

Aus dem Inhalt

► Schwerpunkt: Perioperative Schmerzen	Seite
<i>Postoperatives Schmerzmanagement</i>	
Übersichtsarbeit identifiziert Lücken in der Gesundheitsversorgung	2
<i>Perioperative Ketamininfusion zur Vermeidung chronischer postoperativer Schmerzen?</i>	
Neue Metaanalyse, altes Credo: Es bleibt ungewiss	3
<i>Einführung eines multimodalen Versorgungskonzeptes nach Kolorektalchirurgie</i>	
Wirksam zur Reduktion der postoperativ benötigten Opioidmenge	3
<i>Ergebnisse des PAIN-OUT-Registers zum perioperativen Schmerzmanagement</i>	
Studie belegt Nutzen eines speziellen Versorgungsbündels in der Klinik	3
<i>Zeitliche Dynamik akuter postoperativer Schmerzen</i>	
Ergebnisse einer Erfahrungsstichprobe	4
<i>Postoperative Schmerzen besser messen</i>	
Häufig verwendet, aber ungenau: Die Numerische Bewertungsskala	4
<i>Unterversorgung bei Schmerzen nach Kaiserschnitt</i>	
Mehr als die Hälfte der Frauen leidet an schweren Schmerzen	4
<i>Nervenblockaden bei Knieendoprothetik</i>	
Vorteile für Adduktorenkanalblock?	5
<i>Postoperative Schmerzkontrolle bei großen Bauch-OPs</i>	
Lidocain versus thorakale Epiduralanalgesie	5
<i>Hochfrequente transkutane elektrische Nervenstimulation nach Kaiserschnitt</i>	
Neue Möglichkeit der postpartalen Schmerzbehandlung?	6
► Abdominelle Schmerzen	
<i>Schmerzen in Zusammenhang mit Endometriose</i>	
Identifikation des Interpretationsbias als relevanter Faktor	6
<i>Frauen mit chronischen Beckenschmerzen</i>	
Quantitative sensorische Tests zeigen verändertes Empfindungsvermögen	6
► Hirnmorphologie	
<i>Künstliche Intelligenz zur Beurteilung der individuellen Schmerzempfindlichkeit</i>	
Vorhersage der Schmerzschwelle anhand der Dicke des Kortex	9
<i>Hirnveränderungen bei chronischen Schmerzen</i>	
Assoziation mit geringerem Volumen der Grauen Substanz	9
► Sonstiges	
<i>Entwicklung von multiplen Schmerzen bei Kindern</i>	
Identifikation von symptom-basierten Risikofaktoren	8
<i>Cannabidiol zur Analgesie bei Kniearthrose?</i>	
Auch in hoher Dosis ohne nachweisbaren schmerzstillenden Effekt	8
<i>Analyse US-amerikanischer Bundesstaaten</i>	
Sozialpolitik beeinflusst Bildungsunterschiede und Schmerzen	8
► Forschung, Hochschule und Verbände	10
► Industrie	12
► Termine	15

Liebe Leserinnen und Leser,

ich freue mich, Ihnen in der letzten Ausgabe dieses Jahres wieder ein paar schmerzpublikatorische „Highlights“ vorstellen zu können.

Perioperative Schmerztherapie

Die Auswahl an Methoden zur Analgesie nach Knie-Totalendoprothese erscheint nahezu unüberschaubar. Die Netzwerk-Metaanalyse von Hussain et al. (S. 5) versucht Licht ins Dunkel zu bringen. Interessant ist zunächst, dass die Autorinnen und Autoren der lokalen Infiltrationsanalgesie (LIA) quasi eine Wild Card zugestehen. Sie untersuchen, ob zusätzliche „anästhesiologische“ Blöcke einen Vorteil gegenüber einer alleinigen LIA ergeben – die LIA wird also als das Routineverfahren angesehen (was es in vielen Ländern ja auch ist). Und dieses ist alleine offenbar schon ziemlich gut – lediglich ein kontinuierlicher Adduktorenkanalblock brachte einen (geringen) zusätzlichen Nutzen.

An der eher narrativen Arbeit von Ke et al. (S. 2) gefällt mir, dass das Papier versucht, über den Tellerrand zu blicken und nach postoperativen Problemfeldern in den 3 postoperativen Monaten sucht – eine Zeit, in der wahrscheinlich die Weichen für eine problemlose postoperative Erholung gestellt werden (oder auch nicht). Ergebnis: Wichtiges Defizit sind nicht fehlende Medikamente oder Techniken, sondern bessere Kommunikation und Interaktion mit unseren Patientinnen und Patienten!

Große abdominalchirurgische Eingriffe gehören zu den letzten „Bastionen“ der kontinuierlichen Epiduralanalgesie – so denken (hoffen?) viele Anästhesistinnen und Anästhesisten. Casas-Arroyave et al. (S. 5) könnten auch diese Bastion zum Einsturz bringen: In deren randomisierter Studie mit hoher Fallzahl gab es kaum einen klinischen relevanten Unterschied zwischen i.v. Lidocain (über 24 h appliziert) und thorakaler Epiduralanalgesie (Nichtunterlegenheitsstudie). Zwar waren die Schmerzen in den ersten 24 h in der Epiduralgruppe geringer, andererseits traten hier (nichts signifikant) häufiger kardiale Ereignisse auf. Interessant wäre hier noch ein Blick auf das mittelfristige und Langzeit-Outcome gewesen (Back to work, chirurgische Komplikationen, chronische Schmerzen).

Schmerzen nach Kaiserschnitt, der weltweit häufigsten Operation, führen traurigerweise die „Schmerz-Hitliste“ der geburtshilflich-gynäkologischen Operationen an (S. 4). Die von

Grasch et al (S. 6) beobachtete Opioid-einsparung durch eine Art „Super-TENS“ (20.000 Hz) bestätigt erneut den Stellenwert nichtmedikamentöser Verfahren in der akuten Schmerztherapie. In Deutschland wäre diese Studie mit diesem Zielkriterium aber nicht durchführbar gewesen, da Frauen nach Sectio hier ohnehin nahezu nie Opiode bekommen.

Der Ansatz von medizinischen „Bündeln“ (bundles) ist v. a. aus der Intensiv- und Infektionsmedizin bekannt und hält nun auch Einzug in die postoperative Schmerztherapie, wie Stamenkovic et al. zeigen (S. 3). Die verwendeten Bündel-Elemente zeichnen sich durch Einfachheit aus und sind nicht prozedurenspezifisch, sondern „generisch“, also bei einer Vielzahl oder sogar allen Operationen anwendbar. Meine Theorie: Der Erfolg des Bündels beruht nicht nur auf der Addition der Elemente, sondern dadurch, dass nahezu alle „Stakeholder“ der operativen Versorgung in die Bündel-Elemente eingewiesen werden, entsteht so etwas wie ein Kulturwandel. Ein Argument dafür, zunächst mit einfachen, generischen Maßnahmen zu beginnen, bevor prozedurenspezifische Interventionen eingeführt werden.

Balthasar et al. (S. 4) traktierten Patientinnen und Patienten 10-mal am Tag über insgesamt 8 Tage mit einem elektronischen Schmerzassessment. Das mag für wissenschaftliche Zwecke sinnvoll sein (obwohl die Ergebnisse – interindividuell unterschiedliche Schmerzverläufe – jetzt auch nicht überraschen). Im klinischen Alltag ist das eher eine massive Nocebo-Induktion durch das ständige Erinnern an Schmerzen.

Ist Ketamin geeignet zur Prävention von chronischen postoperativen Schmerzen (CPSP)? Abouarab et al. (S. 3) scheinen in ihrer Metaanalyse diese Frage zu verneinen – aber nur auf den ersten Blick. Die Autorinnen und Autoren diskutieren selbst, dass möglicherweise der von ihnen Fortsetzung auf Seite 2 ►