

Psychopharmaka in der Schmerztherapie

Dr. med. Lienhard Dieterle

Psychopharmaka sind wichtige Schmerzmittel.

Psychopharmaka sind Medikamente, die das seelische Erleben verändern. Psychopharmaka lindern aber auch Schmerzen, teils direkt im Sinne eines Schmerzmittels, teils indirekt durch die seelische Stabilisierung.

Zu den Psychopharmaka gehören „traditionelle Medikamente“ wie Antidepressiva, Neuroleptika aber auch angstlösende und beruhigende Medikamente. Von großer Bedeutung sind dabei aber auch Medikamente zur Stimmungsstabilisierung und Phasenprophylaxe insbesondere endogen-affektiver oder -psychotischer Erkrankungen. Zu diesen phasenprophylaktischen Medikamenten zählen Antiepileptika wie Carbamazepin, Valproinsäure und Lamotrigin. Als älteste Substanz dieser Medikamentengruppe ist Lithium bekannt.



Es gibt eine **Schnittmenge zwischen Psychopharmaka und Schmerzmitteln**. Am bedeutungsvollsten für die Schmerztherapie sind die Antidepressiva. Mit den Psychopharmaka lassen sich chronische Schmerzzustände bessern. Sie sind nicht für die Akut-Therapie geeignet.

Die Antidepressiva wirken auf unterschiedlichen Ebenen der Schmerzverarbeitung. Durch die Antidepressiva kommt es zu einer prä- und postsynaptischen Hemmung der Schmerzweiterleitung sowohl im spinalen Hinterhorn als auch den Bahnen im Rückenmark und im Hirnstamm mit Projektion zum Thalamus. Sie beeinflussen auch Schmerzverarbeitung im Gehirn. Antidepressiva haben aber auch eine eigene analgetische Potenz. Amitriptylin wirkt z.B. als Lokalanästhetikum. Dieses bestätigen Patienten, die Amitriptylin als Tropfen einnehmen und über eine unangenehm pelzige Zunge klagen. Als analgetisch wirksames Prinzip gilt die Wiederaufnahmehemmung der monoaminergen Transmitter Serotonin und Noradrenalin. Die Noradrenalinwiederaufnahmehemmung ist ein wichtiger Teil der analgetischen Wirkung. Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer zeigen keine signifikante analgetische Wirkung.

Indikationen für die Behandlung mit Antidepressiva

- Neuropathische Schmerzen,
- chronische Spannungskopfschmerzen,
- komplexes regionales Schmerzsyndrom,
- Phantomschmerzen,
- Postzoster-Neuralgien,
- Fibromyalgie-Syndrom,
- Thalamus-Schmerzen,
- Schmerzen nach Rückenmarksverletzungen,
- chronische radikuläre Schmerzen, u.a.

Wann setzen wir Antidepressiva ein?

Antidepressiva haben ihren Platz bei allen chronischen Schmerzsyndromen. Trizyklische Antidepressiva sind Mittel der Wahl bei kontinuierlichen neuropathischen Schmerzen, zur medikamentösen Behandlung chronischer Kopfschmerzen vom Spannungstyp aber auch bei anhaltenden idiopathischen Gesichtsschmerzen, Myarthropathien sowie der Allodynie im Rahmen des komplexen regionalen Schmerzsyndroms, bei kontinuierlichen Phantomschmerzen, bei Postzoster-Neuralgien oder auch bei chronischen radikulären oder nichtradikulären Rückenschmerzen. Patienten mit Fibromyalgie-Syndrom finden darunter Linderung. Psychopharmaka sind gut wirksame Medikamente und in der Langzeit-Therapie z.B. mit den Opiaten gleichwertig.

Für die Schmerztherapie zugelassene Antidepressiva

- **Trizyklische Antidepressiva:**
 - Amitriptylin und Nortriptylin (z.B. Saroten)
 - Trimipramin (z.B. Stangyl)
 - Imipramin (z.B. Tofranil)
 - Clomipramin (z.B. Anafranil)
- **Duloxetin** (Cymbalta/Yentreve)

Welche Antidepressiva haben eine Zulassung für die Schmerztherapie?

Anerkannt und zugelassen für die Schmerztherapie sind die trizyklischen Antidepressiva Amitriptylin, Imipramin, Clomipramin und Trimipramin. Die Auswahl des Medikaments richtet sich nach dem Nebenwirkungsspektrum. Psychomotorisch aktive Patienten, z.B. mit Schlafstörungen, bedürfen eher einer dämpfenden, thymoleptischen Schmerzmedikation, psychomotorisch erschöpfte und gedämpfte Patienten profitieren von anregenden Substanzen wie Clomipramin, Desipramin und Imipramin. Amitriptylin wird im Körper abgebaut zu Nortriptylin. Nortriptylin hat dabei eine eher anregende Wirkung. Somit ist eine Kombination von Amitriptylin abends zur Schlafförderung und Beruhigung mit Nortriptylin tags-

über sinnvoll. Das neu auf dem Markt befindliche Duloxetin (Cymbalta) hat eine Zulassung für die Schmerzbehandlung bei diabetischer Polyneuropathie.

Als „neue“ Antidepressiva sind Venlafaxin (Trevilor) und Mirtazapin (Remergil) empfehlenswert. Diese Medikamente haben aber noch keine offizielle Zulassung zur Schmerztherapie. Sie sind besser verträglich als die klassischen Antidepressiva. Da Patienten mit chronischen Schmerzen zu etwa 25 % gleichzeitig unter den Symptomen einer Major Depression leiden und über 50 % der Patienten mit Depressionen Schmerzen haben, sind diese Medikamente wichtige Instrumente in der Schmerztherapie. Patienten mit Depressionen haben zudem ein hohes Chronifizierungsrisiko für Schmerzsyndrome. Sie können also zwei Fliegen mit einer Klappe schlagen. Wichtig ist aber die entsprechende Verschlüsselung und Dokumentation der depressiven Erkrankung als Rechtfertigung für die Verordnung o.g. Medikation.

Nebenwirkungen der antidepressiven Therapie

- Müdigkeit
- Innere Anspannung und Unruhe
- Mundtrockenheit
- Herzrhythmusstörungen
- Glaukom
- Schwindelgefühle
- Verstopfung
- Blasenstörungen
- Gewichtszunahme
- Appetitstörungen, Übelkeit

EKG
Augendruck

Als Nebenwirkungen auf die klassischen Antidepressiva Amitriptylin und Trimipramin ist eine vermehrte Müdigkeit zu erwarten. Dieser Effekt wird abends zur Schlafförderung positiv genutzt. Clomipramin verursacht eine innere Anspannung und kann tagsüber auch zur Antriebssteigerung genutzt werden. Die typisch anticholinerge Nebenwirkung der Mundtrockenheit kann durch Trinken und Zitronenbonbons gelindert werden. Herzrhythmusstörungen oder ein Glaukomanfall stellen insbesondere bei älteren Patienten ernsthafte Komplikationen dar und machen eine EKG-Kontrolle bzw. die Kontrolle des Augeninnendrucks notwendig. Gewichtszunahme kann die Therapie einschränken. Übelkeit zu Beginn der Therapie ist eher bei Antidepressiva der neueren Generation zu erwarten.

Antidepressiva sind in der Schmerztherapie in niedrigen Dosierungen wirksam. Eine Dosierung von z.B. 50-75 mg Amitriptylin ist dabei ausreichend. Die Eindosierung sollte vorsichtig erfolgen und sich an der Verträglichkeit orientieren. Problematisch ist, dass die schmerzdämpfende Wirkung verzögert eintritt, Nebenwirkungen jedoch sofort vorhanden sind. Diesen Spagat gilt es mit dem Patienten zu besprechen. Eine vertrauensvolle Arzt-Patientenbeziehung ist die Voraussetzung dafür, dass die Patienten vorübergehend Nebenwirkungen in Kauf nehmen.

Patienteninformation

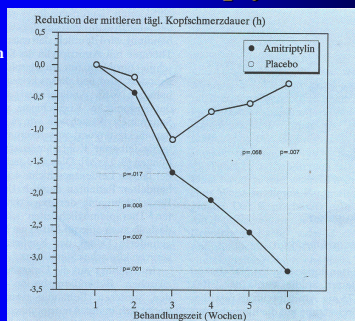
- Wir haben uns ausführlich über Ihre Erkrankung und die Möglichkeiten einer wirksamen Behandlung unterhalten. Das Medikament, welches Sie gegen Ihre Schmerzen erhalten, gehört zur Gruppe der Antidepressiva. Warum, so werden Sie sich Fragen, soll ich ein Mittel gegen seelische Verstimmungen einnehmen, wenn ich doch unter Schmerzen und nicht unter Depressionen leide.
- Das Mittel, das ich Ihnen verschrieben habe, ist auch ein gut wirksames Mittel gegen chronische Schmerzen.
- Sie müssen also nicht depressiv sein, wenn Sie dieses Medikament einnehmen. ...
- Nebenwirkungen: Müdigkeit, Mundtrockenheit. ...



Aufklärung, z.B. mit einer schriftlichen Patienteninformation, fördert die Compliance.

Therapie der Spannungskopfschmerzen mit Amitriptylin

Dosierung mit 75 mg Amitriptylin retard



Ans: Göbel.H., et al.: Amitriptylin in der Therapie des chronischen Kopfschmerzes vom Spannungstyp. Nervenarzt 1994 (65) 670-679

Die zentral-analgetische Wirkung von Amitriptylin beginnt nach 3-7 Tagen, eine anti-depressive Wirkung wäre erst etwa nach etwa 2 Wochen zu erwarten. Patienten und auch die Ärzte benötigen für die Therapie Geduld und „Durchhaltevermögen“. Bei Spannungskopfschmerzen nehmen die Dauer und die Intensität der Kopfschmerzen über Wochen ab. Im abgedruckten Beispiel konnten nach sechs Wochen die Spannungskopfschmerzen um 3 Stunden täglich reduziert werden. Patienten mit neun Stunden Kopfschmerzen behielten somit zu diesem Zeitpunkt ihre Beschwerden weiterhin noch über sechs Stunden.

Was, Sie waren noch nicht beim Psychiater ... ?

Häufig sehe ich schmerzgeplagte Patienten mit psychopathologischen Auffälligkeiten. Die psychiatrische Komorbidität umfasst z.B. depressiven Verstimmung und Ängste, Anpassungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen oder Suchterkrankungen. Die Schmerzsymptomatik ist über mehrere Jahre chronifiziert. Es entwickelte sich daraus ein sekundärer oder terziärer Krankheitsgewinn. Der Arztbesuch hat dann lediglich die Funktion der Dokumentation des Schmerzsyndroms. Veränderungen sind bewusst oder unbewusst nicht erwünscht. Sollte Patienten kennt jeder von uns. Die Hilflosigkeit führt oftmals zu aggressiven Gegenübertragungen. Bei diesen Patienten sind Antidepressiva zwar indiziert, die Therapie scheitert zumeist aber an Nebenwirkungen. Um dieses Spannungsfeld abzuschätzen, titriere ich die antidepressive Therapie vorsichtig mit 1-2 Tropfen Amitriptylin zur Nacht ein. Ich gehe davon aus, dass diese niedrige Dosierung keine ausgeprägten Nebenwirkungen machen kann. Entsprechende Angaben der Patienten machen deutlich, dass auch eine Pharmakotherapie mit Antidepressiva kein Weg zur Problemlösung ist.

Neuroleptika werden als Komedikation bei agitierten Patienten mit starken Schmerzen verabreicht. Eine Zulassung hierfür haben z.B. Haloperidol in niedriger Dosierung mit 2 x 0,5 mg aber auch Levomepromazin (Neurocil) in einer Dosierung von 3 x 10 mg. Haloperidol ist nur gering sedierend, das Levomepromazin zählt zu den stark sedierenden Neuroleptika. Von der Verordnung des Haloperidols rate ich ab, da es insbesondere nach längerer Therapie zu deutlichen Nebenwirkungen kommen kann. Gefürchtet sind dabei die Spätdyskinesien.

Benzodiazepine haben in der Schmerztherapie insbesondere dann Bedeutung, wenn es darum geht den erhöhten Muskeltonus und Muskelverspannungen zu reduzieren.

Positive Erfahrungen in der Schmerztherapie konnte ich mit den Antiepileptika sammeln. Diese Medikamente wirken auch als Stimmungsstabilisatoren. Bekannt für die Behandlung der Neuralgien ist Carbamazepin. (Gabapentin hat eine Zulassung für neuropathische Schmerzen. Das neue Antikonvulsivum Prägabalin (Lyrica) wird bei peripheren neuropathischen Schmerzen empfohlen. Topiramate hat eine Zulassung für die Migräne-Prophylaxe.)

Erwähnen möchte ich aber auch das alte Phasenprophylaktikum Lithium mit guter Wirksamkeit bei Clusterkopfschmerzen.

Diese Abhandlung solle einen Einblick in die Möglichkeiten der Schmerztherapie mit Psychopharmaka geben. Wichtig ist, dass Psychopharmaka in der Schmerztherapie in ein Gesamtkonzept eingebunden werden und nicht als „Verlegenheitslösungen“ dienen. Der Neurologe und Psychiater kann in einem multimodalen Schmerzbehandlungskonzept neben der diagnostischen Abklärung neurologischer und psychiatrischer Krankheitsbilder auch die Therapie mit Psychopharmaka begleiten und stellt ein Bindeglied zur psychotherapeutischen Schmerztherapie dar.