

Chronische Schmerzen

Schmerz erzeugt Schlafstörung erzeugt Schmerz

Dr. Heike Oberpichler-Schwenk, Stuttgart

Patienten mit chronischen Schmerzen leiden sehr häufig auch an Schlafstörungen. Umgekehrt erhöhen Schlafstörungen bzw. ein Schlafmangel die Anfälligkeit für Schmerzen. Diese Zusammenhänge sowie die Rolle von Tapentadol bei der Behandlung von chronischen Schmerzen wurden von Schmerzexperten bei einem Pressegespräch der Firma Grünenthal diskutiert.

Mehr als die Hälfte (50 bis 80 %) der Patienten mit chronischen Schmerzen, egal welcher Ätiologie, leiden auch unter Schlafstörungen. Die Insomnie ist dabei nicht nur direkte Folge des Schmerzes bzw. von Schmerzspitzen. Sie kann auch infolge psychischer Begleiterkrankungen (z. B. Depression, Angst) oder einer schlechten Schlafhygiene mit aufgelösten Tagesstrukturen auftreten oder weil der Patient sich schmerzbedingt wenig bewegt und daher einen geringeren Schlafdruck entwickelt.

Schlafstörungen wirken sich nachteilig auf Kognition, Stimmung und Leistungsfähigkeit aus. Und: Sie erhöhen ihrerseits die Schmerzempfindlichkeit, wie selbst bei gesunden Probanden nachweisbar ist; bei vollständigem Schlafentzug können nach zwei bis drei Tagen sogar spontan Schmerzen auftreten. Auch schlechte Schlafqualität im Sinne eines fragmentierten Schlafs begünstigt die Entwicklung von Spontanschmerz und sie führt dazu, dass Schmerzpatienten bereits bestehende Schmerzen als stärker wahrnehmen. Zu den Ursachen der schmerzfördernden Wirkung von Schlafmangel gibt es wenig Daten. Unter anderem wurden nach Schlafentzug erhöhte Spiegel des proinflammatorischen Zytokins Interleukin 6 gemessen. Experimentelle Befunde weisen darauf hin, dass das endogene schmerzmodulierende System durch Schlafentzug aus dem Gleichgewicht gebracht wird.

Aus dem wechselseitigen Zusammenhang zwischen Schmerz und Schlafstörung ergibt sich zweierlei:

Bei Schmerzpatienten sollte *frühzeitig eine Schlafanamnese* erhoben werden. Hierbei leisten Schlafragebögen und Schlaftagebücher gute Dienste (Schlafflabor nur im Einzelfall). Zur leitliniengerechten Behandlung gehören schlafhygienische Maßnahmen, der Einsatz von schlafanstoßenden, schmerzmodulierenden Arzneimitteln und kognitive Verhaltenstherapie. Ein *Schmerzsyndrom* sollte *wirksam behandelt* werden, um der Entstehung von Schlafstörungen vorzubeugen, zumal komorbide Schlafstörungen bei Schmerzpatienten nicht nur zu einer stärkeren Beeinträchtigung der Lebensqualität führen, sondern nach neueren Erkenntnissen sogar das Suizidrisiko erhöhen können.

Rolle von Tapentadol

Der μ -Opioid-Rezeptoragonist (MOR) und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (NRI) Tapentadol ist zugelassen zur Behandlung starker, chronischer Schmerzen, die nur mit Opioidanalgetika angemessen behandelt werden können. Die Analyse von Daten aus dem Praxisregister Schmerz legt allerdings nahe, dass Patienten von einem direkten Wechsel von Nicht-Opioid-Analgetika profitieren können. In dem Register waren bis Ende 2017 mehr als 10 000 Behandlungsfälle mit Tapentadol dokumentiert.

Es stand in der AMT

Chronischer Nicht-Tumor-Schmerz. Wechsel zu Tapentadol nicht zu lange hinausschieben. Arzneimitteltherapie 2018;36:230-1.

Die Behandlung folgte in 562 Fällen auf eine Behandlung mit einem Nicht-Opioid-Analgetikum (WHO-Stufe 1). Von diesen wurden 252 Fälle verglichen mit je 252 Fällen ähnlicher Charakteristika, in denen eine Behandlung mit schwach wirksamen Opioiden (WHO-Stufe 2) oder stark wirksamen Opioiden (WHO-Stufe 3) vorangegangen war.

Nach dem Wechsel von WHO-Stufe-1-Analgetika zeigte sich, wie bereits berichtet, eine ausgeprägtere Besserung der Schmerzparameter (z. B. Ansprechrate, Schmerzintensität) als nach dem Wechsel von WHO-Stufe-2- oder -3-Analgetika (**Kasten**). Die Auswertung der Daten zu Schlafstörungen zeigt nun Vergleichbares. So besserte sich der Grad der Schlafbeeinträchtigung gemäß visueller Analogskala infolge der Umstellung auf Tapentadol nach WHO-Stufe-1-Analgetika um 31,8 %, nach Stufe-2-Analgetika um 26,4 % und nach Stufe-3-Analgetika um 25,3 % (alle $p < 0,01$).

Aus den Praxisdaten ziehen die Schmerzexperten den Schluss, dass Tapentadol in der Therapie chronischer Schmerzen eher als WHO-Stufe-2-Analgetikum einzuordnen ist.

Quelle

Priv.-Doz. Dr. med. Sigrid Schuh-Hofer, Mannheim/Tübingen, Priv.-Doz. Dr. med. Michael A. Überall, Nürnberg, Dr. med. Bettina Kern, Wiesbaden, Pressegespräch „Schmerz und Schlafstörung: Wie lässt sich der Teufelskreis unterbrechen?“, Mannheim, 6. Februar 2019, veranstaltet von Grünenthal.

Die Beiträge in der Rubrik Pressekonferenzen werden von freien Journalisten im Auftrag der Redaktion verfasst. Die Herausgeber der Zeitschrift übernehmen keine Verantwortung für diesen Heftteil.