

DER DEUTSCHE SCHMERZ- UND PALLIATIVTAG 2011

22. Deutscher interdisziplinärer Schmerz- und Palliativkongress Frankfurt/Main · 23. bis 26. März 2011

PRESSE-INFORMATIONEN



Invasive Schmerztherapien: Vorstoß zu den möglichen Quellen der Pein

24. März 2011
Nr. 08

(Frankfurt/Main) Wenn konservative Therapien versagen, können Spezialisten mit invasiven Strategien mögliche Schmerzquellen an der Wirbelsäule diagnostizieren und gezielt ausschalten. Darum sollten diese Verfahren bei »therapieresistenten« Schmerzen rechtzeitig in Erwägung gezogen werden, erklären Experten auf dem Deutschen Schmerz- und Palliativtag 2011 in Frankfurt. Gleichzeitig warnen die Spezialisten aber auch vor Wildwuchs, beispielsweise dem unkritischen Einsatz rückenmarksnaher Injektionen von Schmerz- und Entzündungshemmern ohne vorausgegangene präzise Diagnostik.

Nahezu jeder Fachartikel über chronische Rückenschmerzen beginnt mit diesem Satz: »Bei mehr als 90 Prozent der Patienten mit chronischen Rückenschmerzen kann keine spezifische organische Ursache der Beschwerden festgestellt werden.« Darum setzen die Experten – nach Überprüfung bestimmter Warnsignale (»red flags«) – inzwischen auf die »multimodale Therapie«. Diese verknüpft verschiedene Komponenten: Medikamente, Bewegungstherapie, Verhaltensmedizin sowie bei Bedarf auch andere Maßnahmen. Diese Kombitherapie führt zu besseren Behandlungsergebnissen als die »konventionelle« medizinischen Behandlung. Die Schmerzen der Patienten bessern sich, ebenso die verschiedenen Funktionen.

WENN DER GOLDSTANDARD VERSAGT. Doch auch für diesen »Goldstandard« der modernen Schmerztherapie gilt: Keine Methode hilft 100 Prozent der Patienten. Doch was tun, wenn die multimodale Therapie versagt? Wenn diese Maßnahmen nicht helfen und Schmerzen »therapieresistent« scheinen, ist damit das Ende der therapeutischen Fahnenstange keineswegs erreicht. »Durch eine sehr präzise und exakte Diagnostik an verschiedenen Strukturen der Wirbelsäule, lassen sich in solchen Fällen durchaus mögliche Schmerzquellen identifizieren, welche durch gezielte invasive Maßnahmen ausgeschaltet werden können«, erklärt der Hamburger Schmerztherapeut Dr. Bruno Kniesel. So können beispielsweise feinste Risse im inneren Bereich einer Bandscheibe – ohne dass ein Bandscheibenvorfall vorliegt – oder Veränderungen an den so genannten Facettgelenken der Wirbelkörper oder den Kreuz-Darmbeingelenken (Iliosacralgelenken) Schmerzen verursachen. »Wichtig ist, dass diese Verfahren nicht erst nach vielen Jahren, sondern bereits dann in Betracht gezogen werden, wenn die konservativen Therapieversuche binnen eines Jahres keine Verbesserung erbracht haben, weil dadurch die Chronifizierung des Schmerzes fortschreitet«, betont Kniesel.

AKTUELLE UNTERSUCHUNG. Eine US-Forschergruppe berichtet im aktuellen Fachjournal PAIN MEDICINE über ihre Untersuchung von »therapieresistenten« Rücken-

Pressestelle: Barbara Ritzert · ProScience Communications GmbH · Andechser Weg 17 · 82343 Pöcking-
Tel: 08157 9397-0 · Fax: 08157 9397-97 · ritzert@proscience-com.de

Während der Tagung: Raum »Klausur« · Ebene C1 · Congress Center Messe · Ludwig-Erhard-Anlage 1
60327 Frankfurt/ Main Tel: 069 7575-73130 · ritzert@proscience-com.de

schmerzen bei 156 Patienten. Resultat: Wie schon andere Gruppen zuvor konnte das Team bei 42 Prozent der Patienten Risse im inneren Bereich der Bandscheibe nachweisen, bei 31 Prozent waren die Facettgelenke und bei 18 Prozent der Patienten die Kreuz-Darmbeingelenke die Schmerzquelle. Wobei die Bandscheibenrisse sich bei den jüngeren Patienten häufen und die anderen Schmerzursachen eher bei älteren Patienten diagnostiziert wurden.

INFORMATIONEN AUS DEM BANDSCHEIBEN-INNERN. Identifiziert werden die Schmerzquellen an der Wirbelsäule mit invasiven Methoden. Risse in den äußeren Bereichen des Faserrings der Bandscheibe werden etwa mittels der sogenannten Diskographie nachgewiesen. Bei dieser Methode wird ein Kontrastmittel unter örtlicher Betäubung und Röntgenkontrolle (Bildwandler) in die Bandscheibe gespritzt. Ein Kontrastmittelverlust aus dem Bandscheibenkern heraus, zeigt beispielsweise einen Bruch im Bandscheibenring an. Da die Injektion auch zu einer Druckerhöhung in der Bandscheibe führt, provoziert diese bei einer geschädigten Bandscheibe den typischen Schmerz des Patienten.

Kann der Arzt einen solchen Schaden an der Bandscheibe diagnostizieren, ist dies für die Patienten, die oft jahrelange Odyseen hinter sich haben, oft auch schon mehrfache Wirbelsäulenoperationen, zunächst eine Entlastung. Therapeutisch setzt Dr. Kniesel in solchen Fällen zunächst auf eine Stärkung der Wirbelsäulenmuskulatur, um die Bandscheibe zu entlasten. In bestimmten Fällen kommt ein kurz IDET genanntes Verfahren in Frage, bei dem schmerzleitende Nervenendigungen in der Bandscheibe durch eine Wärmebehandlung zerstört werden.

SCHMERZLEITENDE NERVEN BLOCKIEREN. Um die Facettgelenke oder das Iliosakralgelenk als Schmerzquelle zu identifizieren, wird ein Betäubungsmittel ebenfalls unter Bildwandler-Kontrolle präzise an die Nervenstruktur gespritzt, die als Schmerzweiterleiter vermutet wird. Verschwindet der Schmerz, ist die Schmerzquelle erkannt. »Aber nur wenn die Schmerzquelle eindeutig identifiziert werden konnte, haben solche minimal-invasiven Eingriffe maximale Erfolgchancen«, warnt Kniesel. Dann können durch eine Erhitzung (Radiofrequenzläsion) die feinen schmerzleitenden Nervenbahnen blockiert werden. Je nach Läsion muss die Therapie nach einem oder mehreren Jahren allerdings wiederholt werden, da sich die blockierten Nerven regenerieren. »Diese von der wissenschaftlichen Gesellschaft ISIS (International Spinal Injection Society) etablierte präzise Diagnostik findet hierzulande leider noch zu wenig Beachtung«, sagt Kniesel.

RÜCKENMARKSTIMULATION. Werden therapieresistente Rücken- und Beinschmerzen durch eine Verletzung oder Kompression von Nerven (neuropathischer Schmerz) oder durch Durchblutungsstörungen verursacht, die auf keine konservative Behandlung ansprechen, kann eine epidurale Rückenmarkstimulation helfen. Diese kommt auch bei einem therapieresistenten komplexen regionalen Schmerzsyndrom (CRPS, früher auch Morbus Sudeck genannt) zum Einsatz.

Bei der Rückenmarkstimulation wird eine Elektrode in der Nähe des Rückenmarks implantiert, über die ein unter die Haut gepflanzter Impuls-generator schwache elektrische Impulse zum Rückenmark schickt. Der Patient empfindet ein Kribbeln, die Schmerzen werden so moduliert.

Auch bei dieser Therapie durchlaufen die Patienten eine intensive Phase der Teststimulation. Die Elektrode wird extern ausgeleitet und vom Patienten mit einem Handgerät bedient. Ein bis drei Wochen lang dokumentiert er den Schmerzverlauf und entscheidet erst dann, ob die Vollimplantation des streichholzschachtelgroßen Generators ihm helfen wird. Jenen 25 bis 35 Prozent der Patienten, die von einer Vollimplantation nicht profitieren würden, kann die intraspinale Medikamentengabe über eine implantierte Medikamentenpumpe helfen.