

Schmerztherapie mit Opioiden

Sucht vermeiden – gewusst, wie

Bereits Paracelsus wusste es: Die Dosis macht das Gift. Schmerztherapie mit Opioiden ist auch bei benignen Schmerzen etwas Gutes. Allerdings sollte die Therapie immer mit dem Blick auf eine mögliche Suchtentwicklung erfolgen, um amerikanische Verhältnisse zu vermeiden. Dazu eignen sich lang wirksame Opioide besser als kurz wirksame.

Opiate und Opioide sind wunderbar in der palliativen Therapie und im akuten Fall. Bei einer Langzeittherapie entwickelt der Körper dagegen eine Toleranz. Hohe Opioiddosen triggern Gliazellen zu einer Ausschüttung von Zytokinen, die eine Toleranz und erneute Schmerzen induzieren. Kurz wirksame Formen sind hinsichtlich der potenziellen Suchtentwicklung problematischer als retardierte Opioide.

Akute Schmerzen zu behandeln, ist nicht immer einfach. Dr. Monika Jaquenod-Linder von der Wirbelsäulen- und Schmerz-Clinic, Klinik Hirslanden Zürich, gab dazu am VZI-Symposium in Zürich ein paar Tipps, wie vor allem Fehler zu vermeiden sind.

Bei Nicht-Tumorschmerzen sind Therapien mit kurz wirksamen Opioiden problematisch, weil das Suchtpotenzial hoch ist. Das gelte auch für schwache Opioide wie Tramadol, Oxycodon und Kombinationen mit Codein/Paracetamol, gibt die Schmerzspezialistin zu bedenken. Opioide oder Opiate (z.B. Morphin) sollten bei benignen Schmerzen auch nie parenteral oder bukkal (Fentanyl, Buprenorphin) verabreicht werden, die Sucht ist auch hier vorprogrammiert. Denn je schneller die Opioide am Rezeptor andocken, desto höher sei das Suchtpotenzial, erklärt Jaquenod-Linder. Mit den Folgen der unkritischen und unkontrollierten Abgabe von kurz wirksamen Opioiden haben einige Länder, allen voran die USA, zu kämpfen. Werde beispielsweise die retardierte Form der Oxycodon-tablette mit den Zähnen zerbissen, entfalle der Retardeffekt, und das Opioid werde kurz wirksam, erklärt Jaquenod-Linder. «Fragen Sie Patienten mit hohen Oxycodon-retard-Dosen, ob sie die Tabletten zerbeißen, dann wissen Sie, ob eine Sucht besteht», so der Tipp der Expertin.

KURZ & BÜNDIG

- ▶ Kurz wirksame Opiate bergen ein grösseres Suchtpotenzial als lang wirksame.
- ▶ Parenterale und bukkale Opioide bei Nicht-Tumorpatienten wegen des hohen Suchtpotenzials vermeiden.
- ▶ Zielsetzung mit Patienten aushandeln.
- ▶ «Alltagsfunktionalität» bei chronischen Schmerzpatienten erhalten.

Im Fall einer Sucht muss die Dosis des betreffenden Opioids schrittweise reduziert und wenn nötig das Opioid rotiert werden. Je nach Abhängigkeit braucht es einen Entzug oder eine Substitution.

Tagesverlauf berücksichtigen

Die Schmerzmedikation morgens und abends unterschiedlich zu dosieren, bewähre sich bei manchen Patienten, denn auch der Schmerz sei nicht immer gleich stark, so Jaquenod-Linder. Vor allem der Nachtschlaf sei sehr wichtig für die Erholung, denn nur im Schlaf kann sich die Muskulatur komplett entspannen, die sonst ununterbrochen tonisiert wäre. Hierzu ist beispielweise Oxycodon/Naloxon 20/10 mg abends eine Option, da es 8 bis 10 Stunden wirkt.

Bei chronischen Rückenschmerzpatienten kann es schwierig sein, eine gute Schmerzlinderung zu erreichen, weil der Schmerz häufig auch noch neuropathischer Natur ist. Bei diesen Patienten empfiehlt es sich, die Opioide zu kombinieren, beispielsweise mit Pregabalin. Tapentadol mit einer zusätzlichen Noradralin-Reuptake-Hemmung kann Vorteile haben.

Strategie bei Wirkungsabfall

Bei starken Tumorschmerzen ist eine hohe Dosis gerechtfertigt, wie beispielsweise bis $4 \times 100 \mu\text{g/h}$ Fentanylpflaster alle 2 Tage. Opioidkombinationen (z.B. Methadon plus Fentanyl plus Oxycodon) können nötig sein.

Bei Nicht-Tumorpatienten sollte man das Opioid dagegen rotieren, wenn die Wirkung nachlässt. Hohe Dosen sollten nur in Ausnahmefällen erreicht werden. Ist bereits eine hohe Dosis erreicht (z.B. Fentanyl $150 \mu\text{g/h}$), gestaltet sich die Rotation wegen der Äquipotenzdosen schwierig. Hier ist die Kombination mit Methadon $3 \times 10 \text{ mg}$, das eine lange Halbwertszeit besitzt, eine Option. Ein kurz wirksames Opioid wie beispielsweise Oxycodon $3 \times 1 \text{ ml}$ kann dem Patienten für spezielle Anlässe wie Familienfeiern, kulturelle Anlässe und so weiter zugegeben werden. Dies aber nur restriktiv.

Opioide induzieren eigentlich wenig Nebenwirkungen, doch gilt es, neben der Toleranzentwicklung bei langfristiger Therapie auch die Immunsuppression, eine mögliche Hyperalgesie und den Hypogonadismus infolge Testosteronabfall bei Dosen von > 100 Morphinäquivalenten zu bedenken. «Bei jungen Männern gebe ich deshalb kaum Opiate», so Jaquenod-Linder.

Opioide: Dos

Benigne Schmerzen	Palliative Schmerzen
nach Prüfung von Alternativen	möglichst früh
Dosisbegrenzung	rasche Eskalation
keine Durchbruchmedikation	keine Begrenzung
nie parenteral	immer Durchbruchmedikation
Steigerung der Aktivität	jede wirksame Form
genaue Kontrolle	Ziel: Schmerzfreiheit/ Schmerzreduktion

Opioide: Don'ts

Abhängigkeit
Cave kurz wirksame Formen
keine «unkontrollierte» Abgabe über Arztgehilfin
unkritische primäre Abgabe
unkritische Dosissteigerung
langfristige unkritische Abgabe
Toleranzentwicklung mit Dosissteigerung kompensieren

Zielsetzung mit dem Patienten aushandeln

Wichtig ist das Behandlungsziel, das man zusammen mit dem Patienten setzt. Zu erklären, was wann passiert, zu verhandeln, wie hoch die Dosis sein soll beziehungsweise wie stark die Schmerzlinderung, ist essenziell. Denn wenn Patienten vom Spital kommen, stehen sie oft noch unter der hohen postoperativen Dosierung, die man mit ihnen reduzieren muss und im besten Fall ausschleichen kann.

Neue Erkenntnisse zeigen, dass bei chronischen Schmerzen die Schmerzhemmung reduziert ist und das endogene Opioidsystem durch die exogene Opioidzufuhr verändert werden kann. Das endogene Opioidsystem löst ein körperliches Wohlfühl, Lust und Freude aus. Eine Reduktion der Opiode kann demnach den «Drive» einschränken und die «Homöostase» stören. In diesem Fall können die Opiode nicht reduziert werden, denn die Patienten brauchen sie, um sich «normal» zu fühlen (1). Das kann das Risiko einer Abhängigkeit von Opioiden erhöhen. Daher ist es wichtig, die Beweggründe der Patienten für den Erhalt einer Opioidtherapie zu ergründen: Handelt es sich um Schmerzlinderung, oder geht es bei chronischen Schmerzpatienten darum, mehr Energie für den Alltag zu haben?

Entscheidend für das Weiterführen der Therapie ist die Erhaltung der körperlichen und sozialen Funktionalität. ▲

Valérie Herzog

Quelle: «Opiattherapie bei chronischen Schmerzen – Dos and Don'ts». Fortbildungssymposium der Vereinigung allgemeiner und spezialisierter Internistinnen und Internisten Zürich, 25. Januar 2018 in Zürich.

Referenzen:

1. Ballantyne JC et al.: Discovery of endogenous opioid systems: what it has meant for the clinician's understanding of pain and its treatment. Pain 2017; 158; 2290–2300.