

Schmerzbehandlung in der Praxis: Was tun, wenn das WHO-Stufenschema nicht mehr ausreicht?

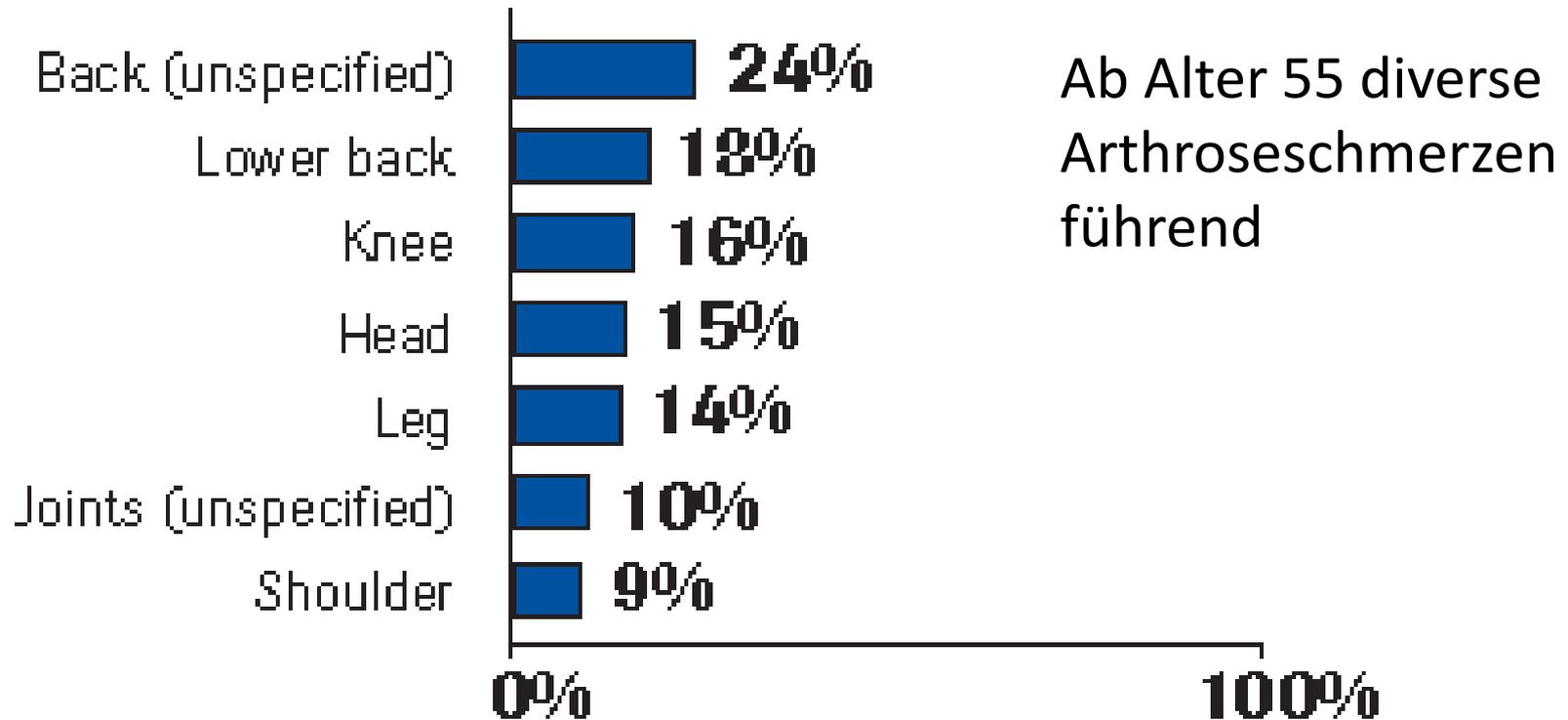
Dr. med. Andreas Weber
FMH Anästhesie und Reanimation
andreas.weber@medix.ch



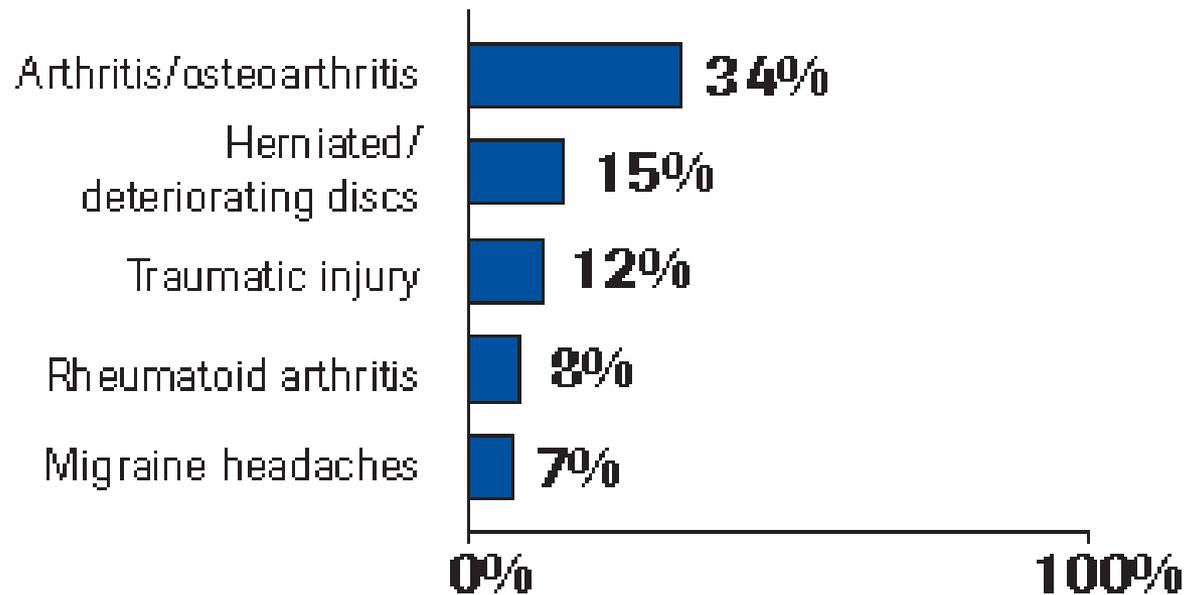
Schmerzen – ein sehr häufiges Problem

- 19 % der Erwachsenen in Europa haben chronische Schmerzen (>3 Mon), durchschnittlich seit 7 Jahren
- +75 Jährige: > 60 %
- 1/3 der Haushalte hat mindestens 1 Patienten mit chronischen Schmerzen
- Jeder fünfte Patient mit chronischen Schmerzen ist arbeitslos wegen den Schmerzen und jeder fünfte ist depressiv
- 40 % der Patienten mit chronischen Schmerzen empfinden die Behandlung als ungenügend

Schmerzlokalisierung

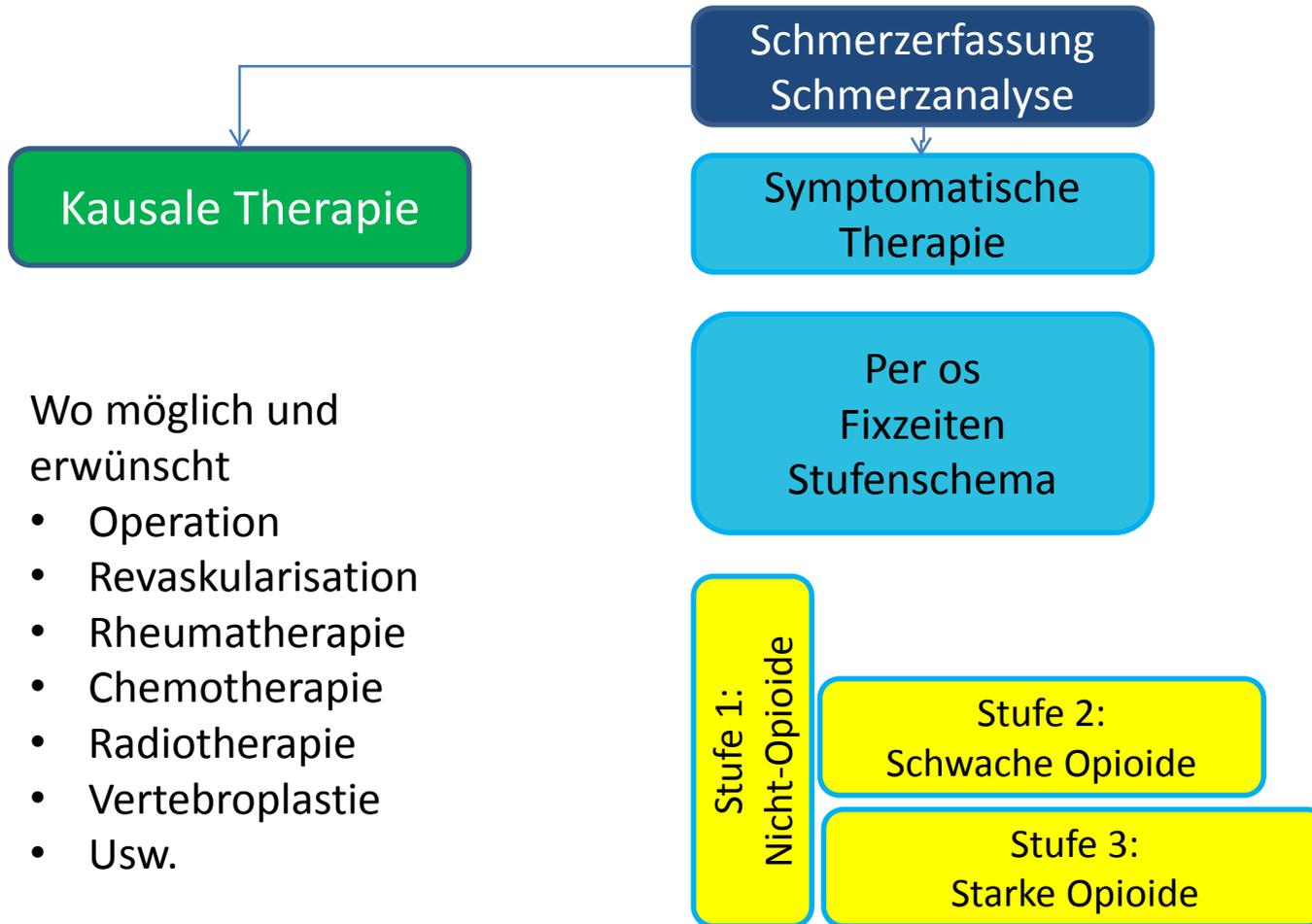


Schmerzursache



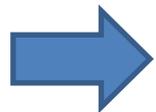
Pain in Europe A 2003 Report

VOR dem WHO Schmerzkonzept



Risikofaktoren für Chronifizierung

- Ungenügende Schmerzkontrolle über mehrere Wochen
- Bewegungsmangel, Übergewicht, Schlafmangel, Rauchen
- Unzufriedenheit am Arbeitsplatz
- Anhaltender psychischer Stress → Erhöhung muskulärer Aktivität, Verspannung
- Erhöhte Drpressivität → Rückenschmerzen!
- Soziale Isolation
- Überprotektiver Partner, familiäre Konflikte
- Katastrophisieren, «fear-avoidance-beliefs» → passives Schon- und Vermeidungsverhalten
- Ausgeprägtes, nicht-verbales Schmerzverhalten



Frühzeitig multimodale Schmerztherapie

Linton, 2000; Kandell 1997

Red flags!

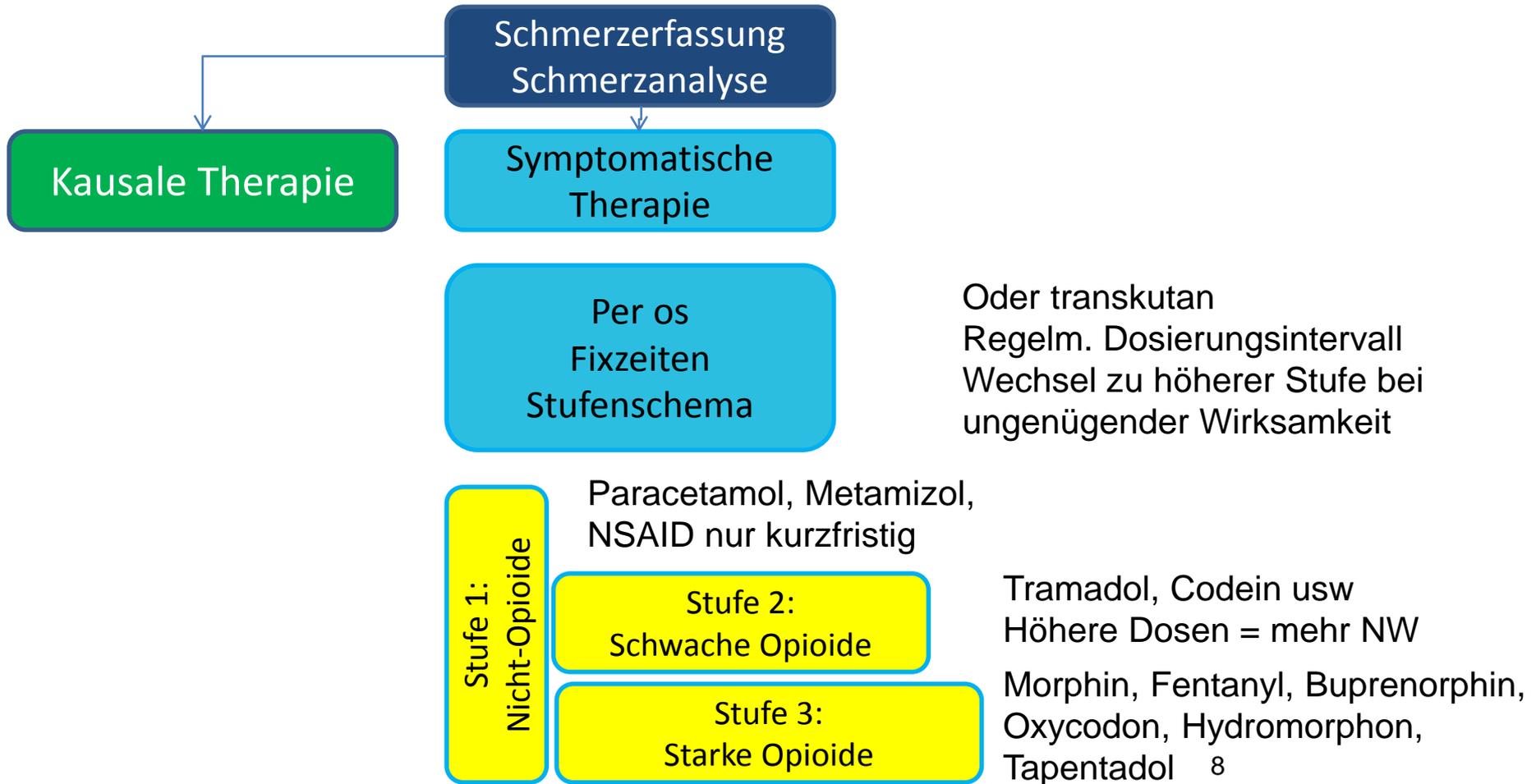


Wann sollte man zum Arzt mit Rückenschmerzen?

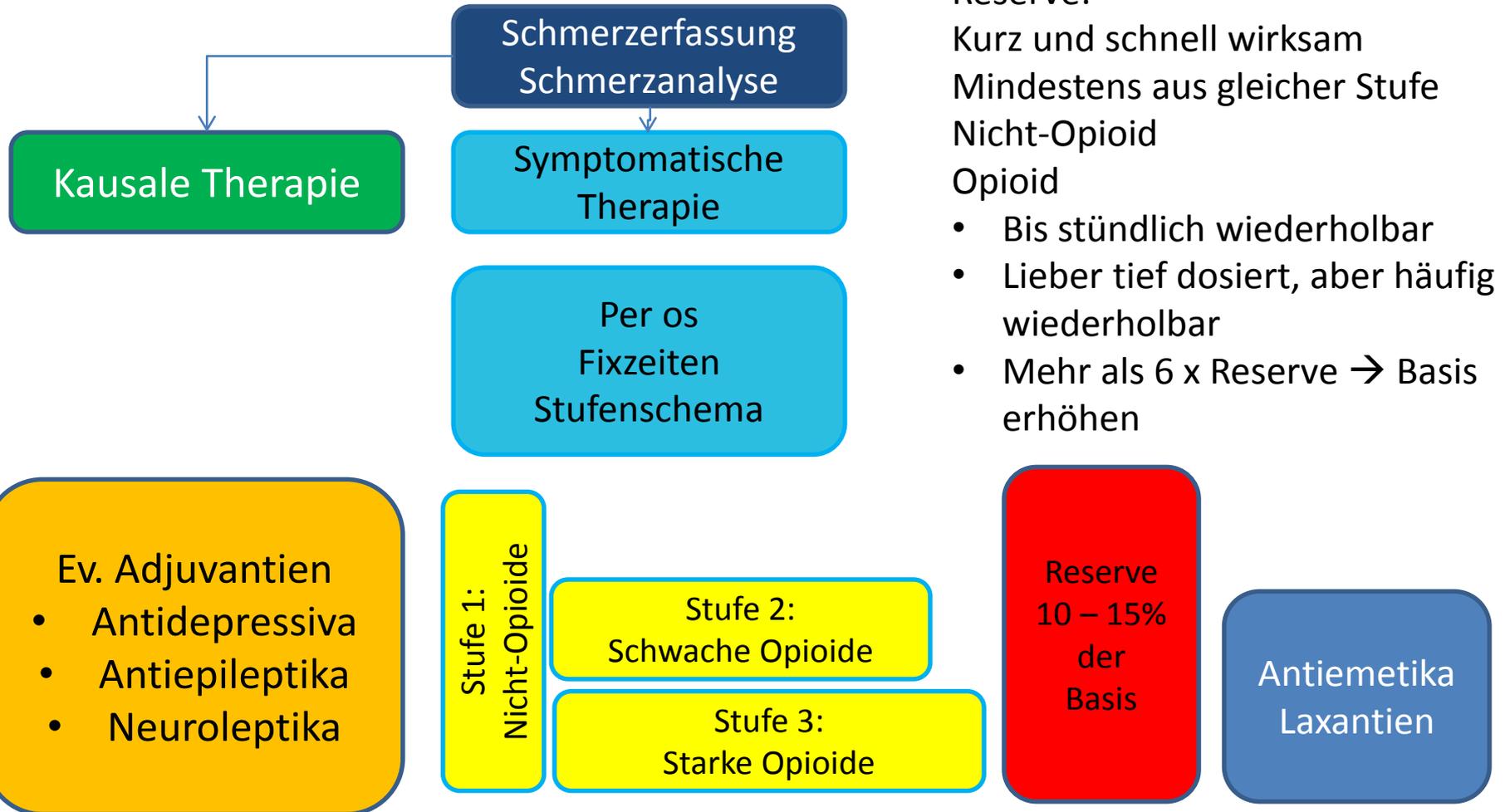
- › Wenn Sie trotz aller Massnahmen nach 7 Tagen noch keine Verbesserung verspüren
- › Wenn die Schmerzen nach einem Unfall auftreten
- › Wenn die Schmerzen stärker werden
- › Wenn die Schmerzen trotz den genannten Massnahmen, die Sie selbst treffen können, so stark sind, dass sie nicht zum Aushalten sind
- › Bei starken Schmerzen in der Nacht oder wenn die Schmerzen bei ruhigem Liegen oder Sitzen zunehmen
- › Wenn Sie Fieber oder Schüttelfrost haben
- › Bei Beinschwäche oder -lähmungen
- › Bei Gefühllosigkeit zwischen den Beinen und am Gesäss
- › Wenn die Blasen- oder Darmentleerung gestört ist (Notfall)
- › Ungewollter Gewichtsverlust (mehrere Kilogramm) in den letzten Wochen
- › Wenn Sie gleichzeitig immunsupprimierende Medikamente einnehmen

Spätestens 4 Wochen nach erfolgloser Therapie MRI

WHO Schmerzkonzept



WHO Schmerzkonzept

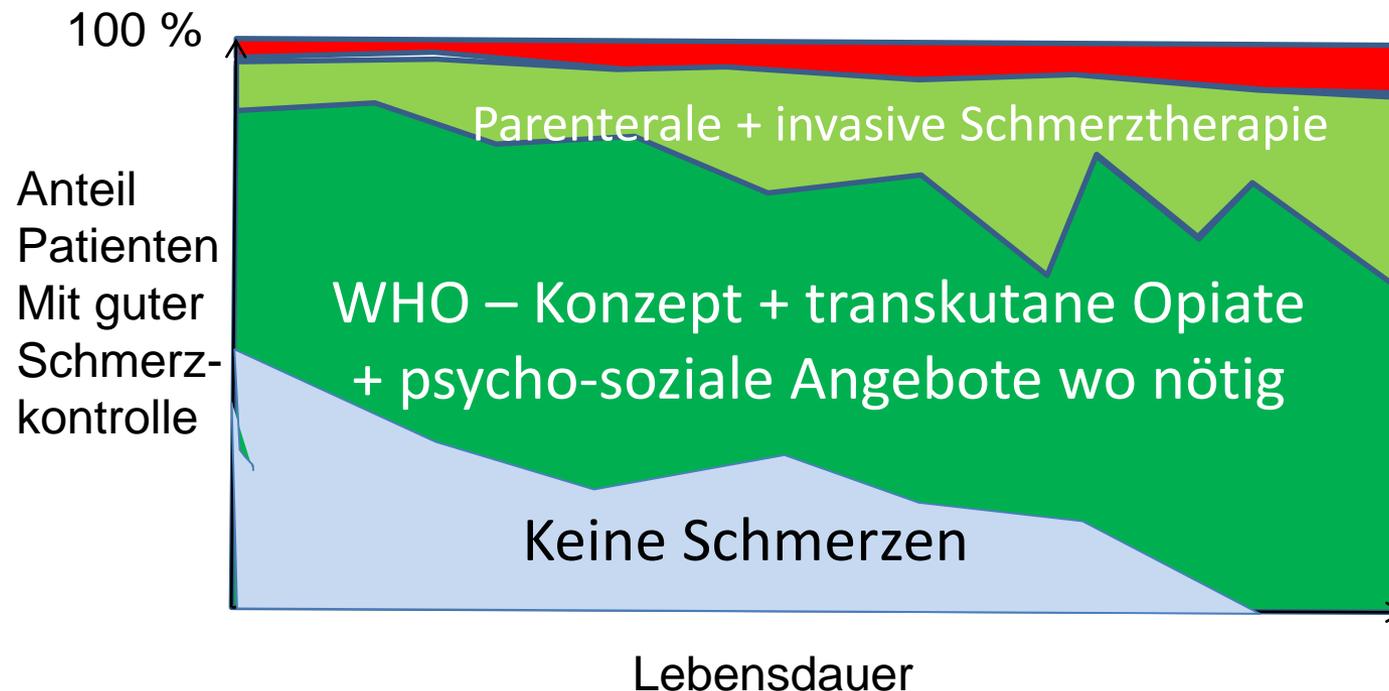


Vorgehen bei Opiattoleranz

- Handelt es sich wirklich um eine Opiattoleranz?
 - Wird Opiat korrekt eingenommen / aufgeklebt
 - Tumorprogredienz?
 - Gibt es eine krankheits- oder komplikationsspezifische Therapie?
- Opiatrotation, auf potenteres Opiat (Fentanyl), ev. Methadon bei neuropathischer Schmerzkomponente
- Koanalgetika wie trizyklische Antidepressiva, Antikonvulsiva

Tumorschmerz

- Bei 80 % der PatientInnen mit korrekt angewendetem WHO Schema behandelbar
- Bei 20 % v.a. im fortgeschrittenen Stadium ungenügende Schmerzkontrolle



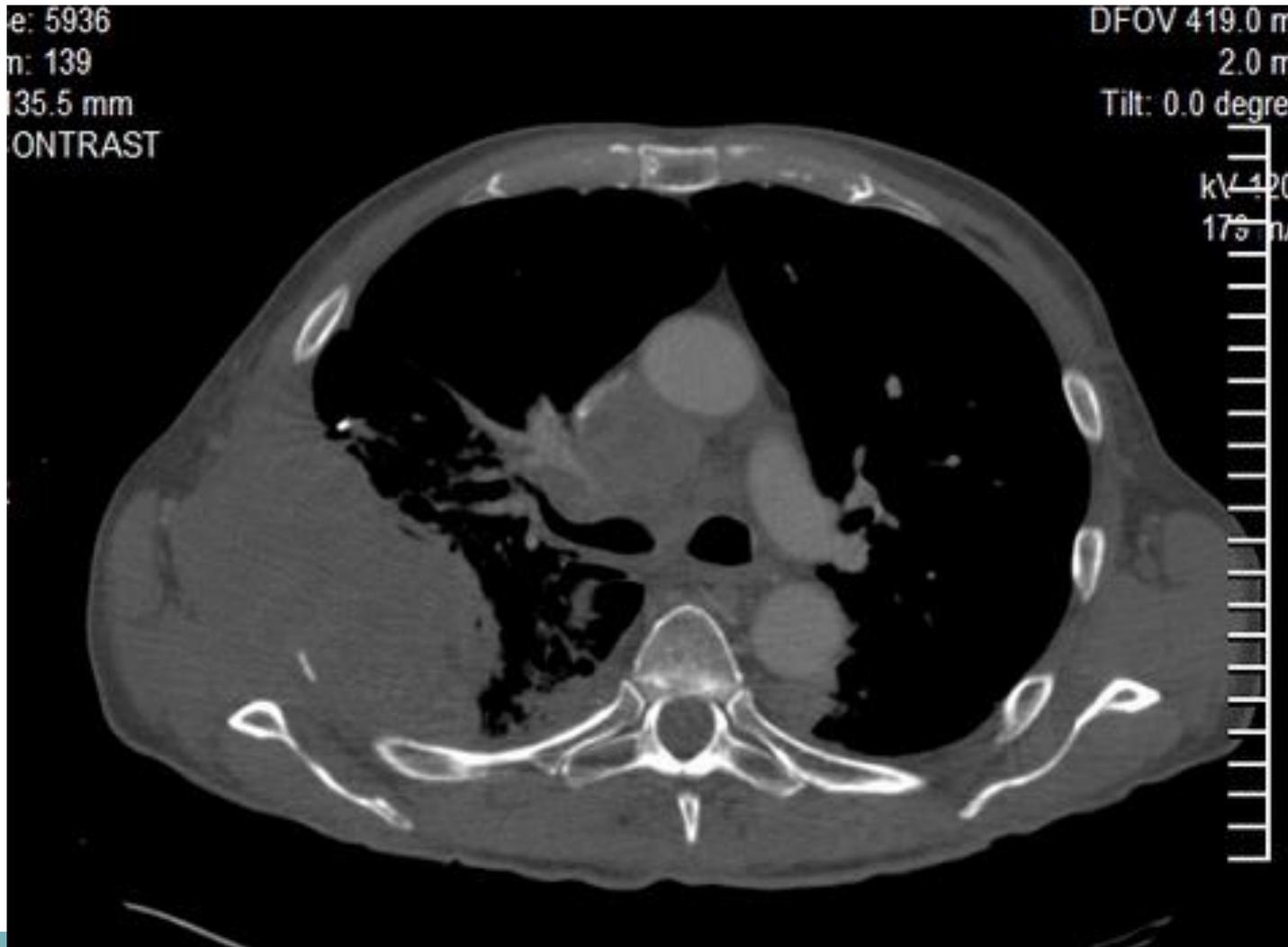
Bsp: Mann 1942 mit Pankreaskarzinom

- Hospitalisation anfangs Februar wegen starken Schmerzen im Rücken, Lendengegend.
- Behandlung mit 320 mg MST und intermittierenden i.v. Morphin Boli (jeweils 5 mg), ca 40 mg pro Tag.
- Schmerzen weiterhin massiv (VAS 9 – 10) und zusätzlich Übelkeit und Erbrechen.
- → **i.v. PCA Pumpe: Patient innerhalb einer Stunde fast schmerzfrei**
- Patient hat sich in der Folge 1320 mg / 24 h verabreicht, was ca. 3700 mg p.o. entspricht (also **ca. 10 mal mehr als vorher**).

Indikation für rückenmarksnahe Analgesie

- bei starken Schmerzen im Becken-, Bauch- oder Thoraxbereich, die auf systemische Schmerztherapie ungenügend ansprechen
- oder von zu starken Nebenwirkungen (u.a. Sedation) begleitet sind.
- Z.B. Pankreaskarzinom, Urothelkarzinom oder anderen Karzinomen mit Invasion des Plexus lumbalis, Mesotheliom mit Einwachsen in die Brustwand.

Bsp: Mann 1933 mit thorakalem Mesotheliom



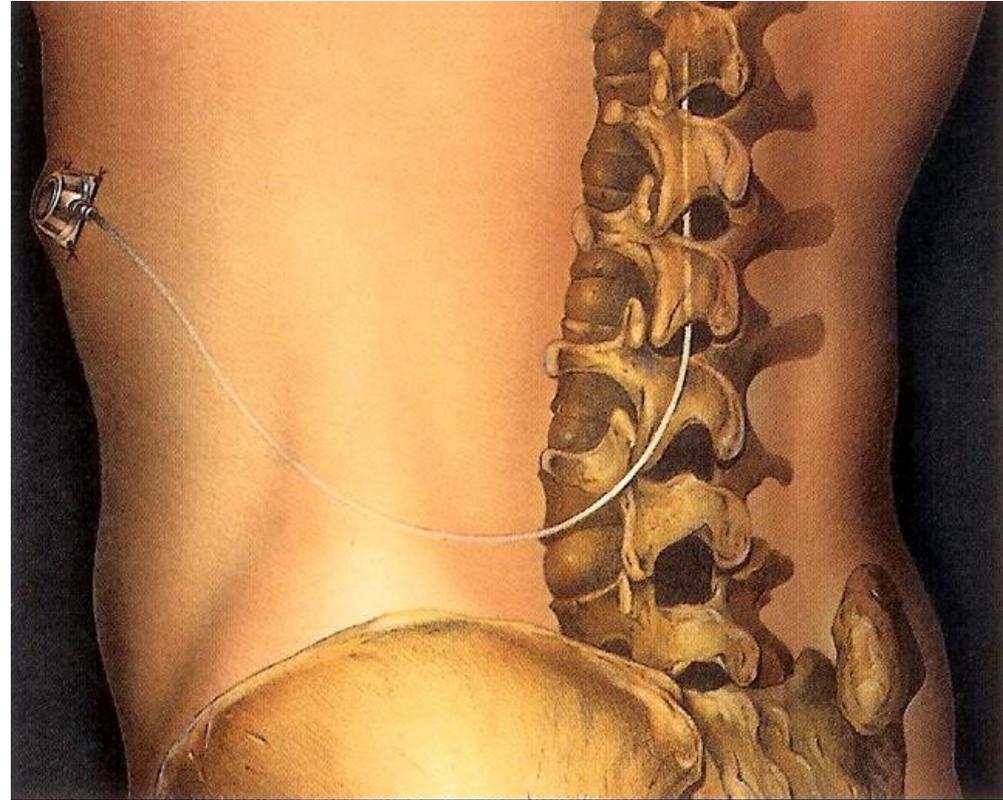


- Thorakaler Periduralkatheter
- Morphin, Bupivacain, Clonidin
- PCA Pumpe



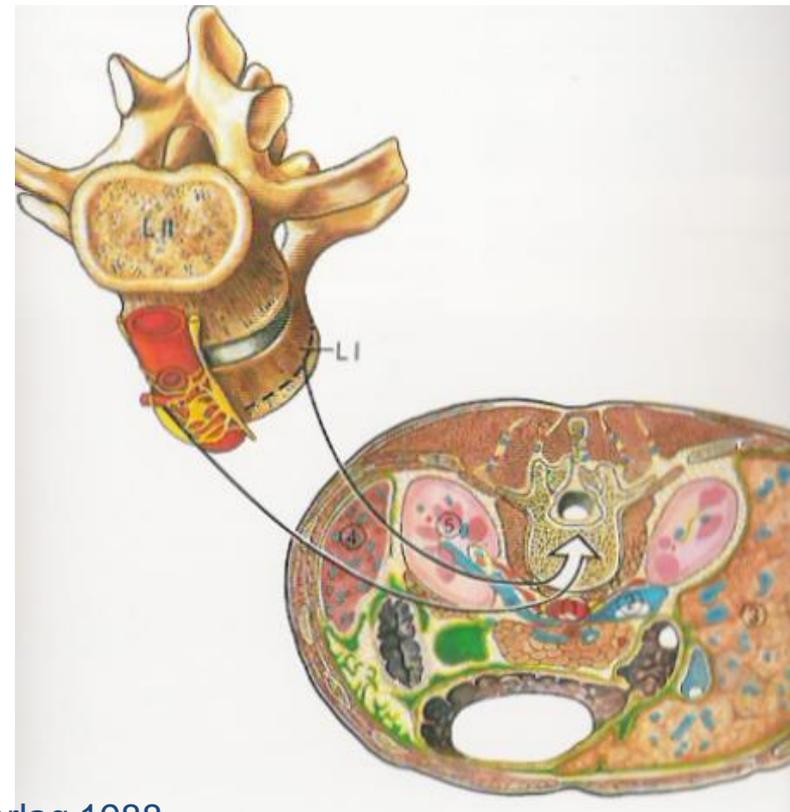
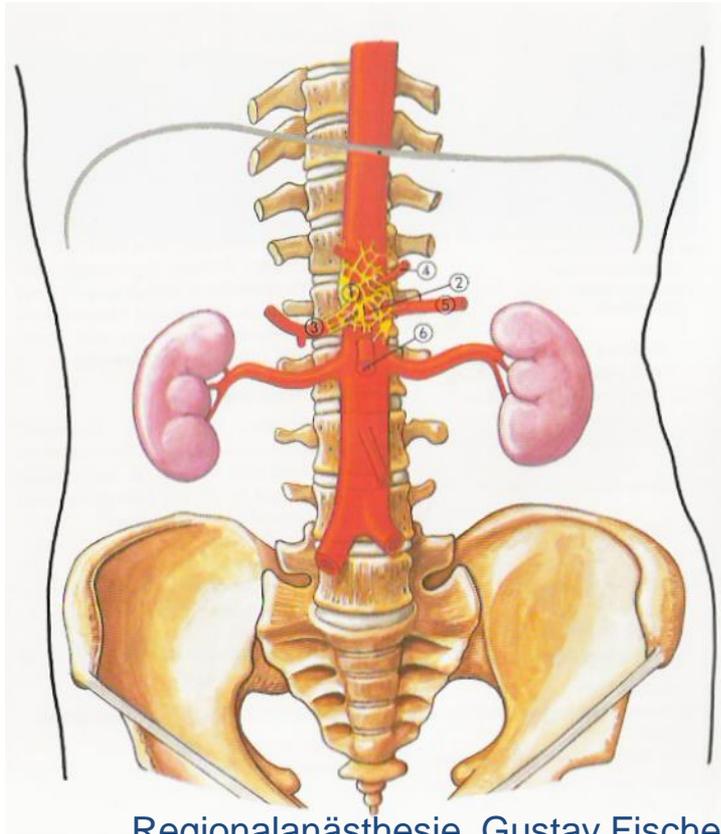
Spinalkatheter mit Port a cath

- Intrathekal: Morphin 50 - 100 mal wirksamer als parenteral
- Kombination mit Lokalanästhetika
- Mit Port viel kleineres Infektionsrisiko
- Geringeres Dislokationsrisiko
- Wesentlich weniger sediert
- Risiko motorischer Block, Harnverhaltung



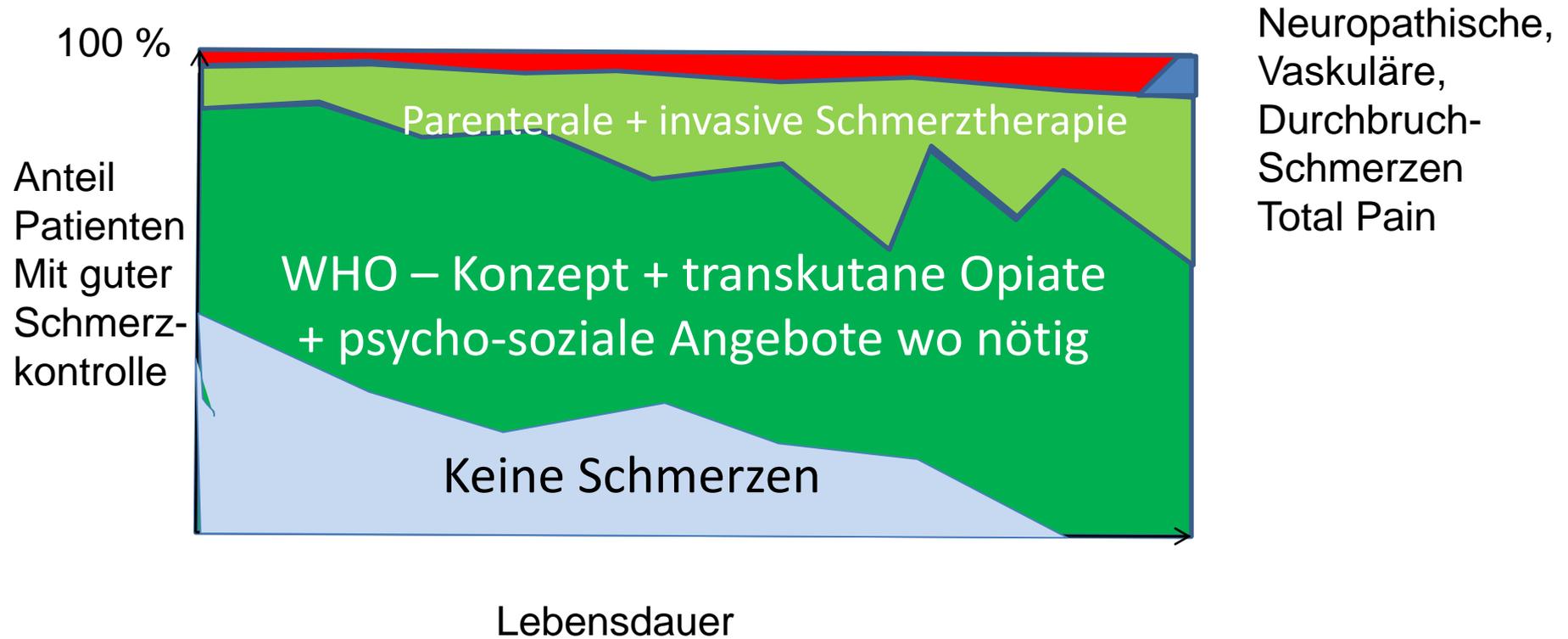
Weitere interventionelle Verfahren

- Plexus Coliacus Blockade (Neurolyse, Radiofrequenzablation): Pankreaskarzinom



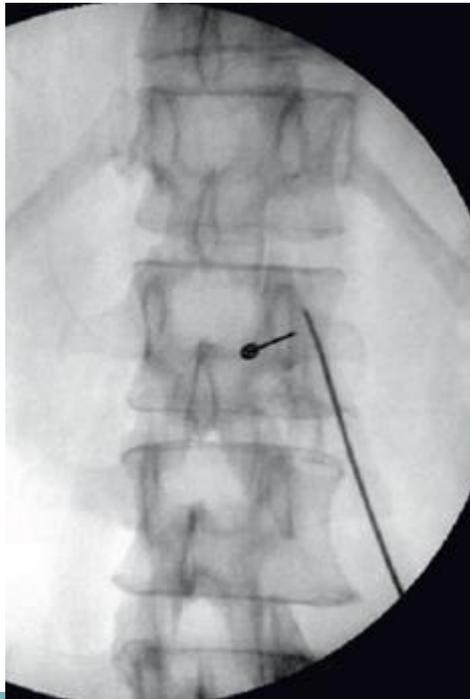
Regionalanästhesie. Gustav Fischer Verlag 1988

Palliative Sedation?



Therapieresistente chronische Schmerzen

- Infiltrationen: Lokalanästhetika, Depot-Steroide
- Neurolyse
- Radiofrequenzablation (medial branch u.a. Nerven)
- Spinale und/oder subkutane elektrische Stimulation (CRPS, PAVK, Diab. Polyneuropathie, FBSS – mit lumboradikulärem Schmerz)



Multimodale Schmerztherapie

Bio-psycho-sozialer Therapieansatz

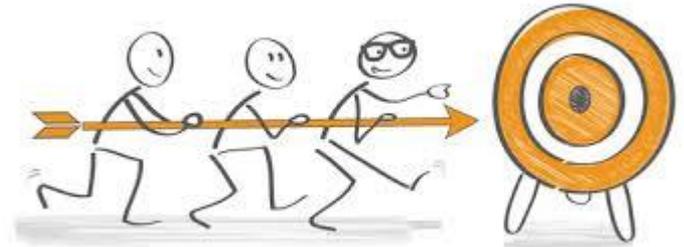
- Medikamentöse, ev. operativ-invasive Methoden
- Aktivierende Physiotherapie, Gruppentherapie, Ergotherapie
- Psychotherapie, kognitive Verhaltenstherapie, Schmerzbewältigung, Entspannungstherapie, soziale Reintegration

Indikation für multimodale Schmerztherapie

- Monodisziplinäre Therapie > 12 Wochen erfolglos
- Zunahme des Medikamentenverbrauchs
- psychosoziale Risikofaktoren
- Häufige Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems

Realisierbare Etappenziele

- Nicht Schmerzfreiheit
- Physische Aktivität
- Soziale Erlebnisse
- **Gemeinsam** vereinbarte Etappenziele
- proaktive Mitarbeit des Betroffenen; weg vom passiven «Therapieempfänger » hin zum mitbestimmenden Partner



Zielevaluation



<http://www.prismium.ch>

Nutzen

- Bei chronischen Rückenschmerzen signifikante Verbesserung von Schmerzen, psychischem und sozialem Wohlergehen
- Einige Studien zeigen signifikante Steigerung der Rückkehr an den Arbeitsplatz
- Insgesamt aber noch schwache Evidenz wegen fehlender Standardisierung von Outcomemessungen.

Pöhlmann: *Die Multimodale Schmerztherapie Dachau (MSD) Der Schmerz* 2009

Deckert: *A systematic review of the outcomes reported in multimodal pain therapy for chronic pain.* In: *European Journal of Pain.* 2015

Rolle des Hausarztes

- Risikofaktoren für Chronifizierung erkennen
- Zuweisung an Schmerzzentrum mit multimodalem Therapieangebot
 - Stationär 3 Wochen
 - Ambulant ca 6 Wochen
- Aufbau eines Teams mit Physiotherapie und Psychotherapie am Wohnort, ev. Psychospitex
 - Gemeinsame Etappenzielvereinbarung
 - Rückmeldung aller Beteiligten, v.a Patient via e-mail
 - Regelmässige Evaluation der Zielerreichung

