

Schmerztherapie bei Interstitieller Zystitis (IC)

Priv.-Doz. Dr. Dipl. Psych. Ingrid Gralow, Münster
Schmerzambulanz und –Tagesklinik der Klinik und
Poliklinik für Anästhesiologie und operative
Intensivmedizin des Universitätsklinikums Münster



Priv.-Doz. Dr. Dipl. Psych. Ingrid Gralow

Einführung

Schmerzen gehören zu den charakteristischen klinischen Symptomen einer IC. Überwiegend werden Schmerzen i. B. des Unterbauches, der Blasen-, Genital-, und – vorwiegend bei Männern – Dammregion beklagt, mehr als die Hälfte der Betroffenen leiden unter dauerhaften stärksten Schmerzen. Schmerzen beeinträchtigen neben den anderen Symptomen wie gesteigerte Miktionsfrequenz und Harndrang entscheidend die Lebensqualität.

Des Weiteren werden psychische Beeinträchtigungen wie Erschöpfung, depressive Verstimmung oder Ängste, angegeben. Ebenso wie die Schmerzen können sie sich verselbständigen und müssen daher in der Therapie berücksichtigt werden.

Medikamentöse Schmerztherapie

Die Schmerzmittel lassen sich im Wesentlichen in Nichtopioide und Opioide einteilen.

Beispiele für Nichtopioide

Freiname	Einzeldosis (mg)	Dosierungsabstand (h)
Paracetamol	500-1000	4
Diclofenac	50–100	6-8
Ibuprofen	400- 800	6-8
Metamizol	500-1000	4

Leichtere Opioide sind z. B. Tramadol, Tilidin (mit Naloxon), stärkere Opioide sind Morphin, Oxycodon, Hydromorphon, Buprenorphin oder Fentanyl. Die beiden letzteren Substanzen sind als Pflastersysteme verfügbar. In der Langzeitbehandlung hat sich wie bei der Karzinomschmerztherapie eine regelmäßige Einnahme einer lang wirkenden Form, fest nach Zeitschema und nicht bei Bedarf als sinnvoll erwiesen. Die meisten der hier genannten Substanzen sind in einer Retardform verfügbar und müssen daher jeweils nur alle 8, 12 oder sogar nur alle 24 Stunden eingenommen werden. Die Pflastersysteme sind alle 3 Tage zu wechseln. Bei akuterem Schmerzschüben sollte zusätzlich eine kurz wirkende Form derselben Substanz eingenommen werden.

Die Schmerzintensität sollte maßgebend sein, ob die leichteren oder die hochpotenten Opioide zum Einsatz kommen.

Dosierung von Opioiden

Freiname	Einzel-dosis (mg)	Dosierungs-abstand (h)
Tilidin +Naloxon	50 - 100	4
Tilidin +Naloxon -Retard	50, 100, 150	12
Tramadol	50 - 100	4
Tramadol-Retard	100, 150, 200	12
Morphin-HCL	20 - 40	4
Morphinsulfat-Retard	10 - 200	8 - 12
Langzeit-Morphinsulfat	30, 60	24
Oxycodon	10, 20, 40	8 - 12
Hydromorphon	2 - 24	8 - 12
Fentanyl transdermal	25 – 125 µg/h	3 Tage
Buprenorphin		
• sublingual	0,2 - 0,4	6 – 8
• transdermal	µg/h: 35, 70	3 Tage

Zur Schmerzbehandlung bei IC existieren bisher keine Vergleichsstudien mit spezifischen Schmerzmitteln. Aber bei vergleichbaren Schmerzursachen wie z. B. bei Krebschmerzen, hat sich für die Praxis das erweiterte Stufenschema der WHO als sinnvoll erwiesen. Dieses Schema sieht vor, dass je nach Schmerzstärke nur Nichtopioidanalgetika (= Stufe I) oder diese in Kombination mit schwächeren (= Stufe II) oder stärkeren Opioiden (= Stufe III) eingenommen werden. Kotherapie sind in allen Stufen bei entsprechender Indikation einzusetzen.

		Stufe 2	Stufe 3
Stufe 1		Stufe 1 + "leichtere Opiode"	Stufe 1 + "stärkere Opiode"
Nichtopioid-Analgetika		Tramadol Tilidin + Naloxon	Morphin Oxycodon Hydromorphon Fentanyl Buprenorphin
Diclofenac Ibuprofen Paracetamol Metamizol			
+ Kotherapie		Antidepressiva (Gabapentin, Pregabalin)	

Als Komedikation werden insbesondere Antidepressiva empfohlen, die zu ihrer spezifischen Wirkung auch analgetischen Effekt haben. Für Amitriptylin, eines der älteren Antidepressiva, konnte diese analgetische Wirkung bisher in prospektiven, placebokontrollierten, randomisierten Studien signifikant für andere chronische Schmerzsyndrome gesichert werden. Vergleichbare analgetische Wirkung sollen Desipramin und Imipramin aufweisen. Leider existieren zur Behandlung der IC mit Antidepressiva nur klinische Verlaufsstudien ohne entsprechende Placebo- oder Kontrollbedingungen.

Stehen einschließende oder brennende Schmerzen im Vordergrund werden zunehmend neuere Substanzen wie Gabapentin oder Pregabalin, die sich bei Nervenschmerzen bewährt haben, eingesetzt. Eine Empfehlung als Standardmedikation kann aber bei bisher fehlenden Studien noch nicht gegeben werden.

Unterstützende nichtmedikamentöse Maßnahmen

Weitere Schmerztherapieverfahren wie transkutane Nervenstimulation oder Akupunktur können als nebenwirkungsfreie zusätzliche Therapien eingesetzt werden. Vorwiegend lassen sich dazu aber nur anekdotische Berichte oder klinische Verlaufsstudien in der Literatur finden, placebokontrollierte oder Vergleichsstudien stehen dagegen bisher noch aus.

Sind die zuvor erwähnten psychischen Befindlichkeitsstörungen von therapiebedürftigem Ausmaß, ist eine fachkompetente psychotherapeutische Behandlung empfehlenswert. Sie kann die Bewältigungsfähigkeit dieser chronischen Erkrankung entscheidend unterstützen.

Als **Fazit** bleibt festzuhalten, dass in der Behandlung der IC ein multifaktorieller Therapieansatz erforderlich ist, um den komplexen Entstehungsbedingungen der Erkrankung und ihren oft weitreichenden psychosozialen Folgeerscheinungen gerecht zu werden.

Einer systematischen Schmerztherapie kommt hierbei eine wichtige Aufgabe zu.

Eine Information des
ICA-Deutschland eV
Förderverein für Interstitielle Cystitis

Postanschrift:
Untere Burg 21
53881 Euskirchen

www.ica-ev.de