ÜBRIGENS

... ist bei therapierefraktärer Trigeminusneuralgie ein negativer MRT-Befund mit Blick auf eine neurovaskuläre Kompression keine Kontraindikation für den chirurgischen Dekompressionsversuch. Der negative Vorhersagewert beträgt nur 70%

Neurologia 2017, online 23. Mai

... lässt sich durch Gabe von Vitamin C das therapeutische Fenster für Opiode gegen Krebschmerzen nicht weiter öffnen

Support Care Cancer 2017; 25: 341–343

... geht eine Hyperalgesie mit dem Konsum von Analgetika einher. Ist die höhere Schmerzempfindlichkeit Ursache des Konsums oder ist es umgekehrt?

BMC Pharmacol Toxicol 2017; 18:45

Post-Zoster-Neuralgie

Prävention mit Blockade des Sympathikus

Ein Schmerzexperte hat ein Modell vorgeschlagen, wie einer Post-Zoster-Neuralgie vorzubeugen sei. Eine wichtige Rolle spielen darin die frühe antivirale Therapie und Sympathikusblockade.

In einem Aufsatz für das Fachjournal „Pain Physician“ [1] hat Mohamed Makharita, Professor für Anästhesie, Ägypten, seine Erkenntnisse zur Prävention der Post-Zoster-Neuralgie (PZN) zusammengefasst. Er spricht sich dafür aus, der Herpes-zoster-Infektion und ihren Komplikationen mehr öffentliche Aufmerksamkeit zu schenken. Kinder und Angehörige von Hochrisikogruppen sollten geimpft werden.

Der Vorbeugung von PZN dienen eine frühe Herpes-zoster-Diagnose, die rasche antivirale Therapie und eine optimierte Schmerzmedikation. Explizit spricht sich Makharita für den frühen Einsatz der

Sympathikusblockade aus. Je nach Lokalisation kommen Blockaden des Ganglion stellatum im Thorax- oder im Lumbosakralbereich infrage.

Neuralgien deutlich reduziert

In einer eigenen randomisierten und kontrollierten Untersuchung hatte der Schmerzspezialist 64 Patienten im Alter über 50 mit Zoster im Gesichtsbereich, die keine zwei Wochen vorher erkrankt waren, zweimal im Abstand von sieben Tagen eine Stellatumblockade gesetzt. Die Rate an PZN nach drei Monaten lag für einen Block mit Bupivacain und Dexamethason bei 6,5% gegenüber 26,7% unter Placebo. Nach sechs Monaten betrugen die Raten 0% und 13,3%.

Das Vorgehen sieht Makharita durch pathophysiologische Argumente gerechtfertigt.

1. 2017; 20: E209–20

rb

Punkte sammeln in der Sommerakademie mit e.Med

Auch 2017 haben wir in der Sommerakademie ausgewählte CME-Kurse für Ihre hausärztliche Fortbildung zusammengestellt.

Zum Thema „Schmerzen“ finden Sie unter <http://bit.ly/2hFwgdK> aktuell den Kurs

„Die schmerzende Hüfte – schauen Sie genau hin!“

Zur Teilnahme benötigen sie ein e.Med-Abo, mit dem sie Zugang zu allen Inhalten auf SpringerMedizin.de erhalten.

Nutzen Sie die Sommerzeit, um CME-Punkte zu sammeln und um sich schnell und effizient fortzubilden. Testen Sie SpringerMedizin.de 30 Tage lang kostenlos und unverbindlich mit dem e.Med-Abo: <http://bit.ly/2vbm8el>

Fersenschmerz

Spritzen und Stoßwellen sind nützlich

Gegen Fersenschmerzen ist schon viel ausprobiert worden. Für zwei Verfahren liegen nun genauere Einschätzungen vor.

Plantare Fersenschmerzen gehen meist auf eine plantare Fasziitis zurück und können Betroffene erheblich beeinträchtigen. An Therapiemethoden herrscht kein Mangel, an Therapieerfolgen schon eher. Mitarbeiter des Cochrane-Netzes haben den Nutzen von lokalen Kortikosteroidinjektionen untersucht und dafür 39 Studien mit 2.492 Patienten ausgewertet [1]. Demnach bewirken die Injektionen eine leichte Schmerzlinderung im Vergleich zu Place-

bospritzen oder keiner Therapie. Doch hält der Effekt nur bis zu einem Monat an.

Erst kürzlich hatte das IQWiG ein anderes Verfahren zur Behandlung von Patienten mit Fersenschmerzen bewertet: die extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT). Mit Blick auf den Endpunkt Schmerz sah es den Nutzen der ESWT verglichen mit Placebo als belegt an. Allerdings schnitt die Stoßwellenbehandlung im Vergleich zu Kortikoidinjektionen schlechter ab. Ein Publikationsbias sei hier aber nicht auszuschließen, teilte das Institut mit.

rb

1. Cochrane Database Syst Rev 2017; online 11. Juni