

# Gut besuchtes Geraer Symposium Chirurgie – das chronisch-regionale Schmerzsyndrom (CRPS)

Matthias Hager

Das Thema „Das chronisch-regionale Schmerzsyndrom (CRPS) – ein interdisziplinäres Krankheitsbild in Klinik und Praxis“ lockte 100 Ärztinnen und Ärzte, Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten aus dem ambulanten und stationären Bereich an und übertraf damit bei Weitem die Erwartungen der Veranstalter. Das zeigt zum einen die Brisanz einer auch heute noch „mysteriösen“ Krankheit für die tägliche Praxis und zum anderen die Wichtigkeit des Aufbrechens sektoraler Grenzen im Gesundheitswesen. Die Erkrankung wird heute noch als Geißel der Chirurgie/Unfallchirurgie bezeichnet. Die betroffenen Patienten erleiden oft zusätzlich zum Leid der Erkrankung Benachteiligungen und Schäden im beruflichen und familiären Umfeld. Auch heute noch scheint die Empathie der Therapeuten für eine zumindest Abmilderung des Krankheitsverlaufes von herausragender Bedeutung zu sein. Bereits im Markusevangelium wird über die Heilung eines Mannes mit einer verdorrten Hand berichtet (Markus 3, 1–6). In der Neuzeit beschrieb 1864 Silas Mitchell anhand der Schussverletzung am Arm eines amerikanischen Bürgerkriegssoldaten das Krankheitsbild. Paul Sudeck (1900), bis heute Namensgeber der Erkrankung im deutschsprachigen Raum, erforschte es weiter unter Zuhil-

fenahme der damals neuen Röntgendiagnostik. Das Hauptsymptom ist das Überschreiten des zu erwartenden Ausmaßes des Schmerzes nach einer Verletzung (zu 85 Prozent obere Extremität/Hand). Heute weiß man um die Komplexität des Zusammenspiels der primären Verletzung (manchmal auch ohne diese) und des reagierenden Gewebes bis hin zum Zentralnervensystem, an dem die moderne Therapie (kortikale Reorganisation) ansetzt. Auf dem Symposium wurden aktuelle diagnostische und therapeutische Aspekte diskutiert. Auch heute stehen nach Jahrzehnten der Forschung und Beobachtung invasive und pharmakologische Behandlungen im Hintergrund. Radiologische Diagnosefindung gibt es kaum, allenfalls können die eingetretenen Schäden dokumentiert werden.

Dr. **Matthias Hager** (Chirurgische Gemeinschaftspraxis Gera) berichtet über 18 Jahre Erfahrung mit diesem Krankheitsbild in der Niederlassung. Zunächst muss grundsätzlich festgestellt werden, dass die Budgetbefreiung für „längstens“ zwölf Monate lächerlich ist und vom Unverständnis der Kostenträger, ebenso wie oft von Familienangehörigen und beruflich Vorgesetzten geprägt ist. Das ist eines der Kennzeichen dieser schwierigen Erkrankung. Bei den

aktuell in Behandlung befindlichen Fällen liegt das primär auslösende Ereignis drei bis sechs Jahre zurück. Die längste Behandlungszeit bisher dauerte sieben Jahre. Die möglicherweise tiefer liegenden Ursachen teilen die Betroffenen nicht oder nur zögerlich mit, der Arzt kommt meist im ersten Anlauf nicht auf die Idee, danach zu fragen. Die aber sicherlich häufigsten Ursachen an der oberen Extremität sind eine schmerzhaft Reposition und eine mangelnde Gipstechnik (die Älteren unter uns können sich erinnern, dass es an größeren Kliniken durchaus auch einen „Gipsmeister“ in der Ambulanz gab). Die beste Therapie besteht also in der Vermeidung von auslösenden Ursachen als primäre Aufgabe des Arztes. Es wurden 308 Patienten mit Verdacht, darunter 157 nachgewiesene CRPS, behandelt. Es gibt zumindest drei klare Prädispositionen. Zum einen das Geschlecht (ca. 75 Prozent weiblich, 25 Prozent männlich, auch bei Verdachtsfällen und differenzialdiagnostisch ähnlichen Fällen [!]), das Alter (54 Prozent der Patienten sind zwischen 50 und 70 Jahre alt) und der Ort der auslösenden Verletzung (85 Prozent obere Extremität), sofern eine solche vorliegt. Weitere Dispositionen sind nicht relevant, wobei aber vermutlich grundlegende Eigenschaften wie übertriebene Genauigkeit (zeilenweises Lesen der „Waschzettel“ und daraus folgend Nichteinnahme von Medikamenten), Ängstlichkeit („warum gerade ich“), Negation von Problemen („kann mir doch nicht passieren“), Ausweichen/Vermeidungsstrategien (Angehörige werden zum Rezeptabholen geschickt, kein Arztbesuch – kein Problem) und missliche Lebenssituationen verstärkend wirken.



Die beiden Veranstalter des Geraer Symposiums Chirurgie 2019: Dr. Matthias Hager (l.) und Prof. Dr. Rainer Oberbeck.

Die Möglichkeiten einer hochfrequentierten allgemeinchirurgischen Praxis sind die Verordnung von Physiotherapie, Ergotherapie usw. sowie von nichtopioiden Analgetika, NSAR und Gespräche/Konsultationen weit außerhalb des Budgets. Darüber hinaus sollte die Kompetenz enden und die Mitbehandlung eines erfahrenen Schmerztherapeuten einbezogen werden. Die Verteilung auf die Versicherungsverhältnisse entsprach in etwa dieser, wobei der Männeranteil bei der GUV verständlicherweise etwas höher lag.

PD Dr. **Michael Kretzschmar**, Chefarzt des Zentrums für Schmerztherapie und Palliativmedizin am SRH Wald-Klinikum Gera, meinte, die Therapie sollte individuell auf den jeweiligen Patienten abgestimmt werden. Die Komplexität der Erkrankung macht einen multidisziplinären Therapieansatz unter Einschluss von rehabilitativen Maßnahmen erforderlich. Die Basis der Therapie sind nichtmedikamentöse Verfahren (Physiotherapie, Ergotherapie, physikali-

sche Maßnahmen, Spiegeltherapie, psychologische Verfahren). Diese Maßnahmen müssen unter einer symptomatischen Schmerztherapie erfolgen. Die Auswahl der Pharmaka erfolgt nach den Schmerzcharakteristika und nach eventuell vorhandenen Begleitsymptomen, wie Schlafstörungen, Angst und reaktiver Depression. Patienten, die Symptome einer neurogenen Entzündung zeigen, profitieren von einer Therapie mit Glukokortikoiden und/oder DMSO-Salbe. Einen zusätzlichen Therapieansatz stellt die Gabe von Bisphosphonaten dar. Kommt es unter dieser Basistherapie zu keiner wesentlichen Verbesserung der Symptome, besteht die Indikation für invasive Verfahren (Regional-/Sympathikusblockade, elektrische Neuromodulation, intrathekale Baclofen-Therapie).

**Lars-Olaf Felthöfer**, Oberarzt des Zentrums für Schmerztherapie und Palliativmedizin am SRH Wald-Klinikum Gera, berichtete über die Pathomechanismen. Nach aktuellen Studien wird der

Schwerpunkt der eingreifenden Mechanismen beim Sudeck nicht mehr im Sympathikus selbst gesehen, sondern vielmehr in der inflammatorischen Kaskade, in der Fibroblasten, das periphere Nervengewebe und das Zentrale Nervensystem über mehrere Wechselwirkungen pathologisch verändert werden. Daher spielt die Sympathikolyse nicht mehr die zentrale Rolle bei der Behandlung dieses Krankheitsbildes. Vielmehr gilt es, über möglichst nichtinvasive Verfahren eine antiinflammatorische Wirkung zu erzeugen. Hierbei kommt neben pharmakologischen Strategien insbesondere psychotherapeutischen verzahnt mit physiotherapeutischen Therapien ein hoher Stellenwert zu. Der Regionalkatheter sollte daher nur in seltenen Ausnahmefällen zum Einsatz kommen.

Die psychischen Aspekte beim CRPS beleuchtete Dipl.-Psych. **Ines Purgold** vom SRH Wald-Klinikum Gera. CRPS-Patienten werden von Behndlern häufig als „psychisch auffälliger“ und „schwieriger in der Interaktion“ als andere Schmerzpatienten beschrieben. Im Rahmen der allgemeineren Postulierung einer Schmerzpersönlichkeit (pain prone personality, Engel 1959, Hoffmann 2003) wurde, angesichts der bei CRPS gehäuft beobachteten psychischen Auffälligkeiten, eine „CRPS-Persönlichkeit“ angenommen, d. h., es wurde eine explizit psychogene Komponente bei der CRPS-Entstehung unterstellt. Was ist von solch einem Konzept „CRPS-Persönlichkeit“ zu halten? In der aktuellen Literatur gibt es keine haltbaren Hinweise auf eine solche, verursachende Schmerz- oder CRPS-Persönlichkeit (Kröner-Herwig, 2017; Böger, 2017; Lesky, 2010). Psychische Belastungen entstehen durch die Erkrankung und interagieren mit vorbestehenden Persönlichkeitszügen, die den Verlauf der Erkrankung beeinflussen, aber nicht als ursächlich für diese angesehen werden können.

**Jens-Uwe Streu** von der Radiologischen Gemeinschaftspraxis Gera beschrieb die bildgebende Diagnostik beim CRPS.

Die radiologische Bildgebung gibt bei bestehendem Verdacht auf ein CRPS lediglich unspezifische Hinweise wie zum Beispiel Osteopenie der betreffenden Extremität im Röntgenbild oder ein fleckiges Ödem im MRT, diese sind zudem zeitverzögert auftretend. Zur Dokumentation der im Krankheitsverlauf immer auftretenden peripheren, jeweils gelenknahen Osteopenie ist das Röntgen (möglichst im Seitenvergleich) gut geeignet, das MRT insbesondere im Stadium der Dystrophie und Atrophie weniger. Eine in der Frühphase der Erkrankung durchgeführte Skelettszintigrafie liefert unter Umständen durch typische Aktivitätsbelegung eine hohe diagnostische Sicherheit und ist auch zur Dokumentation des Verlaufes geeignet.

Über die physio- und ergotherapeutische Behandlung referierte **Tim Girisch**, leitender Physiotherapeut vom Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin des SRH Wald-Klinikums Gera. In der Literatur findet sich eine Vielzahl an Empfehlungen für die Gestaltung der konservativen Behandlung eines CRPS. Diese reichen von physikalischen, physiotherapeutischen, ergotherapeutischen bis hin zu verhaltenstherapeutisch orientierten Ansätzen. Behandlungsschemata sind nicht klar

definiert und werden sehr frei gehandhabt. Sein Institut orientiert sich an einer Behandlungshierarchie, die die physikalischen Maßnahmen und Reflextherapien sowie Techniken aus der Manuellen Therapie und der mobilisierenden Gelenkdrainage an erster Stelle sieht. Später folgen dann motorisch funktionelle, konditionierende und psychomotorische/motopädagogische Maßnahmen. Das Krankheitsbild bietet vier therapeutische Ansatzpunkte:

- die individuelle Schmerzsituation,
  - die vegetativen Dysbalancen,
  - die sehr unterschiedlichen somatischen Dysfunktionen sowie
  - die psychosomatischen Situationen.
- In der therapeutischen Intervention sind die Beachtung der nozizeptiven Schwelle und die eher unterschwellige Reizsetzung unabdingbar. Vegetative Gegenreaktionen sollen ebenso vermieden werden wie eine Inhibition der muskulären Akteure und eine emotionale und kognitive Manifestierung von Dysfunktionen durch die „Schmerz-Erwartungshaltung“.

#### Problem „Kassenmedizin“

Weitere aufgeworfene Fragen waren die Sinnhaftigkeit der Einteilung in CRPS I

und II für die Praxis, die Bedeutung eines schwellenden Karpaltunnelsyndroms als Mitauslöser (CRPS I oder II?) und die Frage, ob entwicklungsge­schichtlich eine posttraumatische Coccygodynie einem CRPS zuzurechnen ist. Die Teilnehmer resümierten in regen Diskussionen, dass die zwingend erforderliche Zuwendung von Ärzten, Physio- und Ergotherapeuten zum betroffenen Patienten nicht ausreichend in unserer bürokratisierten und tabellarisierten „Kassenmedizin“ abgebildet ist. Die schematischen Verordnungen auf computerauswertbaren Vordruckmasken als „Auftrag“ an den Therapeuten entsprechen nicht dem eigentlichen gegenseitigen Informationsbedarf. Gerade bei diesem Krankheitsbild ist das Aufbrechen sektoraler Grenzen zwischen ambulant und stationär sowie zwischen Arzt und Therapeuten immens wichtig. Wir hoffen, mit unserem Geraer Symposium 2019 einen Beitrag dazu geleistet zu haben.

Dr. med. Matthias Hager  
Verein zur Förderung der ambulanten  
Chirurgie e. V.  
c/o Chirurgische Gemeinschaftspraxis  
Gera  
Schmelzhüttenstraße 4, 07545 Gera

## Onkologisches Symposium des Onkologischen Zentrums Gera

Der onkologische Vormittag „Von der Diagnose zur Therapie. Nebenwirkungsmanagement und supportive Maßnahmen“

22. Juni 2019, 9:00 bis 13:00 Uhr, Novotel Gera, Berliner Straße 38, 07545 Gera

**Wissenschaftliche Leitung:** PD Dr. Martin Kaatz, Klinik für Hautkrankheiten und Allergologie, SRH Wald-Klinikum Gera

#### **Themen (Auswahl):**

*Für Ärzte*

- Quo vadis Onkologie – Register, Versorgungsstrukturen, neue Therapien
- Aktuelle neoadjuvante und adjuvante Therapiekonzepte
- Neues vom amerikanischen Krebskongress (AACR)

*Für Pflege- und Assistenzpersonal*

- Nebenwirkungen Immuntherapie – Aufgaben für die Pflege
- Krebs und Sport
- Fatigue in der Onkologie

**Anmeldung:** Ines Kaufmann, Chefarztsekretärin, Klinik für Hautkrankheiten und Allergologie, SRH Wald-Klinikum Gera GmbH  
Tel.: 0365 828-7701, Fax: 0365 828-7702, E-Mail: Ines.Kaufmann@srh.de