



## Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Wir freuen uns, Ihnen die erste Ausgabe «Unter uns» – ein Newsletter für unsere medizinischen Kolleginnen und Kollegen – zu präsentieren. Mit dieser halbjährlich erscheinenden Broschüre möchten wir Sie künftig gerne über neue Studien, angewandtes Wissen und internationale Erfahrungen informieren, die Grundlagen bilden für moderne Methoden zur Diagnostik und Therapie im Bereich der Schmerzmedizin.

Unsere aktive Teilnahme an internationalen Kongressen, die Mitarbeit in verschiedenen Ausschüssen und Institutionen zum Thema Schmerzprävention und -behandlung tragen dazu bei, dass wir unseren Patienten eine zeitgemässe Betreuung gewährleisten können.

In der heutigen Ausgabe stellen wir Ihnen eine umfassende Vorgehensweise in der Diagnostik und Therapie am Beispiel der «Thermischen Radiofrequenztherapie» vor. Minimal-invasive Techniken tragen dazu bei, dass Patienten innert weniger Stunden von chronischen Schmerzen befreit werden können. Ein stationärer Aufenthalt ist nicht erforderlich, ein umsichtiges Zuhause und die medizinische Betreuung vor Ort sind ausreichend.

Mit diesem Newsletter erhalten Sie gleichzeitig eine Einladung zum «Schmerzsymposium Spondylogener Schmerz». Internationale Referenten werden in einer zweistündigen Veranstaltung Informationen und Diskussionen liefern zu eskalierender Diagnostik und Therapie am Beispiel der Rückenschmerzen. Die Schmerzlinik Zürich lädt Sie dazu – unter dem Patronat der SSIPM, Swiss Society for Interventional Pain Management – herzlich ein.

Schon heute wünschen wir Ihnen und Ihren Kolleginnen und Kollegen eine angenehme Adventszeit und freuen uns über einen gemeinsamen Gedankenaustausch bei obenerwähnter Veranstaltung im Holiday Inn in Zürich-Oerlikon.

Mit kollegialen Grüssen

Andreas Bätcher

Michael Hartmann

### IN DIESER AUSGABE:

Editorial	1
Thermische Radiofrequenztherapie	2-3
Weiterbildung/Einladung	4
Psyche und Schmerzbewältigung	6
Mehr Lebensqualität durch schmerzarme Mobilität	6
Impressum	6

## Thermische Radiofrequenztherapie bei spondylogem Schmerz

Autor: Andreas Bätischer

Die Behandlung spondylogener Schmerzen ist über die Jahre ein kontroverses Thema geblieben. Um sogleich auf den springenden Punkt zu kommen, seien hier plakativ Klischees benutzt: Der proaktive Chirurg mag die Argumentation nutzen, positive diagnostische intraartikuläre Infiltrationen in Facettengelenke (signifikante Schmerzlinderung nach Injektion eines Lokalanästhetikums, ggf. in Kombination mit einem Kortikosteroid) seien als gute Indikation für eine stabilisierende Operation zu werten; ein Teil der interventionell tätigen Schmerztherapeuten mag argumentieren, dass ein schmerzendes Facettengelenk einen entzündlichen Schub einer aktivierten Arthrose darstelle und daher die intraartikuläre Infiltration eines Kortikosteroids intermittierend indiziert sei.

Ein weiterer Teil der interventionell tätigen Schmerzmediziner wird argumentieren, diagnostisch wegweisend seien Blockaden der die Facettengelenke sensibel versorgenden Nerven (medial branch block), therapeutisch anhaltend wirksam jedoch lediglich deren Radiofrequenzläsion; und der niemanden Zuweisende schliesslich mag zu Felde führen, dass keine der genannten Methoden überhaupt etwas nütze, am besten und billigsten seien ein paar Tabletten „Schmerz lass nach“.

### Methodik

Der Ursprung der Radiofrequenzneurotomie liegt in der erfolgreichen Anwendung der Methode zur Behandlung der Trigeminusneuralgie ab 1969. Seit Mitte der 70er Jahre wurde die Methode übernommen, und in der Folge wurden Resultate mit wechselnden Erfolgen bei der Behandlung von Rückenschmerzen publiziert. Es dauerte aber bis 1987 bis eine Laborstudie der Gruppe um N. Bogduk und S. Lord nachwies, dass die Methode versagen muss, wenn die Radiofrequenznadel perpendikulär auf den Zielnerv gerichtet wird, da jenseits und an der Nadelspitze gar keine Hitze erzeugt wird, sondern diese sich nur radiär entlang der nicht isolierten Elektrodenstrecke ausbreitet. Dies bedeutete dass es zur erfolgreichen Koagulation eines medial branch unabdingbar ist, dass die Nadelspitze parallel zum Nerv gelegt wird, ansonsten das Verfahren scheitern muss. Herkömmliche Punktionstechniken, wie sie bei der intraartikulären Infiltration oder auch beim diagnostischen medial branch block zur Anwendung kommen, genügen somit nicht mehr für das Radiofrequenzverfahren. 1996 wurde dies anhand einer randomisierten, placebokontrollierten Studie bei zervikalen Interventionen erstmals nachgewiesen, im Jahr 2000 schliesslich auch im

lumbalen Bereich. Somit steht weitgehend fest, dass nur eine minutiös exakt angewandte Technik erfolgreich sein kann. Ein Facettengelenk gilt dann als vollständig denerviert, wenn die ableitenden medial branches komplett koaguliert sind. Dies bedingt bei zervikalen und thorakalen Eingriffen vielfach ein flächendeckendes Vorgehen, da der anatomische Verlauf des Nerven nicht derart exakt determiniert ist wie im lumbalen Bereich, wo er im Winkel zwischen Processus articularis superior und dem Querfortsatz des nächsttieferen Segments unter dem Lig. mamillo-accessorium verläuft, bevor er in den M. multifidus eintritt. Sherdil Nath hat im ersten Jahrzehnt nach 2000 viel dazu beigetragen, dass die Evidenzlage eine klare Sprache zugunsten dieses Verfahrens spricht. Ich freue mich daher besonders, dass wir ihn am 7. Februar 2013 als Redner begrüßen dürfen. Randomisierte, placebokontrollierte, doppelblindgeführte klinische Studien können zu diesem Thema wohl keine mehr durchgeführt werden, denn welcher Patient würde einem derartigen Protokoll noch zustimmen wollen?

### Therapeutischer Nutzen

Das Verfahren selbst stellt wie andere auch nur eine Palliation des Grundleidens dar, indem lediglich die Leitung desjenigen nozizeptiven Schmerzreizes unterbrochen wird, welcher via medial branch vermittelt wird. Hierbei handelt es sich um Schmerzreize aus den Facettengelenken sowie aus dem zum Segment gehörenden M. multifidus. Es ist hierbei unwichtig, welches die Schmerzursache ist; dies können sowohl degenerative Veränderungen an den Facettengelenken sein, als aber auch Verletzungen wie sie bei Distorsionstrauma (z.B. beim Schleudertrauma) auftreten können.

In der Praxis wird die Methode dazu benutzt, einen gesicherten spondylogenen Schmerz zu behandeln. Die Diagnose gilt dann als gesichert, wenn zwei zeitlich voneinander unabhängige interventionelle Blockaden der fraglichen medial branches zu weitestgehender Schmerzfreiheit geführt haben. Zu beachten gilt hierbei, dass jedes Facettengelenk von mindestens zwei benachbarten segmentalen medial branches innerviert wird. Alle anderen diagnostischen Massnahmen, insbesondere Bildgebung oder auch klinische Untersuchung, können zwar Hinweise für das Vorliegen eines spondylogenen Schmerzes geben, korrelieren jedoch wenig mit realen Befunden, auch lassen sie keine Rückschlüsse zu bei der Festlegung der betroffenen Niveaus.

Will man sich anhaltenden Erfolg bei der Behandlung mittels Radiofrequenztherapie erhoffen, so sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen: 1. die Diagnose muss stimmen; 2. die betroffenen Segmente müssen korrekt determiniert sein; 3. die

Radiofrequenzläsion muss technisch einwandfrei ausgeführt werden; und 4. sollte im Anschluss an die abgeschlossene Wundheilung mit gezielter Physiotherapie die regionale Muskulatur gelockert und gestärkt werden. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, so stellt die Methode allerdings eine für viele Patienten segensreiche Therapieform dar.

### Langzeitresultate

Noch ein paar Worte zur Nachhaltigkeit: Periphere Nerven können nach einer Läsion nachwachsen, so auch die medial branches. Da beim thermischen Radiofrequenzverfahren das Perineurium - die Nervenhülle – erhalten bleibt, findet der nachwachsende Nerv seinen Weg wieder. Dies kann dazu führen, dass auch der Schmerz «nachwachsen» kann; die gute Nachricht hierbei ist, dass das Verfahren im Bedarfsfall erneut angewendet werden kann, und dass es sogar 18 Monate bis dahin dauern kann, gelegentlich auch länger. Die Evidenz sowohl zur Wirksamkeit wie auch zur Nachhaltigkeit hierzu ist gesichert. Das findet wohl auch seinen Niederschlag in der Tatsache, dass grosse Schmerzgesellschaften (WIP: World Institute of Pain; ISIS: International Spine Intervention Society) an Workshops und Kadaverkursen zur Behandlung spondylogener Schmerzen ausschliesslich das Radiofrequenzverfahren lehren und propagieren.

## Die Rolle der Physiotherapie nach Interventionen der Facettengelenke

Autor: Felix Mack

Sind die Facettengelenke der Wirbelsäule mittels Interventionstechniken wie der Radiofrequenztherapie oder gezielten Infiltrationen unter BV vom Schmerz befreit, ist es die Aufgabe der Physiotherapie mit selektiven, manuellen Grifftechniken die Arthrorezeption der Gelenke wieder herzustellen. Die Manuelle Therapie optimiert den Bewegungsablauf der beteiligten Gelenkpartner und reguliert den biomechanischen Rhythmus. Parallel dazu wird auf der muskulären Ebene die Dysbalance zwischen den Stabilisatoren und den Mobilisatoren korrigiert. Mittels einer gezielten Übungsauswahl beginnt der Aufbau der segmental stabilisierenden Rumpfmuskulatur und die Detonisierung der oberflächlichen Muskulatur.

Nur mit einer Korrektur dieses Ungleichgewichtes ist der Patient fähig, im Alltag seinen Körper verschiedensten Belastungen auszusetzen, ohne seinen Rücken, respektive die Gelenke zu überlasten.

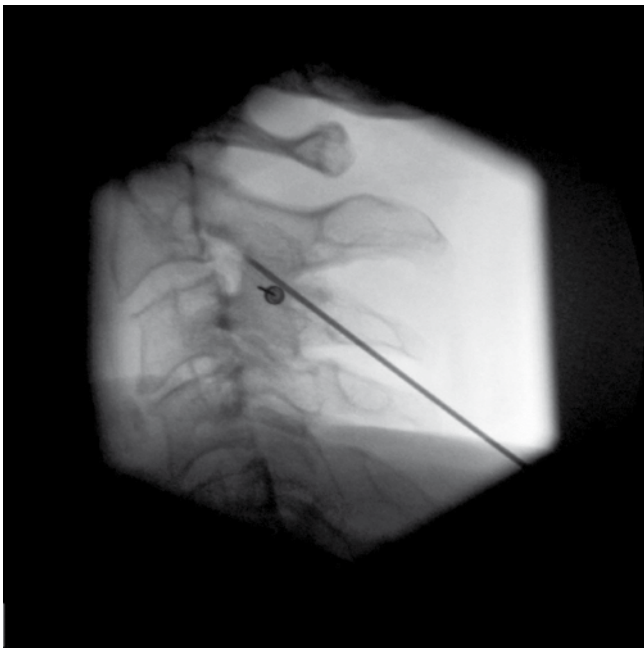


Abb. 1:  
RF am C2/3-Gelenk links, Seitenbild:  
Die kurze Nadel, annähernd senkrecht zum Nervenverlauf von lateral gelegt, ist die Blocknadel wie bei medial branch block; die lange Nadel, parallel zum Nervenverlauf von dorsal gelegt, ist die RF-Nadel mit der Spitze am Foramenrand C3.

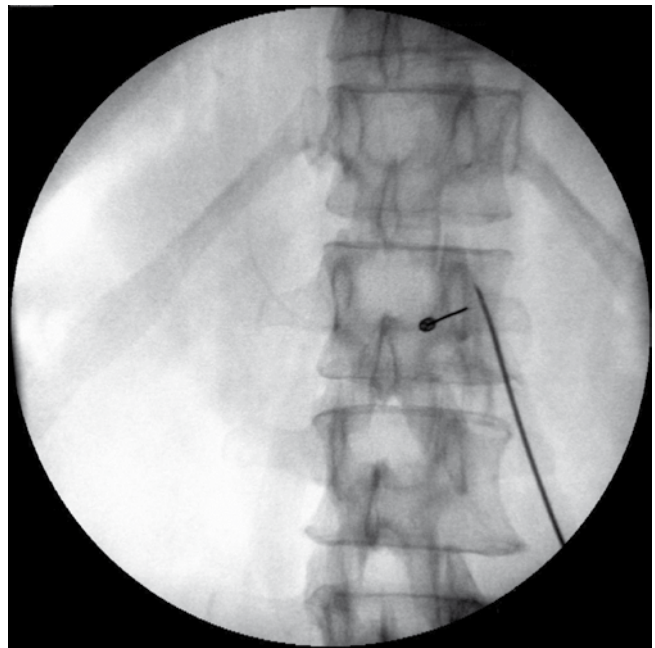


Abb. 2:  
RF des medial branch T12 rechts, a.p.-Bild:  
Die lange RF-Nadel ist von kaudal lateral parallel zum Nervenverlauf eingelegt, die kurze Blocknadel wie bei medial branch block von posterior perpendicular zum Nervenverlauf.



*Dr. med. Andreas Bätcher  
FA Interventionelle Schmerztherapie  
Facharzt FMH Anästhesiologie*



*Dr. med. Michael Hartmann FIPP MBA  
FA Interventionelle Schmerztherapie  
Facharzt Anästhesiologie*

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Chronischer Rückenschmerz, seine Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten sind allgemein gültig im Diskurs des biopsychosozialen Modells gespiegelt. Die häufig implizite, zunehmende Komplexität und die konsekutive Hartnäckigkeit bedeuten eine grosse Herausforderung für alle Beteiligten und den Therapeuten selbst.

Einzelkämpfer, insbesondere solche, die an Monokausalität und grundsätzlich erfolgreiche Nischenmethoden glauben, begegnen dem Patienten nicht adäquat. Heute sind multidisziplinäre Teams gefragt, die – möglichst nicht nur nebeneinander, sondern im engen Austausch miteinander – gemeinsam dem Patienten begegnen.

In diesem, mit hochkarätigen Referenten besetzten Symposium möchten wir die notwendige hürdenfreie Zusammenarbeit der Disziplinen bewerben. Für dieses Mal soll der mögliche somatische Behandlungspfad im Focus der Diskussion stehen: Welche Diagnostik kann zu welchen Therapien führen? Es wird viel Raum für Diskussion und Erfahrungsaustausch eingeräumt sein – ich denke, wir alle werden profitieren.

Dankenswerterweise übernimmt dieSSIPM (Swiss Society für Interventional Pain Management) das Patronat für diese Veranstaltung.

Wir freuen uns auf das bevorstehende Treffen im Februar in Zürich-Oerlikon!

Andreas Bätcher  
Schmerzlinik Zürich

Michael Hartmann  
Schmerzlinik Zürich

SCHMERZKLINIK  
ZÜRICH

Ihre Anmeldung wird erbeten bis **Mittwoch 20. Januar 2013**. Besten Dank.

- Ja, ich nehme gerne an der Veranstaltung teil mit \_\_\_ Person/en
- Nein, ich bin verhindert. Gerne erhalte ich weitere Informationen zu Fortbildungen der Schmerzlinik Zürich.
- Ich habe kein Interesse an diesem Thema

## Credits: **SGIM 2.5; SSIPM 2; SGAM volle Fortbildungsdauer anrechenbar**

16.00 Uhr Begrüssung

16.15 Uhr Manuelle Medizin als Rationale  
für interventionelle Diagnostik und Therapie

16.35 Uhr Fragen und Antworten



Dr. med. Ulrich Böhni  
Rheumatologie und Innere Medizin FMH  
Praxis Zenit, Schaffhausen

Moderation: Dr.med. Michael Hartmann FIPP MBA, Anästhesiologie FMH, Schmerzklinik Zürich, Zürich

16.45 Uhr Minimal invasive pain therapy:  
Radiofrequency lesion

17.05 Uhr Questions and Answers



Sherdil Nath  
MD, Anesthesiology  
Umeå (S)

Moderation: Dr.med. Andreas Bättscher, Anästhesiologie FMH, Schmerzklinik Zürich, Zürich

17.15 Uhr Präoperative Diagnostik  
als Rationale für Operative Optionen

17.35 Uhr Fragen und Antworten



Prof. h.c. Dr. med. Evaldas Cesnulis  
Neurochirurgie FMH  
Klinik Hirslanden, Zürich

Moderation: Dr.med. Angela Hähnsen Uetz, Anästhesiologie FMH, Stadtspital Triemli, Zürich

17.45 Uhr Schmerzen an Füßen und Händen:  
Ist es vielleicht Morbus Fabry?

18.05 Uhr Fragen und Antworten



PD Dr. med. Nurcan Üçeyler  
Fachärztin für Neurologie  
Universitätsklinik Würzburg (D)

Moderation: Dr.med. Henner Niebergall, Anästhesiologie FMH, Spital Zollikerberg, Zollikerberg



18.15 Uhr Apéro riche

Die Industrieausstellung ist dem Tagungsraum vorgelagert.

Bitte besuchen Sie unsere Partner auch während der Pausen und nach den Vorträgen.



## AKZEPTANZ – ein wichtiger Schritt zur Schmerzbewältigung



lic. phil. Silvia Hatebur Egli  
Fachpsychologin für Psychotherapie FSP

Eine umfassend wirksame Schmerztherapie sollte – in Ergänzung zur medizinisch-somatischen Diagnostik und Behandlung – um eine psychotherapeutische und bei Bedarf um eine psychopharmakologische Herangehensweise ergänzt werden. Ein enges Zusammenarbeiten der verschiedenen Disziplinen (Medizin, Physiotherapie und Psychotherapie) wird bei uns in der Klinik täglich umgesetzt. Die psychologische Schmerztherapie setzt sich dabei weniger mit der Genese der Schmerzen als vielmehr mit deren Aufrechterhaltung durch psychosoziale Faktoren auseinander. Denn es ist bekannt, dass verschiedene Auslöser wie Depression, Angst, traumatische Erlebnisse, Stress etc. das Schmerzempfinden der PatientInnen intensivieren können. In unserer Schmerzklinik in Zürich arbeiten wir psychotherapeutisch nach dem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz sowie dessen Weiterentwicklung, der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT).

Ein Schwerpunkt in der Therapie ist die Frage der Schmerzkontrolle oder vielmehr der Schmerzakzeptanz: Für viele Betroffene endet der Kampf um die Schmerzkontrolle in der Erkenntnis, Schmerzen und deren Folgen nicht besiegen zu können. Diese Erkenntnis geht oft einher mit der Verringerung der Lebensqualität, zunehmender Hoffnungslosigkeit und Resignation. Oft fixieren sich die PatientInnen auf das Schmerzgeschehen. Die Frage: Wie kann der Schmerz kontrolliert und bewältigt werden? wird bei ACT ersetzt durch die Frage: Wie kann der Mensch in seiner ganz konkreten Situation lernen, mit den Schmerzen umzugehen?

Akzeptanz bedeutet, die oftmals schwierige Situation anzunehmen, die eigenen Gedanken nach deren Wahrheitsgehalt zu überprüfen und ungenutzte Ressourcen zu entwickeln, um ein wertgeleitetes und damit sinnstiftendes Leben zu führen. Übergeordnetes Ziel bei ACT ist die Verbesserung der psychischen Flexibilität. Damit ist die Fähigkeit gemeint, mit dem gegenwärtigen Moment in Kontakt zu treten und ein Verhalten in der Situation entsprechend zu verändern oder beizubehalten, um ein als wertvoll erachtetes Ziel zu erreichen. In unserer Schmerzklinik versuchen wir diesem neuartigen Ansatz mittels Gesprächen, Rollenspielen und Achtsamkeitsstrategien gerecht zu werden.

## Mehr Lebensqualität durch schmerzarme Mobilität



Felix Mack, dipl. Physiotherapeut FH

Die moderne Physiotherapie ist heute ein fundamentaler Bestandteil einer erfolgreichen Schmerztherapie. Grundlagen für die physiotherapeutischen Untersuchungs- und Behandlungstechniken bilden das muskuloskeletale System, das System Innere Organe und Gefässe sowie das System Neuromotorik, Sensorik und Psyche. Die Physiotherapie ist darauf ausgerichtet, körperliche Funktionsstörungen und die dadurch verursachten Schmerzen

– akut oder chronisch – zu beheben. Darüber hinaus spielt die Physiotherapie eine wichtige Rolle bei der Rehabilitation und der Prävention. Schmerzarme Mobilität ist nichts Geringeres als direkt gefühlte Lebensqualität. Die Medizinische Rehabilitation hat das Ziel, die gefährdete oder bereits geminderte Bewegungsfreiheit des Betroffenen wesentlich zu bessern oder wiederherzustellen, zumindest aber eine Verschlechterung abzuwenden. In der Schmerzklinik Zürich arbeiten Physiotherapie, Ärzte und Psychotherapie Tür an Tür zusammen. Dies ermöglicht ein Maximum an interdisziplinärer Zusammenarbeit, denn durch den regelmässigen Austausch zwischen Physiotherapeut, Arzt und Psychotherapie sind alle Beteiligten stets genau über den aktuellen Zustand des Patienten informiert wodurch eine optimale Betreuung gewährleistet ist.

Platin-Sponsoren



Gold-Sponsoren

