**Gemeinschaftspraxis im Bayerwald**

**Skype-Fortbildung vom 31.07.2017 zum Thema Schmerz**

**Klinisch-pragmatisch lassen sich u.a. die folgenden Schmerztypen unterscheiden:**

1. Muskuloskelettaler Schmerz
2. Kolikschmerz
3. Neuropathischer Schmerz
4. Durchbruchsschmerz bei Tumorerkrankungen
5. Psychischer Schmerz, psychosomatische Schmerzsyndrome
6. **Muskuloskelettaler Schmerz**

**Therapeutische Ansätze:**

* **Nicht-medikamentös:** Bewegung / Physiotherapie, Wärme
* **Medikamentös**: NSAR (ggf. + PPI) oder Paracetamol, ggf. auch Cortison p.o.

Der Einsatz von Cortison ist umstritten, da gemäß der einschlägigen Leitlinien (u.a. DEGAM Leitlinie Kreuzschmerz und Nackenschmerz) bei einfachen muskuloskelettalen Schmerzen nicht Mittel der Wahl.

Früher verwendeter Ansatz bei psychosomatisch überlagerten PatientInnen: Metamizol i.v., ggf. mit Vitamin B12 zum Einfärben zur Verstärkung des Placebo-Effekts

1. **Kolikschmerz**

**Ursachen**: Kolikschmerzen treten insbes. bei Erkrankungen auf, welche muskuläre Hohlorgane betreffen, z.B. Gallen- und Nierensteine, entzündliche und sonstige gastrointestinale Erkrankungen, gynäkologische Krankheitsbilder (EUG, Regelschmerzen, Endometriose, u.a.).

Bei Kolikschmerzen bei Frauen im reproduktiven Alter sollte stets an die Möglichkeit einer **Schwangerschaft** gedacht und nach einer solchen gefragt werden.

**Therapeutische Ansätze:**

* **Bei leichten Beschwerden**: Butylscopolamin oder Metoclopramid (insbes. bei begleitender Übelkeit)
* **Bei starken Beschwerden:** Metamizol, Butylscopolamin, Metoclopramid ggf. i.v.
* **Bei unzureichender Wirkung der nicht-Opioid-Analgetika**: Tilidin-Naloxon
* **Bei Regelschmerzen/ PMS**: NSAR, ggf. auch Butylscopolamin und Paracetamol
* **Bei Gastroenteritis** **mit Kolikschmerzen**: Metamizol, Butylscopolamin, Paracetamol, warme Wickel

1. **Neuropathischer Schmerz**

**Bei neuropathischen Schmerzen können die folgenden Substanzen eingesetzt werden:**

* **Antiepileptika**:
  + **Gabapentin (Leitsubstanz):** Kann wegen auftretender UAWs (Schwindel, u.a.) oft nicht auf die Maximaldosis aufdosiert werden, oft erschwerte Therapie-Adhärenz wegen UAWs, 3x-täglicher Einnahme und großer Tablettengröße
  + **Pregabalin (Lyrica®, Generika)**: Einfacher einzudosieren als Gabapentin, deshalb oft in Kliniken verschrieben, aber neuere Substanz, zu der weniger Erfahrung vorliegt, und relevantes Abhängigkeitspotential
* **Antidepressiva:**
  + **Amitryptilin**: Bei depressiver Begleitsymptomatik und begleitenden Schlafstörungen bevorzugt, praktisch kein Abhängigkeitspotential
  + **Doxepin**: Trizyklisches Antidepressivum mit ähnlichen Wirkspektrum wie Amitryptilin
  + **Duloxetin (Cymbalta®, Generika)**: Serotonin-Noradrenalin Wiederaufnahmehemmer, zur Behandlung von Depressionen, Angststörungen und diabetischer Polyneuropathie zugelassen
* **Sonstige**:
  + **Cortison**: Bei tumorbedingten radikulären Schmerzen, bei anderen neuropathischen Schmerzen besteht weniger Erfahrung

Allgemein gilt, dass bei neuropathischen Schmerzen die Behandlung von Begleitsymptomen und ggf. gleichzeitig bestehenden nozizeptiven Schmerzen wichtig ist. Insbesondere bei Nicht-Ansprechen auf die Standardmedikamente ist zu prüfen, ob noch weitere Schmerzquellen vorliegen.

1. **Durchbruchsschmerz bei Tumorerkrankungen**

**Grundregel für die Behandlung von akuten Schmerzspitzen bei Tumorerkrankungen**: 1/6 der Tagesäquivalenzdosis der Dauermedikation in Form schnellwirksamer Opiate (z.B. Morphin i.v.), wenn dies nicht ausreicht oder es mehr als 3x-täglich zu Schmerzspitzen kommt dann Anpassung der Dauermedikation.

1. **Psychische Schmerzen, somatoforme Schmerzsyndrome**

**Allgemein gilt bei somatoformen Schmerzsyndromen:**

* Wichtig ist, die PatientInnen mit ihren Beschwerden wahrzunehmen und ihnen Empathie und Verständnis zu vermitteln, aber eine iatrogene somatische Fixierung zu vermeiden; hierfür ist insbesondere der Aufbau einer tragfähigen persönlichen Beziehung wichtig
* Oft kann man PatientInnen mit somatoformen Schmerzsyndromen nur wenig helfen – oft sind die Beschwerden von Faktoren (mit-)bedingt, die von den Behandlern nicht beeinflusst werden können. Solche PatientInnen gut zu versorgen bedeutet oft, sie vor nicht-angemessener Diagnostik und Therapie zu schützen. Für die Behandler kann dies sehr frustrierend sein.