

Schmerztherapie bei Herpes Zoster – akut oder chronisch

Interview mit Ulf Klostermann Ulf Klostermann DEAA, FA Anästhesiologie, Spez. Schmerztherapie (D)

Herpes Zoster ist für die Betroffenen mit erheblichen Schmerzen verbunden. Einige Patienten leiden auch nach Abheilung der Hautläsionen unter quälenden Neuralgien, welche auf die entzündungsbedingte Schädigung der vom Virus befallenen Spinalnervenwurzel zurückzuführen sind. Eine frühzeitige antivirale Therapie ist gemäss den Erkenntnissen mit einer Risikoreduktion für die Entwicklung solcher Neuralgien assoziiert. Treten Postzoster-Neuralgien auf, gibt es verschiedene spezifische Schmerztherapien, welche den Patienten Linderung verschaffen können. Ulf Klostermann, Spezialarzt für Anästhesiologie am Schmerz Zentrum Zofingen, beantwortete Fragen zur Behandlung der akuten Schmerzsymptomatik sowie zur Prävention und Management der Postzoster-Neuralgie.



Ulf Klostermann
Spezialarzt für Anästhesiologie
Schmerz Zentrum Zofingen

Herpes Zoster ist für die Betroffenen sehr schmerzhaft. Wie sieht die akute Schmerzcharakteristik aus und welche Behandlung ist empfehlenswert?

Ulf Klostermann: Die Schmerzen sind häufig von hoher Intensität, typischerweise Dermatome-spezifisch. Regelhaft ist nur eine Seite betroffen, meist ein bis mehrere Dermatome, am häufigsten in den Segmenten Th3-L3. Die Schmerzen können vor, während oder nach der Bläschen-

eruption auftreten. In die Bläschen kann es einbluten (hämorrhagischer Zoster), in der Regel kommt es zur Narbenbildung.

Es kann klinisch schwierig sein, die Schmerzen eindeutig den befallenen Dermatomen zuzuordnen. Manchmal ist unklar, ob es sich beispielsweise um einen Befall von Th4 oder Th3 handelt. Die Schmerzen zeigen einen brennende, elektrisierende Charakteristik.

Selbstverständlich gehört zur Akuttherapie der Einsatz einer systemischen antiviralen Therapie. Die sollte so früh wie möglich begonnen werden und normalerweise sieben Tage dauern. Die Daten zeigen, dass dadurch auch das Risiko für die Entwicklung einer Postzoster-Neuralgie signifikant reduziert wird.

Zudem ist im Akutstadium eine intensive und individuell angepasste Schmerztherapie indiziert: Zur Basistherapie gehören klassischerweise NSAR. Ein Ausweichen auf spezifische Therapien gegen Neuralgien ist auf jeden Fall in Erwägung zu ziehen. Dazu gehören die trizyklischen Antidepressiva, Opiate und Antikonvulsiva wie Pregabalin.

Sinnvoll ist im Akutstadium eine Infiltration unter Röntgenkontrolle der betroffenen Nervenwurzel mit einer transforminalen Steroidinjektion mit Lokalanästhetikum, was den Patienten schlagartig Linderung verschafft. Diese Intervention ist auch über mehrere Segmente möglich als peridurale Infiltration, wenn die exakte Identifizierung des Dermatoms initial nicht gelingt. Vielleicht ist für die Grundversorger auch der Hinweis wichtig, dass bei uns im Schmerz Zentrum bei therapieresistenten Schmerzen eine Infiltration des Trigeminusganglions (G. gasseri) möglich ist. Herpes Zoster mit Befall der Trigeminusäste kann für die Patienten sehr schmerzhaft sein – besonders, wenn das Auge mitbetroffen ist – und die Infiltration bringt unmittelbare Besserung. Wir sind eines der wenigen spezialisierten Zentren in der Schweiz, welches derartige Interventionen ambulant anbieten kann. Wir halten Notfalltermine frei für Patienten mit akutem Herpes Zoster und können diese innerhalb von 24–48 Stunden anbieten.

Welche Ätiologie haben die akuten Schmerzen bei Herpes Zoster?

Ulf Klostermann: Initial sind die Schmerzen vor allem durch die virusbedingte Entzündungsreaktion bedingt. Bereits im Akutstadium bestehen durch den Befall der Nerven auch neuropathische Schmerzen mit ihrer typischen Qualität.

Gefürchtet sind die chronisch persistierenden Schmerzen nach Abheilung der Hautläsionen. Wie erklärt man sich diese Postzoster-Neuralgien?

Ulf Klostermann: Der inflammatorische Prozess führt im hinteren Spinalnervenganglion zu einer Degeneration von Nervenzellen. Bei der Postzoster-Neuralgie gibt es zwei Richtungen, in denen sich die Pathophysiologie entwickelt. So finden wir bei einigen Patienten sowohl sensibilisierte C-Nozizeptoren in dem Dermatome, bei anderen dagegen Fehlfunktionen dieser C-Nozizeptoren.

Das deutet darauf hin, dass die postzosterische Neuralgie aus pathophysiologischer Sicht kein einheitliches Substrat darstellt. Dies mag eine Erklärung dafür liefern, warum eine Therapie nicht bei allen Betroffenen gleich effektiv wirkt.

Welche Qualität haben Postzoster-Neuralgien?

Ulf Klostermann: Es handelt es sich um einen klassischen neuropathischen Schmerz, der durch Plusssymptome (Berührungsalloodynie und Hyperalgesie) und Minussymptome (sensorische Defizite) gekennzeichnet ist. Bereits leichte Berührungen – etwa durch Kleider, Bettdecke oder Windhauch – werden als schmerzhaft empfunden (dynamische Berührungsalloodynie), während starker Druck z.B. mit der Handfläche häufig weniger schmerzhaft ist.

Dieser Umstand ist für die Betroffenen oftmals schwer zu begreifen. Auf der einen Seite spürt der Patient weniger, auf der anderen Seite sind bereits leichte Berührungen schmerzhaft.

Sind solche neuropathischen Schmerzen (Neuralgien) zeitlich limitiert?

Ulf Klostermann: Spontanheilungen kommen vor. Man sollte den Patienten aber darauf vorbereiten, dass es sich bei seinem Problem nicht um eine vorübergehende Sache handelt. Die Schädigung des Nervs durch die Entzündung ist oft unwiderruflich. Viele Patienten suchen bei fortbestehenden Schmerzen auch nach einer Therapie der Ursache – nämlich der ursprünglichen Infektion. Der Hinweis ist wichtig, dass die Entzündung bei der Postzoster-Neuralgie abgeheilt ist, der Nerv jedoch dauerhaft geschädigt wurde.

Mit welcher Häufigkeit treten postzosterische Neuralgien nach Herpes Zoster auf?

Ulf Klostermann: Mit antiviraler Therapie treten Postzoster-Neuralgien bei bis zu 14% der Patienten auf. Bei mit Placebo behandelten Patienten entwickelt sich demgegenüber bei 20% eine Neuralgie. Eine antivirale Therapie besitzt demnach auch eine präventive Wirkung.

Für die Infiltration der Spinalnervenwurzel in der Akutphase gibt es leider (noch) keine Evidenz-basierten Daten, die eine präventive Wirkung belegen. In unserem Zentrum sind wir jedoch der Meinung, dass alles versucht werden sollte, um einen chronischen Verlauf zu verhindern. Die frühest mögliche und effektivste Schmerztherapie mit Applikation von Kortikoiden an die betroffenen Dorsal Root Ganglien gehört bei uns dazu.

Gibt es Risikopatienten oder Risikosituationen für postzosterische Neuralgien?

Ulf Klostermann: Der Hauptrisikofaktor ist das Alter. Über 80jährige Patienten entwickeln fast zu 100% Neuralgien nach Herpes Zoster. Eine nicht zeitgerecht in den ersten 72 Stunden

eingesetzte antivirale Behandlung erhöht ebenfalls das Risiko signifikant.

Gibt es Empfehlungen, um die Entwicklung von postzosterischen Neuralgien zu verhindern?

Ulf Klostermann: Wie bereits erwähnt, hat die antivirale Behandlung eine präventive Wirkung. Es gibt zudem Hinweise, dass ein möglichst früher Einsatz von trizyklischen Antidepressiva in der Akutphase die Inzidenz einer Postzoster-Neuralgie senken kann. Zu den anderen Co-Analgetika existieren gemäss meinen Erkenntnissen noch keine Daten zur Prävention.

Welche therapeutischen Strategien kommen bei postzosterischen Neuralgien zum Einsatz?

Ulf Klostermann: Grundsätzlich gehört dazu der Einsatz von Opioiden und Co-Analgetika. Bei den Co-Analgetika sind neuere Antikonvulsiva wie das Pregabalin und die trizyklischen Antidepressiva gut belegt. Crossover-Studien mit einem Vergleich der Wirksamkeit fehlen. Es liegen aber gute, plazebo-kontrollierte Studien vor.

Opiate sind nach wie vor mit die besten Mittel mit einer Number-Needed-to-Treat (NNT) von etwa 2, d.h. ein bis zwei Patienten sind zu behandeln, um einem Linderung zu verschaffen. Gegenüber den Opiaten gibt es jedoch immer wieder irrationale Bedenken und unbegründete Ängste.

Was auf keinen Fall Sinn macht, ist der Einsatz von NSAR – ausser in der Akutphase eines Herpes Zoster.

Die Spinal-Cord-Stimulation (SCS) wirkt sehr gut bei neuropathischen Schmerzen im Rahmen eines CRPS (Complex Regional Pain Syndrome) oder eines FBSS (Failed Back Surgery Syndrome) und natürlich bei Ischämie-assoziierten Schmerzen. Die Datenlage zur Postzoster-Neuralgie ist aber nicht zufriedenstellend. Wir sehen die Postzoster Neuralgie als keine gute Indikation an.

Ein begleitende Verhaltenstherapie kann sinnvoll sein, um die Schmerzakzeptanz zu vergrössern, die Aufmerksamkeit zu lenken und zu helfen, die Schmerztoleranz zu erhöhen. In unserem Team arbeiten wir daher interdisziplinär mit Psychologen und Psychiatern zusammen, um unsere Schmerzpatienten umfassend betreuen zu können.

Zudem gibt es einfache Massnahmen, welche eine gewisse Linderung der Neuralgie ermöglichen können, wenn die Pharmakotherapie unbefriedigend ausfällt. Beispielsweise können feste Bandagen die dynamische Berührungsalloodynie reduzieren. Oder das Dermatom kann lokal mit anästhesierenden Salben/Cremes behandelt werden, um die Empfindlichkeit zu reduzieren.

Eine weitere Möglichkeit besteht in der Anwendung der Transkutanen Elektrischen Nerven-Stimulation (TENS), welche bei

zu grosser Empfindlichkeit des befallenen Dermatoms auf der gesunden Seite durchgeführt werden kann, um schmerzmodulatorisch einzugreifen.

Nach welchen Kriterien werden die Wirkklassen zur Behandlung der Postzoster-Neuralgie selektioniert?

Ulf Klostermann: Evidenz-basiert ist der Einsatz der Opiode und Co-Analgetika. Welcher Patient von einem Antikonvulsivum profitiert und welcher nicht, kann leider nicht vorhergesagt werden. Die Schmerztherapie stellt oftmals eine Suche nach der wirksamsten Medikation dar. Dies erfordert auch von den Patienten viel Geduld und von ärztlicher Seite einiges an Informations- und Motivationsarbeit, damit die Compliance erhalten bleibt. Oft kommt es zu Frustrationen, wenn ein Medikament eine ungenügende Wirkung erzielt oder schlecht vertragen wird, was der Motivation der Patienten wenig zuträglich ist. Möglicherweise kann die Pharmakogenetik in Zukunft mehr Informationen über Selektionskriterien liefern.

Objektive Selektionskriterien sind aber die Co-Morbiditäten sowie Alter und Aktivitätsgrad des Patienten. Die Pharmakotherapie wird also immer sehr individuell angepasst und kann auch eine Mischung der o.g. Substanzklassen bedeuten.

Ist die komplette Schmerz-Elimination bei postzosterischen Neuralgien ein realistisches Ziel?

Ulf Klostermann: Dies ist der Idealfall und wird kaum je erreicht. Viel realistischer ist es, eine partielle Schmerzreduktion anzustreben. Über die realistischen Ziele muss natürlich auch der Patient eingehend aufgeklärt werden. Bei den Opiaten wissen wir aus gross angelegten Metaanalysen, dass generell bei chronischen Schmerzen eine Schmerzreduktion von 30–50% möglich ist. Wir setzen uns hier im Schmerz Zentrum das Ziel, die Schmerzen um 50% zu reduzieren. Dabei ist die ausschliessliche Reduktion des Parameters Schmerzintensität (gemessen anhand VAS Visual Analog Scale oder NRS Numeric Rating Scale von 0–10) nicht das primäre Ziel, sondern die Verbesserung der Lebensqualität des Patienten. Somit sind auch die funktionelle Leistungsfähigkeit, die Schlafqualität und das soziale Umfeld wichtige Kriterien in der Beurteilung des Therapieerfolgs. Diese werden im Rahmen unserer Qualitätskontrolle in standardisierten Fragebögen erfasst.

Welche Institution kann solche Patienten betreuen?

Ulf Klostermann: Die gesamte Pharmakotherapie kann bei entsprechender Erfahrung durch den Grundversorger oder den behandelnden Dermatologen geleistet werden. Dazu gehören antivirale Therapie und analgetische Pharmakotherapie. Bei Unsicherheit, Therapieresistenz oder auch Unverträglichkeit gegenüber den üblichen Wirkstoffklassen ist eine Überweisung an spezialisierte Zentren empfehlenswert. Der Spezialist verfügt in der Regel über eine grössere Erfahrung mit Opioiden und Co-Analgetika.

Bei sehr starken Schmerzen in der Akutphase und wenn man sich für eine Infiltration der Nervenwurzel entschliesst – was meines Erachtens in der Frühphase immer Sinn macht – ist eine Überweisung an Schmerzspezialisten angezeigt.

Wenn eine Infiltration in der Akutphase verpasst wurde oder sich eine Postzoster-Neuralgie entwickelt, können auch später noch interventionelle Therapien evaluiert werden. Das Ergebnis ist sicher weniger gut als in der Akutphase. In unserem Zentrum erreichen wir aber bei etwa 40% der so behandelten Patienten ebenfalls eine signifikante Reduktion der Schmerzen. Hier gilt aber ganz klar das Motto: Je früher, desto besser!

Was bringt die Zukunft hinsichtlich Herpes Zoster und postzosterischer Neuralgie?

Ulf Klostermann: Zur Prophylaxe von Varizellen stehen gut wirksame und gut verträgliche Lebendimpfstoffe mit dem attenuierten OKA-Virusstamm zur Verfügung. Gemäss den Empfehlungen der ständigen Impfkommision am Robert-Koch-Institut (D) sollten seit 2004 alle bisher nicht erkrankten Kinder bzw. Jugendlichen bis zur Vollendung des 17. Lebensjahrs gegen Varizellen als Standardimpfung geimpft werden. Interessant für die Zukunft ist, wie sich die weltweite Zunahme der Impfungen von Kindern bzgl. Herpes Zoster und der Postzoster-Neuralgie auswirken wird.

Für 2007 wird die Zulassung einer VZV-Lebendimpfung zur Prävention einer Zostererkrankung im Erwachsenenalter erwartet (D). Diese boostert die T-Zell-vermittelte Immunität gegen das Varizella-Zoster-Virus, welche ja während der Windpocken erworben wurde. Mit dieser Impfung konnte in Studien eine Reduktion der Zosterinzidenz in den Risikogruppen mit Alter >60 Jahre um 66,5% ($p < 0,001$) reduziert werden, die Verträglichkeit entsprach Placebo.

Ulf Klostermann DEAA
FA Anästhesiologie
Spez. Schmerztherapie (D)
Schmerz Zentrum Zofingen
Hintere Hauptgasse 9
CH-4800 Zofingen
Tel. 062 752 60 60
www.schmerzzentrum.ch