

Statements zur Diagnostik und Therapie chronisch neuropathischer Schmerzen

Empfehlungen der Arbeitsgruppe (Special Interest Group, SIG) der Schweizerischen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (SGSS)

Susanne Renaud^a, Marie Besson^b, Christine Cedraschi^c, Gunther Landmann^d, Marc R. Suter^e, Ethan Taub^f, Ulrich Buettner^g

● Es gibt zwischenzeitlich verschiedene internationale Guidelines zum Thema, die jedoch weder für die schweizerischen Verhältnisse angepasst noch für Spezialisten *und* Allgemeinärzte geeignet sind. Deshalb hat sich die Schweizerische Gesellschaft zum Studium des Schmerzes dazu entschlossen, diese Empfehlungen erarbeiten zu lassen.

● Mit den nachfolgenden Statements soll auf ein Supplementheft des Swiss Medical Forum zum Thema hingewiesen werden, das allen praktizierenden Ärzten mit dieser Ausgabe des SMF zugestellt wird. Zudem sind sowohl diese Statements wie auch der vollständige Text des Sonderhefts auf der SMF-Website verfügbar.

Diagnostik chronisch neuropathischer Schmerzen

1. Neuropathische Schmerzen entstehen durch eine Schädigung oder Erkrankung afferenter somatosensorischer Bahnen im peripheren oder zentralen Nervensystem.
2. Zur Diagnosestellung sollten Anamnese, klinische Befunde und apparative Methoden herangezogen werden.
3. Schlüsselbefunde stellen sogenannte Positiv- und Negativphänomene dar.
4. Neurologische Untersuchungsbefunde müssen im Kontext des Schmerzes bewertet werden. Sensorische Phänomene wie Allodynie und Hyperalgesie müssen genauso dokumentiert werden wie die Schmerzintensität (NRS oder VAS). Screeningmethoden wie DN4 oder Paindetect sind durchaus geeignet, das Schmerzproblem einzugrenzen.
5. Die diagnostischen Methoden umfassen die Elektoneurographie und Elektromyographie, somatosensibel evozierte Potentiale, die Diagnostik des autonomen Nervensystems sowie die quantitative sensorische Testung (QST), die laserevozierten Potentiale und die Hautbiopsie.
6. Ergänzend werden gelegentlich bildgebende Methoden und regelhaft auch labormedizinische Untersuchungen benötigt.
7. Voraussetzung für eine erfolgreiche Diagnostik neuropathischer Schmerzen ist eine ausreichende Kompetenz des Arztes und Therapeuten. Diese Kompetenz wird konsequent durch die Schweizerische Gesellschaft zum Studium des Schmerzes und den von ihr sowohl in der Deutschschweiz wie in der Romandie jährlich organisierten Zertifikatskurs vermittelt.

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Therapie chronisch neuropathischer Schmerzen

Die Therapie chronischer neuropathischer Schmerzen orientiert sich an folgenden Prinzipien:

1. Adaptierte Anwendung nichtmedikamentöser Verfahren inklusive physikalischer und psychologischer Mittel.
2. Anpassung einer medikamentösen Behandlung unter Berücksichtigung von Schwere, Art und Dauer der Schmerzen.
3. Ausführliche Dokumentation der Schmerzen mit Schmerzfragebogen.
4. Bei drohender Chronifizierung interdisziplinäre Therapieplanung unter Berücksichtigung physikalischer, psychologischer, konservativer und invasiver medikamentöser und chirurgischer Therapie.
5. Zeitkontingente Medikamentengabe.
6. Berücksichtigung von Plasmahalbwertszeiten und Dauer des analgetischen Effektes.
7. Titration einer Dosis, die adäquate Befreiung von Schmerzen verspricht (24 Std./die).
8. Frühe Behandlung der Nebenwirkungen, im Idealfall zusammen mit der Schmerztherapie (z.B. Gabe von Laxantien und Antiemetika mit Opioiden).
9. «Ceiling»-Effekt beachten (Dosissteigerung über Grenzdosis hinaus führt bei vielen Medikamenten nicht zu weiterer analgetischer Wirkung, sondern nur zu verstärkten Nebenwirkungen).
10. Bei Opioiden Einsatz retardierter Präparate oder kontinuierliche Applikation (zur Vermeidung von Toleranz und Abhängigkeit; → siehe spezielle Empfehlungen).

Prophylaxe chronischer Schmerzen

Eine möglichst frühzeitige und vollständige Schmerzunterdrückung mit Ansatz auf verschiedenen Ebenen

^a Hôpital Neuchâtelois Pourtalès, Service de Neurologie, Neuchâtel

^b Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur, service de pharmacologie et toxicologie cliniques, Hôpitaux Universitaires de Genève

^c Service de Médecine Interne de Réhabilitation, Hôpitaux Universitaires de Genève

^d Zentrum für Schmerzmedizin, Schweizer Paraplegikerzentrum, Nottwil

^e Unité d'antalgie, service d'anesthésiologie, CHUV, Lausanne

^f Neurochirurgische Universitätsklinik, Universitätsspital Basel

^g Neurologische Klinik, Kantonsspital Aarau AG

des schmerzverarbeitenden Systems ist der wichtigste Weg zur Verhinderung maladaptiver Neuroplastizität und damit chronischer Schmerzen.

Biopsychosoziales Therapiekonzept

Da die Dekonditionierung (Passivität) einen wesentlichen Beitrag zur Entstehung chronischer Schmerzen leistet, sollte die schrittweise (Re-)Konditionierung (Aktivierung) auf verschiedenen Ebenen Teil des Behandlungskonzepts sein. Dieses besteht aus den unten stichwortartig angeführten drei Säulen, die je nach der Situation unterschiedlich zu gewichten sind:

Körperliche Aktivität und Relaxation

Physikalische und physiotherapeutische Anwendungen, daneben keine Null-Aktivität, Regelmässigkeit, Handlungsmaximen selbst bestimmen.

Psychosoziale Aktivität

Dem Schmerz «offensiv verstehend» begegnen, keine ängstliche Vermeidungsreaktion, Zielsetzung ist die schrittweise Wiederherstellung des Selbstwertes, konstante Arzt-Patienten-Beziehung, evtl. begleitende verhaltensorientierte Psychotherapie und Einbezug des Lebenspartners.

Interdisziplinarität und Kombinationstherapien

Ein wichtiges bisher nicht berücksichtigtes Grundprinzip der Therapie ist der interdisziplinäre Ansatz bei der Therapie chronischer Schmerzen zum frühestmöglichen Zeitpunkt.

Eine konsequente Schmerztherapie erfordert bei chronischen neuropathischen Schmerzen ein Setting von Therapeuten aus verschiedenen medizinischen Fachrichtungen unter Einschluss von Psychiatern/Psychologen und Physiotherapeuten und bei ausgewählten Patienten auch die Anwendung interventioneller Methoden. Erst dieser Ansatz erlaubt im Sinne des biopsychosozialen Ansatzes eine erfolversprechende Therapie ohne frühzeitige Eskalation der therapeutischen Massnahmen.

Der gleichzeitige Einsatz mehrerer Pharmaka aus verschiedenen Substanzgruppen kann rational und effizient sein, ohne dass von einer Polypharmakologie geredet werden muss. So macht es Sinn, Kombinationen von Kanalblockern mit Antidepressiva einzusetzen oder Kanalblocker zusammen mit Opioiden zu verwenden. In jedem Fall müssen mögliche Interaktionen beachtet werden, die zu Wirkungsverlusten oder -steigerungen führen können.

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Ulrich W. Buettner
Chefarzt
Neurologische Klinik
Kantonsspital Aarau AG
Tellstrasse
CH-5001 Aarau
[buettner\[at\]ksa.ch](mailto:buettner[at]ksa.ch)