

# Springer Journal

# SCHMERZ NACHRICHTEN

Zeitschrift der Österreichischen Schmerzgesellschaft

**Peripherer neuropathischer  
Schmerz in der Praxis**

ÖSTERREICHISCHE SCHMERZGESELLSCHAFT

ÖSG

## Diagnose, Therapie und Management

## Peripherer neuropathischer Schmerz in der Praxis

*Die Ursachen peripherer neuropathischer Schmerzen sind vielfältig. Zur Diagnose sind eine genaue Anamnese und körperliche Untersuchung unerlässlich. Diese bildet wiederum die Grundlage für eine erfolgreiche Behandlung entsprechend der aktuellen Leitlinien. Um systemisch wirkende Medikamente einzusparen oder sogar ganz darauf zu verzichten, sollten lokale Therapieoptionen, wann immer möglich, in die Behandlung integriert werden [7].*

Polyneuropathien (PNP) sind ein weitverbreitetes Krankheitsbild mit denen sowohl Ärzt:innen im klinisch ambulanten als auch im niedergelassenen Bereich regelmäßig in Kontakt kommen. Schätzungen zufolge sind etwa 2–3% der Gesamtbevölkerung, 8% der über 55-Jährigen und 24% der über 65-Jährigen betroffen [1]. „Das heißt nicht, dass jede PNP auch symptomatisch ist. Sie ist jedoch präsent und klinisch relevant, da sie häufig neuropathische Schmerzen verursacht. Neuropathische Schmerzen kommen bei bis zu 10% der europäischen Gesamtbevölkerung vor“, sagt Dr. Corinne Horlings, PhD, Fachärztin für Neurologie, Medizinische Universität Innsbruck. Ursächlich ist eine Dysfunktion des schmerzmodulierenden somatosensorischen Systems [2]. Nervenläsionen bei PNP sprechen deshalb auf übliche Standardanalgetika wie Paracetamol und NSAR nicht an [3]. Es ist daher wichtig, neuropathische Schmerzen frühzeitig als solche zu erkennen und die richtige Therapie einzuleiten, bevor die Beschwerden chronifizieren.

#### Diagnostisches Vorgehen aus Sicht der Neurologie

Die klinische Diagnose einer PNP beruht auf der Anamnese und Beschwerdeschilderung sowie dem klinischen Befund [4]. „Dafür benötigen wir zuallererst ein Gespräch mit unseren Patient:innen, damit wir wissen, wie der bisherige Verlauf ist und was für Sympto-

me vorliegen“, betont Dr. Horlings. Die Krankheitsgeschichte ist diagnostisch richtungsweisend. So entwickelt sich ein Guillain-Barré-Syndrom meist innerhalb weniger Tage, chronisch-inflammatorische demyelinisierende Polyneuropathien innerhalb weniger Wochen, während hereditäre motorische und sensible Polyneuropathien oft seit Monaten bis Jahren bestehen, bevor Patient:innen vorstellig werden. Die Suche nach sensiblen, motorischen, autonomen oder trophischen Störungen erlaubt Aussagen darüber, welcher Nervenfasertyp betroffen ist. Für ein allgemeines Screening stehen mit dem PainDetect- oder dem DN4-Fragebogen downloadbare Tools zur Verfügung, die dabei helfen die Wahrscheinlichkeit für neuropathische Schmerzen abzuschätzen [5, 6].

„In der sich anschließenden klinisch-neurologischen Untersuchung sind wir Neurolog:innen immer auf der Suche nach einer plausiblen neuroanatomischen Verteilung der Beschwerden. Das heißt, dass wir zum einen die verschiedenen Modalitäten testen wollen, wie Vibration, Reflexe und Kraft, andererseits versuchen wir die geschilderten Symptome neuroanatomisch zu erklären“, erklärt Dr. Horlings die weitere Vorgehensweise. Speziell bei der PNP spielt das Verteilungsmuster eine wesentliche Rolle, weil es Hinweise für etwaige Differenzialdiagnosen liefert [4]. Am häufigsten wird ein distalsymmetrischer Verteilungstyp be-

obachtet, der für gewöhnlich an den Beinen beginnt und einen neuronal-axonalen längenabhängigen Krankheitsprozess als Ursache hat (v.a. bei Diabetes). Ein proximal-asymmetrisches Muster spricht eher für eine Plexopathie, wohingegen bei multiplex Typen gleichzeitig oder zeitlich versetzt mehrere Nervenstämme beteiligt sind, was zu einem asymmetrischen Krankheitsbild führt [4].

Um der Pathophysiologie auf den Grund zu gehen und zu messen, ob lediglich sensible oder auch motorische Nerven betroffen sind, greifen Neurolog:innen auf die Elektroneurographie zurück. Axonale PNP zeigen hier eine gleichmäßige Reduktion der Amplituden der motorischen Summenaktionspotenziale bei distaler und proximaler Stimulation [4]. Verlangsamte Nervenleitgeschwindigkeit und Leitungsblöcke sind demgegenüber typisch für demyelinisierende Neuropathien [4]. Unauffällige Neurographie, etwa bei Small Fiber Neuropathien, weil eine objektivierbare direkte Messung der kleinkalibrigen Nervenfasern nicht möglich ist, machen eine quantitativ sensorische Testung (QST) und/oder eine Hautbiopsie notwendig [4]. Das Vorhandensein von Schmerzen, ohne Nachweis einer Läsion oder einer zugrundeliegenden Erkrankung, die das somatosensorische System schädigen kann, reicht für die Diagnosestellung nicht aus.



© ZorjinBeed

Dr. Corinne Horlings, PhD; Innsbruck



© Foto Schmidlecker

Dr. Gabriele Graggober, MSc; St. Pölten

Quelle: 29. Kongress der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG); Symposium IV: Peripherer neuropathischer Schmerz: Diagnose – Therapie – Management in der Praxis, 12. Mai 2023, Villach (hybrid).

Mit freundlicher Unterstützung von Grüenthal

Entgeltliche Einschaltung

Fachkurzinformation siehe Rückseite

© Springer Medizin Wien

 Springer Medizin

## Lokale Therapieoptionen berücksichtigen

Die medikamentöse Behandlung gestaltet sich trotz korrekter Diagnose schwierig und verläuft für Ärzt:innen wie Patient:innen aufgrund der vielfach nötigen Umstellungen, Dosisanpassungen, Nebenwirkungen systemischer Therapien und damit verbundener Non-Adhärenz oft frustrierend. „Wir brauchen individuelle, mechanismenbasierte Therapiekonzepte. Mit der topischen Therapie haben wir die Aussicht nebenwirkungsarm zu behandeln und im Fall einer Kombinationstherapie systemische Medikamente einzusparen“, so Dr. Gabriele Graggobler, MSc, Fachärztin für Anästhesie und Intensivmedizin am Universitätsklinikum St. Pölten. Zu diesem Schluss kommt auch die aktuelle S2k-Leitlinie „Diagnose und nicht-interventionelle Therapie neuropathischer Schmerzen“ [7]. Sie empfiehlt Lidocain 5%- und Capsaicin 8%-Pflaster bei lokalisiertem Schmerz und fokalen Nervenläsionen angesichts guter Wirksamkeit und Verträglichkeit als First-Line-Medikamente bevorzugt einzusetzen [7].

## 5%iges Lidocain-Pflaster (Versatis®)

Der Mechanismus von Versatis® beruht höchstwahrscheinlich auf einer Herunterregulierung der Natriumionenkanaldichte, was eine Stabilisierung der neuronalen Zellmembran bewirkt [8]. Bei längerer Anwendung wurde zudem eine Reduktion der epidermalen Nervenfaserdichte beschrieben [9]. Jedes Pflaster enthält 700 mg (5%-w/w) Lidocain und wird für zwölf Stunden auf eine unverletzte, trockene, nicht irritierte Hautfläche geklebt (nach Abheilen der Herpes-Zoster-Läsionen).

Anschließend folgt ein pflasterfreies Intervall von mindestens zwölf Stunden [8].

Die Pflaster können je nach Bedarf beliebig zugeschnitten werden. In Anbetracht der niedrigen systemischen Resorptionsrate sind keine zentralen Nebenwirkungen und Interaktionen zu erwarten. Versatis® ist bei bekannter Überempfindlichkeit gegen Lidocain oder andere Lokalanästhetika vom Amidtyp wie Bupivacain, Mepivacain und Prilocain kontraindiziert [8]. Das Präparat befindet sich zurzeit in der No-Box, eine Erstattung wird im niedergelassenen Bereich vom Chefarzt in Einzelfällen gewährt. Die Zulassung beschränkt sich auf die Indikation Post-Zoster-Neuralgie [8].

## 8%iges Capsaicin-Pflaster (Qutenza®)

Qutenza® ist in Österreich als Formulierung mit 179 mg (8%-w/w) Capsaicin erhältlich und zur Behandlung peripherer neuropathischer Schmerzen bei erwachsenen Patient:innen indiziert [10]. Das Pflaster wird für höchstens 60 Minuten auf die schmerzhafte Körperstelle geklebt. Die Therapie kann im Normalfall alle 90 Tage wiederholt werden – nur nach sorgfältiger Beurteilung kann das Intervall auf 60 Tage gekürzt werden. Capsaicin wirkt als Agonist am TRPV1-Rezeptorkanal. Die Überstimulierung von TRPV1 bedingt nach anfänglicher Aktivierung eine bleibende Desensibilisierung. Die daraus resultierende Degeneration und Reduktion der Dichte der freien Enden von afferenten C- und A $\delta$ -Fasern hat eine reversible Defunktionalisierung mit drei- bis fünfmonatiger Schmerzreduktion zur Folge [10].

Eine Subgruppenanalyse der QUEPP-Studie zeigt, dass die Erkrankungsdauer einen deutlichen

Einfluss auf den Therapieerfolg mit Capsaicin hat: Je kürzer die Dauer des vorbestehenden Schmerzes, desto besser das Ansprechen [11]. „Mittlerweile gibt es neue Daten, wonach eine wiederholte Anwendung des Pflasters die Nervenregeneration fördern könnte“, kommentiert Dr. Graggobler die Arbeit von Anand et al., die das therapeutische Potenzial des 8%igen Capsaicin-Pflasters bei Patient:innen mit schmerzhafter Chemotherapie-induzierter peripherer Neuropathie untersuchten [12].

Die Verordnung von Qutenza® im niedergelassenen Bereich ist an das Schmerzdiplom der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG) gebunden. Des Weiteren übernehmen die Krankenkassen eine Erstattung der Kosten nur bei einem Nichtansprechen auf Therapiealternativen aus dem grünen Bereich.

## Systemische Therapieoptionen

Im Gegensatz zur topischen gab es in der systemischen Behandlung schon länger keine therapeutischen Innovationen. Bei diffusen neuropathischen Schmerzen gelten nach wie vor Pregabalin und Gabapentin als Mittel der ersten Wahl [7]. Gabapentinoide vermitteln ihre Wirkung, indem sie Calciumkanäle blockieren und die neuronale Erregungsübertragung senken. Tri- sowie tetrazyklische Antidepressiva werden in der S2k-Leitlinie als Alternativen genannt, genauso wie der selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer Duloxetine, dessen Zulassung sich allerdings auf die Behandlung der diabetischen Polyneuropathie beschränkt [7]. Opioiden sind Drittlinienmedikamente, Carbamazepin ausschließlich für die Trigeminusneuralgie interessant [7]. Neu ist

die Empfehlung der revidierten DGS-Praxisleitlinie „Cannabis in der Schmerzmedizin“ für den Einsatz von Dronabinol als Add-on, wenn Standardtherapien ausgeschöpft oder unverträglich sind [13]. Hiervon dürften insbesondere multimorbide geriatrische Patient:innen profitieren [14].

## Fazit

Neuropathische Schmerzen müssen frühzeitig diagnostiziert und adäquat behandelt werden, um eine Chronifizierung zu verhindern. Es gibt keine Prädiktoren für die Wirksamkeit der einzelnen Substanzen. Wenn möglich sollte immer eine kausale und, bei lokalisierten Schmerzen, topische Therapie bevorzugt werden. Auf diese Weise lässt sich auch die erforderliche Dosis der systemischen Medikation reduzieren.

Bericht: Mag.  
Christopher Waxenegger

## Literatur

- Levine TD (2013) Saperstein DS. *Neurol Clin* 31(2): 363–376
- Szok D et al (2019) *Behav Neurol* 2019: 8685954
- Binder A, Baron R (2016) *Dtsch Arztebl Int* 113(37): 616–625
- Heuß D et al (2019) S1-Leitlinie
- Freyhagen R et al (2006) *Curr Med Res Opin* 22(10): 1911–1920
- Bouhassira D et al (2005) *Pain* 114(1–2): 29–36
- Schlereth T et al (2019) S2k-Leitlinie
- Fachinformation Versatis®. Aktueller Stand
- Wehrfritz A et al (2011) *Eur J Pain* 15(9): 907–912
- Fachinformation Qutenza®. Aktueller Stand.
- Maihöfner CG, Heskamp ML (2014) *Eur J Pain* 18(5): 671–679
- Anand P et al (2019) *J Pain Res* 12: 2039–2052
- DGS-Praxisleitlinie; 2022. Abrufbar unter: <https://dgs-praxisleitlinien.de/cannabis/>
- Wendelmuth C et al (2019) *Schmerz* 33(5): 384–391

# QUTENZA®

## LOKALE ANWENDUNG. LOKALE WIRKUNG.<sup>1</sup>

Topische Therapie mit breiter  
Zulassung bei allen peripheren  
neuropathischen Schmerzätiologien

- Schneller Wirkeintritt<sup>2\*</sup> & langanhaltende Schmerzlinderung<sup>3</sup>
- Gute Verträglichkeit<sup>2</sup>
- Bei lokalisierten peripheren neuropathischen Schmerzen ist der primäre Einsatz zu erwägen<sup>4</sup>
- Möglichkeit der Krankheitsmodifikation durch Nervenregeneration<sup>5,6</sup>



Weitere Infos:  
[www.gruenthalhealth.at](http://www.gruenthalhealth.at)

**Qutenza®**  
Capsaicin 179 mg kutanes Pflaster

1. Fachinformation Qutenza®, Stand Mai 2023. | 2. Haanpää M et al., Eur J Pain. 2016;20(2):316–328. | 3. Mou J. et al., Clin J Pain. 2014;30:286–94. | 4. Schlereth T, et al. Diagnose und nicht interventionelle Therapie neuropathischer Schmerzen; S2k-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie; Leitlinie für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. <https://www.dgn.org/leitlinien>. 2019. | 5. Anand P, et al. J Pain Res. 2019;12:2039–52. | 6. Anand P, et al. Front Neurol 2021;12:722875 | \*im Vergleich zu Pregabalin

**Qutenza® 179 mg kutanes Pflaster: Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jedes kutane Pflaster mit einer Fläche von 280 cm<sup>2</sup> enthält: Wirkstoff: 179 mg Capsaicin entsprechend 640 Mikrogramm Capsaicin pro cm<sup>2</sup> Pflaster. **Sonstige Bestandteile – Pflaster:** Matrix: Silikonklebstoffe, Diethylenglycolmonoethylether (Ph.Eur.), Dimeticon 12500 cSt, Ethylcellulose N50 (E462); **Trägerschicht:** Poly(ethylenterephthalat) (PET)-Film, Drucktinte mit Pigmentweiß 6; **Abziehbare Schutzfolie:** Polyesterfilm, Fluorpolymer beschichtet; **sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung – Reinigungsgel:** Butylhydroxyanisol (Ph.Eur.) (E320) (0,2 mg/g) **sonstige Bestandteile – Reinigungsgel:** Macrogol 300, Carbomer 1382, Gereinigtes Wasser, Natriumhydroxid (E524), Natriumedetat (Ph.Eur.). **Anwendungsgebiete:** Behandlung von peripheren neuropathischen Schmerzen bei Erwachsenen. Qutenza kann als Monotherapie oder in Kombination mit anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Schmerzen angewendet werden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Warnhinweise:** Reinigungsgel enthält: Butylhydroxyanisol. Vor Anwendung Packungsbeilage beachten. Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Lokalanästhetika, andere Lokalanästhetika, ATC-Code: N018X04 **Verschreibungspflichtig/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Informationen zu Besonderen Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. Inhaber der Zulassung:** Grünenthal GmbH, Zieglerstr. 6, 52078 Aachen. **Stand der Information:** Mai 2023.

**RESPONSIBLE  
USAGE**  
[opioid-info.com](http://opioid-info.com)

