

# Neue Trends in der postoperativen Schmerztherapie



Prim. Univ.-Prof. Dr. Rudolf Likar

Jeder Patient hat nach einer Operation Anspruch auf eine adäquate Schmerztherapie. Die Qualität ist jedoch häufig fraglich. Regelmäßige Messungen der subjektiv empfundenen Schmerzstärke finden noch zu selten statt, obwohl dies eine unverzichtbare Voraussetzung für die individuell angepasste Therapie ist. Einer im Jahr 2004 durchgeführten IMAS-Umfrage im Auftrag der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG) zufolge, erhalten Patienten nur bei Bedarf und nicht in festen Zeitintervallen ein Analgetikum, oder es werden Schmerzmittel in zu geringen Dosen verabreicht. Lediglich ein Drittel der befragten Patienten gab an, nach großen operativen Eingriffen schmerzfrei zu sein. Eine präoperative Aufklärung über die Möglichkeiten einer postoperativen Schmerztherapie erhielten nur 48%.

Postoperative Schmerzen können unterschiedliche Ursachen haben: interventionsbezogene, etwa infolge der OP-Technik, oder aber patientenbezogene Ursachen, die in Zusammenhang mit vorbestehenden chronischen Schmerzen stehen können. In jedem Fall kommt dem effektiven Schmerzmanagement in der postoperativen Phase eine besondere Bedeutung zu: Schmerzen erhöhen die sympathomimetische Aktivität und bewirken auf diese Weise eine Steigerung der Herzfrequenz, des systolischen Blutdrucks und des myokardialen Sauerstoffverbrauchs.

Schmerzen nach Operationen haben eine Auswirkung auf die Chronifizierung. Perkins und Kehlet (Anesthesiology 2000) konnten in ihrer Arbeit zeigen, dass es nach Amputationen in

30–81% der Fälle zu Stumpf- und Phantomschmerzen, bei Thorakotomien in 47%, nach Eingriffen an der weiblichen Brust in 11–57%, an der Gallenblase in 3–56% und nach Operationen der Leistenhernien in 11% zu chronischen Schmerzen kommen kann.

## Schmerzmanagement beginnt perioperativ

Postoperative Schmerzen müssen jedoch gar nicht erst entstehen, wenn die Schmerzbehandlung bereits vor dem Eingriff geplant wird. Grundsätzlich soll prä- und intraoperativ mit einer Schmerztherapie begonnen werden, sei es durch Regionalanästhesie oder durch Verabreichung lang wirksamer Analgetika vor dem Ende der Narkose in einer Dosierung, die den zu erwartenden postoperativen Schmerz abfängt. Das vermindert den physischen und psychischen Stress für den Patienten. Auch sollte der Betroffene möglichst schon vor einem operativen Eingriff über die zu erwartenden Schmerzen und Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt werden. Das reduziert die Angst und somit auch die Schmerzen. Reicht das intraoperative Management nicht aus, kommt es darauf an, die auftretenden Schmerzen frühzeitig zu erkennen, um sie behandeln zu können. Eine exakte Schmerzmessung ermöglicht, die Dosierung der Schmerzmedikamente genau an die Bedürfnisse des Patienten anzupassen und Erfolg beziehungsweise Misserfolg der Maßnahmen zu erfassen.

### Fast-Track-Chirurgie

In diesem Zusammenhang hat die so genannte Fast-Track-Chirurgie zu einer

erheblichen Verbesserung für den Patienten beigetragen. Dieses aus Dänemark stammende Konzept funktioniert nach dem Motto: „Wenig Stress für den Körper bringt schnelle Erholung“. Nach langjährigen Erfahrungen ist bekannt, dass nicht nur Operationen selbst, sondern auch begleitende Maßnahmen Stressreaktionen auslösen, die eine Rekonvaleszenz erschweren. Genau hier setzt das Fast-Track-Konzept an, indem es auf eine optimale Vorbereitung und perioperative Behandlung von Patienten abzielt. Auch bei der Schmerzlinderung lassen sich Verbesserungen durch Fast-Track feststellen.

Eine adäquate und Opiat sparende Schmerztherapie kann am besten durch eine thorakale Periduralanästhesie erreicht werden. Die Vorteile der thorakalen Epiduralanästhesie gegenüber der systemischen Schmerzstillung liegen in der geringeren Sedierung, niedrigen pulmonalen Komplikationsraten, einer geringeren Inzidenz von Übelkeit, Erbrechen sowie einer weitgehend ungestörten Erhaltung der Darmmotilität. Für den Patienten bedeutet das: Er fühlt sich schneller fit. Allein die Tatsache, dass der Patient ab dem zweiten Tag normale Nahrung zu sich nehmen und frei umhergehen kann, fördert das Gefühl der Rekonvaleszenz und weckt den Wunsch nach frühzeitiger Entlassung. Weiters sollen in der postoperativen Schmerztherapie periphere Regionalanalgiesieverfahren forciert werden.

### Multimodales Konzept

Um eine Optimierung des postoperativen Managements zu erreichen, müssen

in erster Linie die organisatorischen Strukturen im Krankenhaus überdacht und verbessert werden. Postoperative Schmerztherapie besteht aus mehr als nur vielfach eingesetzten Analgetika in unterschiedlichen Kombinationen. Auch der postoperative Schmerz benötigt ein multimodales Konzept, in das Chirurgen, Anästhesisten und das Pflegepersonal eingebunden sind. Nach der Entlassung kommt aber auch dem betreuenden Hausarzt eine entscheidende Rolle zu. Die Schmerztherapie kann hier in den meisten Fällen mit nichtopioiden Analgetika, die bereits stationär verabreicht wurden, fortgeführt werden. Klagt der Patient über einen längeren Zeitraum über starke Schmerzen, stehen so gut wie immer operationsbedingte Komplikationen dahinter: Das kann eine Nachblutung oder auch eine Anastomoseninsuffizienz sein. Bei Verdacht auf eine postoperative Komplikation muss der Patient unverzüglich an die Spitalsambulanz verwiesen werden. Es geht aber nicht nur um gutes Schnittstellenmanagement zwischen Spital, Ambulanzen und niedergelassenem Bereich sondern auch um die Kooperation zwischen Haus- und Fachärzten.

### Postoperative Medikation

Als Basisedikation in der postoperativen Schmerztherapie hat sich Paracetamol gut etabliert. Nicht selten erfolgt die Schmerztherapie auch mit NSAR. Allerdings muss hier an die Thrombozytenhemmung sowie an den potenziell ungünstigen Einfluss dieser Substanzen auf die Nierenfunktion und das Risiko von gastrointestinalen Blutungen gedacht werden. Bei längerer

Anwendung sollte daher immer zusätzlich ein effektiver Magenschutz verabreicht werden.

Neue COX-2-Hemmer wie Parecoxib intravenös beeinflussen hingegen gezielt das COX-2-Enzym, das die Entzündung und den Schmerz verursacht. Da sie nicht auf die Thrombozytenaggregation wirken, verringern Coxibe insbesondere auch die Gefahr einer medikamentös bedingten postoperativen Blutung.

Als weitere Nichtopiatanalgetika kommt Metamizol bei viszeralen Schmerzen zur Anwendung. Eine weitere Option ist Paracetamol i.v. Bei mittelstarken Schmerzen kann als zusätzliche Bedarfsmedikation schnell wirksames Tramadol in Tropfenform verabreicht.

Bei starken Schmerzen ist die Kombination von Nichtopiatanalgetika und Opioiden zu empfehlen. Ist der Patient ausreichend wach und kooperativ, kann stationär das patientenkontrollierte intravenöse bzw. epidurale Schmerzmanagement (PCIA, PCEA) angewandt werden. Dabei bestimmt der Patient selbst, wann er die Bolusgaben eines Analgetikums erhält, und kann diese Applikation innerhalb bestimmter Grenzen selbst auslösen. Mit Oxycodon und Hydromorphon stehen uns in Österreich zwei weitere Opioide zur intravenösen Anwendung in der postoperativen Schmerztherapie zur Verfügung.

Die Schmerztherapie scheitert letzten Endes aber immer an der Organisation. Wir müssen die organisatorische Struktur verbessern: Es sollte ein Akutschmerzdienst für 24 Stunden zur Verfü-

gung stehen. Ein unbedingtes Muss ist die Schmerzmessung und die Dokumentation von Wirkung und Nebenwirkung der analgetischen Methoden sowie Implementierung von Algorithmen oder Guidelines.

Um eine Optimierung der postoperativen Schmerztherapie zu erwirken und die Organisation zu verbessern, bedarf es einer intensiven Zusammenarbeit zwischen den anästhesiologischen und den chirurgischen Abteilungen unter Einbeziehung aller beteiligten Fachdisziplinen.

Nur der gemeinsame Weg führt zum optimalen Benefit unserer Patienten.

*Prim. Univ.-Prof. Dr. Rudolf Likar  
Vorstand der Abteilung für  
Anästhesiologie und Intensivmedizin  
und Zentrum für Interdisziplinäre  
Schmerztherapie, Onkologie und  
Palliativmedizin  
A.ö. LKH Klagenfurt  
St. Veiter Straße 47, A-9020 Klagenfurt  
Tel.: +43/463/538-34 303  
Fax-Dw: - 34 309  
[rudolf.likar@lkh-klu.at](mailto:rudolf.likar@lkh-klu.at)*