

Schmerztherapie mit Opioiden / Morphinen

Angelehnt an Sonja Hiddemann, Roman Rolke

Eine Besonderheit in der Schmerztherapie stellt die Behandlung mit Opioiden dar.

Für die Schmerzbehandlung hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) einen Stufenplan empfohlen.: Auf der ersten Stufe stehen Medikamente wie NSAR und Coxibe gegen leichte Schmerzen, die schon im Abschnitt über die Therapie des Gewebes Schmerzes beschrieben wurden. Auf der zweiten Stufe stehen mittelstark wirksame Medikamente aus der Gruppe der Opioide, die aber im Vergleich zur Grundsubstanz Morphin eine fünf- bis zehnfach schwächere Wirkung haben. Die wichtigsten mittelstark wirksamen Opioide sind Tilidin und Tramadol. Auf der dritten Stufe stehen die stark wirksamen Opioide. Es gibt hier verschiedene Wirkstoffe, die sich in der chemischen Form unterscheiden und somit auch in ihrem Wirkungs- und Nebenwirkungsprofil. Bekannte Wirkstoffe sind z.B. Morphin, Oxycodon, Hydromorphon, Tapentadol, Fentanyl oder Buprenorphin (siehe Tabelle).

Opioide hemmen zentral in Rückenmark und Gehirn die Verarbeitung und Weiterleitung von Schmerzimpulsen. Als Nebenwirkung am Gehirn kann es zu Beginn einer Behandlung zu Übelkeit und Müdigkeit kommen, die aber bei regelmäßiger Einnahme in der Regel nach 2 Wochen wieder verschwunden sind. Eine Nebenwirkung, die auch bei längerer Einnahme erhalten bleibt, ist eine Verstopfung. Diese Nebenwirkung ist je nach Medikament, Dosierung und Empfindlichkeit des Patienten unterschiedlich stark ausgeprägt. Vorbeugend sollte deshalb auf einen regelmäßigen Stuhlgang geachtet und dieser ggf. mit abführenden Mitteln oder Maßnahmen herbeigeführt werden. Organschäden wie eine Nierenschädigung, Veränderungen des Blutbildes oder Magen/Darm-Blutungen sind unter der Behandlung durch Opioide nicht bekannt.

Große Sorge bereitet vielen Patienten die Möglichkeit der Abhängigkeit von starken Schmerzmitteln. Es ist richtig, dass sich der Körper an die Einnahme von Opioiden gewöhnt und bei höheren Dosierungen körperliche Entzugserscheinungen auftreten können, wenn die Einnahme von Opioiden plötzlich beendet wird. Deshalb sollten diese Medikamente langsam ausgeschlichen werden, sollte die Einnahme aufgrund einer besseren Schmerzsituation nicht mehr notwendig sein. Eine Sucht im Sinn einer psychischen Abhängigkeit tritt allerdings nicht auf, wenn die Opioide zur Behandlung von Schmerzen und nicht zur Erzeugung eines Rauschzustandes eingenommen werden.

Die Dosis der Medikation muss der Schmerzstärke angepasst werden. Vorsicht bei der Einnahme von Opioiden sollte dann bestehen, wenn es in der Vorgeschichte eines Betroffenen Suchtprobleme mit Alkohol oder anderen Drogen gab. Normalerweise muss wegen der fehlenden Suchtentwicklung auch nicht ständig die Dosis des Opioids erhöht werden, sobald eine gute Schmerzeinstellung gelungen ist. Ungewöhnlich hohe Opioidmengen werden nur für die eher seltenen Fälle benötigt, wo bei Menschen eine Toleranz gegenüber dieser Wirkstoffgruppe besteht. Dies bedeutet, dass erst bei sehr hohen Mengen beispielsweise von Morphin eine ausreichende Schmerzlinderung eintritt. Eine

Ursache hierfür kann ein genetisch veränderter Opioid-Rezeptor (Bindungsstelle) in den Körpergeweben sein. Dann gelingt es dem Medikament erst bei sehr hoher Dosierung, einigermaßen gut an die Bindungsstelle anzudocken und eine Schmerzminderung auszulösen.

Auf jeder Stufe des WHO-Stufenschemas können Begleitmedikamente (sog. Ko-Analgetika) zusätzlich eingenommen werden. Diese können durch unterschiedliche andere Wirkmechanismen die Schmerzen beeinflussen, so dass ggf. die Dosierung der anderen Schmerzmittel verringert werden kann. Zu den Ko-Analgetika gehören z.B. Antidepressiva (beeinflussen Nervenschmerzen und das Schmerzerleben) oder Kortison (wirkt abschwellend, entzündungshemmend und auch gegen Übelkeit sowie Appetit anregend und Stimmung steigernd).

Früher wurde empfohlen, in der Schmerztherapie alle Stufen der Schmerzbehandlung nacheinander zu durchlaufen und auf der Stufe II und III immer ein leichtes Schmerzmittel hinzuzunehmen. Neue Ansätze empfehlen, nicht so starr an den drei Stufen des WHO-Schemas festzuhalten. Experten gehen immer mehr dazu über, bei sehr starken Schmerzen sofort mit einem stark wirksamen Opioid einzusteigen. Auch ist eine Kombination mit leichteren Schmerzmitteln wie NSAR und Coxiben möglich, aber nicht zwingend vorgesehen.

Prinzipien einer medikamentösen medikamentösen Schmerztherapie mit Opioiden:

In der Schmerztherapie mit Opioiden ist es sinnvoll, eine lang wirksame (retardierte = verzögert freisetzende) Basismedikation eines Opioids einzusetzen. Diese Basisbehandlung mit Opioid soll täglich möglichst zur gleichen Zeit erfolgen, beispielsweise morgens und abends um 08.00 bzw 20.00 Uhr mit einer 12-Stunden wirksamen Tablette. Da manche Menschen diese Medikamente schneller verstoffwechseln, kann gelegentlich auch eine dreimal tägliche Einnahme sinnvoll sein.

Nichtopioide (NSAR, Coxibe, Metamizol, Paracetamol) können auf jeder WHO-Stufe Baustein einer schmerztherapie sein. Auch Ko-Analgetika können auf jeder Stufe des WHO-Schemas zusätzlich gegeben werden. Bei starken Schmerzen kann die Stufe 2 (mittelstark wirksame Opioide) übersprungen werden und direkt stark wirksame Opioide (Stufe 3) verordnet werden. Alle Opioide können bei Neueinstellung oder Dosiserhöhungen für wenige Tage zu Übelkeit oder Müdigkeit führen. Diese Beschwerden verschwinden nach 1-2 Wochen meist wieder vollständig. Dauerhaft entwickeln Opioide eine Verstopfung, die täglich vorbeugend mit einem Abführmittel zur Normalisierung des Stuhlgangs behandelt werden sollte.

Mit bestem Dank an die Autoren Sonja Hiddemann, Roman Rolke

Ort, Datum, Unterschrift Arzt

Ort, Datum Unterschrift Patient