

Dr.med. Jens Papke,
Facharzt für Innere Medizin/Medikamentöse Tumorthherapie/Palliativmedizin
Praxis und Tagesklinik, Rosa-Luxemburg-Strasse 6, 01844 Neustadt/Sachsen
Telefon 03596-58530, Fax 03596-585349, email: mail@drpapke.de

Schmerz als multifaktorielles Phänomen verlangt eine multidimensionale Therapie.

Ziel der palliativen Therapie in der Onkologie ist die Kontrolle von Symptomen und damit die Erhaltung und Besserung von Lebensqualität. In diesem Zusammenhang spielt die Beeinflussung von Schmerzen eine dominierende Rolle. Die primäre Analgetikatherapie wird in der medizinischen Onkologie ergänzt durch begleitende konservativ-medikamentöse Therapieansätze mit tumorspezifischer und tumorunspezifischer Ausrichtung, die vorhandene tumorbedingte Schmerzen effizient beeinflussen können.

Durch eine tumorreduktive Therapie mit Zytostatika oder Autoantikörpern gelingt eine relevante Schmerzbeeinflussung. Chemotherapie mit Mitoxantron führt beim Prostatakarzinom zum Rückgang von Schmerz und Einsparung von Analgetika [1]. Auch für den Einsatz von Gemcitabine beim fortgeschrittenen Pankreaskarzinom wurde ein guter schmerzkontrollierender Effekt gezeigt (23,8 % vs. 4,8 % für 5-Fluorouracil) [2]. Auch schmerzbeeinflussende Effekte von tumorunspezifischen onkologischen Therapien wie die Gabe von Bisphosphonaten sind gesichert; beispielsweise erreicht die Gabe von Zoledronsäure beim ossär metastasierten Mammakarzinom eine Reduktion des pain score und der Schmerzlokalisationen [3]. Ferner wirkt sich auch die Beeinflussung von fatigueassoziierten Symptomen durch die Anwendung von Wachstumsfaktoren positiv auf die Schmerzperzeption aus [4, 5]. Die Grenzen zur tumortheriebegleitenden Supportivbehandlung sind fließend.

Letztlich bedarf eine suffiziente palliative Patientenversorgung onkologischer Patienten einerseits sowohl schmerztherapeutischer Kompetenz des Onkologen wie auch zum anderen onkologischer Erfahrung des Schmerztherapeuten. Gute Palliativversorgung ist stets interdisziplinär und verlangt gemeinsames Engagement für die sich uns anvertrauenden Kranken.

[1] Tannock et al., J Clin Oncol 1996; 14: 1756-64

[2] Burris et al., J Clin Oncol 1997; 15 : 2403-13

[3] Clemons et al., J Clin Oncol 2006; 30 : 4895-4900

[4] Gabrilove et al., Cancer 2007; 110: 1629-40

[5] Vadhan-Raj et al., J Support Oncol 2003; 1: 131-8