmik
- Adjuvante medikamentöse Therapie («Co-Analgetika»)
- Engmaschiges Monitoring:
 - Wirkungen: Schmerz, Funktion, Teilhabe
 - Nebenwirkungen

Empfehlungen zur Therapie des Rückenschmerzes mit Opioiden

- Therapieabbruch bei ungenügender Wirkung (Ausschleichen)
- Starke interindividuelle Variabilität von Wirkung und Nebenwirkungen
→ Opioidwechsel (mit reduzierter äquianalgetischer Dosis)
- Therapie von Nebenwirkungen