

Ärzte Zeitung online, 17.01.2018 09:04

Klassische Symptome oft im Hintergrund

Polyneuropathie? "Bleiben Sie wachsam!"

Alles, was die peripheren Nerven leicht stimuliert, ist günstig für Polyneuropathie-Patienten. Die medikamentösen Optionen richten sich nach der Grunderkrankung und vorhandenen Organschäden.

Von Thomas Meißner



Neuropathische Schmerzen treten nicht immer beidseitig auf. Manchmal ist nur ein Bein betroffen.

© Visionär / Fotolia

Ärzte Zeitung: *Herr Dr. Cegla, warum ist es manchmal so schwer, eine Polyneuropathie zu erkennen?*

Dr. Thomas Cegla: Weil die klassischen Neuropathie-Symptome für die Patienten oft nicht im Vordergrund stehen. Die Missempfindungen sowie Schmerzen anderer Ursache ergeben ein klinisches Mischbild. Gar nicht so selten ist zum Beispiel die Kombination aus spinaler Stenose und Polyneuropathie. Aus der spinalen Stenose ergibt sich ein belastungsabhängiger Schmerz.

Die aus der Polyneuropathie resultierenden Missempfindungen oder neuropathischen Schmerzen fallen erst dann besonders auf, wenn der andere Schmerz diese nicht überdeckt. Neuropathische Symptome müssen übrigens nicht immer gleichseitig auftreten: Manchmal ist ein Bein allein oder stärker betroffen als das andere.

Dr. Thomas Cegla

Was lässt sich therapeutisch machen, abgesehen von der Behandlung der Grunderkrankung?

Polyneuropathie-Patienten wissen oft selbst bereits, was ihnen guttut. Sie reiben sich zum Beispiel die Füße mit Cremes oder Salben ein. Deren Zusammensetzung ist zweitrangig. Es ist die Berührung, die manche Patienten als angenehm empfinden. Prinzipiell ist alles geeignet, was eine gewisse Stimulation der Nerven hervorruft, etwa ein ergotherapeutischer Behandlungsansatz.

Ich empfehle immer auch Wechselbäder, die die Durchblutung anregen, wenngleich das nicht evidenzbasiert ist. Außerdem arbeite ich auch mit transkutaner elektrischer Nervenstimulation (TENS). Dafür gibt es entsprechende Socken, die einfach übergestreift werden. Bei starken Taubheitsgefühlen empfehle ich ein Gangtraining. Nicht jeder Patient braucht also gleich Medikamente.



© privat

Zur medikamentösen Therapie werden drei Substanzklassen empfohlen...

Richtig, die Antidepressiva, die Antikonvulsiva sowie die Opiate. Entzündungshemmer bringen nichts, sondern schaden eher – das sollten wir den Patienten mitteilen, die sich diese Mittel sonst unter Umständen in der Apotheke kaufen.

Die Krux aller genannten Substanzklassen ist, dass man um die drei Wochen braucht, um festzustellen, ob eine Wirkung da ist oder nicht. Das muss dem Patienten gut kommuniziert werden.



Wann ich welche Medikamente einsetze, hängt von den identifizierten Ursachen der Polyneuropathie und den Begleiterkrankungen ab. Bei jemandem, der Schlafstörungen hat, der depressiv verstimmt ist, würde man mit einem Antidepressivum wie Amitriptylin beginnen. Die verwendeten Dosierungen liegen unter jener für die antidepressive Therapie. Die abendliche Gabe nutzt die schlafanstoßende Nebenwirkung aus. Nach niedrigdosiertem Einstieg würde man die Dosis allmählich etwas erhöhen. Wenn Schlafstörungen nicht im Vordergrund stehen, kann man auch mit Citalopram arbeiten.

Bei älteren Menschen sind Herzrhythmusstörungen und QT-Zeitverlängerungen nicht selten, eine potenzielle Nebenwirkung gerade der klassischen Antidepressiva.

In diesem Falle würde ich zum Beispiel Pregabalin einsetzen, das ebenfalls eine schlaffördernde Wirkung hat. Dieses hat den Vorteil, dass es zusätzlich anxiolytisch wirkt. Gabapentin ist ebenfalls geeignet, allerdings müssen vergleichsweise viele Tabletten

geschluckt werden, und man braucht etwas länger, bis die Zieldosis erreicht wird.

Für alle Substanzgruppen gilt: Es treten in der Regel erst die unerwünschten Wirkungen auf, dann die erwünschten. Deshalb ist es so wichtig, niedrig dosiert zu starten. So hat der Patient die Chance, dieses Therapieintervall durchzustehen, um dann sagen zu können, ob die Behandlung etwas gebracht hat. Der Verlauf sollte mithilfe einer Schmerzskala dokumentiert werden.

Wann werden Opiate bei Polyneuropathie eingesetzt?

In Abhängigkeit von den Begleiterkrankungen und bestehenden Organschäden. Bei Patienten mit Schmerzen aus dem Bewegungsapparat oder bei Vorliegen einer spinalen Stenose ist ein starkes Analgetikum angezeigt. Die Nierenfunktion ist zu beachten. Obstipationen lassen sich von vornherein vermeiden, wenn zusätzlich Adjuvantien oder Kombipräparate wie Tilidin/Naloxon oder Oxycodon/ Naloxon verordnet werden.

Gibt es topische Behandlungsoptionen?

Das Lokalanästhetikum Lidocain gibt es als Gel und hilft manchen Patienten mit Polyneuropathie, ist dafür aber nicht zugelassen. Eine Capsaicin-Tinktur ist unpraktikabel und wirkt nur kurzfristig. Anders Capsaicin-Pflaster: 40 bis 50 Prozent der Patienten mit Polyneuropathie profitieren davon. Das Pflaster wird eine halbe Stunde auf das Areal mit neuropathischen Beschwerden geklebt. Das typische Brennen verspüren Patienten oft nicht besonders stark, nur wenige fordern eine Bedarfsmedikation an. Nach Entfernung des Pflasters muss die Haut gekühlt und gepflegt werden.

Die Wirkung hält bis zu drei Monate an, manchmal auch länger. Lässt sie nach, ist es möglich, die Behandlung zu wiederholen. Allerdings ist sie für die Hausarztpraxis eher zu aufwändig. Ich empfehle, solche Patienten in ein schmerztherapeutisches Zentrum zu überweisen.

Und wenn das alles nicht hilft?

Die Ultima Ratio sind Katheterverfahren und Methoden der Neuromodulation, die ebenfalls in schmerztherapeutischen Zentren angeboten werden. Ein prinzipieller Vorteil dieser Zentren ist die dort angebotene Methodenvielfalt, weil dort Fachärzte mehrerer Fachrichtungen zusammenarbeiten.

Gibt es prophylaktische Optionen, etwa für Diabetes- oder manche Krebspatienten?

Es gibt keine Nachweise für effektive medikamentöse Prophylaxemaßnahmen. Wichtig ist es, dass die Patienten in Bewegung bleiben und dass die Grunderkrankung gut behandelt wird. Ansonsten heißt es: Wachsam sein, um frühzeitig intervenieren zu können!

Dr. Thomas Cegla

Aktuelle Position: Schmerzmediziner

2010-2017 Ärztlicher Direktor, Krankenhaus St. Josef Wuppertal

2009 bis 2012 Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie

2004 Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie,
Krankenhaus St. Josef Wuppertal

2000 leitender Oberarzt, Herzzentrum Kaiser-Wilhelm Krankenhaus Duisburg Meiderich

1987-1993 Weiterbildung Anästhesiologie und Intensivmedizin in Duisburg und Dinslaken

1980-1986 Medizinstudium in Essen und Cincinnati

Lesen Sie dazu auch:

[Polyneuropathie: Die Ursache des Nerven-Syndroms bleibt oft ungeklärt](#)

[Interview mit Kopfschmerzspezialistin: "Migräne kann man nicht davonlaufen"](#)

Copyright © 1997-2018 by Springer Medizin Verlag GmbH