

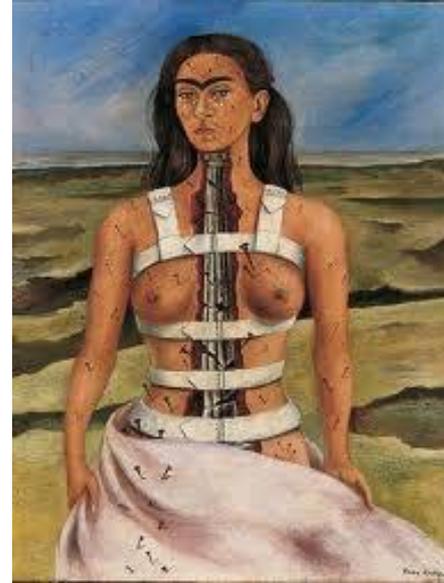
Opioide - Best Practice - Opioidwelle auch in der Schweiz?



PD Dr. med. Konrad Streitberger

Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie

Opioide



Best Practice

- Akutschmerz
- Tumorschmerz
- LONTS

Opioidwelle

- USA!
- Schweiz?



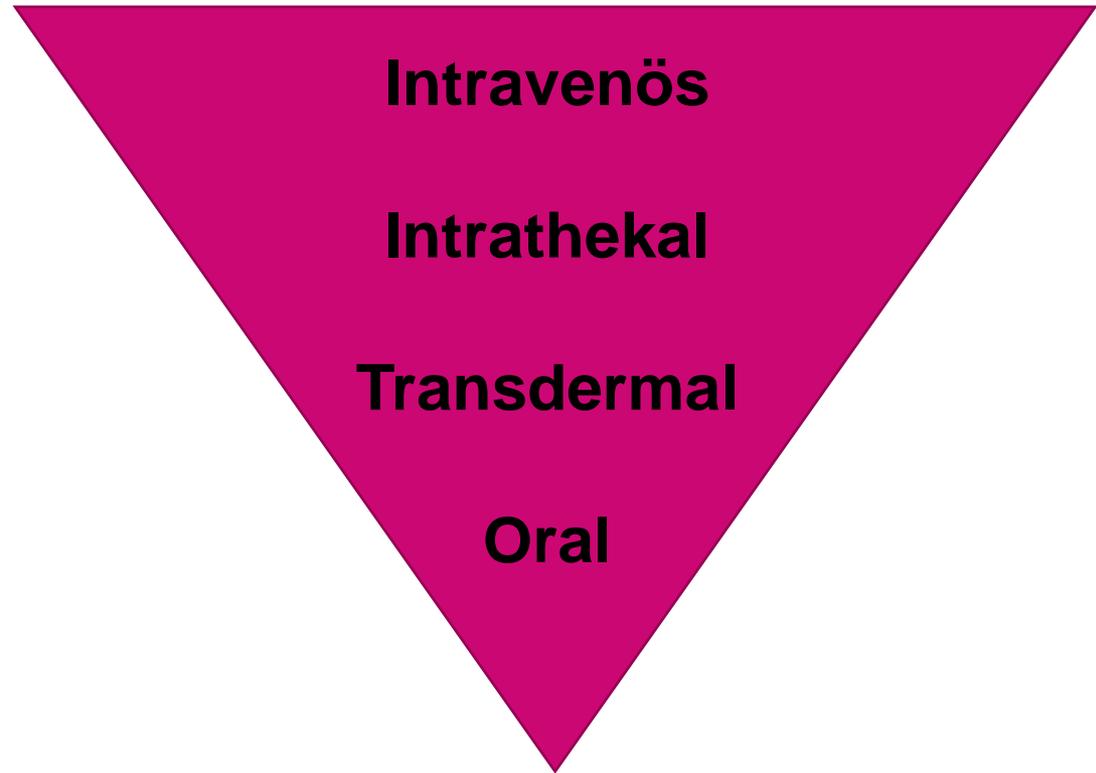
Opioide - Best Practice: Indikation - Applikation

Starke Schmerzen

Akutschmerz

Tumorschmerz

Chronischer Schmerz
nichttumorbedingt

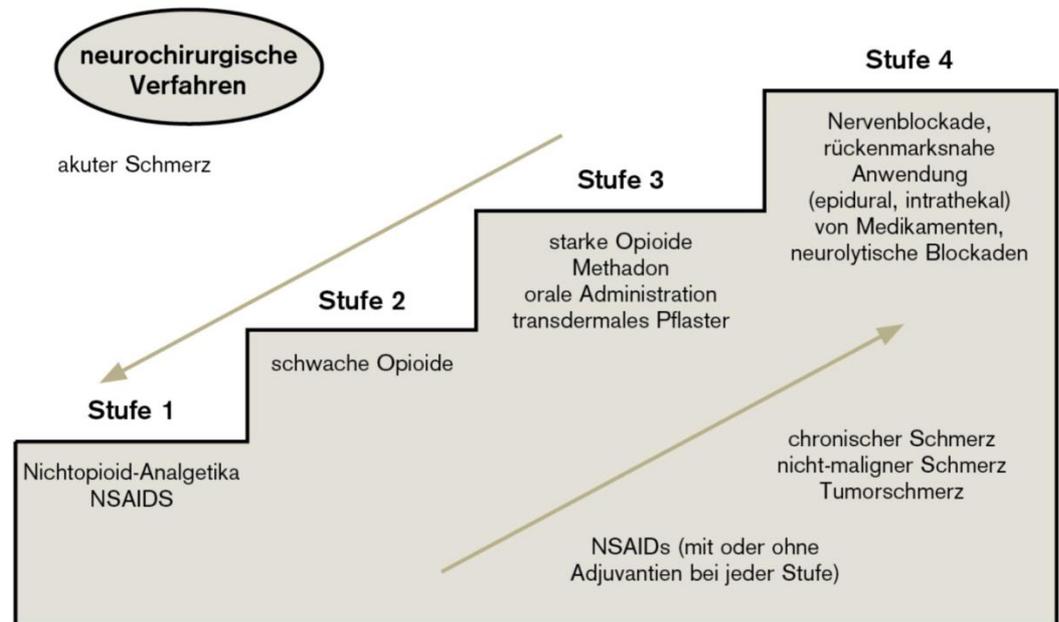


WHO-Stufentherapie für Schmerzmittel

Für Tumorschmerztherapie 1986 publiziert
Bei starken akuten Schmerzen Stufen rückwärts

- **Starke Opioide**
 - z.B. Morphin
- **Schwache Opioide**
 - z.B. Tramadol
- **Nicht-Opioide:**
 - Metamizol
 - Paracetamol
 - Entzündungshemmer (NSAID)

WHO-Stufenschema



Opioide Initialdosierungen

Morphinäquivalenz

| | | |
|-----------------|-----------------|----------------------|
| WHO II: | Tramadol | 50 mg |
| WHO III: | Tapentadol | 25 mg |
| | Morphin | 10 mg |
| | Oxycodon | 5 mg |
| | Methadon | ca. 2.5 mg (1-10 mg) |
| | Hydromorphon | 1.2 mg |
| | Buprenorphin sl | 0.1 mg |

Opioide: Prinzipien bei Tumorschmerz

By the clock, by the mouth, by the ladder

- WHO-Stufenschema
 - Möglichst orale Verabreichung
 - Langwirkende Opioide oder „retard“ Präparate als Basis
 - Schnell wirkende Opioide als Durchbruchmedikation

 - Nebenwirkungen beachten

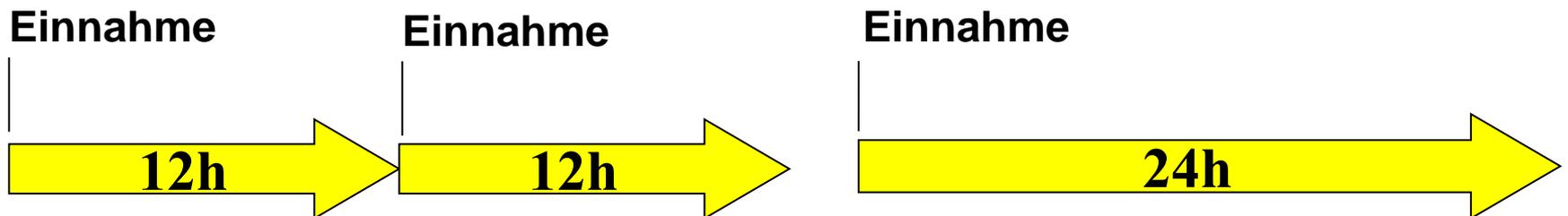
 - Aufklärung des Patienten
 - Regelmäßige Kontrolle, sorgfältige Dokumentation

 - Bei hohen Dosierungen (>200mg Morphinäquivalenz/d)
Konzept überdenken: Opioid-Rotation? Andere Therapien?
-

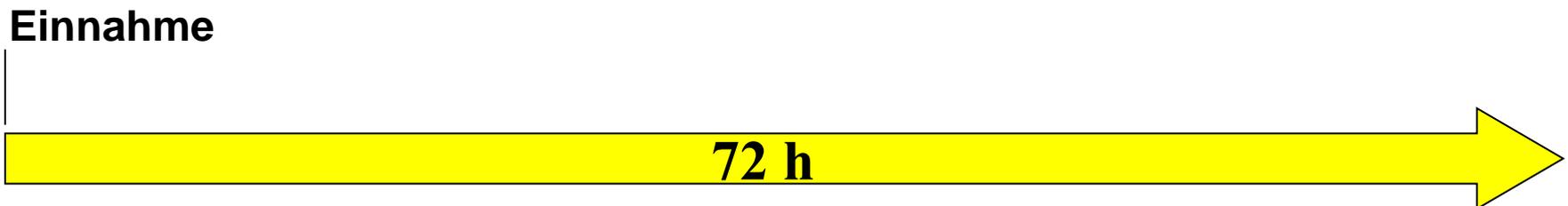
Opioide als Basismedikation

Einnahme kontinuierlich als Retard-Präparat

2 x täglich (z.B. MST®, Oxycontin®) 1 x täglich (z.B. Journista®)



1 x alle 3 Tage (z.B. Durogesic®)



Opioide bei Durchbruchschmerzen

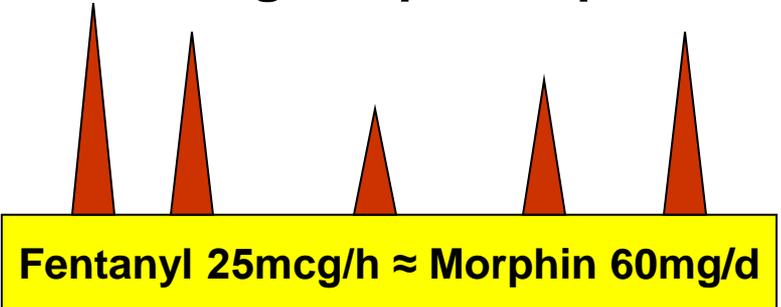
Möglichst gleicher Wirkstoff wie kontinuierliches Opioid

**6 x 1/6 der Basisedikation in Reserve (iR)
oder 1/10 der Basisedikation stündlich (iR)**

- Morphin po
 - z.B. Morphin 2% (0.5ml = 10mg = 10Trpf.)
- Hydromorphon po (1,3mg)
- Oxycodon po (5mg)
- ~~Fentanyl – 100mcg Stick / buccal / sl~~

**Strukturelles Korrelat:
z.B. Tumor, Arthrose**

6 x 10 mg Morphin Trpf.



Opioide: häufige Nebenwirkungen

- Übelkeit
- Sedierung
- Atemdepression → Toleranzentwicklung

- Juckreiz
- Obstipation → keine Toleranzentwicklung

- Unkontrollierte Dosissteigerung:
 - Toleranzentwicklung für Analgesie
 - Opioid-induzierte Hyperalgesie

Langzeitanwendung von Opioiden bei nichttumorbedingten Schmerzen (LONTS)

AWMF-Leitlinie unter Federführung Deutsche Schmerzgesellschaft

- **Mögliche Indikationen für kurzfristige Therapie (4–12 Wo)**
 - chronische Schmerzen bei Arthrose
 - diabetische Polyneuropathie, Postzosterneuralgie
 - chronische Rückenschmerzen
- **Langwirksame Präparate nach einem festen Zeitplan**
- **Höchstdosis:** 120 mg/d orales Morphinäquivalent
- **Langzeittherapie:** > 3 Monate nur bei Therapierespondern
 - **Medikamentenpause:** Nach 6 Monaten Evaluation der Wirkung
 - **Regelmäßige Therapieüberwachung**
 - **Ca. 25 % der Patienten profitieren**

<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/145-003.html>

Massnahmen vor Opioid-Therapie

Klinische Konsenspunkte gemäss LONTS:

- Partizipative Entscheidungsfindung
 - Aufklärung, Nutzen-Risiken
- Psychosoziale Anamnese
 - Yellow flags als Risikofaktoren beachten
 - Bei Hinweis auf psychische Störung Psychiater involvieren
- Realistische Therapieziele erarbeiten und definieren
 - z.B. 30% Schmerzreduktion, Verbesserung der Funktionsfähigkeit
- Mündliche oder schriftliche Aufklärung dokumentieren
 - Informationsblatt Opioidtherapie
 - Informationsblatt Fahrfähigkeit
 - Während Titrationsphase nicht Autofahren, Gefährdung am Arbeitsplatz
 - Andere zentralwirksame Substanzen reduzieren oder absetzen

<https://www.dgss.org/versorgung/leitlinien-zur-schmerzbehandlung/von-der-deutschen-schmerzgesellschaft-ev-initiierte-leitlinien/lonts/>

Therapieüberwachung und Dokumentation

- Regelmäßige Therapieüberwachung
 - Kontrolle mind. 1x im Quartal
- Behandlung soll regelmäßig dokumentiert werden
 - Erreichte Schmerzlinderung (z.B. Schmerztagebuch)
 - Funktionsniveau
 - Umgang mit Opioiden (Weitergabe, Beschaffung, Verhalten)
 - Verlaufsdokumentation
- Maßnahmen bei Fehlgebrauch oder Missbrauch
 - Urin-, ggf. Haartests
 - Besprechung mit Patient und ggf. Personen des Umfelds
 - Medikation unter Aufsicht
 - Überweisung an Suchtspezialisten
 - Beendigung der Therapie

<https://www.dgss.org/versorgung/leitlinien-zur-schmerzbehandlung/von-der-deutschen-schmerzgesellschaft-ev-initiierte-leitlinien/lonts/>

Opioide - Maximaldosierungen bei LONTS:

Morphinäquivalenz

| | | |
|-----------------|-----------------|--------------------------------------|
| WHO II: | Tramadol | 600 mg |
| WHO III: | Tapentadol | 300 mg |
| | Morphin | 120 mg |
| | Oxycodon | 60 mg |
| | Methadon | ca. 30 mg (12-120 mg) |
| | Hydromorphon | 15 mg |
| | Buprenorphin sl | 1.2 mg |
| | Fentanyl dermal | 1.2 mg/24h Pflaster (ca. 50mcg/h) |

Beendigung einer Opioid-Therapie

Beendigung schrittweise, wenn

- Therapieziele nicht erreicht werden
- Relevante Nebenwirkungen auftreten
- Ziele durch andere Therapien erreicht werden
- Missbrauch-Verdacht besteht

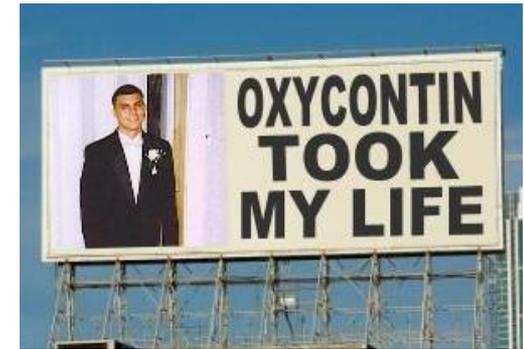
Reduktion auf ca. 80-90% der Vortagesdosis

- Bis 100mg Morphin ambulant
- Ab 100mg Morphin eher stationär

Unterstützung der Reduktion

- Multimodal
- Medikamentös mit Clonidin, Pregabalin, Doxepin, Dipiperon
- Psychologische Unterstützung (z.B. Verhaltenstherapie, Hypnose)
- Ohrakupunktur NADA (<http://www.nada-acupuncture.ch/>)

Risiken bei Hochdosis Opioid (>90mg Morphin)



- Überdosierung und Tod
- Schwierige Entwöhnung
- Schwangerschaft – Entzug bei Neugeborenem
- Verstärkte Abhängigkeit (iv, sublingual, andere Drogen)

- Toleranzentwicklung und Hyperalgesie
 - Probleme bei Akutschmerz
 - Postoperative Schmerz-Probleme

- Zentrale Sensibilisierung
- Endokrine Störungen (Fruchtbarkeit, Libido)
- Immunstörungen



Ballantyne, Anesth Analg 2017

YouTube:
Brainman stops his opioids

Der Spiegel AUG '17

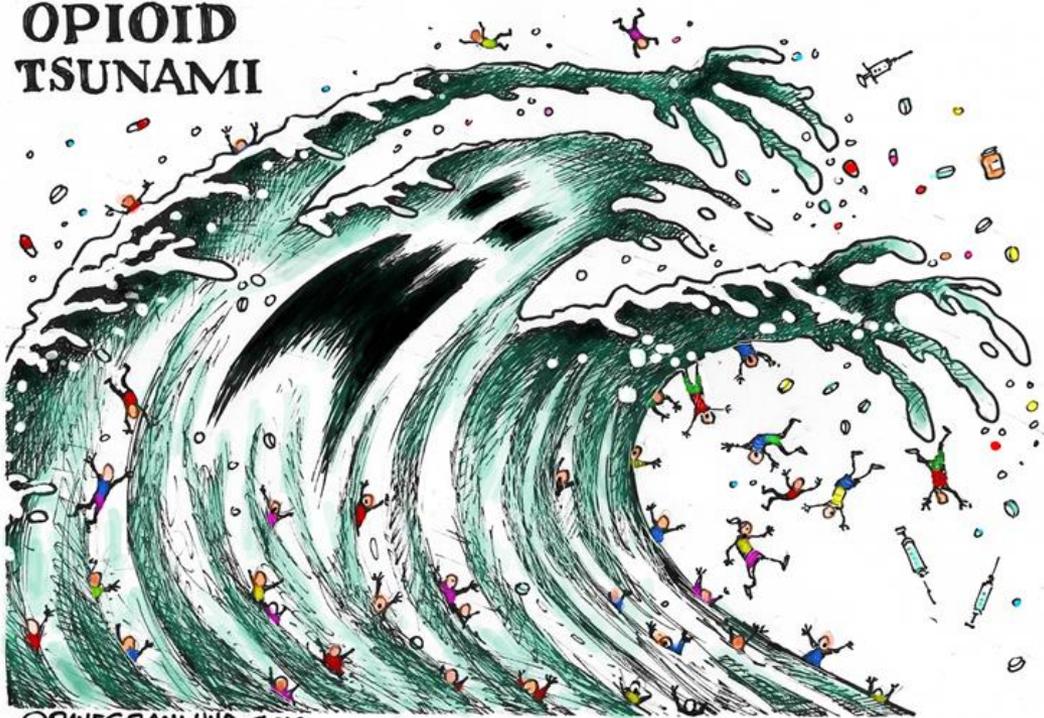
Gesellschaft

United States of Heroin



Rausch Eine nie da gewesene Drogenepidemie hat die ländliche US-Mittelschicht erfasst, Millionen sind abhängig von Heroin und Opioiden. Aus angeblich harmlosen Schmerzmitteln wurde ein nationaler Notstand. In Huntington, der Heroinhauptstadt, ist jeder Vierte süchtig.

OPIOID TSUNAMI

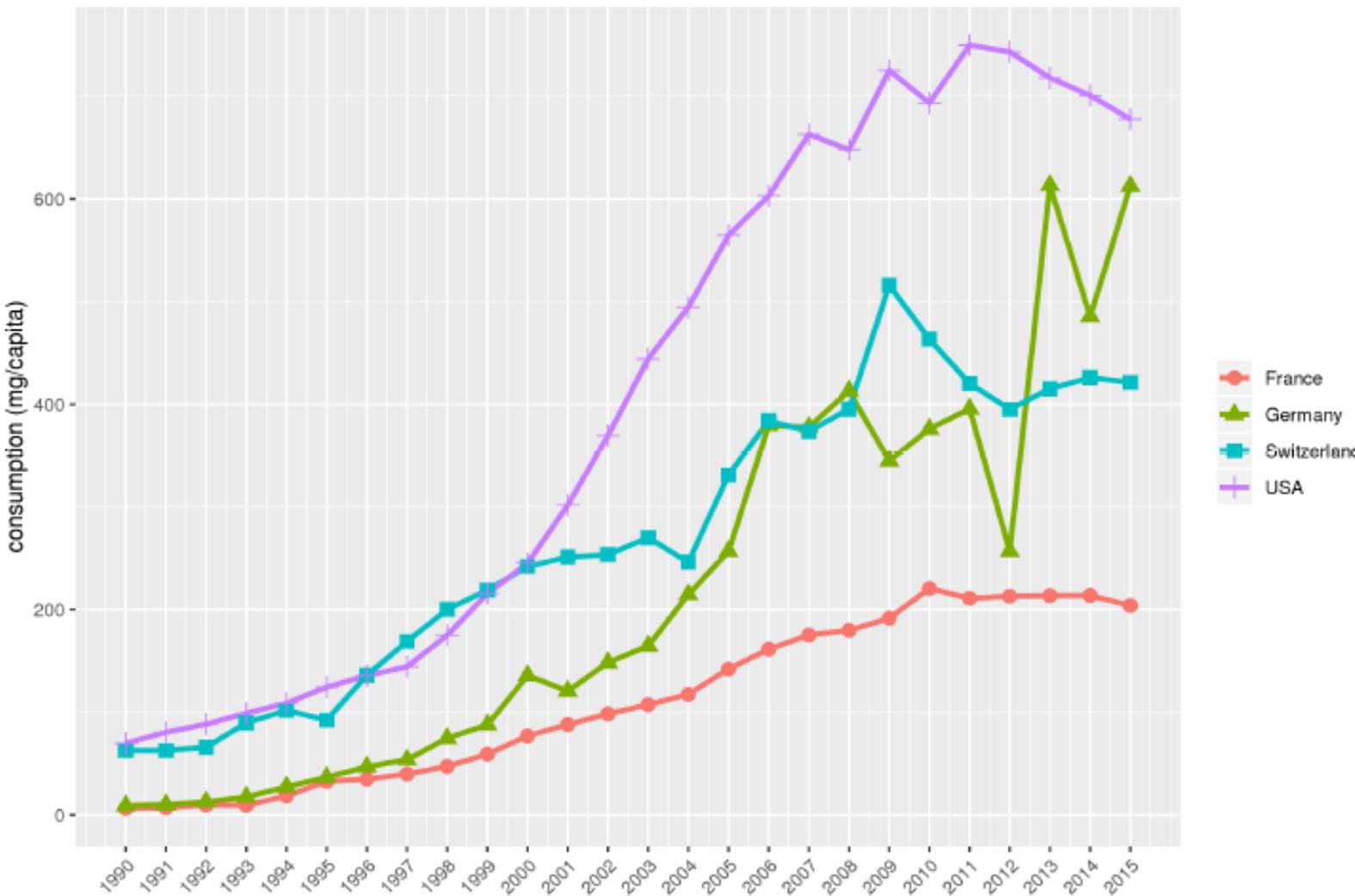


Opioidverbrauch

Total opioid consumption (morphine equivalence mg/capita)
1990-2015

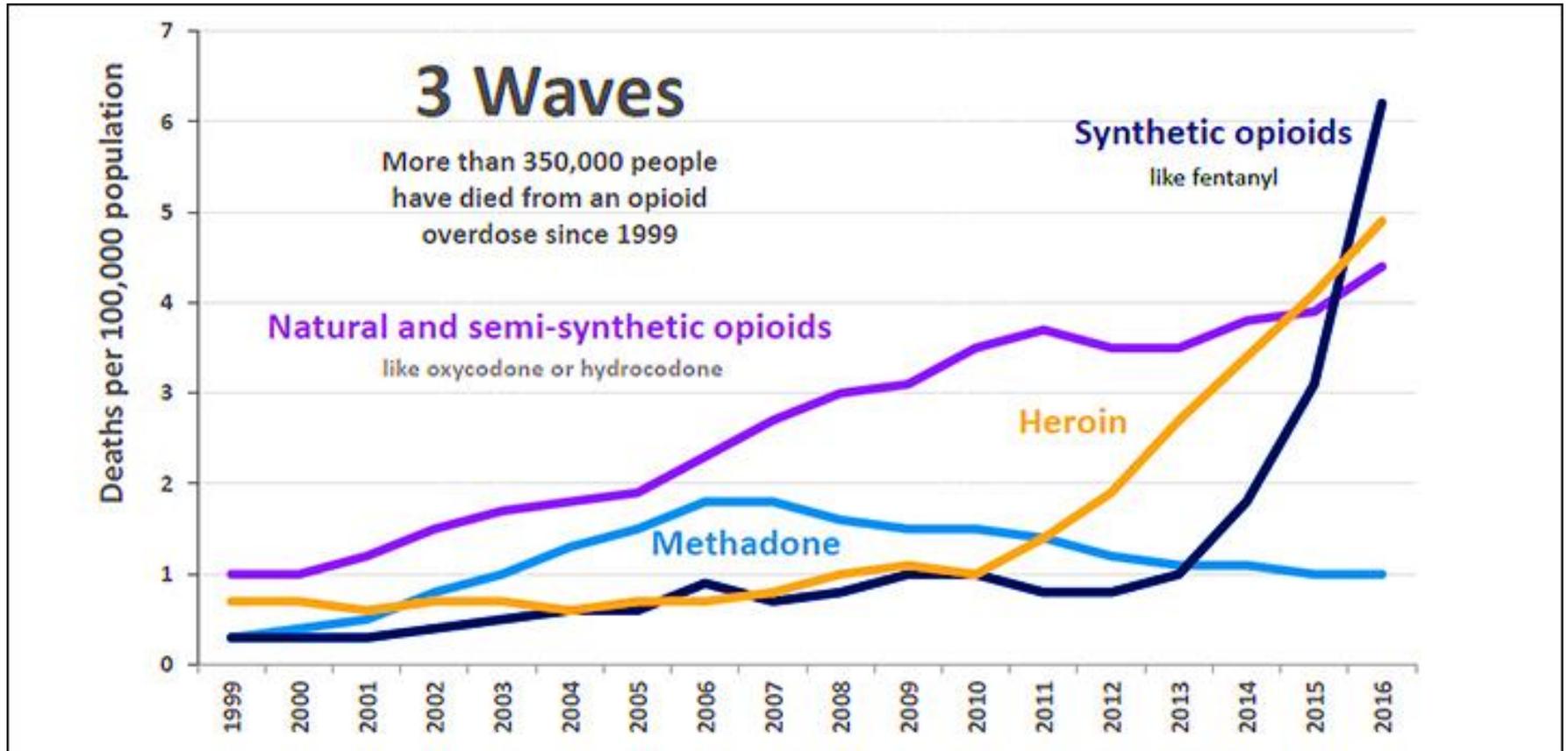
USA

Schweiz



Sources: International Narcotics Control Board; World Health Organization population data
By: Pain & Policy Studies Group, University of Wisconsin/WHO Collaborating Center, 2018

Die Opioidwellen in den USA



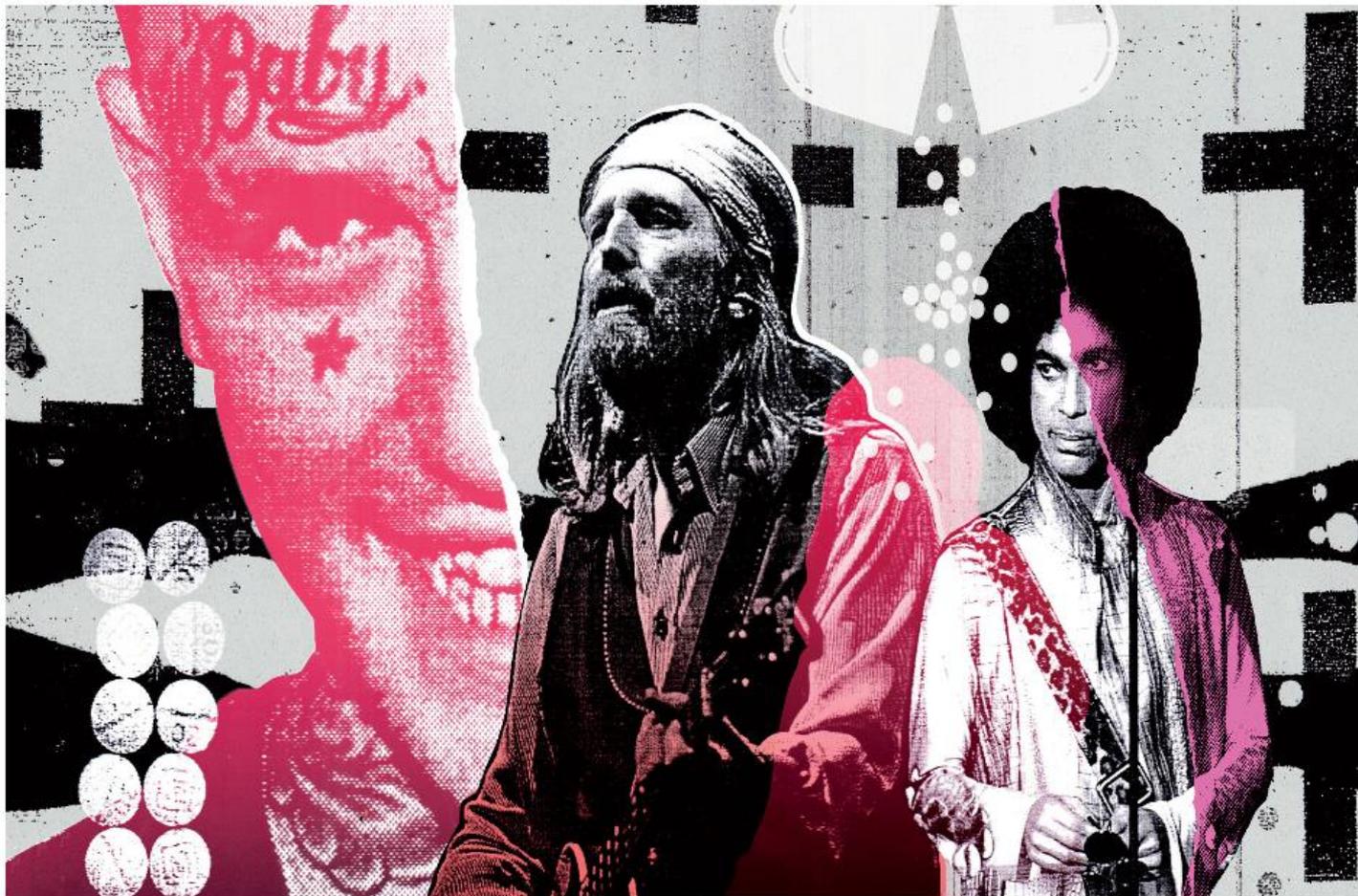
The rise in opioid overdose deaths in the United States is in its third distinct wave, according to the Centers for Disease Control and Prevention.

Ca. 66.600 Opioid-Tote im Jahr 2017

Music's Fentanyl Crisis: Inside the Drug That Killed Prince and Tom Petty

How an opioid 30 times stronger than heroin infected the industry. Prince's sister and Tom Petty's family weigh in

By **DAVID BROWNE** 



Ursachen der Opioid-Krise in USA

Promotion durch Palliative Care Ärzte

- Initiale Unterversorgung bei Tumorpatienten

Promotion durch Pharmaindustrie (Oxycodon)

- **Aktive Werbung für Medikamente erlaubt**

Geschäftsorientiertes Gesundheitssystem

- **Unkontrollierte Abgabe von BTM (z.B. durch Zahnarzt)**
- Opioide um Konsultationen zu verkürzen
- Diagnostik und Interventionen gut bezahlt, sonst unterbezahlt
- Keine Multidisziplinäre Kliniken

Kulturelle Faktoren

- Fehlende soziale Unterstützung – Umsteigen auf billige Opioide
- Vertrauen auf konventionelle Medizin
- Erwartungen / Recht auf Schmerzfreiheit!
- Längere Überlebenszeiten / Schmerz durch Behandlungen



Was macht die USA gegen die Opioid-Krise?

Trump preist die Mauer nach Mexiko als Lösung an
<https://de.usembassy.gov/de/bekaempfung-der-opioid-krise/>

US National Pain Strategy nimmt sich dem Thema an
<https://iprcc.nih.gov/National-Pain-Strategy/Overview>

Center for Disease Control (CDC) gibt Opioid Guideline heraus
<https://www.cdc.gov/drugoverdose/prescribing/guideline.html>



U.S. Department of
Health and Human Services
Centers for Disease
Control and Prevention

Checklist for prescribing opioids for chronic pain

For primary care providers treating adults (18+) with chronic pain ≥ 3 months, excluding cancer, palliative, and end-of-life care



 CARRY A NALOXONE KIT  CALL 9-1-1  #STOPOVERDOSE

Und in der Schweiz?

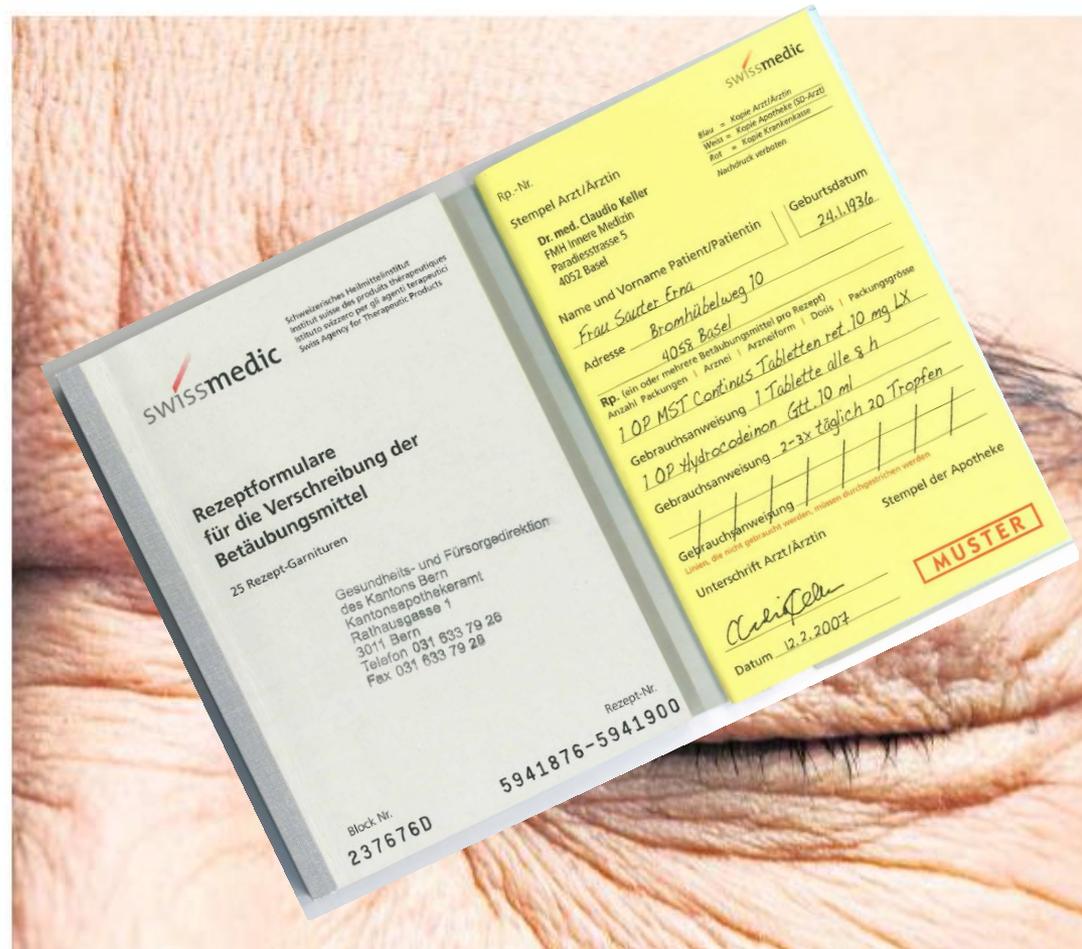
20

Hintergrund Gesellschaft

NZZ am Sonntag 24. September 2017

Schmerz, lass nach!

Starke Schmerzmittel haben in den USA Millionen in die Drogensucht getrieben. Auch in der Schweiz steigt der Konsum dieser Opiode steil an. Sie sind der Kampfstoff einer Gesellschaft, die immer stärker unter Schmerzen leidet. Und das immer weniger will. **Von Lena Schenkel**



RESEARCH ARTICLE

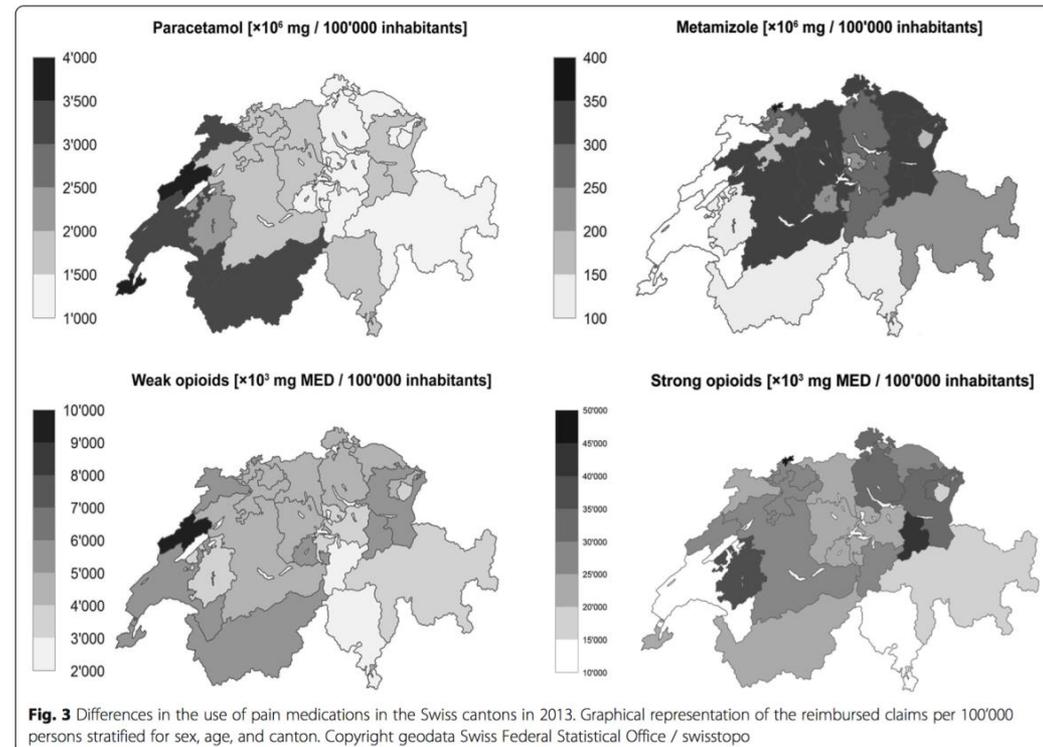
Open Access



Changes over time in prescription practices of pain medications in Switzerland between 2006 and 2013: an analysis of insurance claims

Anstieg von Verschreibungen:

- Metamizol + 313%
- NSAID + 124%
- Coxib + 101%
- Starke Opioide + 70%
 - Methadon + 1414%
 - Oxycodon + 313%



Risiko Opioidverschreibung nach Operationen

Ursachen:

- Immer kürzere Krankenhausaufenthalte (DRG-Effekt)
 - Patienten werden häufiger mit Opioiden nach Hause entlassen
- Hohe Ansprüche der Patienten und behandelnden Ärzte
 - Schmerzfreiheit als Qualitätsmerkmal



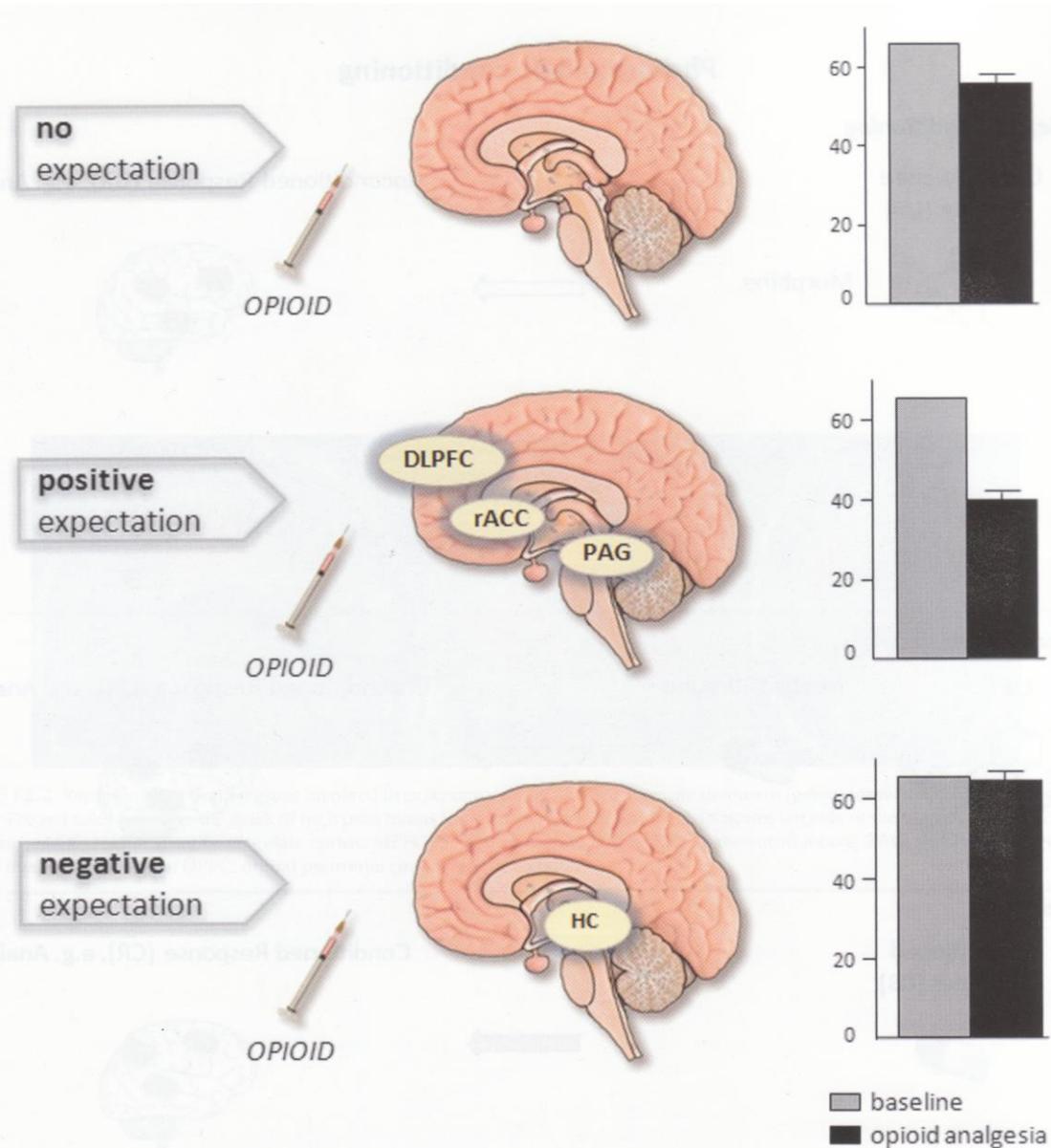
Schmerzfreies
Krankenhaus



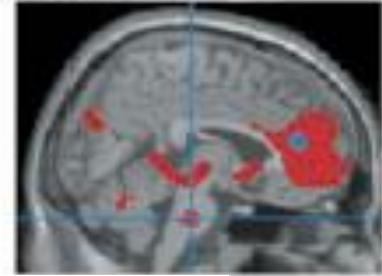
Prävention:

- Strenge Nachkontrolle durch Chirurg / Hausarzt nach Entlassung
 - auf Opioidaufnahme achten und frühzeitig versuchen zu reduzieren
 - Psychosoziale Kontextfaktoren evaluieren
 - Opioid-Verschreibung nur durch einen Arzt
 - Überweisung zu Schmerzspezialist bei anhaltender Opioidaufnahme
- Bereits präoperative Aufklärung
- Kritische Indikationsstellung

Erwartungshaltung



Opioid:



Placebo:

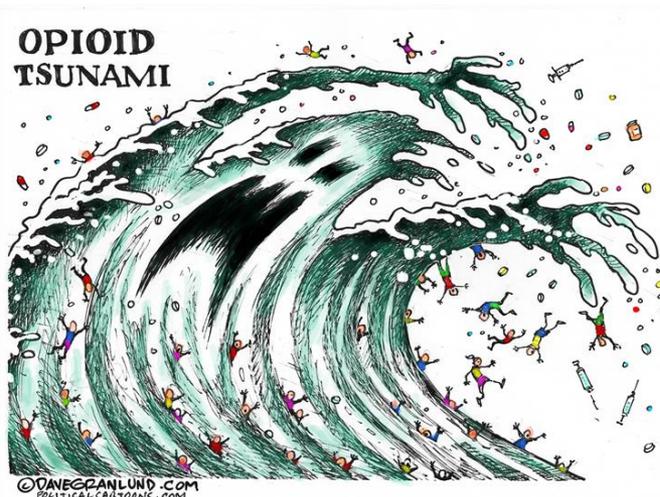


Petrovic et al.
Science 2002

Bingel et al.
Sci Transl Med 2011

Opioide Best Practice – Opioidwelle in der Schweiz?

- Strenge Indikationsstellung mit Überprüfung der Wirkung
- Psychosoziale Faktoren berücksichtigen
- Kontrollierte Verschreibung (BTM) nur durch einen Arzt
- Steigerung auf über 120mg Morphinäquivalent / d vermeiden
- Wechsel auf andere Therapie bei nachlassender Wirkung
- Integration in multimodale Therapie
- Orientierung an Leitlinie LONTS (www.awmf.org/leitlinien)



Noch Fragen?



COCAINE
TOOTHACHE DROPS
Instantaneous Cure!
PRICE 15 CENTS.
Prepared by the
LLOYD MANUFACTURING CO.
219 HUDSON AVE., ALBANY, N. Y.
For sale by all Druggists.
(Registered March 1885.) See other side.

konrad.streitberger@insel.ch

78. Berner Anästhesie-Symposium

Perioperative Analgesie - reloaded: Bewährtes und Neues

Mittwoch, 03. April 2019, 17.00 - 20.00 Uhr

Wissenschaftliches Programm

| | |
|---------------|---|
| 17:00 -17:05 | Begrüssung Prof. Dr. med. Ulrike Stamer, PD Dr. Konrad Streitberger |
| 17:10 – 17:40 | How much placebo and how little nocebo can we use in perioperativ Care Dr. med. Chantal Berna-Renella |
| 17:45 – 18:15 | Perioperative PDA: Pro und Contra PD Dr. med. Hans J. Gerbershagen |
| 18:15 – 18:45 | Pause / Apéro / Industrieausstellung |
| 18:45 - 19.15 | Nichtopioidanalgetika: Wie gefährlich sind sie? Prof. Dr. med. Manuel Haschke |
| 19:20 – 19:50 | Opioide postoperativ: oral statt intravenös? Dr. med. Severin Burki |
| 19:50 – 20:00 | Schlusswort Prof. Dr. med. Ulrike Stamer, PD Dr. Konrad Streitberger |

3. Berner Schmerzsymposium

Donnerstag, 2. Mai 2019, 16.00–19.00 Uhr

Kinderkliniken, Auditorium Ettore Rossi

Herausforderung Schmerz bei verletzlichen Patienten

| | |
|------------------|---|
| 16.00 Uhr | Begrüssung / Einführung PD Dr. med. Konrad Streitberger |
| 16.10 Uhr | Schmerz bei traumatisierten Migranten – Was kommt nach dem Krieg? Dr. phil Naser Morina |
| 16.40 Uhr | Schmerz von Kindheit an – ein Leben mit Schmetterlingskrankheit Michelle Zimmermann mit Dr. med. Ilca Wilhelm |
| 17.15 Uhr | Pause |
| 17.45 Uhr | Schmerz bei Hochbetagten – Leid erkennen und behandeln Prof Dr. med. Andreas Schönenberger |
| 18.15 Uhr | Schmerz am Lebensende – Analgesie beim Sterben zu Hause Prof Dr. med. Steffen Eychmüller mit Monica Fliedner |
| 18.50 Uhr | Zusammenfassung / Abschluss PD Dr. med. Konrad Streitberger |
| 19.00 Uhr | Ende |