

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Der geriatrische Patient aus Sicht
der Anästhesie, Intensivmedizin und
Schmerztherapie**

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2017; 24 (Sonderheft

3) (Ausgabe für Österreich), 13-14

Homepage:

www.kup.at/urologie

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Indexed in Scopus

Member of the



www.kup.at/urologie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

**Erschaffen Sie sich Ihre
ertragreiche grüne Oase in
Ihrem Zuhause oder in Ihrer
Praxis**

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,
Kräuter und auch Ihr Gemüse
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz
ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Der geriatrische Patient aus Sicht der Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

Zusammengefasst von Dr. Claudia Uhlir

Aufgrund physiologischer Leistungseinbußen ist bei alten Menschen mit einer erhöhten Rate an Medikamenten-neben- und -wechselwirkungen zu rechnen. Das gilt auch für die meisten in der Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie eingesetzten Substanzen.

■ Schmerztherapie

Nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR)

NSAR sind in der Behandlung akuter Schmerzen oft unverzichtbar, aber aufgrund ihres Nebenwirkungsspektrums (Magen, Darm, Niere) nicht unproblematisch. Zu bedenken ist auch der blutdrucksteigernde Effekt in der Langzeittherapie.

Ibuprofen und Diclofenac haben gastrointestinal das geringste Nebenwirkungspotenzial aller NSAR [1–3]. Zu beachten ist das unterschiedliche Risikoprofil verschiedener NSAR. So weist Naproxen beispielsweise ein hohes Risiko für Magenblutungen auf, hat aber keine schweren kardialen bzw. vaskulären Nebenwirkungen.

Für die Substanzwahl ist auch die Schmerzursache entscheidend. So wirkt Acetylsalicylsäure (ASS) gleichermaßen abschwellend und analgetisch, Ibuprofen und Naproxen wirken vorwiegend analgetisch und Meloxicam und Indometacin eher antiphlogistisch.

Zu beachten ist, dass NSAR in Kombination mit Antikoagulantien das Risiko für Gerinnungsstörungen erhöhen. Daher sollten NSAR mit kurzer Halbwertszeit bevorzugt werden

Nach einem Vortrag von Univ.-Prof. Dr. Wilfried Ilias, MSc, Kompetenzzentrum Schmerztherapie, Wiener Privatklinik, Wien

(z. B. Ibuprofen, Diclofenac, Lornoxicam) [4]. Bei Patienten mit Gerinnungsstörungen hat sich auch Parecoxib bewährt.

Opioide

Opioide haben ein vergleichsweise günstiges Nebenwirkungsspektrum. Mit Ausnahme von Buprenorphin werden alle Opioide bei älteren Patienten verzögert inaktiviert und eliminiert [5]. Oxycodon kann bei älteren Menschen durch rasche Resorption der äußeren Tablettenschicht kurzfristig zu Desorientierung führen.

Tramadol ist aufgrund seines starken antidepressiven Effekts auch sehr gut bei chronischen neuropathischen Schmerzzuständen wirksam, kann aber analog zu Antidepressiva ein serotonerges Syndrom auslösen. Die Tagesdosis von 400 (bis max. 600) mg sollte nicht überschritten werden.

Die FDA verweist darauf, dass die Kombination von Opioiden mit Benzodiazepinen aufgrund der Atemdepression vermieden werden sollte, die insbesondere im Schlaf problematisch sein kann.

Weitere schmerztherapeutische Optionen

Der Einsatz von **Koanalgetika** wie Antikonvulsiva oder Cannabinoiden ist von Vorteil, da sie ein günstiges Nutzen-Risiko-Profil aufweisen. Speziell bei Karzinomschmerzen kann der Einsatz von **Schmerzpumpen** oder **Schmerzstimulatoren** sinnvoll sein. Bei osteogener Metastasierung ist die **Vertebroplastie** eine effektive Methode zur Schmerzlinderung.

■ Übelkeit, Erbrechen, Obstipation

Zur Therapie von Übelkeit und Erbrechen als medikamentöse Nebenwirkung von Chemotherapien oder Opioiden kom-

men Scopolamin, Diphenhydramin, Neuroleptika, 5-HT₃-Antagonisten (Ondansetron, Granisetron), Aprepitant, Cannabinoide (Nabilon, Dronabinol) und Kortison zur Anwendung. Zu beachten ist, dass Scopolamin bei alten Menschen zu Verwirrheitszuständen führen kann. Neuroleptika und auch das bei Entleerungsproblemen eingesetzte Metoclopramid können extrapyramidale Symptome hervorrufen. Mit Haloperidol ist bei älteren Patienten Vorsicht geboten. Cannabinoide sollten initial sehr niedrig dosiert werden; sie haben wie Kortison auch einen appetitanregenden Effekt.

Obstipationen können wirkungsvoll mit Laevolac, Guttalax, Agaffin, Agiolax, Dulcolax, Macrogol, GoLytey oder Neda behandelt werden. Ein Nachteil von Laevolac ist das Auftreten von Blähungen bei Patienten mit Dickdarmproblemen. GoLytey eignet sich sehr gut zur Darmentleerung vor Endo-

skopien. Bei Opioid-induzierter Obstipation bietet sich Methylnaltrexon an, da es die Blut-Hirn-Schranke nicht passiert, oder auch Naloxon oral, das nur lokal im Darm wirkt und die systemische Opioidwirkung nicht aufhebt.

■ Spinalanästhesie versus Allgemein-narkose

Hinsichtlich der postoperativen kognitiven Leistungsfähigkeit älterer Patienten ist die Allgemeinanästhesie der Spinalanästhesie nicht unterlegen. In einer eigenen Untersuchung mit mehreren 100 Patienten mit Schenkelhalsfrakturen war die geistige Leistungsfähigkeit am zweiten postoperativen Tag nach Spinalanästhesie und nach Allgemeinanästhesie vergleichbar. Entscheidend ist eine ausgeglichene perioperative Elektrolytbilanz.

Literatur:

1. Garcia Rodriguez LA, Jick H. Risk of upper gastrointestinal bleeding and perforation associated with individual non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Lancet* 1994; 343: 769–72.
2. Langman MJ, Weil J, Wainwright P, et al. Risks of bleeding peptic ulcer associated with individual non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Lancet* 1994; 343: 1075–8.
3. Henry D, Lim LL, Garcia Rodriguez LA, et al. Variability in risk of gastrointestinal complications with individual non-steroidal anti-inflammatory drugs: results of a collaborative meta-analysis. *BMJ* 1996; 312: 1563–6.
4. Adams SS. Non-steroidal anti-inflammatory drugs, plasma half-lives, and adverse reactions. *Lancet* 1987; 2: 1204–5.
5. Pergolizzi J, Boger RH, Budd K, et al. Opioids and the management of chronic severe pain in the elderly: consensus statement of an International Expert Panel with focus on the six clinically most often used World Health Organization step III opioids (buprenorphine, fentanyl, hydromorphone, methadone, morphine, oxycodone). *Pain Pract* 2008; 8: 287–313.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. Wilfried Ilias, MSc
Kompetenzzentrum Schmerztherapie
Wiener Privatklinik
A-1090 Wien
E-Mail: iliasbhb@chello.at



Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)