

Schmerztherapie in der Praxis

La thérapie de
la douleur dans la
pratique

TEXT / TEXTE Prof. Dr. med.
Haiko Sprott, Rheuma- und
Schmerzpraxis Hottingen,
Hottingerstrasse 44,
8032 Zürich, Tel. 044 577 4010

ÜBERSETZUNG / TRADUCTION
Marie-Louise Hagen-Perrenoud

FOTO / PHOTO
kallejipp / photocase.de



Thérapie anti-douleur multimodale

Il est très important de chercher l'origine exacte de la douleur, de choisir le meilleur médicament en combinaison avec d'autres mesures et de chercher une réintégration rapide de la personne concernée, au point de vue social. L'objectif principal n'est pas la disparition de la douleur, mais le «plaisir de vivre» ainsi qu'une activité quotidienne. Une thérapie anti-douleur multimodale par un spécialiste est actuellement le «non plus ultra».

Les douleurs (aiguës ou chroniques) sont très fréquentes dans les consultations de rhumatologie. Lorsque leur origine est connue (p.ex. inflammation), il est généralement facile de les traiter. Dans le cas idéal, elles disparaissent ou du moins diminuent. Malheureusement, on n'arrive pas toujours à les caractériser. Les données montrent qu'un Suisse sur six (16%) souffre de douleurs chroniques. Une famille sur trois est touchée (32%). Les raisons les plus courantes sont des maladies rhumatismales (34%).

Dans les cas où l'origine des douleurs ne peut être traitée afin que le patient puisse à nouveau être actif dans ses activités quotidiennes, il convient de consulter un spécialiste de la douleur.

Multimodale Schmerztherapie

Es ist von grosser Wichtigkeit, gründlich nach der Schmerzursache zu suchen, das richtige Medikament in Kombination mit anderen Massnahmen auszuwählen und eine schnelle Reintegration des Betroffenen in sein soziales Umfeld anzustreben. Schmerzfreiheit ist nicht das oberste Ziel, sondern «Spass am Leben» und Aktivität im Alltag. Eine multimodale Schmerztherapie durch Spezialisten ist momentan das «non plus ultra».

Schmerzen (akut oder chronisch) sind in einer rheumatologischen Arztpraxis sehr häufig. Lässt sich die Ursache der Schmerzen finden (z.B. Entzündung), kann man diese meistens behandeln. Im Idealfall verschwinden die Schmerzen oder werden wenigstens gelindert. Leider gelingt es nicht immer, die Schmerzursache zu charakterisieren. Die Datenlage zeigt, dass jeder sechste Schweizer (16%) an chronischen Schmerzen leidet und jeder dritte Haushalt (32%) betroffen ist. Die häufigsten Gründe sind rheumatische Erkrankungen (34%).

Sollte es nicht ausreichen, die zugrundeliegende Ursache des Schmerzes so zu behandeln, dass der Patient wieder aktiv am Alltag teilnehmen kann, wird empfohlen, einen Schmerzspezialisten aufzusuchen.

Da chronische Schmerzen häufig sehr komplexer Natur sind, müssen verschiedene Therapiestrategien in einem individuellen Schmerzmanagement kombiniert werden. Medikamentöse und nicht-medikamentöse Behandlungen kommen hier in Frage (siehe Abbildung 1).

Medikamentös gibt es eine grosse Palette an Substanzen, die auf verschiedenen Ebenen des schmerzverarbeitenden Systems wirken. Diese Medikamente können ein «Segen» sein, sind aber alles andere als harmlos. Deshalb ist es sehr wichtig, dass diese Therapieform von einem Arzt begleitet wird. Er wird dabei versuchen, so hoch wie nötig zu dosieren und so kurz wie möglich zu behandeln.

Starke Opioide werden zunehmend häufiger bei chronischen Schmerzen eingesetzt, die degenerativer Natur sind

Die verschiedenen rheumatischen Erkrankungen

Unter rheumatischen Erkrankungen verstehen wir (mit abnehmender Häufigkeit):

- Degenerative Erkrankungen (Arthrose, Rückenschmerz)
- Weichteilrheumatismus (Fibromyalgie, Enthesiopathien, Periarthropathien, Hyperlaxizitäts-Syndrom)
- Knochenerkrankungen (Osteoporose, Osteomalazie, DISH)
- Entzündliche Erkrankungen (Rheumatoide Arthritis, Spondarthropathien, Kristallerkrankungen, reaktive Arthritiden, Juvenile Arthritis, Kollagenosen, Vaskulitiden, Lupus)
- Maladies dégénératives (arthrose, douleurs dorsales)
- Rhumatisme des parties molles (fibromyalgie, enthésopathies, périarthropathies, Syndrome de l'hyperlaxicité)
- Maladies osseuses (ostéoporose, ostéomalacie, DISH)
- Maladies inflammatoires (polyarthrites rhumatoïdes, spondarthropathies, maladies microcristallines, arthrite réactive, arthrite juvénile, collagénoses, vasculites, lupus)

Les différentes maladies rhumatismales

Par «maladies rhumatismales», nous entendons (par ordre décroissant):

- Maladies dégénératives (arthrose, douleurs dorsales)
- Rhumatisme des parties molles (fibromyalgie, enthésopathies, périarthropathies, Syndrome de l'hyperlaxicité)
- Maladies osseuses (ostéoporose, ostéomalacie, DISH)
- Maladies inflammatoires (polyarthrites rhumatoïdes, spondarthropathies, maladies microcristallines, arthrite réactive, arthrite juvénile, collagénoses, vasculites, lupus)

Schwerpunkt

Thème principal

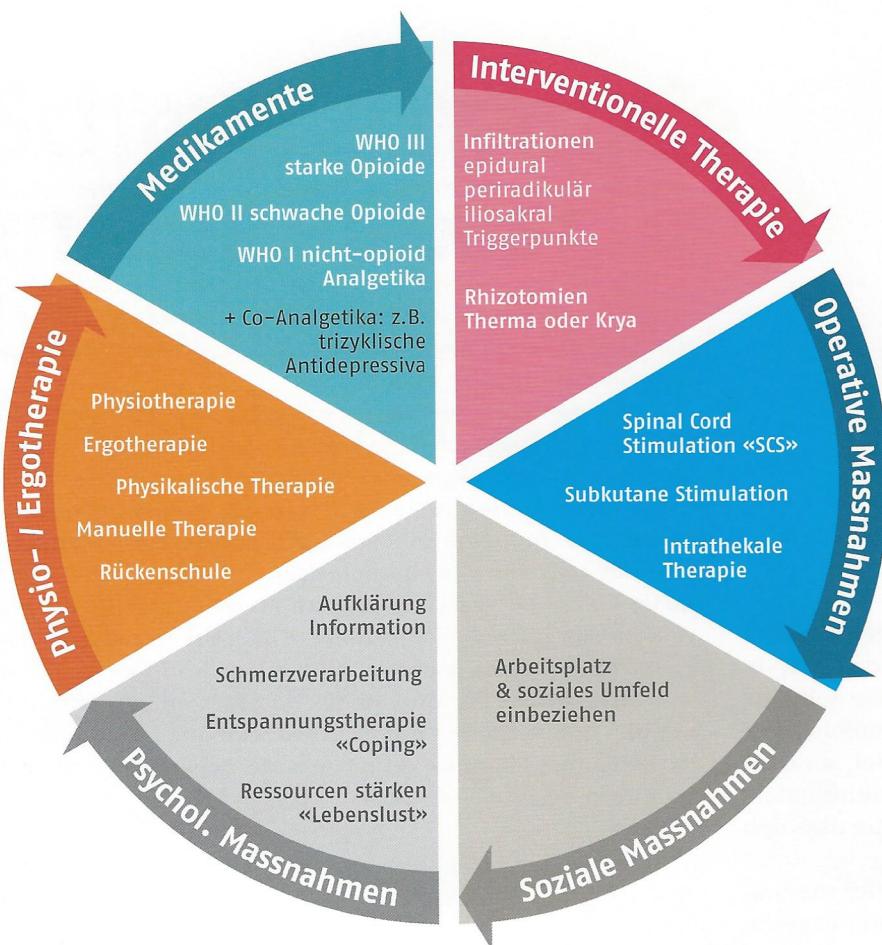


Abb. 1
Verschiedene Massnahmen zur Behandlung einer chronischen Schmerzsymptomatik.

Fig. 1

Les différentes mesures pour le traitement d'une symptomatique de douleur chronique.

Médicaments

WHOIII opioïde fort, WHO II opioïde faible, WHO I analgésique non-opioïdien

Physio-/ergothérapie

Physiothérapie, ergothérapie, thérapie physique, thérapie manuelle, école du dos

Mesures Psychologiques

Explications, informations, maîtrise de la douleur, thérapie de relaxation «coping», ressources «plaisir de vivre»

Mesures sociales

Profession & entourage

Mesures chirurgicales

Spinal cord stimulation SCS, stimulation subcutanée, thérapie intrathécale

Thérapie interventionnelle

Infiltrations (épidurale, périradiculaire, sacro-illiaque, trigger), rizotomie (cryo ou thermo)

(also nicht bei Krebskrankungen). Leider gibt es in der Literatur nur schlechte bis mässige Evidenz dazu. Insbesondere in den USA kommt es unter der Therapie mit starken Opoiden zu ungewollten Todesfällen (zweithäufigste Todesursache unter den ungewollten Todesfällen). Die Sterblichkeit erhöht sich um ein Vielfaches, je höher die Dosis des Opiats ist. Deshalb versucht man im Rahmen von multimodalen Schmerzprogrammen, die Opioide auszuschließen, was zu einem sehr hohen Prozentsatz auch gelingt. Interessanterweise haben danach die Patienten nicht stärkeren Schmerzen (zum Teil sogar weniger!), und es kommt zu deutlichen Verbesserungen auf physischer, emotionaler und sozialer Ebene.

Der Schmerzspezialist unterscheidet zwei wesentliche Schmerztypen, den nozizeptiven und den neuropathischen Schmerz (siehe Abbildung 2).

Insbesondere der neuropathische Schmerz, der im Nervensystem selbst entsteht, spricht auf die «normalen» Schmerzmedikamente nicht oder nur sehr schlecht an. Zum einen muss er von einem erfahrenen Arzt genau diagnostiziert werden und zum anderen kommen hier andere

Comme les douleurs chroniques sont de nature très complexe, différentes stratégies de thérapies doivent être combinées dans un management de la douleur individuel. Un traitement médicamenteux et non-médicamenteux doit être mis en place (voir figure 1).

En ce qui concerne les médicaments, il existe tout une palette de substances qui agissent à différents niveaux du système de la douleur. Ces médicaments peuvent être une «bénédiction» mais ne sont pas sans effets secondaires. C'est pourquoi il est très important que cette forme de thérapie soit suivie par un médecin. On essaye alors de trouver exactement la dose nécessaire et d'abréger le traitement au maximum.

Les opioïdes forts sont de plus en plus utilisés lors de douleurs chroniques de nature dégénérative (donc pas lors de maladies cancéreuses). Dans la littérature, il n'existe malheureusement que des évidences mauvaises ou médiocres à ce sujet. On a constaté, en particulier aux Etats-Unis, des décès suite à des traitements aux opiacés (cause de décès involontaire qui vient en deuxième place). Plus la dose des opiacés est élevée, plus les décès sont fréquents. C'est la

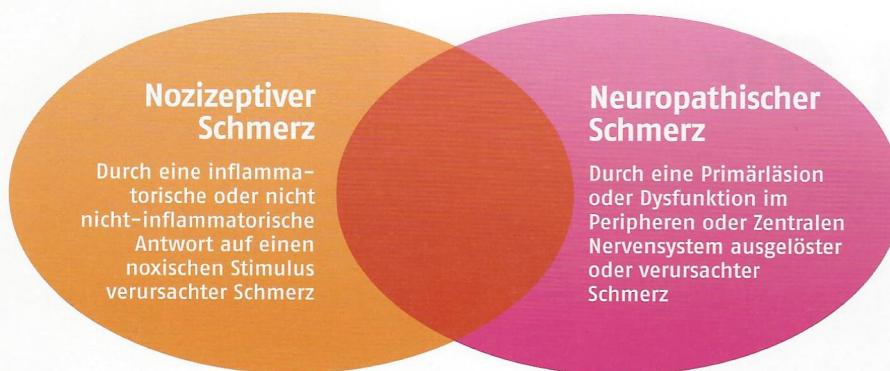


Abb. 2
Die Schmerzschlüsseltypen

Fig. 2
Les différents types de douleur:

Douleur nociceptive
(inflammation ou blessure)

Douleur neuropathique
(déclenchée dans le système nerveux par une lésion primaire ou autre dysfonction)

«Schmerzmedikamente» zum Einsatz, die ursprünglich zur Behandlung einer Depression oder einer Epilepsie entwickelt wurden – die sogenannten Antidepressiva und Anti-epileptika (Neuroleptika). Eine Umfrage, die von der Universität Barcelona 2010 in 10 europäischen Ländern (auch in der Schweiz) durchgeführt wurde, ergab ein erschreckendes Ergebnis: Ein Grossteil der Hausärzte wusste nicht, wie neuropathische Schmerzen zu diagnostizieren sind. Entsprechend wurden Patienten mit Rückenschmerzen und neuropathischer Komponente mit den «falschen» Medikamenten und Massnahmen behandelt. Wichtig ist jedoch, so schnell als möglich eine wirksame Behandlung zu etablieren, da die Chancen einer Rückkehr von Patienten mit invalidisierenden Schmerzen an den Arbeitsplatz immer geringer wird, je länger die Symptomatik dauert.

Wir können von anderen Ländern (z.B. Australien) lernen: Der Schmerzpatient sitzt mit seinem Arzt, einem Vertreter der Krankenkasse und seinem Arbeitgeber zusammen und berät, welche Tätigkeit zum aktuellen Zeitpunkt ungefährlich für seinen momentanen Gesundheitszustand ist. Damit verlässt der Patient nicht sein soziales Umfeld, erhält Unterstützung und muss nur in seltenen Fällen berentet werden.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass es wichtig ist, gründlich nach der Schmerzursache zu suchen, das richtige Medikament in Kombination mit anderen Massnahmen auszuwählen und eine schnelle Reintegration des Betroffenen in sein soziales Umfeld anzustreben.

raison pour laquelle on essaie d'éviter les opiacés dans le cadre des programmes de la thérapie multimodale, ce qui réussit très souvent. Il est intéressant de constater que les patients n'ont pas plus de douleurs (voire parfois moins!) ensuite et qu'il vont beaucoup mieux sur le plan physique, émotionnel et social.

Le spécialiste de la douleur différencie deux types de douleur, la douleur nociceptive et la douleur neuropathique (voir figure 2).

La douleur neuropathique qui vient du système nerveux ne réagit pas ou réagit très mal aux médicaments «normaux». D'une part, elle doit être bien diagnostiquée par un médecin expérimenté et d'autre part d'autres anti-douleurs doivent être utilisés. A l'origine, ces médicaments étaient développés, les uns contre la dépression, les autres contre l'épilepsie – les anti-depressifs et les anti-épileptiques (neuroleptiques). Un sondage effectué en 2010 dans dix pays européens (dont la Suisse) par l'Université de Barcelone a donné un résultat effrayant: une grande partie des généralistes ne savaient pas comment diagnostiquer les douleurs neuropathiques. Les patients souffrant de douleurs dorsales avec des composantes neuropathiques étaient traités avec des médicaments et des mesures thérapeutiques non adaptés. Il est cependant important d'établir un traitement efficace aussi rapidement que possible car plus la symptomatique dure, plus le retour au travail des patients souffrant de douleurs invalidantes est rare.

Nous pouvons profiter de l'expérience d'autres pays (p.ex. l'Australie): Le patient rencontre en même temps son médecin traitant, un représentant de l'assurance maladie et son employeur. Ensemble, ils discutent des activités adaptées et sans danger pour son état de santé actuel. Ainsi, le patient ne perd pas son entourage social, est soutenu et ne doit percevoir une rente que dans des cas rares.

En résumé, il est donc très important de chercher avec exactitude la raison de la douleur et de choisir le bon médicament combiné avec d'autres mesures thérapeutiques afin d'obtenir une réintégration rapide du patient dans son environnement social.