



FACT SHEET No. 4

Schmerzbehandlung bei Demenz

Eine Vielzahl von Erkrankungen kann zu kognitiven Einschränkungen führen, was zu fortschreitenden Problemen im täglichen Leben, in der Kommunikation und im Verhalten führt, wie etwa Agitation, Apathie oder Schlafstörungen. Dieses Syndrom wird unter dem Begriff Demenz zusammengefasst. Die häufigsten Vertreter sind die Alzheimer Erkrankung, die vaskuläre Demenz sowie eine Kombination beider. Auch eine Parkinson Erkrankung, Chorea Huntington, AIDS und zahlreiche andere unterschiedlich häufige Krankheiten können zur Demenz führen. Obwohl alle diese Grunderkrankungen in ein und demselben “Demenzstatus” enden, ist die Neuropathologie dieser Krankheiten unterschiedlich und somit auch der Einfluss auf das schmerzleitende System. Studien zeigen, dass bei Betroffenen mit Demenz die Schmerzbeurteilung schwierig ist und diese Gruppe daher weniger Analgetika verbraucht. [1]

Möglicherweise veränderte Schmerzverarbeitung bei Demenz

- Betroffene mit Alzheimer Erkrankung fühlen Schmerz, aber die Interpretation sowie die kognitive und emotionale Einschätzung können beeinträchtigt sein
- Betroffene mit vaskulärer Demenz haben höchstwahrscheinlich größere Schmerzen, da Läsionen der weißen Substanz zentralen Schmerz stimulieren können
- Da die Ursachen der Demenz progressive neuropathologische Erkrankungen sind, hängt der Einfluss auf die Schmerzverarbeitung vom Krankheitsstadium ab
- Bei fast allen Arten der Demenz ist die Kommunikation im Laufe der Entwicklung nur mehr eingeschränkt möglich
- Experimentelle Studien zeigen, dass die Schmerzschwelle bei der Alzheimer Erkrankung etwas erhöht ist und autonome Antworten beeinträchtigt sind [2]
- Experimentelle Studien zeigen auch, dass ein Schmerzstimulus bei Betroffenen mit Demenz von vermehrten Gesichtsbewegungen gefolgt ist [6]

Herausfordernde Schmerzbeurteilung bei Demenz

- Eine Selbsteinschätzung des Schmerzes (sowie der Wirksamkeit und unerwünschten Wirkungen von Medikamenten) ist nicht immer möglich, vor allem in fortgeschrittenen Stadien
- Herkömmliche Instrumente zur Schmerzbeurteilung sind oft nicht anwendbar, vor allem in fortgeschrittenen Stadien und Schmerz führt [8]
- Wenn herkömmliche Instrumente zur Schmerzbeurteilung (basierend auf Selbsteinschätzung) nicht mehr anwendbar sind, stehen Beobachtungsinstrumente zur Verfügung
- Es gibt über 35 solcher Beobachtungsinstrumente, aber deren Validierung und Implementierung ist zumeist schlecht [4]
- Schmerz äußert sich oft im Verhalten (z.B. Agitiertheit)
- Betreuungspersonen konzentrieren sich häufig auf eine Behandlung des Verhaltens, oft mit antipsychotischen Medikamenten, statt auf die Schmerzbehandlung
- Eine Unterscheidung zwischen den Ursachen neuropsychiatrischer Symptome ist schwierig

Interdisziplinäre und nicht-medikamentöse Behandlung

- Betroffene mit Demenz haben eine große Bandbreite an medizinischen, sozialen und psychologischen Bedürfnissen. Schmerzbehandlung besteht immer aus mehreren Bestandteilen und sollte daher interdisziplinär betrachtet werden
- Da die meisten Betroffenen mit Demenz älter sind, tragen sie ein erhöhtes Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen. Nicht-medikamentöse Interventionen wie etwa soziale, mentale und körperliche Aktivitäten, z.B. Musiktherapie, sollten den ersten Angriffspunkt darstellen
- Aufgrund der veränderten Art, wie sich Schmerz äußert und wie dieser gemessen wird, gibt es eine große Verhaltens- und psychologische Komponente im Schmerzempfinden. Daher sollten Verhaltensinterventionen und solche, die Betroffene mit Demenz entspannen und beruhigen, auch in der ersten Reihe der Behandlung stehen. Allerdings besteht nur Medizinisches Fachpersonal ist oft nicht ausreichend geschult in der Kommunikation mit Betroffenen mit Demenz, was zu Defiziten in Herangehensweise und Wissen um Demenz sehr wenig Evidenz oder Übereinstimmungen der Experten über Inhalt und Effekt einer nicht-medikamentösen Behandlung von Schmerz bei Demenz [7]

Medikamentöse Behandlung

- Paracetamol ist ein effektives Analgetikum für die meisten Betroffenen mit Demenz. Eine Bedarfstherapie sollte hingegen nicht angeregt werden, da die Betroffenen oft Schwierigkeiten haben, über den Schmerz Auskunft zu geben
- Beim Gebrauch von NSAR ist darauf zu achten, dass Betroffene mit Demenz in der Regel ältere Personen sind, und dass das Risiko schwerwiegender Arzneimittelwirkungen (gastroenterologisch, renal und kardiovaskulär) besteht. Auch gibt es Kommunikationsschwierigkeiten, über die ersten Anzeichen von schwerwiegenden

Arzneimittelwirkungen Auskunft zu geben. Daher wird angeraten, sehr vorsichtig zu sein, langsam zu beginnen und zu versuchen, die Behandlung innerhalb von zwei Wochen zu beenden

- Die Verwendung von schwachen Opioiden ist nicht ratsam, da es nur wenig Evidenz für deren Wirksamkeit und mögliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen, wie etwa ein häufig beschriebenes Delir, gibt
- Im Bedarfsfall sollten stark wirksame Opioide verabreicht werden, aber unter der Massgabe eines langsamen und niedrigen Beginns der Therapie. Man sollte stets bedenken, dass Betroffene mit Demenz auch unter Opioiden häufiger unerwünschte Arzneimittelwirkungen entwickeln, sodass Betroffene zumindest einmal pro Woche monitiert und evaluiert werden sollten. Ein Behandlungsende innerhalb von sechs Wochen soll angestrebt werden [5]
- In vielen Ländern sind Pflaster mit Buprenorphin oder Fentanyl unter Betroffenen mit Demenz weit verbreitet und werden oft über viele Monate/ Jahre verwendet
- Ärzte sollten den Langzeiteinsatz jedweder Analgetika, inklusive Pflaster, kritisch hinterfragen. Überwachung und Überprüfung von Wirksamkeit und unerwünschten Arzneimittelwirkungen einer Behandlung sind sehr wichtig und sollten regelmäßig durchgeführt werden
- Experimentelle Studien zeigen, dass Betroffene mit Alzheimer Erkrankung mit einer Einschränkung der frontalen Funktionen keinen Placeboeffekt zeigen. Es wurde auch nachgewiesen, dass diese Patienten zum Erreichen derselben Schmerzbehandlung eine höhere Analgetikadosierung benötigen [3]
- Auch zur Beurteilung sollte ein Einschätzungsinstrument herangezogen werden. Wenn die Selbsteinschätzung beeinträchtigt ist, sollte ein Beobachtungsinstrument des Verhaltens verwendet werden, wie etwa MOBID-2, PAINAD oder PAIC.

REFERENZEN

- [1] Achterberg WP, Pieper MJ, van Dalen-Kok AH, de Waal MW, Husebo BS, Lautenbacher S, Kunz M, Scherder EJ, Corbett A. Pain management in patients with dementia. *Clin Interv Aging*. 2013;8:1471-82.
- [2] Benedetti F, Vighetti S, Ricco C, Lagna E, Bergamasco B, Pinessi L, Rainero I. Pain threshold and tolerance in Alzheimer's disease. *Pain*. 1999 Mar;80(1-2):377-82.
- [3] Benedetti F, Arduino C, Costa S, Vighetti S, Tarenzi L, Rainero I, Asteggiano G. Loss of expectation-related mechanisms in Alzheimer's disease makes analgesic therapies less effective. *Pain*. 2006 Mar;121(1-2):133-44.
- [4] Corbett A, Achterberg W, Husebo B, Lobbezoo F, de Vet H, Kunz M, Strand L, Constantinou M, Tudose C, Kappesser J, de Waal M, Lautenbacher S; EU-COST action td 1005 Pain Assessment in Patients with Impaired Cognition, especially Dementia Collaborators: <http://www.cost-td1005.net/>. An international road map to improve pain assessment in people with impaired cognition: the development of the Pain Assessment in Impaired Cognition (PAIC) meta-tool. *BMC Neurol*. 2014 Dec 10;14:229.
- [5] Erdal A, Flo E, Aarsland D, Selbaek G, Ballard C, Slettebo DD, Husebo BS. Tolerability of buprenorphine transdermal system in nursing home patients with advanced dementia: a randomized, placebo-controlled trial (DEP.PAIN.DEM). *Clin Interv Aging*. 2018 May 16;13:935-946.
- [6] Lautenbacher S, Kunz M. Facial Pain Expression in Dementia: A Review of the Experimental and Clinical Evidence. *Curr Alzheimer Res*. 2017;14(5):501-505.
- [7] Pieper MJ, van Dalen-Kok AH, Francke AL, van der Steen JT, Scherder EJ, Husebo BS, Achterberg WP. Interventions targeting pain or behavior in dementia: a systematic review. *Ageing Res Rev*. 2013 Sep;12(4):1042-55.
- [8] Zwakhalen S, Docking RE, Gnass I, Sirsch E, Stewart C, Allcock N, Schofield P. Pain in older adults with dementia: A survey across Europe on current practices, use of assessment tools, guidelines and policies. *Schmerz*. 2018 Jun 21. doi: 10.1007/s00482-018-0290-x. [Epub ahead of print]

AUTOREN

Wilco Achterberg, MD, PhD
Leiden University Medical Centre
LUMC Department of Public Health and Primary Care
Leiden, Netherlands

Bettina Husebo, MD
University of Bergen
Department of Global Public Health and Primary Care
Bergen, Norway

ÜBERSETZER

Österreichische Schmerzgesellschaft www.oesg.at

Dr. Anna Vavrovsky, MSc
Academy for Value in Health GmbH
Wien, Österreich