

Chronische Schmerzen: Was ist anders im Alter?

Begleiterkrankungen berücksichtigen und nicht nur auf Medikamente setzen

Chronische Schmerzen sind im Alter häufig. Die altersassoziierten körperlichen Veränderungen und die Komorbiditäten können zu Problemen bei Diagnostik und Therapie von Schmerzen führen. Diese kurze Übersicht will diese Probleme sowie mögliche Lösungen darstellen.

Frank Block

Anhaltender beziehungsweise chronischer Schmerz ist im Alter häufig. Verschiedene Untersuchungen an unterschiedlichen Populationen haben chronische Schmerzen bei bis zu 75 Prozent der älteren Menschen festgestellt (5, 10, 11).

Degenerative muskuloskeletale Erkrankungen sind sicherlich die häufigste Ursache für Schmerzen. Weitere häufige Gründe für Schmerzen im Alter sind Tumorerkrankungen, diabetische Polyneuropathie, periphere arterielle Verschlusskrankheit, postherpetische Neuralgie, Trigeminusneuralgie, Arteriitis temporalis und Polymyalgia rheumatica. Bei Kopfschmerzen sind mehrere Aspekte zu bedenken. Spannungskopfschmerzen sind weiterhin die häufigste Form des primären Kopfschmerzes, wohingegen Migräne im höheren Lebensalter deutlich seltener ist (8).

MERKSÄTZE

- ❖ Chronische Schmerzen nehmen im höheren Alter zu. Ärzte sollten das Thema unbedingt aktiv ansprechen (z.B. mit der Frage «Leiden Sie an Schmerzen?»).
- ❖ Depression und Demenz sind häufige Begleiterkrankungen, die in der Diagnostik und Therapie von chronischen Schmerzen berücksichtigt werden müssen.
- ❖ Schmerzreduktion und eine Verbesserung der Lebensqualität und der Funktionalität sind wichtige Ziele der Schmerztherapie.
- ❖ Die nicht medikamentöse Therapie spielt eine wichtige Rolle bei chronischen Schmerzen im Alter. Für die medikamentöse Schmerztherapie gilt: Beginn mit einer niedrigen Dosis, langsame Steigerung. Nebenwirkungen sind im höheren Lebensalter häufiger.

Das Risiko für symptomatische Formen bei ernsthaften Erkrankungen ist ab dem 65. Lebensjahr um das Zehnfache erhöht (8). Zudem ist aufgrund der Multimorbidität und der oft damit einhergehenden Polypharmazie häufiger mit medikamenteninduzierten Kopfschmerzen zu rechnen (2).

Die Schmerzepfindung wird durch Vereinsamung, Depression und das Erleben des Schmerzes als schicksalhafte Veränderung beeinflusst. Letzteres führt dazu, dass Schmerzen von älteren Menschen seltener spontan berichtet werden. Deshalb sollte ärztlicherseits gezielt danach gefragt werden. Zu berücksichtigen ist dabei die enge Assoziation zwischen Schmerz und Depression. Ältere Menschen mit chronischen Schmerzen haben deutlich häufiger Schlafstörungen als ältere Menschen ohne Schmerzen. Schlafstörungen wiederum verstärken das Schmerzerleben und beeinträchtigen die Stimmung. Auch Depressionen verstärken das Schmerzerleben und sind mit katastrophisierendem Denken, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Passivität vergesellschaftet. So kann ein Circulus vitiosus von Schmerz, Depression und Schlafstörung entstehen.

Besonders problematisch sind das Erkennen und das Behandeln von Schmerzen bei Patienten mit Demenz. Schmerzen bei Demenzkranken werden seltener erkannt. Aus Pflegeheimen wird berichtet, dass die Häufigkeit von Schmerzdagnosen bei Demenzpatienten nur ein Drittel bis die Hälfte der Diagnosen bei kognitiv wenig beeinträchtigten Personen beträgt (13). Zudem ist auch die Verordnung von Analgetika bei Demenzpatienten deutlich seltener. Das Problem wird dadurch verstärkt, dass es keine validierten Messinstrumente für Schmerz bei Dementen gibt. Schmerz kann neuropsychiatrische Symptome bei Dementen triggern oder verstärken (4). So können zum Beispiel Lautäußerungen, Gesichtsausdruck und Körperbewegungen Schmerz ausdrücken. Agitation, Aggression, Apathie, Schlaf- und/oder Essstörungen sind weitere mögliche Anzeichen für Schmerzen. Neben der Befragung von Angehörigen und Pflegenden sollte hierzu ein strukturiertes Schmerzinterview benutzt werden. Zudem sollte der Patient gebeten werden, die Lokalisation des Schmerzes an seinem eigenen Körper zu zeigen, indem er die Region mit dem Finger umfährt.

Therapieziele

Neben der direkten Schmerzreduktion ist eine Verbesserung der Lebensqualität und der Funktionalität ein wichtiges Ziel der Schmerztherapie. Generell ist bei der Behandlung chronischer Schmerzen zu beachten, dass die Patienten über die Natur der Erkrankung aufgeklärt werden müssen. Im Hin-

Tabelle:

Dosierungen von Schmerzmedikamenten für alte Patienten

Substanz	Startdosis im Alter	Maximaldosis im Alter	Übliche Dosis (Jüngere)
Paracetamol	3×500 mg	3×1000 mg	4×500–1000 mg
Ibuprofen	3×200 mg	3×600 mg	3×200–800 mg
Novaminsulfon	2×500 mg	2×1000 mg	4×500–1000 mg
Carbamazepin	2×100 mg	2×400 mg	2×300–600 mg
Gabapentin	3×100 mg	3×600 mg	3×300–1200 mg
Pregabalin	2×25 mg	2×150 mg	2×75–300 mg
Amitriptylin	1×10 mg	1×50 mg	1×25–75 mg
Mirtazapin	1×7,5 mg	1×30 mg	1×15–45 mg
Duloxetin	1×30 mg	1×60 mg	1×30–60 mg
Tramadol	2×50 mg	2×100 mg	2×100–200 mg
Tapentadol ret.	2×50 mg	2×200 mg	2×250 mg
Oxycodon	2×5 mg	2×30 mg	2×10–60 mg

blick auf die Compliance muss den Patienten die Wirkung der einzusetzenden Medikamente erklärt werden. Hierbei ist vor allem darauf einzugehen, dass bei vielen Medikamenten der zu erwartende Effekt erst nach einigen Wochen der Behandlung unter einer höheren Dosierung eintritt.

Bis zu diesem Zeitpunkt können die Nebenwirkungen das Bild dominieren. Zudem besteht die zu erwartende Wirkung in der Regel aus einer Reduktion der Schmerzen um 50 bis 80 Prozent und nicht aus Schmerzfremheit. Die Beachtung dieser Vorschläge führt über eine bessere Compliance zu einer erhöhten Chance auf einen Therapieerfolg. Entsprechend dem Konzept, dass über periphere oder zentrale Veränderungen das Schmerzgedächtnis aktiviert wird, sollte die Therapie möglichst früh begonnen werden, um einer Chronifizierung der Schmerzen entgegenzuwirken.

Nicht medikamentöse Therapie

Ein Training der körperlichen Aktivität hat auch eine positive Auswirkung auf das Schmerzerleben. Da die Psyche sowohl im Schmerzerleben als auch in der Aufrechterhaltung des Schmerzes eine relevante Rolle spielt, sind verhaltensmedizinische Therapieverfahren ein wichtiger Baustein in der Schmerztherapie. Zudem werden Verfahren, die ein Umlernen oder eine Veränderung im schmerzauslösenden oder -aufrechterhaltenden Verhalten bewirken, häufig und durchaus erfolgreich angewendet. Dazu gehören Entspannungstherapie, operante Schmerztherapie, Biofeedback und kognitiv-behaviorale Therapie. Ältere Patienten sind bei adäquater kognitiver Fähigkeit prädestiniert für die multimodale Schmerztherapie, da diese mit aktivierenden und verhaltensmedizinischen Therapien und mit etwas weniger Medikamenten durchaus zum Ziel der Schmerzreduktion führen kann (3).

Medikamentöse Therapie**Dosierung**

Die mit zunehmendem Alter verringerte hepatische und renale Elimination wirkt sich auf die Pharmakokinetik und die Pharmakodynamik aus. Das Verteilungsvolumen hydrophiler Medikamente wie zum Beispiel Morphin nimmt aufgrund des verringerten Anteils des Gesamtkörperwassers ab. Die Einzelgabe führt somit zu höheren Spitzenkonzentrationen. Deshalb sollten die oral applizierbaren Opiode möglichst in retardierter Zubereitung verschrieben werden. Zudem sollte man bei alten Patienten mit niedrigen Dosierungen starten, diese langsam und vorsichtig steigern und im Vergleich zu jüngeren Patienten häufiger geringere Höchstdosierungen wählen (Tabelle). Wenn möglich ist die orale Applikation zu bevorzugen, da diese die grösste Sicherheit hinsichtlich der Resorption bietet. Zudem ist darauf zu achten, dass das medikamentöse Schmerzmittel zu festen Zeitpunkten eingenommen wird.

Nebenwirkungen

Die nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) sind sicherlich die am häufigsten eingenommenen Schmerzmittel. Dabei ist zu bedenken, dass ein Grossteil der eingenommenen NSAR frei verkäuflich in den Apotheken erworben und von den Patienten deshalb oft nicht erwähnt wird. Die typischen Nebenwirkungen wie das erhöhte kardiovaskuläre Risiko, die Nierenfunktionsstörung und die Magen-Darm-Ulzera treten im Alter mit grösseren Auswirkungen auf (14).

Trizyklische Antidepressiva wie Amitriptylin, die in der Therapie von neuropathischen Schmerzen einen festen Stellenwert haben, sind bei älteren Menschen aufgrund ihrer vielen Nebenwirkungen (AV-Block, Glaukom, Miktionsstörungen, Delir, kognitive Störungen) nur nach gründlicher Abwägung und mit entsprechenden Kontrollen einzusetzen. Bei den als Koanalgetika einzusetzenden Antikonvulsiva ist vor allem auf Ataxie, Schwindel und Gangstörung zu achten, da diese das Sturzrisiko erhöhen (9). Zudem besteht auch bei Carbamazepin und Gabapentin ein geringes Risiko für eine antiepileptikainduzierte Enzephalopathie (6).

Die Opiode erfordern besondere Aufmerksamkeit hinsichtlich der Vigilanz und der Atemfunktion. Obstipation, eine typische und häufige Nebenwirkung der Opiode, ist ein Symptom, welches ältere Menschen schon ohne Opiode häufig aufweisen. Deshalb ist es umso wichtiger, durch ballaststoffreiche Ernährung und ausreichende Flüssigkeitszufuhr dem entgegenzuwirken. Da das in der Regel nicht ausreicht, muss eine begleitende Behandlung mit Laktulose, Natriumpicosulfat oder Bisacodyl erfolgen. Zudem ist vor allem bei den nicht tumorbedingten Schmerzen im Verlauf die Indikation der Opioidtherapie zu überprüfen und gegebenenfalls zu beenden (7).

Schluckstörungen

Ein weiteres Problem in der Schmerztherapie sind Schluckstörungen, die ebenfalls im Alter häufig sind (1). Für Patienten, die feste Darreichungsformen wie Tabletten oder Kapseln nicht schlucken können, aber mit flüssigen Darreichungsformen zurechtkommen, stehen mit Ibuprofensaft, Novaminsulfontropfen, Pregabalinlösung und Tropfen von Tilidin/Naloxon Alternativen zur Verfügung. Weitere Alternativen

stellen die Suppositorien von Paracetamol und die Schmelztabletten von Mirtazapin sowie die Opiatpflaster dar. Bei lokal umgrenzten neuropathischen Schmerzen kann man mit lokal applizierbaren Substanzen (Pflaster mit 5% Lidocain, Pflaster mit 8% Capsaicin) den Schmerz signifikant lindern und somit systemisch zu verabreichende Analgetika einsparen (12). ❖

Prof. Dr. med. Frank Block

**Facharzt für Neurologie, spezielle Schmerztherapie,
spezielle neurologische Intensivmedizin
HELIOS Kliniken Schwerin, Klinik für Neurologie
D-19049 Schwerin**

Interessenkonflikte: keine

Literatur:

1. Argoff CE, Kopecky EA: Patients with chronic pain and dysphagia (CPD): unmet medical needs and pharmacologic treatment options. *Curr Med Res Opin* 2014; 30: 2543–2559.
2. Block F: Medikamentös-induzierte Kopfschmerzen. *Akt Neurol* 2012; 39: 351–357.
3. Block F, Gabriel J: Multimodale Schmerztherapie in der Neurologie. *Akt Neurol* 2010; 37: 501–504.
4. Flo E et al.: Effective pain management in patients with dementia: benefits beyond pain? *Drugs Aging* 2014; 31: 863–871.
5. Fox PA et al.: Prevalence and treatment of pain in older adults in nursing homes and other long-term care institutions: a systematic review. *Can Med Assoc J* 1999; 160: 329–333.
6. Hansen N et al.: Antiepileptika-induzierte Enzephalopathie. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2010; 78: 590–598.
7. Häuser W et al.: Klinische Leitlinie: Langzeitanwendung von Opioiden bei nichttumorbedingten Schmerzen. *Dtsch Ärzteztbl* 2014; 111: 732–740.
8. Pascual J, Berciano J: Experience in the diagnosis of headaches that start in the elderly people. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1994; 57: 1255–1257.
9. Pickering G: Antiepileptics for post-herpetic neuralgia in the elderly: current and future perspectives. *Drugs Aging* 2014; 31: 653–660.
10. Rastogi R, Meek BD: Management of chronic pain in elderly, frail patients: finding a suitable, personalized method of control. *Clin Interv Aging* 2013; 8: 37–46.
11. Rashiq S, Dick BD: Factors associated with chronic noncancer pain in the Canadian population. *Pain Res Manag* 2009; 14: 454–460.
12. Sawynok J: Topical analgesics for neuropathic pain in the elderly: current and future prospects. *Drugs Aging* 2014; 31: 853–862.
13. Snow AL, Shuster JL: Assessment and treatment of persistent pain in persons with cognitive and communicative impairment. *Clin Psychol* 2006; 62: 1379–1387.
14. Wehling M: Non-steroidal anti-inflammatory drug use in chronic pain conditions with special emphasis on the elderly and patients with relevant comorbidities: management and mitigation of risks and adverse effects. *Eur J Clin Pharmacol* 2014; 70: 1159–1172.

Diese Arbeit erschien zuerst in «Der Allgemeinarzt» 11/2016. Die Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autor. Anpassungen an Schweizer Verhältnisse erfolgten durch die Redaktion von ARS MEDICI.