

Umgang mit Schmerzen bei Kindern

Von Dr. med. Raymund Pothmann

Zentrum Integrative Kinderschmerztherapie, Hamburg,
Kinderhospiz Sternenbrücke

Schmerzen von Kindern werden oft nicht ernst genommen, als übertrieben oder nicht krankhaft und damit nicht behandlungsbedürftig angesehen. Die Diagnostik kindlicher Schmerzen ist wegen der für Erwachsene schwer nachvollziehbaren Schmerzartikulation schwierig.

Schmerzmessung

Im Säuglings- und Kleinkindalter ist man dabei auf Fremdbeobachtungsskalen angewiesen. Mit zunehmender kognitiver Entwicklung kommen dann im Kindergarten- und Schulalter auch Selbstauskunftsskalen in Betracht. Diese reichen von Farbtafeln über Smileys bis hin zur Visuellen Analogskala (VAS) und komplexen Schmerztagebüchern. Ziel der Schmerzdiagnostik und -dokumentation ist die Therapieindikation, sowie die Überprüfung der Therapieeffizienz. Sie soll gleichzeitig der Verbesserung der Schmerztherapie dienen. Allein schon das Führen eines Kopfschmerzkalenders über vier Wochen ist geeignet, eine klinisch bedeutsame Reduktion der Kopfschmerzen zu bewirken.

Schmerzprophylaxe

Außerdem ist die Schmerzdokumentation dazu angetan, für das Schmerzerleben von Kindern zu sensibilisieren und dadurch eine kindgerechte Schmerzprophylaxe umzusetzen. Schon frühzeitig sollten Kinder befähigt werden, mit Schmerzen adäquat umzugehen. Dies gelingt am besten durch spielerische Aufklärung über zu erwartende und Nachbearbeitung von schmerzhaften Prozeduren wie Impfungen, Blutabnahmen, Zahnarztbesuche o.ä. Modellernen durch Rollenspiele, vorherige Besuche ohne schmerzhafte Intervention oder Videos sind geeignet, die Kooperation der Kinder zu gewinnen.

In der Schmerz besetzten Situation selbst sind pragmatische **hypnotherapeutische** Verfahren wie das Ausblasen der Geburtstagskerzen in Gedanken oder der Einsatz eines Zauberhandschuhs ohne Zeitverlust auch in der Praxis anwendbar, um das Schmerzerleben zu erleichtern. Einfache **Ablenkstrategien** wie Wegblasen von Seifenblasen, das Drücken der Hand der Mutter oder bei älteren Kindergartenkindern ein Walkman mit ihrer Lieblingsmusik sind ebenfalls geeignet, die Bewältigungskompetenz des Kindes zu steigern.

Das Anästhesiepflaster (**EMLA**) hat in den letzten Jahren einen erheblichen Fortschritt in der Schmerzprophylaxe von Kindern bei Punktionen und kleinen dermatologischen

Eingriffen wie Warzenentfernungen bedeutet. Selbst ausgeprägte Spritzenphobien lassen sich hiermit effektiv und zeitlich unaufwendig angehen.

Transkutane Elektrische Nervenstimulation (**TENS**) - der Schmerzwalkman - läßt sich nicht nur zur Behandlung von Spannungskopfschmerzen, Rückenschmerzen oder Gelenkschmerzen einsetzen, sondern ist bei Schulkindern auch zur Schmerzlinderung bei Lumbalpunktionen geeignet.

Eine **Analgosedierung** mit Midazolam ist großzügig vor allem bei Säuglingen und jüngeren Kleinkindern einzusetzen, um ein negatives Aufschaukeln des Schmerzgedächtnisses und -verhaltens zu verhüten.

Aktuelle Schmerztherapiesituation

Schmerztherapie beim Kind bedeutet zu 50-60% und bei Neugeborenen bis zu 90% off-label-Therapie. Offizielle pädiatrische Leitlinien existieren bis auf die Indikation Kopfschmerz nicht. Vor diesem Hintergrund lassen sich in Analogie zu Erkenntnissen bei Erwachsenen nur annäherungsweise Dosierungen auf Gewichts- bzw. Körperoberflächenbasis formulieren. Trotz der Zulassungsmisere besteht aber – unter persönlicher Verantwortung - die Verpflichtung zur Therapie bei schwerwiegenden Erkrankungen d.h. auch bei starken Schmerzen, so weit ärztlich anerkanntes Wissen hierzu verfügbar ist.

Akutschmerztherapie

In erster Linie wird man bei Säuglingen mit Paracetamol beginnen. Lebensbedrohliche Zustände sind bei Gabe nach Vorschrift im Abstand von 4-6 Stunden nicht zu erwarten. Zunehmend gewinnt Ibuprofensaft an Bedeutung (ab dem 2. Lebensmonat). Bei stärkeren Akutschmerzen empfiehlt sich auf Substanzen wie Novalgin, Valoron-N oder Tramadol zurückzugreifen. Eine Anwendung von Opiaten wie Morphin z.B. bei traumatischen Schmerzen ist unter Notfallbedingungen auch schon auf einem ärztlich begleiteten Transport durchaus vertretbar.

Schmerzkrankheiten

Chronische Schmerzen beziehen sich im Kleinkind- und Kindesalter im wesentlichen auf den Bauch und Kopf. Weniger oft sind Brustschmerzen anzutreffen. Krebschmerzen sind zwar eine seltene Problematik, stellen aber eine besondere Herausforderung dar.

Bauchschmerzen

Rezidivierende idiopathische Bauchschmerzen (RIB) erfordern zunächst den Ausschluß einer organischer Ursache und damit eine Entlastung des Leidensdruckes. Eine triggerarme Ernährung ist langfristig die beste Gewähr für eine Remission, wenn keine psychische Belastung im Vordergrund steht.

Kopfschmerzen

Ähnliches gilt grundsätzlich auch für die Kopfschmerzen. Bei Kleinkindern kann sich die Akutbehandlung meistens auf einfache Analgetika wie Paracetamol oder Ibuprofen beschränken. Bei Migränekindern ist ein Versuch mit einem geeigneten Triptan wie z.B. Imigran Nasenspray 10mg zu empfehlen.

Bei mehr als 2-3 Migräneanfällen pro Monat ist eine (medikamentöse) Prophylaxe sinnvoll. Grundsätzlich kommt dabei als Betablocker Metoprolol oder als Kalziumantagonist Flunarizin in Frage. Verhaltenstherapeutisch orientierte Kurzinterventionen und Entspannungsverfahren kommen für alle Kopfschmerzformen im Schulalter in Betracht. Grundsätzlich erfolgversprechend wirkt sich bei Kopf- und Bauchschmerzen die Umstellung auf eine möglichst triggerarme Ernährung aus. Alle Convenience-Produkte speziell Limonaden und Süßigkeiten werden dabei vermieden. Aber auch potentiell belastende Nahrungsmittel wie Milch, Kakao, Quark und belastete Zusatzstoffe wie Vanillin, Carrageen und Aspartam sollten für wenigstens 6-8 Wochen ausgelassen werden. Bei positivem Ansprechen kann durch gezieltes Wiedereinführen herausgefunden werden, welche Stoffe längerfristig nicht vertragen werden.

Schmerzen des Bewegungsapparates wie bei rheumatischen Erkrankungen sind dagegen trotz systemischer Vorgehensweise zu Beginn oder während eines Rezidives problematisch und bedürfen dann einer zusätzlichen analgetischen Behandlung in Form von z.B. TENS oder physiotherapeutischen Maßnahmen. Auch ernährungstherapeutische Strategien ermöglichen die Einsparung von Medikamenten (und Nebenwirkungen).

Brustschmerzen müssen nach kinderkardiologischer Ausschlußdiagnostik oft als somatoform eingestuft und therapiert werden. Dies gilt vor allem, wenn die Beschwerden tagsüber in Erscheinung treten. Verhaltenstherapeutische Maßnahmen unter Einfluß von Entspannungsverfahren und Atembiofeedback sind geeignet, die Beschwerden, die zum Teil als Panikattacken ablaufen, in Remission zu führen. Brustschmerzen, die ihre Ursache in der Wirbelsäule oder Brustwand haben oder entzündlicher Natur sind, bedürfen natürlich einer gezielten ätiologischen Behandlung.

Krebsschmerzen

Tumore stellen eine seltene Ursache für chronische Schmerzen dar. Die Herausforderung besteht jedoch individuell in der Notwendigkeit, die Schmerzen besonders wirkungsvoll behandeln zu müssen. Hierbei bietet sich analog zur WHO-Stufenleiter ein hierarchisch abgestimmtes Vorgehen an, beginnend mit einfachen Analgetika, ggf. in Kombination mit Psychopharmaka, und Übergang zu schwachen und starken Opiaten. Entscheidend ist ein individuell zugeschnittenes, Dosisregime nach Stundenplan, in keinem Fall jedoch ein bedarfsorientiertes Vorgehen wie bei akuten Schmerzen. Zur

Absicherung einer effektiven Schmerztherapie ist es wichtig, auch psychologische Strategien einzubeziehen und schmerz-prophylaktische Maßnahmen auszuschöpfen.

Schmerzen in der Lebensendphase

Eine besondere Herausforderung stellen Schmerzen bei chronisch lebensbegrenzt erkrankten Kindern in der Endphase dar. Hier ist angestrebtes Ziel, eine optimale Linderung zu erreichen. Bei den meisten Kindern ist ein parenteraler Applikationsweg der Medikamente ausreichend. In der Regel ist eine Kombination aus wirksamen Analgetika mit Opiaten, sowie Sedativa und Muskelrelaxanzien erforderlich.

Eine optimale Versorgung ist nur in Zusammenarbeit mit einem eingespielten Pfltege-
team erreichbar. Eine enge Einbindung der Eltern und Geschwister ist dabei unerläß-
lich.

Dr. med. Raymund Pothmann
Zentrum Integrative Kinderschmerztherapie, Hamburg,
Kinderhospiz Sternenbrücke