

Chronischer Schmerz



Definition

Zielgruppe sind Patienten mit Schmerzen nicht tumorbedingter Ursache, die 3 Monate und länger anhalten

Epidemiologie / Versorgungsproblem

Etwa jeder 5. Patient in hausärztlichen Praxen leidet unter chronischen Schmerzen, meist in mehreren Körperregionen. Zu den häufigsten Schmerzzuständen gehören Rücken- und Gelenkschmerzen. Heilung von chronischen Schmerzen ist vielfach nicht möglich. Subjektive Beeinträchtigungen und objektive Organschädigungen korrelieren häufig nicht. Angst, Depression, somatoforme Störungen oder posttraumatische Belastungsstörung sind häufige Komorbiditäten.

Einteilung

- Nozizeptiver Schmerz (auf Gewebereizung oder -schädigung zurückgehend, keine Nervenschädigung):
 - Qualität: vielfältig je nach Grunderkrankung (z.B. bewegungsabhängig, kolikartig, nächtlicher Schmerz), nicht dermatombezogen
 - Beispiele: Arthrose, teils muskuloskeletale Schmerzen, Ischämieschmerz bei pAVK, Frakturen
- Neuropathischer Schmerz (verursacht durch Nervenschädigung):
 - Qualität: einschießend, attackenartig, brennend, keine Linderung in Ruhe, Sensibilitätsstörungen, Parästhesien, Allodynie (Überempfindlichkeit)
 - Beispiele: Ischialgie, diabetische Neuropathie, Trigeminusneuralgie, postherpetische Neuralgie und andere Neuralgien, möglicherweise Fibromyalgie
- Funktioneller Schmerz (Schmerz als Ausdruck psychischer Beeinträchtigung)
 - Qualität: häufig multilokulär, hohe Inanspruchnahme, die Intensität der Schmerzen steht nicht in direktem Zusammenhang mit feststellbaren Gewebeschädigungen

Die Art des Schmerzes hat Einfluss auf die Wahl der Therapie. Häufig liegen Mischformen („mixed pain“) vor.

Schmerz und Psyche

Chronischer Schmerz bedeutet immer eine starke psychische Belastung. Zudem beeinflussen psychosoziale Faktoren wie frühere Lebensereignisse oder die aktuelle Situation die Schmerzwahrnehmung. Die medikamentöse Therapie hat hier keinen Nutzen. Psycho-soziale Interventionen (körperliche und soziale Aktivität, aufmerksamkeitslenkende Strategien, Verhaltenstherapie o.ä.) können die Schmerzwahrnehmung entscheidend beeinflussen.

Behandlungsziele

- Ursächliche Faktoren sollten, wenn möglich, behoben werden
- Erkennen abwendbar gefährlicher Verläufe
- Früherkennung psychischer Komorbidität (begleitende Depression, Angsterkrankung, Schlafstörungen, somatoforme Störung)
- Ausrichtung der Therapie auf die Lebensqualität des Patienten, nicht an Schmerzintensität
- Aufrechterhaltende Faktoren identifizieren und besprechen

Abwendbar gefährliche Verläufe

Malignität, entzündlicher Schmerz, Fraktur, Infektion, akute Schmerzursache bei chronischem Schmerzsyndrom, interventionsbedürftige Nervenkompression, Medikamentenübergebrauch

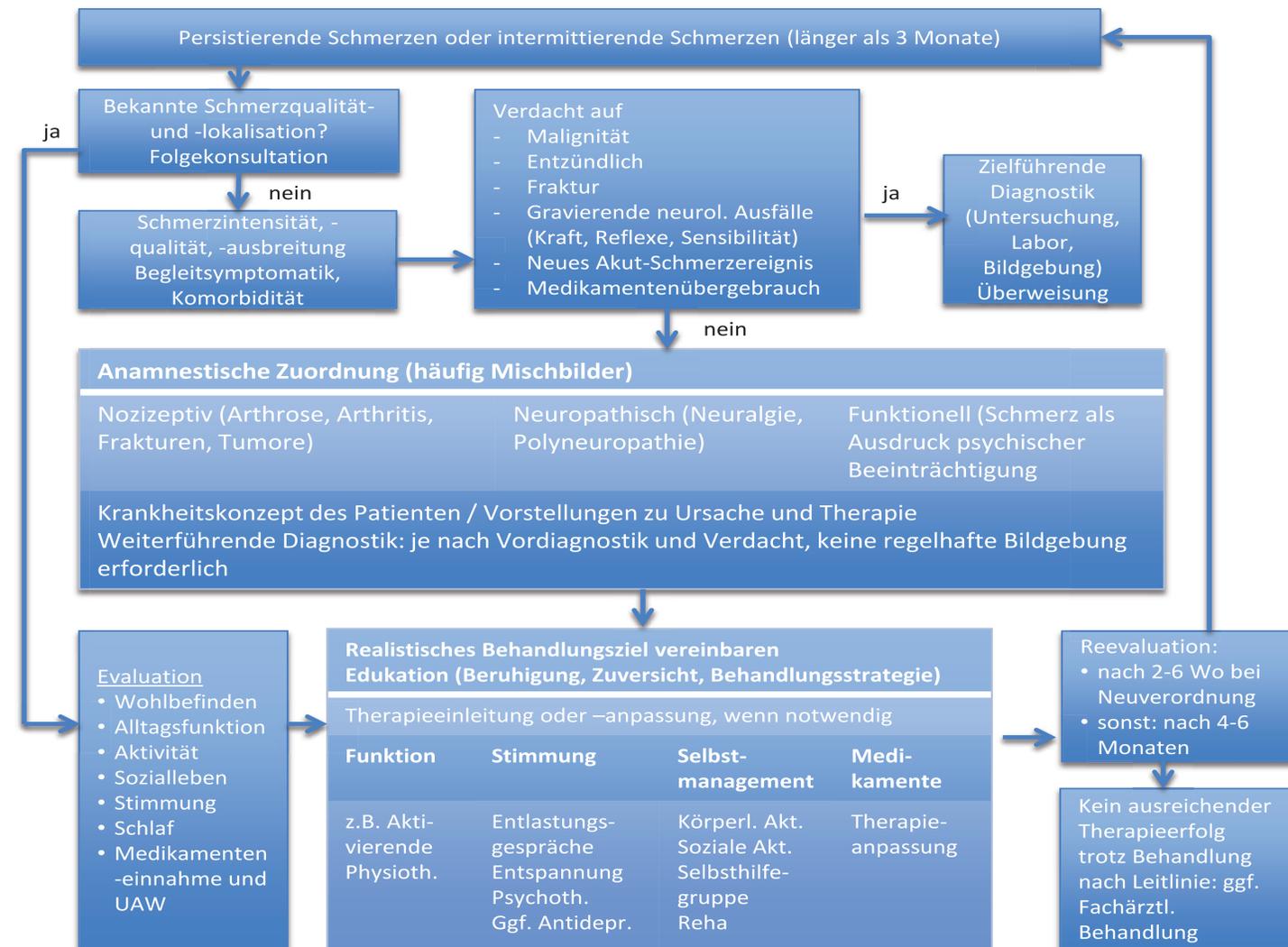
Diagnostik

- Anamnese: Schmerzstärke (NRS, VAS, oder VRS*), -ausprägung, Auslöser, Krankheitskonzept, aufrechterhaltende Faktoren (yellow flags), Dauer der Episoden, Begleitsymptomatik (z.B. Übelkeit, Schwindel), Einnahmeverhalten der Medikamente
- Beeinträchtigung: Wohlbefinden, Alltagsfunktion, Aktivität, Sozialleben, Stimmung, Schlaf
- Therapieziel gemeinsam mit dem Patienten realistisch festlegen
- Körperliche Untersuchung: Orientiert an Beschwerdedarstellung und Voruntersuchungen. Bildgebung ist nicht regelhaft notwendig, sondern bei v.a. auf abwendbar gefährliche Verläufe oder Klärung von Interventionsbedarf, Verhaltensbeobachtungen (z.B. Vermeidungsverhalten) und Funktionstests (z.B. Bewegungsprüfung) zur Verlaufskontrolle

Therapie

- Aufklärung: Bedeutung psycho-sozialer Faktoren, aktive Bewältigungsstrategien
- Unter Einbezug von Patientenzielen sollte ein individueller Behandlungsplan bezogen auf Schmerzlinderung (30% Verbesserung), Verbesserung von Lebensqualität, Funktion, Stimmung, private, berufliche und soziale Partizipation sowie Reduktion des Analgetikakonsums erstellt werden
- Strukturierte Patientenführung (regelmäßige Wiedereinbestellung und Evaluation, um eine Exazerbation der Beeinträchtigungen zu vermeiden).
- Medikamentös: Individuelle Dosistitration, spezifische Therapien beachten (z.B. Migräne, Hemicranie, Koliken)
 - Nozizeptiv: WHO-Stufenschema (einfache Analgetika, NSAR, schwache Opiode, starke Opiode)
 - Neuropathisch: Antikonvulsiva, ggf. Antidepressiva, lang wirksame Opiode, ggf. Lidocain- oder Capsaicin-Pflaster
 - Funktionell: ggf. Antidepressiva, keine Opiode
- Nichtmedikamentös: Aktivierende Maßnahmen (!), Entlastungsgespräche, ggf. Physiotherapie oder Funktionstraining, Psychotherapie (z.B. Verhaltenstherapie, Traumatherapie), Entspannungsverfahren, physikalische Therapien (Kälte, Wärme), Stressbewältigungsverfahren
- Weitere Maßnahmen: Selbsthilfegruppen, ggf. Antrag auf Rehabilitation, Vermittlung sozialrechtliche Beratung (Rentenansprüche, Finanzhilfen etc.).

* NRS: Numerische Rating Skala
VAS: Visuelle Analogskala
VRS: Verbale Ratingskala



Beispiel-Medikationen (für differentielle Indikation b.w.)

Grundsätzlich: Orale Einnahme, festes Zeitschema, kurzwirksame Präparate nur in Einstellphase oder für Durchbruchschmerzen, Opiate mit Adjuvantien (Laxantien, Antiemetika)

Gruppe	Medikament	Initialdosis (Intervall für Dosiserhöhung)	Dosierung	Start oder Kombination mit nicht retardierter Med.
Nicht Opiode	z.B. Naproxen, Paracetamol, Metamizol			
Schwache Opiode	z.B. Tramadol retard	1x100-150 mg (2-7d)	Max 400 mg/d	Tramadol 50 mg alle 4-6 h
Starke Opiode (LONTS-Leitlinie!)	z.B. : Morphin retard (1. Wahl)	2-3x10-30 mg	Individuell titriert	Morphin 5-10 mg alle 4h
Antikonvulsiva (neuropathischer Schmerz)	z.B. Gabapentin	2x100 mg	1200-2400 mg/d (max 3600 mg/d)	
Antidepressiva (neuropathischer Schmerz / Depression)	z. B. Amitriptylin	25 mg	50-75 mg/d	

Autoren: Becker, A; Becker M, Engeser P.

Konzeption und wissenschaftliche Redaktion: M. Scherer, C. Mueche-Borowski, A. Wollny

Stand 2013 © DEGAM www.degam-leitlinien.de

DEGAM Leitlinien

Hilfen für eine gute Medizin