

DER DEUTSCHE SCHMERZTAG 2007

18. Deutscher interdisziplinärer Schmerzkongress Frankfurt/M. · 15. bis 17. März 2007

Praktische Schmerztherapie

Im Fokus: Der Patient im Mittelpunkt von Forschung und Praxis



Nummer 07
15. März 2007

Presse-Mitteilung Es ist nie zu spät

(Frankfurt/Main) Exakte Diagnose- und Selektionskriterien verbessern deutlich die Ergebnisse in der Therapie chronischer Wirbelsäulen- und Nervenschmerzen. „Wir haben präzise Instrumente, mit deren Hilfe wir hochwirksame Therapien einzusetzen können, wenn die multimodale Schmerztherapie nicht erfolgreich war“, erklärt der Hamburger Arzt Dr. Bruno Kniesel auf dem 18. Deutschen Schmerztag in Frankfurt.

Wenn die Standardmaßnahmen der modernen Schmerztherapie nicht helfen und Schmerzen gegen nicht-medikamentöse Strategien und selbst gegen hochwirksame Schmerzmittel „therapieresistent“ scheinen, gibt es in vielen Fällen weitere therapeutische Optionen. „Die exakte Diagnostik an den entscheidenden Strukturen der Schmerzübertragung ermöglicht selbst nach jahrelangen Schmerzdyssees noch den Einsatz hochwirksamer Therapien“, schildert Dr. Bruno Kniesel die Erfahrungen mit der Umsetzung wissenschaftlich etablierter Erkenntnisse in seiner Praxis.

Dem Hamburger Schmerzspezialisten gelang es im Lauf der letzten zehn Jahre, die therapieresistenten Schmerzen bei mehr als der Hälfte seiner chronischen Schmerzpatienten über Jahre hinweg deutlich zu lindern. Diese Patienten hatten meist schon mehrfache Wirbelsäulenoperationen hinter sich oder litten nach Unfällen mit Nervenverletzungen an Armen und Beinen unter Nervenschmerzen.

Hilft bei diesen Schmerzen die multimodale Schmerztherapie nicht, kann ein Nervenstimulator (SCS oder spinaler Rückenmarkstimulator) unter die Haut implantiert werden. Die Elektrode wird hinter dem Rückenmark eingesetzt und gibt an dieses elektrische Impulse ab. So blockiert das batteriebetriebene Gerät die Weiterleitung von Schmerzsignalen an das Gehirn.

Bevor der Stromgenerator eingesetzt wird, durchlaufen die Patienten eine intensive Phase der Teststimulation. In dieser Phase wird die Elektrode 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 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.

ERST BLOCKIEREN, DANN BEHANDELN. Chronische Nackenschmerzen, chronische Rückenschmerzen, welche durch Verschleiß oder nach einem Unfall an den Wirbelgelenken hervorgerufen werden, sowie zervikogener Kopfschmerz - ein Kopfschmerz, der durch Veränderungen an der Halswirbelsäule hervorgerufen wird

- können erfolgreich mit der sogenannten Radiofrequenztherapie behandelt werden. Dasselbe gilt bei Rückenschmerzen, die durch die Wirbelgelenke hervorgerufen werden.

„Aber nur wenn die Schmerzquelle durch eine Nervenblockade unter Röntgenkontrolle eindeutig identifiziert werden konnte, haben minimal-invasive Eingriffe maximale Erfolgschancen“, betont Kniesel. Bei dieser Untersuchung spritzt der Arzt ein örtliches Betäubungsmittel präzise an die Nervenstruktur, die als Schmerzweiterleiter vermutet wird. Verschwindet der Schmerz, ist die Schmerzquelle erkannt. Dann können Ärzte durch eine Erhitzung (Radiofrequenzläsion) feine schmerzleitende Nervenbahnen blockieren. „88 Prozent der Patienten mit zervikogenem Kopfschmerz, der durch den dritten Okzipitalnerven ausgelöst wird, sind mit dieser Strategie nach einem Jahr schmerzfrei oder profitieren von einer deutlichen Schmerzlinderung“, so Kniesel. 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 Diagnostik findet hierzulande noch zu wenig Beachtung“, mahnt Kniesel.