



## Das komplexe regionale Schmerzsyndrom (CRPS)

Take-Home Message zur Fortbildung vom 25.11.2015

- 1 Ein CRPS entwickelt sich meistens nach einer Ruhigstellung einer Extremität; der Grund für die Ruhigstellung (OP, Verletzung) spielt keine Rolle.
- 2 Beschwerden, klinische Befunde und funktionelle Kernspintomographie sprechen nachdrücklich für eine zerebrale Funktionsstörung mit besonderer Beteiligung des autonomen Nervensystems.
- 3 Die zur Diagnose verlangten Budapest-Kriterien sind zur Vereinheitlichung in wissenschaftlichen Studien hilfreich, in der täglichen Patientenarbeit geben sie allenfalls eine Orientierung. Sie stellen einen Konsensus dar, sind aber nicht wissenschaftlich begründet. Die Einteilung nach verschiedenen Störungen des Nervensystems ist nicht plausibel. Beschwerden und Befunde sind vielfach identisch (z. B. sichtbare vegetative Veränderungen)
- 4 Die klinischen Störungen und die funktionellen Kernspintomogramm-Befunde sind grundsätzlich rückbildungsfähig.
- 5 Apparative Diagnostik wie Röntgen oder Szintigraphie gehören nicht mehr zur Diagnostik.
- 6 Die geeignete Therapieform ist die Rehabilitation. Die Behandlung eines CRPS muss einem Konzept folgen. Nicht Schmerzbetäubung, sondern Wiederherstellen der ursprünglichen Funktion ist das therapeutische Ziel. Hierzu müssen die zerebralen Funktionsänderungen rückgebildet werden. Das gelingt nur ohne Betäubung. Kontext Faktoren sind zu berücksichtigen.
- 7 Auch sehr starke Schmerzmittel verlieren nach 2-3 Monaten ihre Wirkung. Von daher sind sie keine Hilfe. Schwierig kann das Absetzen sein, da sich bei vielen Patienten eine körperliche Abhängigkeit entwickelt hat und ein körperlicher Entzug durchlaufen werden muss.
- 8 Ein solches Absetzen sollte immer wie grundsätzlich in der Suchtmedizin abrupt durchgeführt und psychopharmakologisch und psychotherapeutisch begleitet werden. Dann kann ein solcher Entzug selbstverständlich auch ambulant durchgeführt werden.
- 9 Die Behandlung eines CRPS hat die Rückbildung der zerebralen Funktionsstörungen zum Ziel. Das gelingt über intensive Bewegungen. Hierzu muss der Patient durch Wahrnehmungsschulung, nicht betäubende Schmerztherapie und vielfältige Methoden der Physiotherapie vorbereitet werden. Hinzu kommen Maßnahmen zu Roborierung des Vegetativums.
- 10 Sobald der Ruheschmerz verschwunden und die vegetativen Störungen gebessert sind, kommt Ergotherapie hinzu.
- 11 Nach der Normalisierung der aktiven und passiven Beweglichkeit wird das Behandlungskonzept um das funktionelle Training erweitert, danach folgt das arbeitsplatzspezifische Training.
- 12 Mit diesem Konzept lassen sich bei guter Kooperation der Patienten über 80% der Betroffenen wiedereingliedern. Die Behandlungsdauer variiert zwischen 4 und 14 Wochen.