



Arthroseschmerz: Individuelle Therapieziele auf dem Prüfstand

Die Bestimmung des individuellen Behandlungsziels von Patienten ermöglicht den Ärzten, Unterschiede zwischen verschiedenen Therapiestrategien zu identifizieren, die für die Patienten bedeutsam sind. Das belegt eine Untersuchung von Ärzten der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie mit mehr als 300 Patienten.

In Deutschland klagen rund 20 Millionen Menschen zeitweilig über Arthroseschmerzen. Bei fünf Millionen ist der Gelenkverschleiß so weit fortgeschritten, dass ihre Schmerzen chronisch geworden sind. Da eine Arthrose nicht geheilt werden kann, steht die Linderung von Schmerz und Entzündung im Mittelpunkt der Therapie. Sie schafft die Voraussetzung für die nötige Physiotherapie, um das Fortschreiten der Erkrankung zu stoppen.

Im Rahmen einer Studie überprüften Ärzte der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie, ob das individuelle Behandlungsziel bei der Behandlung von Gelenkerkrankungen ein sinnvolles und praktikables Instrument darstellt. „Wir wollten herausfinden“, erklärt Dr. Michael Überall, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie e.V. und Leiter des Instituts für Neurowissenschaften, Algesiologie und Pädiatrie in Nürnberg, „ob das individuelle Behandlungsziel die persönlichen Bedürfnisse der Patienten besser abbildet als standardisierte Behandlungsziele.“ (Dabei handelt es sich beispielsweise um eine Schmerzreduktion um 50 Prozent.)

An der Untersuchung wirkten 54 niedergelassene Schmerztherapeuten und knapp 400 Patienten mit. Von 335 Patienten konnten die Daten ausgewertet werden. Die Ärzte dokumentierten die Therapie, die Patienten beantworteten Fragen zur aktuellen Schmerzintensität vor dem Behandlungsbeginn, gaben ihr individuelles Behandlungsziel an sowie den Verlauf der Schmerzintensität binnen 48 Stunden nach dem Beginn der Therapie.

Die Ärzte behandelten die Patienten entweder mit den Nichtsteroidalen Antirheumatika Diclofenac oder Ibuprofen oder dem COX-2-Hemmer Valdecoxib. 46 Prozent der Patienten erhielten Valdecoxib, 31 Prozent Diclofenac und 21 Prozent Ibuprofen.

Unmittelbar vor Beginn der Therapie lag die Schmerzintensität der Patienten im Schnitt bei 73,5, gemessen mit Hilfe der visuellen Analogskala. Diese reicht von

PRESSESTELLE: Barbara Ritzert · ProScience Communications · Andechser Weg 17
82343 Pöcking · Fon 08157/9397-0 · Fax 08157/9397-97 · ritzert@proscience-com.de

GESCHÄFTSSTELLE: Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e.V. · Adenauerallee 18
61440 Oberursel · Fon: 06171-286020 · Fax: 06171-286022 · www.dgshmerztherapie.de

0 (= kein Schmerz) bis 100 (der stärkste vorstellbare Schmerz). Das durchschnittliche individuelle Behandlungsziel lag bei 22,8 auf der Analogskala.

STANDARD ERREICHT, NICHT DAS INDIVIDUELLE ZIEL. Zwei Stunden nach Behandlungsbeginn hatte die Hälfte der Patienten das standardisierte Therapieziel erreicht, jedoch nicht ihr individuelles Behandlungsziel. Soweit waren bis dahin nur 15,8 Prozent der Patienten gekommen.

PRÄPARATE VERHELFE UNTERSCHIEDLICH SCHNELL ZUM ZIEL. Die Ärzte fanden auch heraus, dass die Präparate den Patienten unterschiedlich schnell dabei helfen, ihre individuellen Behandlungsziele zu erreichen. Innerhalb von vier Stunden erreichen mehr als 50 Prozent der Patienten, die das Coxib einnahmen, ihr individuelles Behandlungsziel. Bei den NSAR-behandelten Patienten geben dies zu diesem Zeitpunkt nur 31 Prozent (Ibuprofen) bzw. 39 Prozent (Diclofenac) an. Und während der Anteil der Patienten, die ihr Therapieziel erreichen, in der Gruppe, die mit Valdecoxib behandelt wurde, in den nächsten Stunden weiter ansteigt, fällt der Anteil in den NSAR-Gruppen zunächst ab. „Dies hat pharmakokinetische Gründe“, erklärt Überall. Erst nach 48 Stunden, also zwei Tage nach Behandlungsbeginn, haben in allen drei Therapiegruppen 70 Prozent der Patienten ihr individuelles Behandlungsziel erreicht.

WIRKUNGSVOLLES INSTRUMENT. „Die Bestimmung des individuellen Behandlungsziels ermöglicht es, die Wirksamkeit einer Schmerztherapie sehr viel differenzierter zu untersuchen als die Überprüfung standardisierter Therapieziele“, folgert Überall aus den Untersuchungen. Das individuelle Behandlungsziel ist damit nicht nur ein wichtiges Instrument für die Behandlung von Patienten in der ärztlichen Praxis, sondern kommt auch für eine Anwendung bei klinischen Studien infrage. „Das individuelle Behandlungsziel schließt eine seit Jahrzehnten bestehende Lücke zwischen Forschung und klinischem Alltag und ist dazu geeignet, bislang unbekannte Unterschiede zwischen scheinbar gleichwertigen Medikamenten zu entdecken“, betont der Nürnberger Schmerzexperte. Diese möglicherweise vorhandenen, aber bislang nicht erfassten Unterschiede könnten erklären, warum Medikamente, die in klinischen Studien als vergleichbar erscheinen, in der Praxis sehr wohl unterschiedliche Wirkungen zeigen können.