

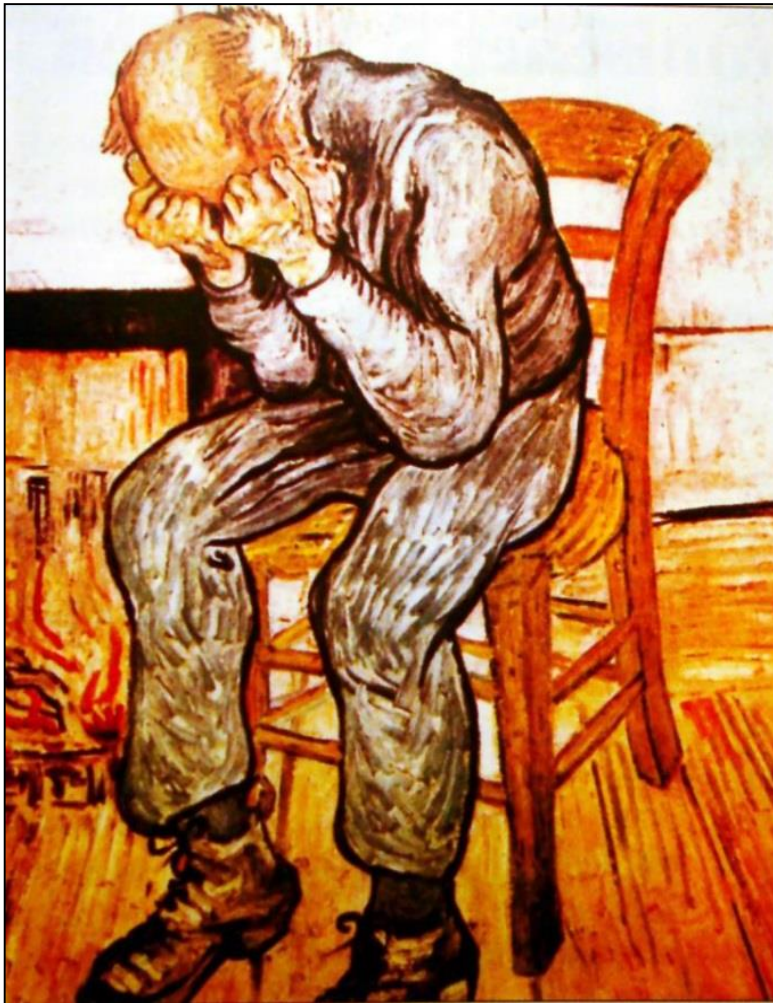
Besonderheiten und Herausforderungen bei der Schmerzmedikation älterer Menschen

Markus Minder

Chefarzt Zentrum für Altersmedizin & Palliative Care

Ärztlicher Leiter

Spital Affoltern a. A.



Multimorbidität

- Alter >75J → **83.2%** haben mehr als 2 Diagnosen

(Britt HC et al. MJA 2008)

- Hohe Komplexität → mehrere Schmerzursachen
→ Einfluss auf Wahl der Analgetika

Multimorbidität

Polypharmazie

- Interaktionspotential
- Schmerztherapie mit Stufe 1 Analgetika nicht selten zusätzlich 8-12 Tbl. pro Tag!
- Wenn Opioide zur Analgesie notwendig kann bei Polypharmazie sinnvoll sein, vom WHO-Konzept (immer Kombination Stufe 1 mit Opioiden) abzuweichen, z.B. alleiniges transdermales Schmerzpflaster



Veränderter Metabolismus im Alter



Veränderung der Resorption (Aufnahme), Veränderung Verteilung (Körperwasser ↓, Fettgehalt ↑, Serumalbumin ↓), Veränderung Lebermetabolismus, Verminderung Nierenfunktion

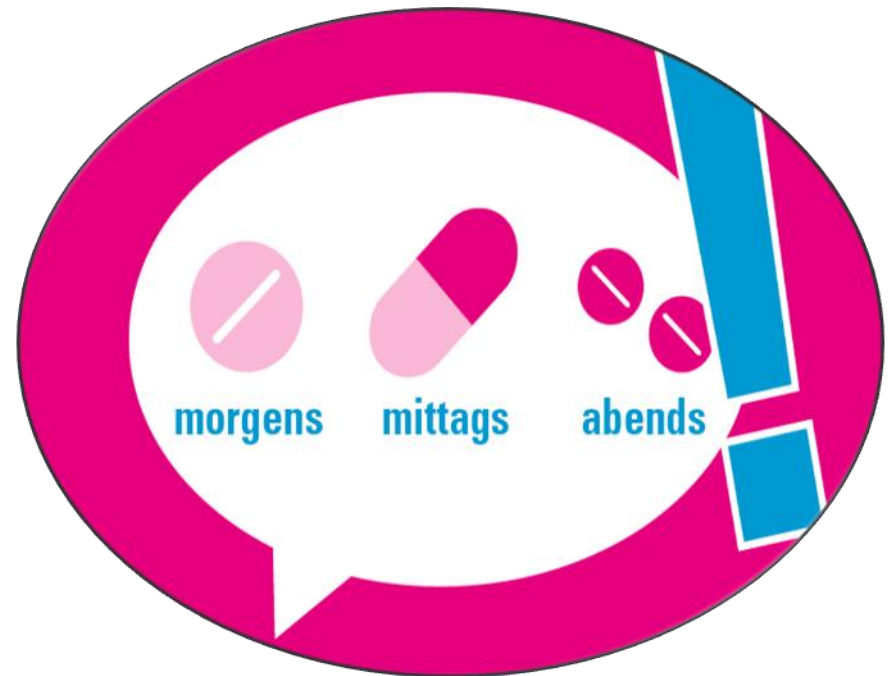
→ Gefahr ↑ von Nebenwirkungen und Toxizität

→ muss bei der Wahl der Analgetika berücksichtigt werden, z.B. Wahl von Buprenorphin bei schwerer Nierenfunktionsstörung, da Buprenorphin fast ausschliesslich über die Leber metabolisiert.

Erschwerte Compliance

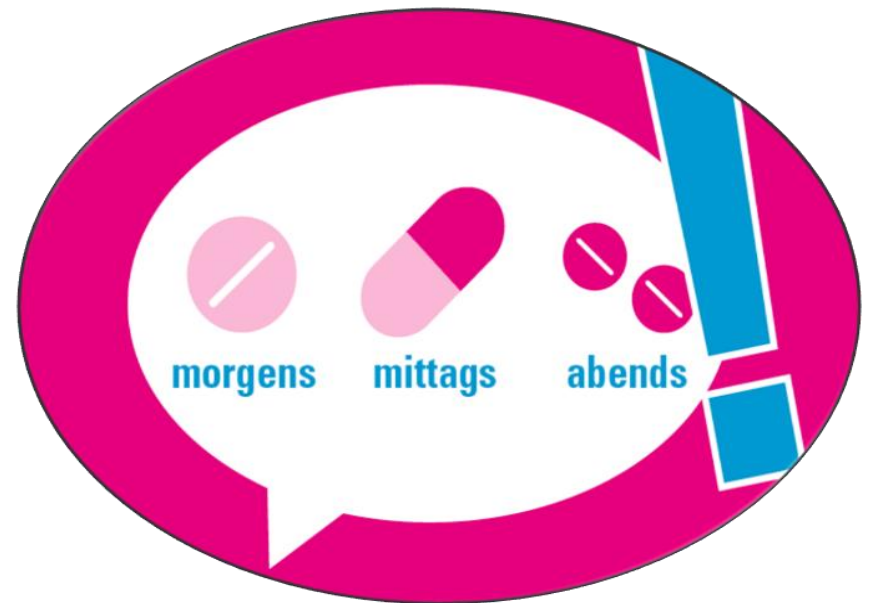
Hörprobleme

- Anweisungen verstanden?
- **Geeignete Galenik**

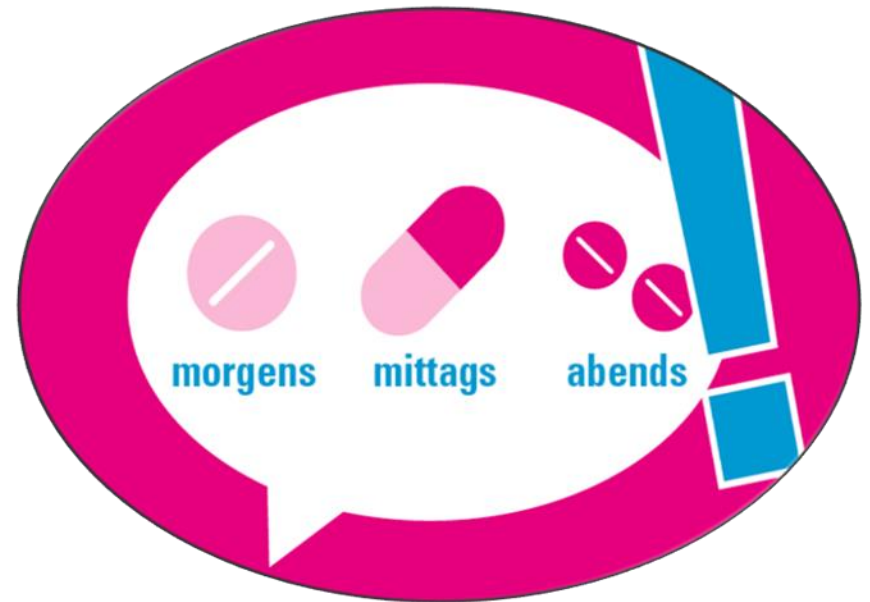


➤ **Feinmotorik**

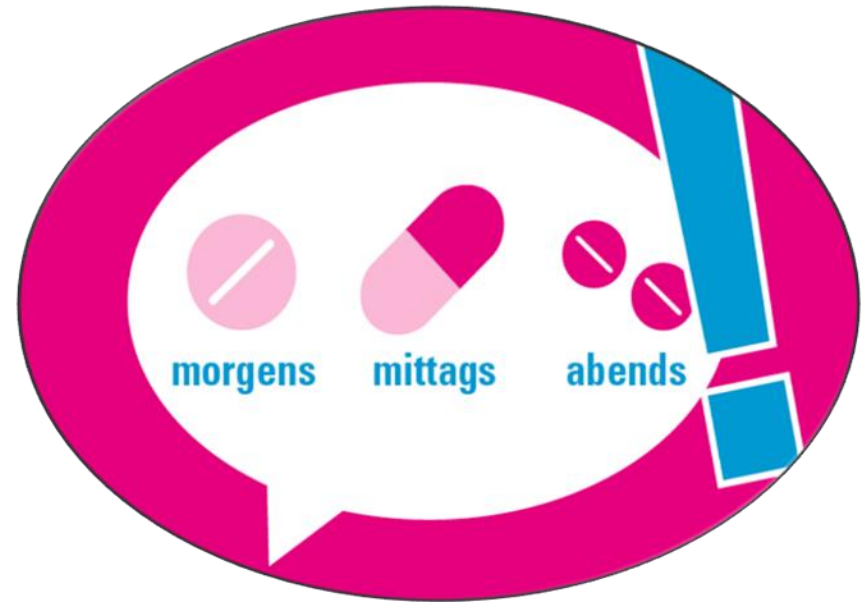
kann Patient Tablette aus den Blisterpackungen herausdrücken / öffnen (z.B. Metoclopramid für Übelkeitsprophylaxe, Effentora® Buccaltabletten bei schweren Durchbruchschmerzen), Tabletten teilen, Verschluss Notfalltropfen öffnen (Kindersicherung Tramadol)?



- **Sehvermögen**
möglich Tropfen abzuzählen?
- **Retardierte Präparate**
erleichtern die Compliance
- **Schluckstörungen**
Tropfen/Brausetabletten ev. besser als Tabletten, Kapseln öffnen (z.B. ins Joghurt mischen), Transdermales Pflaster



- **Kognitive Beeinträchtigungen**
- **Verweigerung von Tabletten**
Transdermales Pflaster?
- **Reservemedikationen**
werden nicht eingefordert





Spital Affoltern

Gefahr von Unterbehandlung bei kognitiven Defiziten



z.B. A Comparison of Pain and its Treatment in advanced Dementia and cognitively intact Patients with Hip Fracture

(Morrison R.S., Siu A.L., JPSM 2000; 4: 240-248)

Verhaltensstörung bei Demenz als Folge von Schmerzen

Effekt Schmerzbehandlung auf
Verhaltensstörungen:



2 Gruppen von mittelschwer bis schwer dementer
Patienten

- eine Hälfte Therapie wie bisher
- andere Hälfte systematischer Analgetika-Aufbau

Verhaltensstörung bei Demenz als Folge von Schmerzen

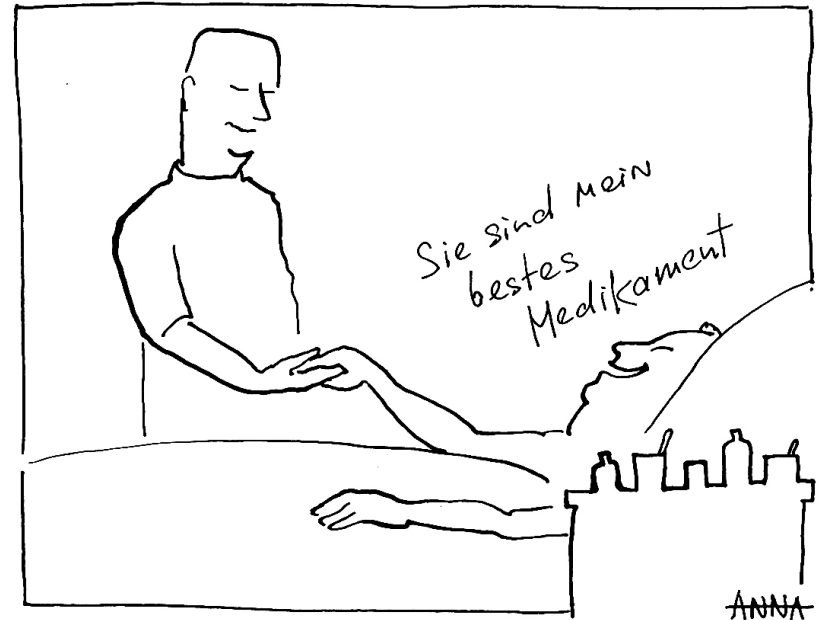


- Signifikante Reduktion der Agitation und Aggression in der Schmerzmittelgruppe
- keine Unterschiede bezüglich Selbstständigkeit und Kognition

(Husebo BS et al BMJ 2011)

Allgemeine Tatsachen

Die korrekte
medikamentöse
Schmerztherapie für den
alten Menschen gibt es
nicht!



Ziel ist die individuelle optimierte Analgetika-Therapie mit Beachtung der

- Ursachen
- der Lebenssituation
- der Funktionalität und
- der persönlichen Bedürfnissen der Betroffenen zu finden

(R. Kunz Info Onkologie/Hämatologie 2016 Vol.4, Nr 2)

Grosse Herausforderung

In den letzten Monaten immer wieder Lieferprobleme von Opioiden



Medikamentöse Schmerztherapie nicht Opioide

Paracetamol

- häufig Einstiegsmedikation, Wirkungsmechanismus nur teilweise erklärt (COX-2-Hemmung), relativ schwach
- Dosiserhöhung über 2 g bringt wenig Effekt aber mehr Nebenwirkung
- Problem sind grosse Tabletten
Alternativen: Brausetabletten (Geschmack), Schmelztabletten, Sirup

(Liechti ME: Pharmakologie von Schmerzmitteln für die Praxis Teil 1: Paracetamol, NSAR und Metamizol, Med Forum 2014; 14).

Metamizol

ähnlich stark wie nichtsteroidale
Antirheumatika, geringes Interaktionspotential

Agranulozytose-Risiko

zum Glück selten und reversibel
92 - 98% innerhalb der ersten 2 Monaten
(50% innerhalb der ersten Woche)
Im Alltag Probleme wegen Übelkeit.
Tropfen, Tabletten.

Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR)

Zurückhaltung bei geriatrischen Patienten, wenn dann nur vorübergehend bei akuten entzündungsbedingten Schmerzen

Gefahr einer gastrointestinalen Blutung,
Niereninsuffizienz, Dekompensation
Herzinsuffizienz, kardiovaskuläre Toxizität

Ko-Analgetika

Antikonvulsiva und Antidepressiva

Vorsicht wegen Nebenwirkungsgefahr

Vor allem bei neuropathischen Schmerzen eingesetzt

Problem im Alltag u.a. zentralnervöse Nebenwirkungen
(Sturzgefahr) von Antikonvulsiva (Gabapentin, Pregabalin)

Medikamentöse Schmerztherapie Opioide



Start low – go slow

zu hoch dosierter Start und die zu schnelle Steigerung, häufigster Fehler beim Beginn (folgende ablehnende Haltung vom Patienten, Nebenwirkungen↑ u.a. Sturzrisiko.)

konstanter Spiegel weniger problematisch
bezüglich Nebenwirkungen / Sucht
→ orale retardierte (oder transdermale)
Verabreichung anstreben

Individuelle Unterschiede durch
unterschiedliche Rezeptoren-Verteilung
→ individuelle Dosierung (alle Opiate)

Obligate Nebenwirkungen der Opiode im Alter besonders beachten und antizipieren

Prophylaktische Behandlung der Nausea mit Metoclopramid oder Haloperidol in den ersten 5-7 Tagen

Behandlung der Obstipation von Beginn an, Harnverhalt rechtzeitig erkennen

(R. Kunz Info Onkologie/Hämatologie 2016 Vol.4, Nr 2)

Referenzsubstanz ist **Morphin**

μ -Agonist. Gute Steuerbarkeit, langjährige Erfahrung und günstig. Einschränkend bei hochbetagten Patienten sind aktive Metaboliten welche bei Niereninsuffizienz mit zentralnervösen akkumulieren. Deshalb sollte Morphin bei einer $GFR < 30$ (-50) ml/min nicht eingesetzt werden.

Oxycodon

grosse Erfahrung, allein oder in Kombination mit Naloxon (zur Bekämpfung Obstipation. Im Alltag trotzdem häufig Laxanzien notwendig)

Vorsicht bei Niereninsuffizienz, aktive Metaboliten können kumulieren

Tramadol

schwaches Opioid, zahlreiche Interaktionen,
Übelkeit häufig, Orthostase, bei
hochbetagten Patienten pharmakologische
Nachteile gegenüber anderen Opioiden

Tapentadol

mittelstarkes Opioid, μ - Opioidrezeptor-Agonist und Noradrenalin-Aufnahmehemmer, bei hochbetagten Patienten fehlen verlässliche Daten

Hydromorphon

starkes Opioid, wenig Interaktionen

Galenik: Kapsel (können geöffnet werden),
Tropfen.

Keine aktiven Metaboliten. Vorteile bei
multimorbiden, geriatrischen Patienten.

Ernsthaftes zunehmendes Problem: regelmässig
Lieferschwierigkeiten ohne Alternative!

Fentanyl

vor allem als Transdermales Pflaster (bukale Form bei Durchbruchschmerzen, schnelles Anfluten, daher Vorsicht beim hochbetagten Patienten)

kaum aktive Metaboliten, bei erster Anwendung Wirkung verzögert nach ca. 12 Stunden, stark lipophile Substanz

→ Unsicherheit bezüglich Resorption bei Hautatrophie / Kachexie

Buprenorphin

Transdermales Pflaster und sublinguale Form,
partieller Agonist am Opioidrezeptor → hat klinisch keine
Relevanz,

auch im hohen Alter häufig gut verträglich, Metabolismus fast
ausschliesslich über Leber, daher Anwendung auch bei
Niereninsuffizienz, Hinweise, dass Vorteile gegenüber anderen
Opioiden bei neuropathischen Schmerzen

Schmerztherapie mit Cannabinoide

Cannabis sativa ca. 560 unterschiedliche Substanzen,
davon 120 Cannabinoide

→ die wichtigsten Phytocannabinoide sind Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) und Cannabidiol (CBD)

Wichtig Änderung vom Bundesamt für Gesundheit BAG

«Per 1. August 2022 ist das Verbot von Cannabis zu medizinischen Zwecken im Betäubungsmittelgesetz aufgehoben worden. Als Ärztin oder als Arzt können Sie ab sofort in eigener Verantwortung mittels Betäubungsmittelrezept Cannabisarzneimittel verschreiben. Sie benötigen dazu keine Ausnahmewilligung mehr vom Bundesamt für Gesundheit BAG. Einzig sind Sie dazu verpflichtet, in einem einfachen digitalen [Melde-System MeCanna](#) jede Verschreibung eines Cannabisarzneimittels zu erfassen. Cannabis für medizinische Zwecke ist nun dem Bewilligungs- und Kontrollsystem von Swissmedic unterstellt.»

- Cannabisarzneimittel werden derzeit nur in Ausnahmefällen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung vergütet
- Datenlage im Bezug auf die medikamentöse Schmerztherapie beim hochbetagten Menschen noch ungenügend, nicht überzeugend

Hinweise auf Wirksamkeit von Cannabispräparaten bei neuropathischen Schmerzen mit einer leichten Schmerzreduktion, jedoch auch mehr unerwünschte Nebenwirkungen wie Schläfrigkeit, Verwirrtheit, Kopfschmerzen und Psychosen

Cannabis-based medicines for chronic neuropathic pain in adults. Mücke M Cochrane Database Syst Rev. 2018; Mar

Cannabis and cannabinoids for the treatment of people with chronic noncancer pain conditions: a systematic review and meta-analysis of controlled and observational studies; Stockings Pain 2018 Okt

Take Home Message

- Multimorbidität, Polypharmazie, Nierenfunktion und Compliance beeinflussen die medikamentöse Schmerztherapie beim alten Menschen
- Ziel ist die individuelle optimierte Analgetika-Therapie mit Beachtung der Ursachen, der Lebenssituation, der Funktionalität und der persönlichen Bedürfnissen der Betroffenen zu finden

Keine Angst vor Opioiden auch beim alten Menschen, jedoch Start low – go slow und obligate Nebenwirkungen wie Nausea und Obstipation von Beginn an behandeln.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit
ENDE

