

Leserbrief

Was heisst evidenzbasierte Behandlung chronischer Schmerzen?

Leserbrief zu:

Theiler R, Wyrsch B: Rationale Schmerztherapie – oder doch nicht? Schweiz Med Forum. 2012;34:645–51.

Hänsel A, von Känel R: Opiattherapie bei chronischen, nicht-tumorbedingten funktionellen Schmerzkrankungen: sinnvoll oder unsinnig? Swiss Medical Forum. 2012;39:744–9.

In den beiden Artikeln von Theiler und Wyrsch sowie Hänsel und von Känel, die kürzlich im SMF erschienen sind, geht es im Wesentlichen um die Frage einer rationalen Verschreibung von Schmerzmedikamenten: im ersten Artikel speziell um die Folgen des weitgehenden Rückzugs der Coxibe aus der Schmerztherapie und im zweiten Artikel um die Risiken einer Opioidtherapie chronischer Schmerzen im Besonderen bei nicht tumorbedingten Schmerzen. Beide Artikel sind insofern verdientvoll und wichtig, als sie zwei Diskussionen befeuern, die geführt werden müssen.

Zum Artikel von Theiler und Wyrsch

Der Rückzug der Coxibe aus der Schmerztherapie im Jahr 2004 hat allgemein die medikamentöse Behandlung vorwiegend entzündlicher und muskulo-skelettaler schmerzhafter Erkrankungen in eine schwierige Situation gebracht und, wie in dem Artikel nachgewiesen, zu einer Renaissance von Substanzen geführt, die z.T. wie das Metamizol bis anhin ein Nischendasein führten. Die Klage über einen Mangel an evidenzbasierter Schmerztherapie ist so alt wie die Schmerztherapie selbst. Dies liegt teilweise daran, dass für alte Medikamente, die aufgrund der Erfahrungsmedizin ihren Stellenwert über die Jahrzehnte erhalten konnten, keine den modernen Ansprüchen genügende Studienlage erreicht werden kann. Dies gilt z.B. für eines der wirksamsten Medikamente der Schmerztherapie, das Amitriptylin, und ähnlich gilt dies auch für Metamizol und Paracetamol. Die Nebenwirkungen der Letzteren sind gut bekannt und sollten bei vernünftiger Indikationsstellung vermieden werden können. Dies gilt insbesondere auch für das Metamizol, wenn es in oraler Form und kurzzeitig für die gegebenen Indikationen eingenommen wird. Generell reicht es nicht, die Nebenwirkungen und die Risiken einer Substanz aufzulisten, ohne diese im Vergleich zu anderen Substanzen zu analysieren.

Zudem möchte ich darauf hinweisen, dass ein grosser Bedarf an engagierter schmerztherapeutischer Kompetenz in den Schmerzgesellschaften besteht, um rationale Guidelines zu erarbeiten, wie dies für die Opiode

2005 und für den neuropathischen Schmerz 2011 geschehen ist. Dies gilt insbesondere für die medikamentöse Behandlung der entzündlichen und muskulo-skelettalen Erkrankungen.

Zum Artikel von Hänsel und von Känel

Der Einsatz von Opioiden in der Schmerztherapie auch bei nicht-tumorbedingten Schmerzen ist ein wichtiger, heiss umstrittener wissenschaftlicher und ärztlicher Fokus. Um den Artikel der Autoren in den rechten Rahmen zu stellen, muss allerdings betont werden, dass es sich bei nicht-tumorbedingten Schmerzen keineswegs überwiegend um sogenannte chronisch-funktionelle Schmerzen handelt, sondern meist um somatische muskuloskelettale oder entzündliche Schmerzen. Zudem enthält der bio-psycho-soziale Ansatz der Schmerzdiagnostik und -therapie auch als wesentliches Element die medikamentöse Behandlung. Ein multimodaler Therapieansatz umfasst selbstverständlich nicht nur somatische Therapieansätze, sondern auch psychologische/psychiatrische und physikalische Therapien.

Metaanalysen und mögliche Nebenwirkungen ohne adäquate Gewichtung helfen uns bei der Entscheidung für oder wider Opiode nicht weiter. Es gibt zahlreiche Untersuchungen, die nachweisen, dass unter Beachtung der Regeln einer Opioidtherapie und entsprechender Erfahrung des Therapeuten die Gabe von Opiaten sehr hilfreich ist. Es muss sogar davon ausgegangen werden, dass es in vielen Fällen versäumt wird, eine adäquate Therapie unter Einschluss der Opiate zu installieren. Es ist geradezu kontraproduktiv, einzelne letztlich ungeklärte Todesfälle zu Kronzeugen einer verfehlten Opiattherapie heranzuziehen. Es kommt hinzu, dass auch international die IASP (International Association for the Study of Pain) immer wieder dafür eintritt, den Zugang zur Therapie mit Opioiden rational zu ermöglichen und nicht ideologisch mit dem Hinweis auf einzelne nicht geklärte Todesfälle und das potentielle Risiko der Abhängigkeit einzuschränken. Unabdingbar ist allerdings die Auseinandersetzung mit einschlägigen Therapieempfehlungen und zugegebenermassen die Vermeidung einer Opiattherapie bei überwiegend psychologisch bedingtem Schmerz.

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Ulrich W. Buettner

Postfach 2406

CH-5001 Aarau

[buettner\[at\]hin.ch](mailto:buettner[at]hin.ch)

Der Autor ist Neurologe (Chefarzt im Ruhestand) und über Jahrzehnte in der Schmerztherapie sowie den Fachgesellschaften, die mit Schmerzforschung und -therapie befasst sind, aktiv.

Weiterführende Literatur

- Renaud S, Besson M, Cedraschi C, Landmann G, Suter MR, Taub E, Buettner U. Chronische neuropathische Schmerzen. Swiss Medical Forum 2011;47(Suppl. 57):3-20.
- Aeschlimann A, Buettner UW, Desmeules JA, de Stoutz ND, Eychmüller S, Limacher F, et al. Empfehlungen zur Opioidtherapie chronischer Schmerzen. Teil 1. Swiss Medical Forum 2005;5:1076-82.
- Aeschlimann A, Buettner UW, Desmeules JA, de Stoutz ND, Eychmüller S, Limacher F, et al. Empfehlungen zur Opioidtherapie chronischer Schmerzen. Teil 2. Swiss Medical Forum 2005;5:1107-13.
- Watson CP, Babul N. Efficacy of oxycodone in neuropathic pain: a randomized trial in postherpetic neuralgia. Neurology 1998;50(6):1837-41.
- Attal N, Cruccu G, Haanpaa M, Hansson P, Jensen TS, Nurmikko T, et al. EFNS guidelines on pharmacological treatment of neuropathic pain. Eur J Neurol 2006;13(11):1153-69.