

Alireza Mesrian
Dr. med.

Die Schmerzentwicklung von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen nach einem dreiwöchigen multimodalen Behandlungsprogramm unter Berücksichtigung von somatischen, psychosomatischen und soziodemographischen Faktoren.

Geboren am 5. Dezember 1972 in Teheran / Iran
Reifeprüfung am 29.05.1992 in Köln
Studiengang der Fachrichtung Medizin vom SS 1993 bis WS 2000/2001
Physikum am 7.09.1995 an der Universität zu Köln
Klinisches Studium in Köln und Oviedo(Spanien)
Praktisches Jahr in Köln und Málaga (Spanien)
Staatsexamen am 5.12.2000 an der Universität zu Köln

Promotionsfach: Orthopädie
Doktorvater: Prof. Dr. med. Marcus Schiltewolf

Fragestellung:

Welche klinische Relevanz haben Veränderungen der Schmerzstärke bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen, die im Rahmen einer dreiwöchigen standardisierten multimodalen Schmerztherapie behandelt wurden und welchen Einfluss haben somatische, psychosomatische und soziodemographische Faktoren auf diese Veränderung?

Methode:

In einer prospektiven klinischen Studie wurden 153 Pat. mit chronischen Rückenschmerzen einer dreiwöchigen multimodalen Therapie zugeführt. Vor der Therapie wurden die Schmerzstärke (VAS) sowie mögliche Risikofaktoren einer weiteren Schmerzchronifizierung erhoben. 6 Monate nach der Therapie wurde erneut die aktuelle Schmerzstärke erfragt. Darüber hinaus wurde zu diesem Zeitpunkt nach der globalen Selbsteinschätzung des Patienten gefragt (VRS). Die globale Selbsteinschätzung wurde der rechnerischen Veränderung der Schmerzstärke gegenüber gestellt. Alle anamnestischen Merkmale wurden in einer schrittweise durchgeführten Datenanalyse auf einen Zusammenhang mit den Outcome-Variablen „Veränderung der Schmerzstärke“(VAS) und „ gutes Therapieergebnis“ (VRS) überprüft. Merkmale, die einen statistisch signifikanten Zusammenhang aufwiesen, wurden auf ihren prädiktiven Wert für die Entwicklung der Schmerzstärke überprüft (Regressionsanalyse). Die praktische Signifikanz der festgestellten Zusammenhänge wurde mit Hilfe von Effektstärkenanalysen evaluiert.

Ergebnisse:

48 Prozent der Pat. schätzten 6 Monate nach der Therapie die Schmerzen schwächer ein, 28 Prozent hatten gleichbleibende, 14 Prozent stärkere Beschwerden (VRS). Eine Verminderung der Schmerzstärke von 25 Punkten auf der VAS empfanden Patienten als relevant. Eine Verschlimmerung wurde bei 9 Punkten schon vom Patienten subjektiv als relevant wahrgenommen. Eine klinisch relevante Verminderung der Schmerzstärke entsprach einer Effektstärke von $d=1,2$. Der Abstand zwischen den drei Skalen der globalen Selbsteinschätzung war rechnerisch gleich und entsprach einer Effektgröße von $d=0,8$.

Patienten. mit LWS-Hauptschmerzen erreichten eine deutliche Verbesserung ihrer Schmerzen. Bei Patienten mit HWS-Schmerzen war dies nicht der Fall. Niedriger Bildungsstand, das Vorhandensein von Begleitschmerzen und eine Bestehensdauer der Rückenschmerzen von über zwei Jahren vor Therapiebeginn waren mit deutlich schlechterer Schmerzentwicklung assoziiert.

Schlussfolgerungen:

Das mittelfristige Ergebnis der multimodalen Therapie ist im Vergleich zur konventionellen vertragsärztlichen Therapie deutlich besser. Auch hoch-chronifizierte Patienten werden durch die Therapie erreicht. Die kognitiven Lerninhalte der Therapie scheinen einen wesentlichen Erfolgsfaktor der Therapie darzustellen: Patientengruppen, von denen aus der Literatur ein ausgeprägtes Angst-Vermeidungsverhalten bekannt ist, profitieren eher von der Therapie. Patienten mit HWS Hauptbeschwerden profitieren nicht von der Therapie, ebenso wenig Patienten mit niedriger Schmerzintensität zum Anamnesezeitpunkt (weniger als 4 / 10), sowie Patienten, die eine niedrige Schmerzfrequenz angeben (einmal täglich oder seltener). Der Zeitpunkt der Einweisung in die Tagesklinik ist entscheidend: Bestehen die Beschwerden länger als zwei Jahre, so sinkt die Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolges deutlich. Idealerweise sollten Patienten innerhalb des ersten Erkrankungsjahres einer Behandlung zugeführt werden. Patienten mit fehlender oder niedriger Schulbildung haben eine deutlich niedrigere Erfolgchance bei der Therapie.

Die globale Selbsteinschätzung des Patienten mit der hier verwendeten dreistufigen verbalen Ratingskala stellt ein valides und klar interpretierbares Instrument zur Erfassung des schmerzbezogenen Outcomes dar. Eine Verbesserung um 25 von 100 Punkten auf der Visuellen Analogskala stellt eine klinisch bedeutsame Veränderung der Schmerzstärke dar.

Die Einbeziehung der Effektstärken der Veränderung der Schmerzstärke in die Outcome-Evaluation stellt eine sinnvolle und informative Ergänzung zur sonstigen statistischen Berechnungen dar. Für die Interpretation der errechneten Effektstärken eignen sich aber die Cohen'schen Faustregeln nur bedingt: „kleine“ und „mittlere“ Effekte (nach der genannten Faustregel) im Sinne einer Verbesserung werden von den Patienten nicht wahrgenommen. Erst „große“ Effekte ($d \geq 0,8$) in der Veränderung der gemessenen Schmerzstärke spiegeln sich in der globalen Selbsteinschätzung des Patienten wider.