



10. Südwestdeutsche Schmerztage

12. und 13. Oktober 2007 · Göppingen

Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e.V.
German Pain Association · Société Allemande de la Douleur

Pressemitteilung

26. September 2007

„Eine wirksame Schmerztherapie ist nie eindimensional“

Ein Gespräch mit Dr. med. Gerhard H. H. Müller-Schwefe, Göppingen,
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie e.V.

Die zehnten Südwestdeutschen Schmerztagen stehen unter dem Motto „Alte Glaubenssätze – neues Wissen“. Auf welchen Gebieten hat neues Wissen die alten Vorstellungen verdrängt?

Ein Beispiel ist zunächst unser Wissen darüber, wie Schmerz überhaupt entsteht und wie Schmerz chronisch wird. Auf diesem Gebiet haben wir früher nur sehr wenig gewusst. Wir dachten, dass die wiederholte Information, also ständig wiederkehrende Schmerzreize, die in das Gehirn einströmen, genügen, damit es zur Chronifizierung kommt. Heute wissen wir, dass das Gehirn viele Steuerfunktionen hat, die in der Lage sind, die Schmerzverarbeitung zu beeinflussen. Das Gehirn entscheidet also mit darüber, ob Schmerz chronisch wird oder nicht. Dies eröffnet ganz neue Therapieansätze. Schmerzimpulse gelangen nicht über eine Einbahnstraße ins Gehirn, sondern sie haben Gegenverkehr, nämlich schmerzhemmende Impulse vom Gehirn. Dies machen wir uns bei den modernen komplexen Therapieansätzen zu Nutze.

Wie sehen diese neuen Konzepte aus?

In der Schmerztherapie hat ein Paradigmenwechsel stattgefunden. Wir wissen heute, dass eine effiziente Schmerztherapie nie eindimensional sein kann. Sie muss den ganzen Menschen behandeln, sie muss die körperlichen Aspekte berücksichtigen aber auch das soziale Umfeld. Und sie muss die Seele erfassen und mit behandeln. Nur durch diese komplexen Therapiekonzepte, die alle diese Aspekte einbeziehen, haben wir langfristig wirklich Aussicht auf Erfolg und bringen Patienten wieder Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit und auch Freude am Leben.

Gibt es auch neues Wissen über Schmerzmedikamente?

Wir haben früher die guten alten Entzündungshemmer vom Typ Acetylsalicylsäure und deren Abkömmlinge, die sogenannten Nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAR), für



Dr. med. Gerhard H.H. Müller-Schwefe, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie.

Das Foto kann bei der Pressestelle als jpg abgefordert werden

Pressestelle der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie e.V. · ProScience
Communications GmbH · Barbara Ritzert · Fon: 08157 9397-0 · Mail: ritzert@proscience-com.de

Dr. Gerhard Müller-Schwefe Präsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie e.V.
(DGS) Schillerplatz 8/1 · 73033 Göppingen Fon: 07161 976476 · gp@dgschmerztherapie.de

harmlose Medikamente gehalten, die man in jedem Lebensalter und in jeder Lebenslage nehmen kann. Der Schock nach Vioxx, einem Vertreter der modernen Cox-2-Hemmer, der wegen unerwünschter Wirkungen auf das Herz-Kreislaufsystem vor drei Jahren vom Markt genommen wurde, hat diese Glaubenssätze zunächst noch verstärkt. Heute wissen wir, dass die alten NSAR nur sehr viel schlechter untersucht waren als die neuen Coxibe und dass man alle entzündungshemmenden Medikamente nur kurzfristig und in der niedrigst möglichen Dosierung geben sollte und nur dann, wenn Entzündungen vorliegen.

Auch im Bereich der Nervenschmerzen wurden viele Glaubenssätze über Bord geworfen. Hier galten die alten sogenannten trizyklischen Antidepressiva als die wirksamsten Substanzen überhaupt. Heute setzen wir Substanzen wie Duloxetin ein oder Pregabalin. Das sind völlig neue Konzepte.

Was tut sich in der Migränetherapie?

Die Migränetherapie steckt in der Klemme. Wir haben für die meisten Patienten zwar wirksame Basistherapien, also Medikamente zur Vorbeugung wie Betablocker oder Kalziumantagonisten, und wir haben für die Akutbehandlung von Migräneattacken die Triptane. Aber Triptane wirken nicht bei allen Patienten. Rund 30 Prozent der Betroffenen helfen diese Medikamente nicht. Wir setzen darum Hoffnung in einen neuen Therapieansatz. Es gibt eine Substanz, die das Proteinprodukt des sogenannten Calcitonin-Gens blockiert, das bei der Migräne eine Rolle spielt. Dieser Antagonist scheint Migräneanfälle hoch wirksam unterdrücken zu können. Allerdings befinden sich solche Substanzen derzeit noch in der klinischen Prüfung und sind daher noch nicht verfügbar.

Auch das sogenannte Who-Stufenschema, das ursprünglich für die Therapie des Krebs Schmerzes entwickelt wurde, wird bei anderen Schmerzarten umgedreht.

Das Who-Stufenschema orientiert sich an der Schmerzstärke. Ein leichter Schmerz wird ihm zufolge mit einfachen Schmerzmitteln behandelt, auf der Stufe zwei werden stärkere Medikamente, etwa schwach wirksame Opioide, eingesetzt und bei starken Schmerzen entsprechend starke Opioide.

Wir verstehen Schmerzen heute viel besser und versuchen deshalb, die Therapie an den Schmerz-Mechanismen zu orientieren. Entsprechend dieses neuen Konzeptes setzen wir, wenn nötig, als erstes Medikament sofort ein Opioid ein, wenn die Schmerzen opioidsensibel sind, d.h., wenn wir wissen, dass sie auf Opioide reagieren. In solchen Fällen macht es keinen Sinn, Entzündungshemmer zu verordnen, die ja nur so kurz und niedrig dosiert wie möglich und nur bei entzündlichen Veränderungen gegeben werden sollen.

Bedeutsam wird dies etwa bei degenerativen Gelenkerkrankungen wie der Arthrose. Die betroffenen Patienten haben in aller Regel nicht primär permanent entzündliche Veränderungen, sondern ein chronifiziertes

Schmerzsyndrom aufgrund der massiven Strukturveränderungen in ihren Gelenken, die bei Belastung weh tun. Bei entzündlichen Schüben behandeln wir zwar immer noch mit Entzündungshemmern, doch wir geben diese nicht mehr als Langzeit-Therapie. Hier kommen sicher sehr viel eher Opioide zum Einsatz. Das gleiche gilt auch für Rückenschmerzen. Entzündliche Veränderungen spielen bei Rückenschmerzen in den meisten Fällen keine Rolle, sondern etwa Muskelverspannungen und komplexe Chronifizierungsprozesse. Dann sind eher Opioide sinnvoll oder auch Substanzen die antichronifizierend und muskelrelaxierend wirken wie etwa Flupiritin.