



Symposium: Neuropathische Schmerzen – Diagnose und Behandlung

Eine erfahrungsbasierte Diskussion
Zürich, 29. August 2014

Organisiert und eröffnet von Prof. Dr. med. Eli Alon, Zürich (Abb. 3), war dieses Symposium mit dem aktuellen und drei Past-Präsidenten der Europäischen Schmerzgesellschaft EFIC hochkarätig besetzt (Abb. 1). Die Themenbereiche des neuropathischen Schmerzes (NS) wurden durch konkrete Fallbeispiele von Praktikern praxisnah veranschaulicht (Abb. 2).

Das Schmerzzambulatorium in Zürich hat, als es vor 20 Jahren gegründet wurde, bereits interdisziplinär gearbeitet und moderne Schmerztherapie angewendet. Heute, so PD Dr. med. Konrad Maurer, der derzeitige Leiter, verfügt dieses über einen Stationären Schmerzdienst, ein Ambulatorium, eine Interdisziplinäre Schmerzprechstunde, ein Peripheral Nerve Pain Board, ein Pelvic Pain Board, ein Neuromodulations Board und eine Pain Research Unit.

NS entsteht zu 90%, abgesehen von strukturellen Schädigungen des ZNS, in der Peripherie. Das ZNS wirkt i.d.R. hemmend oder fördernd auf die Schmerzleitung und -verarbeitung und modulierend auf die Schmerzempfindung. Plastische Veränderungen des ZNS führen über den Prozess der Sensibilisierung zu den typischen Symptomen des NS. Vermutlich stellen diese

phänotypischen Veränderungen im ZNS nur Folgen, aber nicht die Ursachen der Schmerzen dar. Anhand typischer Symptome wie Allodynie und Hyperästhesie konnte Prof. Dr. med. dent. Sandor Palla, Zürich, die Diagnose neuropathischer Schmerz bei einer Patientin nach einer Implantatoperation stellen.

Die genetische Seite der Schmerzentstehung und -empfindung beleuchtete Prof. Dr. med. Inna Belfer, Pittsburgh. Die Variabilität der menschlichen Schmerzempfindung ist groß und wird beispielsweise vom Geschlecht und durch Stress beeinflusst. Aus Studien mit Familien und Zwillingen weiß man, dass ca. 50% des Schmerzempfindens genetisch festgelegt ist, die übrigen 50% bestimmt die Umwelt. In den vergangenen 10 Jahren konnten 108 Schmerzgene identifiziert und u.a. die Gene SCN9A (Nav1.7), GCH1, $\alpha 2\delta 3$ bestimmten Schmerz-Störungen zugeordnet werden. Der nächste Schritt auf dem Weg zum personalisierten Schmerz-Management wäre die Identifizierung eines Schmerz-Genoms und die entsprechende Phänotypisierung. Klinisch relevant wäre die Bestimmung der „Risiko-Signatur“ mit Prognosen über die Schmerzstärke und Chronizität und der „Response Signatu-



re“ mit Aussagen über die analgetische Wirkung und Nebenwirkungen. Mit Hilfe der Epigenetics kann der genetische Einfluss also verstärkt oder ausgeschaltet werden. Die große genetische Variabilität der Schmerzempfindung konnte Dr. med. Wilhelm Ruppen, Basel, anhand einer Patientin eindrücklich darstellen.

Die Studie „Pain in Europe Survey“ ebenso wie die von Prof. Dr. med. Stefano Coaccioli, Perugia, durchgeführte lokale italienische NARNI Studie zeigten, dass chronischer Schmerz i.d.R. nicht

adäquat behandelt wird und 20% der chronischen Schmerzpatienten überhaupt keine Schmerztherapie erhalten. Dabei ist bekannt, dass chronischer Schmerz die Lebensqualität einschränkt und die Arbeitsleistung vermindert. So hat chronischer Schmerz neben den Wirkungen auf den einzelnen Patienten auch Auswirkungen auf die Gesellschaft. Die European League Against Rheumatism empfiehlt in ihren Guidelines die Anwendung von Opioiden bei Patienten, bei denen NSAIDs und Cox-2 Inhibitoren unwirksam



Abb. 1 ▲ Die beiden Organisatoren und mit den ausländischen Referenten (v.l.n.r.): Konrad Maurer, Giustino Varrassi, Inna Belfer, Athina Vadalouka, Eli Alon, Serdar Erdine, Marijana Bras, Hans-Georg Kress, Chris Wells



Abb. 2 ▲ v.l.n.r.: Stehend: Fr. Coaccioli, R. Spielmann (Sekretariat), S. Coaccioli, Ph. Mavrocordatos, S. Palla, G. Varrassi, E. Alon, A. Ayingol (Sekretariat), Fr. Kress, H. Kress, S. Erdine, I. Belfer, A. Gantenbein, K. Schwegler. Sitzend: Fr. Alon, Ch. Wells, A. Vadalouka, M. Bras

oder kontraindiziert sind. Die American Pain Society und das American College of Rheumatology geben dieselben Empfehlungen für Patienten mit Rheumatoider Arthritis oder Osteoarthritis (7). Die WHO definiert chronischen Schmerz folgendermaßen „a problem in its own right, not just an indicator of an underlying disease or damaging process, but one which extracts a great toll on individuals and society“.

„Ziel der Opioidtherapie ist es, das Schmerzgedächtnis zu löschen und das Opioid dann langsam auszuschleichen“, so die Praktikerin Dr. med. Angela Hähnsen, Zürich.

Prof. Dr. med. Chris Wells, Liverpool, wies darauf hin, dass sowohl SIG als auch EFNS Antidepressiva, Gabapentin oder Pregabalin, topisches Lidocain und Opioide oder Tramadol bei akutem NS, Krebs-induziertem NS,

Episoden schweren Schmerzes und bei Bedarf schneller Schmerzlinderung empfehlen. Bei den Antidepressiva zeigten die Trizyklischen Antidepressiva (TCA) die beste Evidenz, immer nach dem Therapieprinzip „start low – go slow“, das auch für die Anwendung der Antiepileptika zutrifft. Hier zeigte Pregabalin gute neue Studienergebnisse. Dr. med. Andreas Gantenbein, Bad Ragaz, legte anhand zwei seiner

Patienten dar, dass es eine generell wirksame Schmerztherapie nicht gibt und diese erst individuell auf jeden Patienten abgestimmt werden muss.

Betrachtet man die EFNS Leitlinien für die Behandlung des NS, so wird als Erstlinienbehandlung topisches Lidocain 5% nicht jedoch topisches Capsaicin 8% empfohlen. Dies ist nach Ansicht von Prof. Dr. med. Hans G. Kress, Wien, aufgrund der guten Studienlage zu Capsaicin 8% nicht gerechtfertigt. Der Lidocain 5% Patch ist eine wirksame Erstlinien- und Add-on-Therapie für periphere NS mit niedriger Nebenwirkungsrate, guter Verträglichkeit, auch bei älteren Patienten, und vernachlässigbarer systemischer Wirkung oder Interaktion mit anderen Wirkstoffen. Die Patientenadhärenz ist exzellent. Sinnvoll ist vor einer Behandlung eine Responder/Nicht-Responder-Bestimmung der Patienten. Hautirritationen sind häufig und die Erweiterung der Indikation auf weitere neuropathische Syndrome ist möglich und wird erwartet. Die Behandlung mit Qutenza hat gezeigt, dass Patienten umso bessere Ergebnisse zeigten, je kürzer der Schmerzbeginn zurücklag. Daher sollte die topische Behandlung mit Patches frühzeitig in der Schmerztherapie eingesetzt werden.

Dr. med. Patrick Nordmann, Richterswil, fordert dazu auf „Lokale Schmerzen bitte auch lokal behandeln!“

„Welche Fortschritte brachte das vergangene Jahrhundert dem NS-Patienten in der interventionellen Medizin?“ fragte Prof. Dr. med. Serdar Erdine, Istanbul, seine Zuhörer. Diese Therapieform weist große Lücken und kontroverse Informationen auf. Gute Studien sind schwierig durchzuführen. Für die meisten neuropathischen Erkrankungen liegt keine erwiesene Evidenz für eine interventionelle Behandlung vor. Die NeuPSIG gibt zum interventionellen Management des NS vier schwache Empfehlungen, eine für die epidurale In-



Abb. 3 ▲ E. Alon mit einigen Referenten; P. Nordmann, A. Hähnsen und (oben) S. Palla

jektion bei Postherpaler Neuropathie, eine für Steroidinjektion bei Radikulopathie und je eine für SCS bei FBSS und bei CRPS Typ-1. Andere Empfehlungen könnten aufgrund der schlechten Qualität der verfügbaren Daten nicht gemacht werden.

PD Dr. med. Andreas Siegenthaler, Bern, stellte interessante nicht typische Indikationen für eine Stellatum Blockade bei zwei seiner klinischen Fälle vor, nämlich Hot flushes und das Post Traumatische Stress Syndrom. **Prof. Dr. med. Erdine**, Istanbul, wies in der anschließenden Diskussion nochmals darauf hin „Die interventionelle Therapie muss als Teil einer Vielzahl verschiedener Therapien gesehen werden. Sie sollte nicht zu Beginn einer Therapie eingesetzt werden. Beachtet man dies, kann die Therapie erfolgreich sein“ und **PD Dr. med. Maurer** betonte „Es ist die Aufgabe der Ärzte unnötige Interventionen zu verhindern“.

Die Schmerzursache von 60-90% der Krebspatienten ist direkt auf die Krebserkrankung zurückzuführen. Erschreckend ist, so **Prof. Dr. med. Athina Vadalouca**, Athen, dass die Hälfte der hospitalisierten Krebspatienten in den letzten drei Lebensjahren keine Schmerztherapie erhält. Die Mehrzahl der Krebsschmerzen sind von gemischter Qualität und nur bei ca. 20% handelt

es sich um rein neuropathische Schmerzen. Einen Meilenstein in der Schmerzkontrolle stellen die Opiode dar, deren Rotation dabei helfen kann, das therapeutische Fenster zu öffnen und ein vorteilhafteres Analgesie/Toxizitäts-Verhältnis zu etablieren. **Raptis E. et al.** konnten zeigen, dass die Krebsart eine Rolle bei der Schmerzbehandlung spielt. Liegt eine NS-Komponente vor, dann müssen adjuvante Medikamente eingesetzt werden. So lässt sich Schmerz signifikant reduzieren, die Opioiddosen müssen nicht erhöht oder können gesenkt werden, so dass sich das Nebenwirkungs- und Toleranzprofil verbessert. Als Erstlinienbehandlung des chronischen NS werden Opiode, Pregabalin und Cox-2 Inhibitoren empfohlen, als Zweitlinienbehandlung Duloxetine, Gabapentin, TCA und als Drittlinientherapie u.a. interventionelle Methoden. Als topische Antineuralgetika haben sich der 5%ige Lidocain- und der 8%ige Capsaicin-Patch bewährt. Auch bei zentralem NS ist Lidocain 5% eine neue Behandlungsoption. Der Krebs-induzierte NS ist ein schwieriges Schmerzproblem und es handelt sich auch hier um eine multidisziplinäre Aufgabe. Der Schmerztherapie sollte in der medizinischen Ausbildung generell eine größere Bedeutung beigemessen werden.

Dr. med. Philippe Mavrocor-datos, Lausanne, unterstrich „In den Entscheidungsprozess der richtigen Schmerztherapie sollten neben der Schmerzintensität auch persönliche Bedürfnisse des Patienten miteinfließen.“ **PD Dr. med. Konrad Maurer** erinnerte daran „Ein Schmerz-Management-Konzept für Krebspatienten, das rechtzeitig und vorausschauend entworfen wird, wäre wünschenswert. Leider trifft dies in vielen Fällen nicht zu. Oft wird in extremis eine Therapie entworfen. Der Dialog mit den Onkologen ist essenziell und die Krebsart spielt bei der Entscheidung einer entsprechenden Schmerztherapie eine wichtige Rolle. Die Palliativbehandlung schließt invasive Behandlungen nicht aus!“

Ein befriedigendes und kompetentes Arzt-Patientengespräch wird eigentlich allgemein vorausgesetzt. Leider ist dies nicht immer der Fall und daher fordert die Psychologin **Prof. Dr. Marijana Bras**, Zagreb, ein Kommunikationstraining für alle sozialen Berufe. Zu den fundamentalen klinischen Fähigkeiten des Arztes gehören neben seinem medizinischen Wissen, der Fähigkeit, Probleme zu lösen, und der klinischen Untersuchung auch die Fähigkeit zu kommunizieren. Nur wer weiß, wie Gespräche geführt werden, kann Patienten auch verstehen und für den Krankheitsverlauf wertvolle Informationen

erhalten und umsetzen. Ab dem ersten Semester müssten Medizinstudenten darin geschult werden, mit Patienten, Angehörigen und Kollegen zu kommunizieren. Die Interaktion biologischer, psychischer, sozialer und spiritueller Faktoren kann zu Krankheiten führen, so dass eine bessere Gesprächsführung zu größerer Zufriedenheit und Therapieadhärenz des Patienten führt. Faktoren, die den Therapieerfolg begünstigen.

Dr. Kyrill Schwegler, Basel, verwies auf seine Praxiserfahrung darauf hin, dass der Psychiater meist der letzte in der Reihe der Behandelnden ist. Dies sei eine schlechte Ausgangsbasis. Sozialer Schmerz, wie z.B. Verlustschmerz, spielt häufig eine Rolle bei chronischen Schmerzen. Daher sollten Psychiater frühzeitig und selbstverständlich in das Behandlungsteam miteinbezogen werden.

Ein längerer Symposiumsbericht inklusive Literaturquellen erscheint in der Zeitschrift „der informierte @rzt“, Aertzteverlag medinfo AG.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Eli Alon
SGSS Kursleiter