



FACT SHEET No. 2

Arzneimittelmanagement für vulnerable Patienten

Weltweit wurden Behandlungsrichtlinien für Schmerzmanagement und die Verordnung von Analgetika für verschiedene Altersgruppen und spezifische Krankheiten entwickelt, aber es fehlen noch spezifische Richtlinien für besonders vulnerable Patienten [1, 2]. Die gleichen Analgetika, die bei älteren Patienten gegen Schmerzen eingesetzt werden, werden auch für jüngere Menschen verordnet, aber pharmakokinetische und pharmakodynamische Besonderheiten treten mit zunehmendem Alter oder bei bestimmten Krankheiten auf, und einige Berichte deuten sogar auf noch größere Unterschiede zwischen gebrechlichen und gesunden älteren Menschen.

- Die pharmakologische Behandlung von Schmerzen bei älteren Patienten [3, 4] ist eine Herausforderung, da Komorbiditäten bestehen, die verschiedene Medikamente erforderlich machen (es wird berichtet, dass ältere Patienten durchschnittlich zwischen 5 und 10 Medikamente täglich einnehmen), bei denen mögliche Wechselwirkungen und das Risiko einer unangemessenen Medikamentenverschreibung bei etwa jeder fünften Verschreibung bestehen.
- Die Herausforderungen werden noch größer, wenn Gebrechlichkeit und eine beeinträchtigte Kognition vorliegen, die sich auf die Pharmakokinetik und Pharmakodynamik von Analgetika in dieser Bevölkerungsgruppe auswirken und dadurch die Heterogenität weiter verstärken. Schmerzen sind bei Patienten mit Demenz schwieriger zu beurteilen und zu behandeln, da sie Schwierigkeiten haben, Schmerzen auszudrücken, außerdem können Schmerzmittel kognitive Beeinträchtigungen verschlimmern und die Aussage, dass Schmerz vorhanden ist, kann als ein demenzbezogenes neuropsychiatrisches Symptom fehldiagnostiziert werden.
- Die bedeutendste pharmakokinetische Veränderung, die bei älteren und gebrechlichen Patienten auftritt, ist eine verminderte Nierenfunktion, die mit zunehmendem Alter sehr häufig vorkommt, und Medikamente, die über die Niere ausgeschieden werden, haben oft eine längere Halbwertszeit.
- Die häufigste Nebenwirkung aller schmerzstillenden Medikamente ist die Neuropsychologie, insbesondere in der Langzeitpflege. Der Nachweis auch schwerwiegender Nebenwirkungen bei Opioiden und anderen Medikamenten (Antidepressiva, Antikonvulsiva) ist gut dokumentiert,

und die gleichzeitige Verabreichung mehrerer Medikamente mit CNS-Wirkung erhöht das Risiko weiter, wie sich durch vermehrte Stürze gezeigt hat.

- Bei Polypharmazie sollte klar priorisiert werden, um Nebenwirkungen und Wechselwirkungen verschiedener Arzneimittel zu vermeiden, die bei älteren Menschen sehr häufig auftreten.
- Zusätzlich zur pharmakologischen Schmerzbehandlung sollten immer nicht-pharmakologische Ansätze einbezogen werden, um einen synergistischen therapeutischen Nutzen zu erzielen und die Anzahl und Dosis der Medikamente zu reduzieren.
- Das Risiko für Nebenwirkungen und Toxizität von Medikamenten steigt bei einer höheren Anzahl von Medikamenten exponentiell. In der Regel sollte man immer darauf achten, dass alle verordneten Medikamente notwendig und gut verträglich sind. Diejenigen, die es nicht sind, sollten eingestellt werden.
- Bei der Verschreibung eines Analgetikums an einen älteren Patienten sollte eine häufige Neubewertung der Indikation und des Vorhandenseins von Nebenwirkungen durchgeführt werden, und das Analgetikum sollte eingestellt werden, wenn die Risiken den Nutzen überwiegen.
- Bei der Auswahl eines Schmerzmittels sollte man immer dasjenige mit der geringsten Toxizität bevorzugen, z. B. Acetaminophen (Paracetamol), das bei ständigen Schmerzen regelmäßig verabreicht werden kann.
- Nichtselektive Entzündungshemmer (NSAIDs) sollten mit Vorsicht, in der niedrigstmöglichen Dosis für den kürzestmöglichen Zeitraum und nur bei Entzündungskrankheiten eingesetzt werden, da häufig Nebenwirkungen eintreten.
- Die Verwendung mehrerer Analgetika in einer niedrigeren Dosis führt oft zu einer besseren Analgesie mit weniger Nebenwirkungen. So kann beispielsweise die Verschreibung eines Antidepressivums mit analgetischen Eigenschaften (z. B. Duloxetin, Milnacipran) sowohl Schmerzen und depressive Symptome als auch Angstzustände behandeln.
- Antikonvulsiva mit besserem Nutzen-Risiko-Verhältnis, wie Gabapentinoide (Pregabalin, Gabapentin), sollten als Mittel der ersten Wahl bei neuropathischen Schmerzen eingesetzt werden.
- Anticholinerge Medikamente, wie tricyclische Antidepressiva (z. B. Amitriptylin), sollten wegen ihrer häufigen Nebenwirkungen (Verwirrung, Arrhythmien, Stürze) vermieden werden.
- Wie bei allen Patienten mit Schmerzen können Opioide bei starken Schmerzen, die wichtige Funktionen und die Lebensqualität beeinträchtigen, eingesetzt werden. Die Opioide, die normalerweise für die Verwendung bei älteren Patienten empfohlen werden, sind Oxycodon und Hydromorphon, die bei Nierenversagen (häufig bei älteren Patienten) weniger akkumulieren als Morphin und Codein.
- Bei der Verwendung eines dualen Wirkmechanismus, wie bei Tramadol, sollte man besonders auf die Wechselwirkungen mit anderen, gleichzeitig verabreichten Medikamenten achten.
- Verzögert freisetzende oder lang wirkende Opioide sollten nur bei Patienten verschrieben werden, die bereits mit einer ähnlichen Dosis eines kurzwirksamen Opioids behandelt wurden, um Überdosierung und Atemdepression bei Patienten zu vermeiden, die vorher noch keine Opioide erhalten hatten.

- Welches Medikament auch immer verschrieben wird, es sollte mit der niedrigsten möglichen Dosis eingeleitet und langsam titriert werden, und die analgetische Wirksamkeit und die Nebenwirkungen sollten häufig überprüft werden.
- Allgemeine Empfehlungen zielen auf einen individualisierten Ansatz, der auf einer Optimierung der Behandlung und der Antizipation möglicher medikamentenbezogener Probleme (Stürze, Krankenhausaufenthalt) basiert. Die Schmerzbehandlung bei vulnerablen Menschen mit kognitiven Störungen, Kommunikationsproblemen oder Demenz stellt jedoch aus mehreren Gründen eine noch größere Herausforderung dar: Die Schmerzerfassung ist in dieser Bevölkerungsgruppe besonders schwierig, Titration und Dosierungsfindung sind mühsam, verhaltensbedingte und psychologische Symptome der Demenz werden leicht mit Schmerzen verwechselt und Psychopharmaka sind häufig mit kognitiven Nebenwirkungen wie Delirium verbunden. Trotz dieser Herausforderungen bei der Behandlung von Schmerzen bei vulnerablen Patienten sollte jedoch besonders darauf geachtet werden, dass Schmerzen nicht ignoriert oder unterbehandelt werden, wie dies leider allzu oft der Fall ist.

REFERENZEN

- [1] American Geriatrics Society Panel on the Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. Pharmacological management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatrics Soc* 2009; 57:1331-1346.
- [2] Pergolizzi J, Boger RH, Budd K, et al. Opioids and the management of chronic severe pain in the elderly: consensus statement of an International Expert Panel with focus on the six clinically most often used World Health Organization Step III opioids (buprenorphine, fentanyl, hydromorphone, methadone, morphine, oxycodone). *Pain Pract* 2008; 8:287-313.
- [3] Pickering G, Analgesic use in the older person. *Curr Opin Support Palliat Care* 2012; 6:207-12
- [4] Pickering G and Lussier D. Pharmacology of Pain in the elderly”, in “Pharmacology of Pain” editors Lussier, Beaulieu, IASP press, USA 2010 p547-565.

AUTOREN

Gisèle Pickering, MD, PhD, DPharm
 Professor of Medicine and Clinical Pharmacology CPC / CIC Inserm
 University Hospital, Clermont-Ferrand
 Cedex , France

David Lussier, MD
 Institut universitaire de gériatrie du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal,
 Université de Montréal
 Montréal, Québec, Canada

ÜBERSETZER

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. www.dgss.org

Ilona Rossbach, Anglistin/Hispanistin (M.Ed.)
 Experimentelle Schmerzforschung
 Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg
 Mannheim, Deutschland