



Schmerzen bei Parkinson

Jede bzw. jeder zweite Parkinsonbetroffene berichtet über Schmerzen oder Sensibilitätsstörungen. Der Neurologe Dr. med. Klaus Meyer beschreibt das Phänomen.



Der Neurologe **Dr. med. Klaus Meyer** leitet die Neurorehabilitation an der Klinik Bethesda in Tschugg. Foto: Andreas Tanner

Schmerzen treten bei über der Hälfte der Parkinsonbetroffenen auf, vereinzelt bereits in der Frühphase der Erkrankung. Es kann sich dabei um krampfartig ziehende Muskelschmerzen mit Fehlhaltung von Rumpf und Hals handeln, mit resultierenden Nacken- und Rückenschmerzen. Oder um diffuse Missempfindungen wie Brennen oder «Ameisenlaufen», die den ganzen Körper in wechselnder Lokalisation betreffen können. Sie gehören ebenso wie die depressive Verstimmung, welche die Schmerzempfindung verstärken kann, zu den nicht-motorischen Parkinsonsymptomen. Sie werden oft nicht mit der Krankheit in Verbindung gebracht, sondern als klassische Knochen-, Muskel- oder Gelenkschmerzen eingeordnet.

Die durch die motorischen Kardinalsymptome (u. a. Rigor) des Morbus Parkinson bedingten Schmerzen treten vor allem in den Off-Phasen auf und sprechen in der Regel auf die zeitgerechte Anpassung der Behandlung an. In Einzelfällen können massive Fehlhaltungen von Rumpf (Kampokormie, Pisa-Phänomen) und Hals (Torticollis) auftreten und mit starken lokalen

und ausstrahlenden Schmerzen einhergehen. Auch Krämpfe aufgrund von Dystonien, vor allem in den unteren Extremitäten, die beim Absinken des Dopaminspiegels auftreten können, sprechen in der Regel auf die Erhöhung der dopaminergen Medikation an.

Zudem wird vermutet, dass die zentrale Schmerzverarbeitung bei an Morbus Parkinson Erkrankten aufgrund der gestörten dopaminergen Regulation verändert ist. Denn die hemmende Wirkung der Basalganglien auf die Schmerzregulierung fällt weg. Es handelt sich dabei um diffuse Schmerzen, die auch Muskeln und Gelenke betreffen können, allerdings meist mit wechselnder Lokalisation.

Bei diesen teils als «rheumatische Schmerzen» bezeichneten Empfindungen ist oft die optimale Anpassung der dopaminergen Medikation nicht ausreichend. Es sollte an klassische analgetische Medikationen wie Paracetamol oder nicht-steroidale Antiphlogistika gedacht werden. Da diese Schmerzen statistisch häufiger mit einer Depression auftreten, kann der Einsatz von antidepressiv und anxiolytisch (angstlösend) wirkenden Medikamenten

indiziert sein. Auch die Anwendung von Opioid-Rezeptor-Agonisten, z. B. Oxycodon, muss im Einzelfall kritisch hinterfragt werden und ist indikationsabhängig ähnlich wie Botulinustoxin und spasmolytisch (krampflösend) wirkende Medikamente einzusetzen. Ferner kann auch die Tiefe Hirnstimulation (THS) eine Schmerzsuppression bei Parkinsonpatienten bewirken.

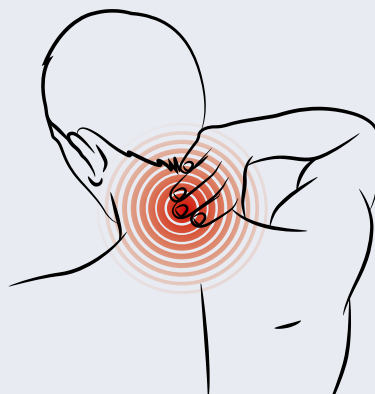
Der frühzeitige Einbezug des behandelnden Neurologen in die Schmerztherapie ist sehr wichtig, um unnötige und letztendlich auch erfolglose operative Eingriffe zu vermeiden.

Immer zu denken ist an körperliche Übungen und individuelle physiotherapeutische Massnahmen, die dopaminerge sowie schmerzhemmende nicht-dopaminerge Regelkreise aktivieren und in der Schmerzbehandlung unterstützend wirken. Bei komplexen therapieresistenten Fällen kann eine individuelle, ganzheitliche, therapeutische und medikamentöse Schmerzbehandlung im neurorehabilitativen, stationären Setting indiziert sein.

Dr. med. Klaus Meyer, Chefarzt,
Klinik Bethesda Tschugg

Serie Schmerzen

Gut die Hälfte der Parkinsonbetroffenen berichtet über Schmerzen, die als ziehend, brennend, krampfartig, rheumatisch oder mit «Ameisenlaufen» beschrieben werden. Im Magazin erscheint zu diesem Thema eine vierteilige Serie.



«Schmerzen bei Morbus Parkinson»

Die Broschüre informiert über die Art und die Ursache von Schmerzen sowie über die Therapiemöglichkeiten. Parkinson Schweiz, 2013, A5, 32 Seiten. CHF 9.– (Nicht-Mitglieder CHF 14.–).

Erhältlich bei Parkinson Schweiz.