

Nozizeptiv**Neuropathisch** („at-level“ oder „below-level“)

Seit > 5 Jahren nicht aktualisiert, Leitlinie wird zur Zeit überarbeitet

Diagnostische Identifikation/Klärung der Ursache/Trigger/Schädigung oder konkurrierender Pathologien (z.B. funktionell bedingte Schmerzen)

Soweit möglich, Ausschaltung oder kausale Therapie der zugrundeliegenden Ursache/Trigger/Schädigung
 z.B. komplementäre Gabe von Muskelrelaxanzien (→ Spastik) oder von Abführmitteln (→ neurogene Darmstörung und/oder UAW Opiate)

Festlegung adäquater Therapieziele

Einbettung der Pharmakotherapie in ein multimodales/komplementäres Therapiekonzept

- Physiotherapie (PT) mit dem generellen Ziel körperlicher Aktivität .
- ggf. symptomorientierte PT Behandlungen / manuelle Behandlungen.
- ggf. Psychoedukation, bzw. psychotherapeutische Begleitung

**Symptomatische Pharmakotherapie
nozizeptiver Schmerzen**

1. Nicht-Opioidanalgetika
2. Niedrigpotente Opioidanalgetika +/- Nicht-Opioidanalgetika
3. Hochpotente Opioidanalgetika +/- Nicht-Opioidanalgetika

Bevorzugter Einsatz von Nicht-Opioidanalgetika:

- z.B. Paracetamol 3 x 500-1000 mg/d (max. 60 mg/kg KG)
- z.B. Metamizol: 1-4 x 500 mg/d (max. 4 g/d)

Nach Bedarf und zu jeder Zeit:

- Ko-Analgetika (z.B. Antidepressiva).

Cave:

- Opiate in der Frühphase der QSL nur sehr zurückhaltend und nach strenger Risiko-Nutzen-Abwägung (**Obstipation!!**).
- Beachtung fehlender Zulassungen und/oder Risiken im Einsatz bestimmter Wirkstoffe:
 - z.B. Langzeittherapie und potenzielle Leukopenie bei Metamizol.

Symptomatische Pharmakotherapie Neuropathischer Schmerzen

- Mit Monotherapie beginnen.
 - Aufklärung über Wirkmechanismus, UAW-Profil und Wirklatenz.
1. Antikonvulsiva:
 - Pregabalin: 150 mg/d in 2-3 Einzelgaben, ggf. bis max. 600 mg/d
Wirksame Dosis zumeist zwischen 150 und 600 mg/d
 - Gabapentin: Eindosierung von 300 mg/d bis zunächst 3 x 300 mg/d
Wirksame Dosis zumeist zwischen 900 und 1800 mg/d, ggf. bis max. 3600 mg/d.
 2. Antidepressiva (SNRI/TCA):
 - Duloxetin: 1 x 30 oder 60 mg/d, bis max. 2 x 60 mg/d
 - Amitriptylin: ab 1 x 25 mg/d, bis max. 150 mg/d
Wirksame Dosis bei 150 mg/d (3 x 50 mg) beschrieben
 3. Topische Behandlung *speziell* für umschriebene „at level“ Schmerzen:
 - Lidocain- oder Capsaicin-Pflaster
 4. Opiode (*nur als Reservemedikation*):
 - Tramadol: ab 3 x 50 mg/d
Wirksame Dosis bis 400 mg/d beschrieben

Im Falle unbefriedigender Schmerzreduktion*Individuelle Evaluierung folgender Optionen:*

- Wechsel der Monotherapie (z.B. von Pregabalin auf Gabapentin)
- Kombinationstherapie verschiedener Wirkstoffgruppen (z.B. Antikonvulsivum + SNRI)

Persistierend insuffiziente Schmerzreduktion, respektive Verfehlung der Therapieziele u/o Chronifizierung der Schmerzen:
 → Anbindung an ein spezialisiertes Schmerzzentrum evaluieren