



**MEDIZIN** Schmerz in der Onkologie

Bei starkem onkologischem Schmerz kommen invasive Therapien zunehmend früher zum Einsatz: Je besser der Allgemeinzustand noch ist, umso mehr profitieren Patienten. Auch psychonkologische Maßnahmen können Schmerz und Dauerstress wesentlich mildern – inzwischen sogar mithilfe von Virtual Reality.

Andrea Riedel

# Früher invasiv therapieren

Vor knapp vier Jahrzehnten veröffentlichte die WHO ihr Stufenschema der Schmerztherapie. Es gilt ungebrochen als verlässliche Orientierungshilfe, dennoch hat sich nicht nur im Umgang mit Opioiden einiges verändert: „Invasive Therapien bei chronischem Tumorschmerz gelten nicht mehr ausschließlich als Ultima ratio“, sagt Univ. Prof. Sabine Sator, Leiterin der Klinischen Abteilung für Spezielle Anästhesie und Schmerztherapie der Medizinischen Universität Wien. Gerade bei Krebserkrankungen empfehle sich ein möglichst früher Einsatz, denn je besser der Allgemeinzustand noch sei, umso mehr würden die Patienten davon profitieren: Sie ersparen sich hochdosierte Medikamente, fühlen sich insgesamt besser und können länger aktiv sein. „Vor allem Patienten mit Pankreas- oder Magenkarzinomen sollte man in eine Schmerzambulanz zuweisen, sobald der typische gürtelförmige Oberbauchschmerz auftritt, selbst wenn die WHO-Stufe drei noch nicht erreicht ist“, so die Schmerzmedizinerin. Neurolysen brächten hier oft rasche Linderung. Sie sollten auch bei Blasen- oder Prostatakarzinomen früh durchgeführt werden, bevor der wachsende Tumor eventuell den Zugang zu den relevanten Nerven behindert.

„Größere Nervenblockaden mittels Neurolyse, wie die des Plexus coeliacus zur Ausschaltung der Oberbauchschmerzen, erfolgen im Rahmen eines stationären Aufenthalts von ein bis zwei Tagen“, erklärt Sator. Vor dem Eingriff seien CRP-Wert und Gerinnung zu prüfen und eine Kontrastmittelallergie auszuschließen. Seien diese Voraussetzungen erfüllt, werde im Rahmen eines meist zweitägigen stationären Aufenthalts zuerst röntgengezielt eine Probeklockade

„... nicht-medikamentöse Therapien sind eine extrem wichtige Ergänzung ...“

Univ. Prof. Sabine Sator  
Medizinische Universität Wien

© Getty Images

mit einem Lokalanästhetikum durchgeführt. „Stellt der Patient eine Abnahme der Schmerzintensität um 50 Prozent oder mehr fest, wird am Folgetag die eigentliche Neurolyse durchgeführt, entweder chemisch mittels Ethanol oder physikalisch mittels Kryo- beziehungsweise Thermoablation“, sagt Sator. Die Wirkung sollte bis zu einem halben Jahr andauern, sodass die betreuenden niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte die Medikamentendosen entsprechend anpassen können. Zudem könne man die Behandlung wiederholen.

Ist der Tumor anders lokalisiert oder lösen auch niedrigdosierte Opiate trotz Antiemese schwerste Übelkeit und Erbrechen aus, könne man auch eine intrathekale Therapie in Betracht ziehen, „sofern eine längere Überlebenszeit erwartbar ist“, wie die Expertin einräumt. Dabei wird ein Katheter in den Spinalkanal gelegt und mit einer subkutan platzierten Pumpe, meist im Abdomen, verbunden. Auch dieser röntgengezielte Eingriff erfolge während eines kurzen stationären Aufenthalts. „Die meist 20 Milliliter fassenden Pumpen werden mit Opiaten oder Lokalanästhetika in Kombination mit beispielsweise Clonidin gefüllt. Meist erfolge das Auffüllen im Spital, es seien aber auch schon einige Ordinationen entsprechend ausgerüstet und qualifiziert.

Als dritte Option bei starken chronischen Schmerzen biete sich die Spinal Cord Stimulation (SCS) an, „obwohl sie nicht primär für Krebspatienten gedacht ist. Aber es gibt immer wieder harte Indikationen, etwa wenn ein Patient mit einer Schmerzpumpe nicht zurechtkommt“, betont Sator.

Akute Durchbruchsschmerzen würden in der Regel mit rasch wirksamen Schmelztabletten behandelt. Reiche die orale Medikation jedoch nicht aus, könne man eine PCA-Pumpe zur patientenkontrollierten Analgesie in Erwägung ziehen. Der Patient könne dann durch Knopfdruck die intravenöse Abgabe einer vorab eingestellten Dosis auslösen. Allerdings müsse eine gute Compliance unbedingt sichergestellt sein.

„Auch nicht-medikamentöse Therapien sind eine extrem wichtige Ergänzung in der Schmerzmedizin“, ist die Intensivmedizinerin überzeugt: „Dass etwa Bewegung die Lebenserwartung und das Wohlbefinden messbar steigert, ist in Studien zweifelsfrei belegt. Ebenso entscheidend für das Therapieziel Schmerzlinderung ist eine individuell abgestimmte psychologische Betreuung.“

### **Multimodale Schmerztherapie**

„Chronischer oder chronifizierter Schmerz ist nicht ohne interdisziplinär-multimodale Schmerztherapie entsprechend dem

biopsychosozialen Modell zu behandeln“, bestätigt der Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Psychoonkologie und Leiter des Spezialbereiches Neuroonkologie und Neuro-palliative Care am Konventhospital der Barmherzigen Brüder in Linz, Priv. Doz. Markus Hutterer. Eine psychoonkologische Behandlung unterstützt Patienten und deren An- und Zugehörige im Umgang mit der Krebserkrankung, erfasst psychosoziale Bedürfnisse und lindert psychische Belastungsreaktionen. Ziel ist stets eine möglichst gute individuelle Lebensqualität. „Allerdings existiert in Österreich nur vereinzelt, was in Deutschland teils sogar als Kassenleistung angeboten wird: eine strukturierte Schmerztherapie durch Ärzte, Psychologen und Physiotherapeuten beziehungsweise Sportwissenschaftler und spezialisierte Pflege unter einem Dach.“

Umso wertvoller sei es, wenn niedergelassene Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner über ein Netzwerk an therapeutischen Fachleuten verfügen. Positiv – gerade in Anbetracht der angespannten Versorgungslage – sei, dass sich Gruppentherapien bei Krebspatienten als gut wirksam erwiesen hätten. Zum Einsatz kommen insbesondere die (angeleitete) Gruppendynamik, aber auch weiterführende Hilfe zur Selbsthilfe, etwa durch

die Österreichische Krebshilfe oder wohnortnahe Selbsthilfegruppen. Die betreuenden Ärztinnen und Ärzte selbst spielen eine zentrale Rolle. Untersuchungen zeigen, dass gute patientenzentrierte Kommunikation deutlich schmerzlindernd wirken kann. Dazu gehören neben der verständlichen Vermittlung der Fachinformationen auch der Aufbau einer tragfähigen Beziehung und das Wahrnehmen der Gefühle, Vorstellungen und Bedürfnisse des Patienten. „Wichtig ist die Botschaft: Psychoonkologische Begleitung ist mehr als Trost auf professioneller Ebene. Vielmehr können die einzelnen Methoden nachweislich das

körpereigene Schmerzhemmsystem stimulieren, zum Beispiel via Noradrenalin“, sagt Hutterer.

Krebspatientinnen und -patienten sind nicht nur durch Tumor- und/oder Behandlungsschmerzen belastet. So führen Narkosen, Chemo-, Immun-, Hormon- und Strahlentherapien oft zu Tumor-Fatigue oder zur Beeinträchtigung kognitiver Leistungen wie Konzentration, Kurzzeitgedächtnis oder Wortfindung. Reaktiv kommen häufig Angst-, Verlust- und Schuldgefühle hinzu. Symptome wie Niedergeschlagenheit, vermindertes Selbstwertgefühl, sozialer Rückzug und Schlafstörungen können auf eine Depression hinweisen. Hutterer: „All diese biopsychosozialen Belastungsfaktoren bewirken körperlichen und mentalen Dauerstress, der die Schmerzwahrnehmung und -bewertung – und damit auch die Behandlung und Lebensqualität – maßgeblich beeinflusst.“ »



#### **Auf den Punkt gebracht**

- Invasive Therapien gelten nicht mehr ausschließlich als Ultima ratio.
- Interdisziplinär-multimodale Schmerztherapie entsprechend dem biopsychosozialen Modell hat große Bedeutung.
- Psychoonkologische Begleitung stimuliert körpereigenes Schmerzhemmsystem.

» Besondere Patientengruppen, die häufig auch im niedergelassenen Bereich über längere Zeit behandelt werden, seien „Long-term Survivors“ mit anhaltenden Aus- beziehungsweise Nebenwirkungen und „Chronic-Cancer-Care-Patienten“: Zu wissen, dass der Krebs zwar medikamentös unter Kontrolle, nicht aber heilbar ist, halte die Angst vor Rezidiven, vor Therapieversagen oder vor wirtschaftlichen Folgen sowie die Sorge um Angehörige aufrecht und die Patienten damit in einem Dauerstresszustand. Psychologische und medikamentöse Methoden der Angstbewältigung, Entspannung, aber auch Bewegung und körperliches Training, spielten daher eine unverzichtbare Rolle in der Psychoonkologie.

### **Schmerz annehmbarer machen**

---

Basis jeglicher psychologischen Schmerztherapie ist es, die jeweils größten Belastungsfaktoren entsprechend dem biopsychosozialen Modell herauszufiltern: körperlich – etwa Schmerzen, eingeschränkte Mobilität; psychisch – zum Beispiel Angst, Hoffnungslosigkeit; sozial – etwa Einsamkeit, Ausgrenzung. Mittlerweile gewinnen auch Umweltfaktoren wie die Pandemie, politische Krisen oder Naturkatastrophen immer mehr an Bedeutung. Ein wichtiges Ziel ist es, den chronischen Schmerz auf kognitiver und emotionaler Ebene annehmbarer zu machen: etwa durch Atem- und Entspannungstechniken bis hin zur (Selbst-)Hypnose oder indem der Fokus vom Schmerz auf etwas anderes, Freudvolles gelenkt wird. „Ein spannender neuer Ansatz in der Schmerztherapie sind Virtual-Reality-gestützte Entspannungsmethoden, wie sie in der Psychiatrie schon länger angewandt werden“, berichtet der Neurologe. So werde etwa in aktuellen Beobachtungsstudien die Kombination von Neuro-/Biofeedback und Virtual Reality (VR) untersucht. „Es zeigt sich, dass Patienten VR-Effekte, wie wärmende Sonnenstrahlen oder das beruhigende Geräusch eines Baches, intensiver ‚erleben‘ und so Entspannungstechniken viel schneller erlernen als durch klassische Anleitung“, so Hutterer.

Darüber hinaus kommen bewährte psychotherapeutische Verfahren, unter anderem die kognitive Verhaltenstherapie, Familien- und Systemtherapie etc., zum Einsatz. Alle Methoden können aber nur dann eine Schmerzlinderung bewirken, wenn es gelingt, eine tragfähige Beziehung zu dem Krebspatienten aufzubauen und wenn individuelle Belastungen und Bedürfnisse berücksichtigt und Resilienzfaktoren erkannt und gestärkt werden. So stelle sich etwa bei Einschränkungen im Alltag die Frage: „Wenn etwas ‚so‘ nicht mehr möglich ist – welche Alternativen gibt es und was brauche ich, um sie zu realisieren?“, meint Hutterer abschließend. ☺