

Courrier de lecteur

Bemerkungen zur Schmerztherapie in der Praxis [1]



Die Beiträge von Herrn Neuner-Jehle lese ich jeweils mit viel Interesse. Die meisten gefallen mir sehr gut durch ihre pragmatische und konzise Art.

Der Artikel zur Schmerztherapie [1] bedarf aus meiner Sicht aber doch einiger Bemerkungen.

Zu Punkt 2: Zeit heilt Wunden und auch Schmerzen.

Dies würde ich nicht so sagen. Ist doch bekannt, dass sich durch Immobilität z.B. Rückenschmerzen oder auch andere Schmerzzustände verschlechtern oder gar chronifizieren. Wenn der Patient trotz der Schmerzen aktiv ist und allenfalls sogar seine Grundaktivität erhöht, so gilt ihr Statement. Für denjenigen, der sich aber schont, stimmt es nicht, sondern ist die Aussage sogar gefährlich. Die Schmerzmitteltherapie sollte nicht primär an der Schmerzintensität sondern an der verlorenen Funktion gemessen werden. Dies gilt auch für die postoperative Schmerztherapie oder die Schmerztherapie nach einem Unfall, deren Ziel es ist, die Funktion so schnell wie möglich zu normalisieren. Dies wenn wir durch die Bewegung die Ursache nicht verschlimmern. Eine Fraktur wird zuerst ruhig gestellt (Osteosynthese), dann die Gliedmasse bewegt ...

Zu Punkt 7: Die Starken: Opioide.

«... aber nicht davon abhalten den schmerzgeplagten sterbenden Patienten den Übergang zu erleichtern.» Dies hoffe ich nicht so zu verstehen, dass wir durch die Opioide das Sterben beschleunigen. Dies soll nie die Intention und auch nicht das einzukalkulierende Risiko sein. Schmerzgeplagte Sterbende erhalten Opioide mit der gleichen Sorgfalt, wie andere Schmerzpatienten auch.

Zu Punkt 8: Die Bunten: «Adjuvantien».

Aus meiner Sicht sind die Antidepressiva und Antikonvulsiva *analgetisch* wirksame Substanzen im eigentlichen Sinn. Antidepressiva wirken

an der Übertragung vom 1. zum 2. Neuron der Schmerzleitung und hemmen diese ebendort. Opioide machen dasselbe am gleichen Ort. Weshalb nennen wir die einen Analgetika und die anderen nicht? Das ist mir unverständlich. Weiss aber wohl, dass selbst Psychiater und Neurologen Antidepressiva nicht als eigentliche Analgetika sehen. Eben rational finde ich dies nicht. Bezüglich der Wirkung in den Hirnarealen könnte man auch sagen: Opioide sind Antidepressiva und Anxiolytika, da sie beide Wirkungen haben. Die Pharmakologen sehen die Opioide aber nur als Analgetika, was wiederum wenig rational ist. Schmerz wird im Hirn ja nicht in einer Region wahrgenommen bzw. registriert. Eine der Dimensionen des Schmerzes ist die Schmerzesbewertung. Sowohl die Opioide als auch die Antidepressiva wirken wahrscheinlich beide zu einem Teil, indem sie die Angst und die depressive Stimmung von denen der Schmerz begleitet wird reduzieren. Wo ist da der Unterschied? Antikonvulsiva stabilisieren das Nervenmembran-Potential bzw. reduzieren die Erregbarkeit der Nerven. Dies genau gleich wie die Lokalanästhetika. Weshalb gehören die einen zu den Analgetika, die anderen aber nicht? «Ist ein Schmerz hauptsächlich psychosomatisch bedingt ...». Es erstaunt mich diese Aussage von einem Hausarzt zu vernehmen. Ist es doch so, dass der Schmerz immer alle Dimensionen des Menschseins betrifft. In der offiziellen Definition des Schmerzes gemäss der Internationalen Schmerzgesellschaft (IASP): «ist der Schmerz ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit ...» Somit ist auch hier der Schmerz als psychosomatisches (wenn auch noch nicht explizit als bio-psycho-soziales) Geschehen gewertschätzt.

*Dr. med. Daniel Büche, MSc
Leitender Arzt Palliativzentrum
Kantonsspital St. Gallen
daniel.bueche[at]bluwwin.ch*

1 Neuner-Jehle S. Zehn Tipps für eine erfolgreiche Schmerztherapie in der Praxis. PrimaryCare. 2014;14(15):243–244.

Replik

Vielen Dank für Ihr interessantes Feedback, das ich gerne beantworte:

Zu Punkt 2: Sie haben insofern recht, als für chronische Verläufe die mangelnde Bewegung nicht zuträglich ist. Andererseits sehe ich als Hausarzt oft die günstigen Spontanverläufe, wo sich ein «Stillhalten» vor allem hinsichtlich diagnostischer und therapeutischer Aktivitäten lohnt – so war dieser Punkt eigentlich gemeint: Den Nerv haben, spontane Besserungen abzuwarten.

Zu Punkt 7: Natürlich ist die Linderung («erleichtern») gemeint und nicht die Beschleunigung des Sterbens. In einer palliativen Situation bin ich aber schon dafür, wenn es um ein Abwägen von Symptomkontrolle und allfälligen Risiken quo ad Restlebensfrist geht, die seriöse und effiziente Linderung höher zu bewerten. Aber das muss ich Ihnen ja nicht erzählen; ich bin sicher, dass Sie es auch so handhaben.

Zu Punkt 8: Mit dem dualen Wirkmechanismus haben Sie recht; das einzige Rational ist, dass eine Substanz häufiger für eine Indikation bevorzugt wird, während die zweite Indikation seltener an erster Stelle steht (z.B. Stimmungsverbesserung durch Morphine).

Zur Psychosomatik: Hier liegt die Erklärung im Wort «hauptsächlich», womit ich ja gleichzeitig sage, dass immer auch ein psychosomatischer Anteil am Schmerz mitschwingt, auch wenn die psychische Ursache gerade im Hintergrund steht. Mit «psychosomatisch» meine ich in diesem Zusammenhang eine Ursache-Wirkungs-Beziehung, vielleicht sollte man eher von Konversion (von seelischem Schmerz zu körperlichem Schmerz) sprechen.

Summa summarum denke ich, dass unsere Positionen und Haltungen gar nicht so verschieden sind. Danke für die Präzisierungen!

*Dr. med. Stefan Neuner-Jehle, MPH
sneuner[at]bluwwin.ch*