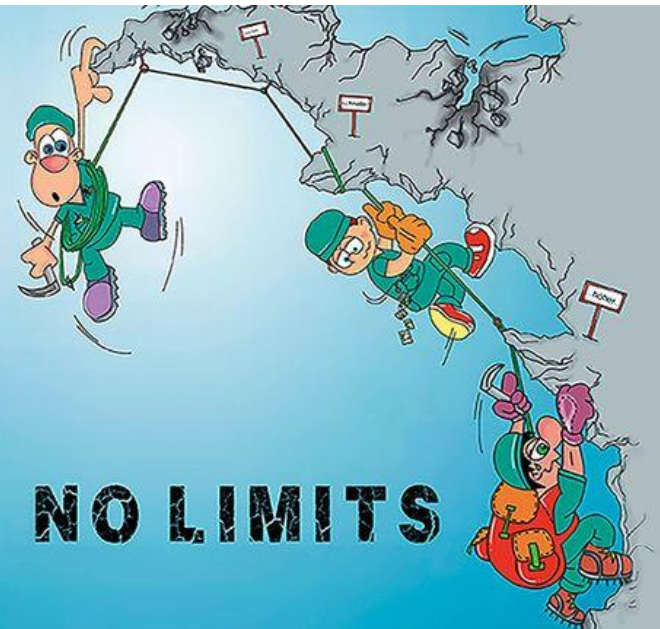


Opioidfreie Narkose

Prof. Dr. med. Urs Eichenberger
Chefarzt Abteilung Anästhesiologie, Intensivmedizin und
Schmerztherapie, Universitätsklinik Balgrist, Zürich

Anästhesiekongress
28. April 2018

SIGA / FSIA
KKL Luzern



Opioide bei (chronischen) Schmerzen

Vergangenheit

- > Wenn man Schmerzen hat wird man nicht abhängig
- > Wenn Opioide nicht helfen ist es nur Frage der Dosis
Bsp: neuropathische Schmerzen ab 120mg/d Morphin
- > Chronische Schmerzen werden als gesellschaftliches Problem mit enormen medizinischen - und durch Absenzen am Arbeitsplatz verursachte Kosten erkannt
- > Slogans wie:
 - > „Recht auf Schmerzfreiheit“
 - > „Das schmerzfreie Spital“

Das Projekt

Kooperationspartner

Ergebnisse

Schmerzmanagement

Zertifizierung

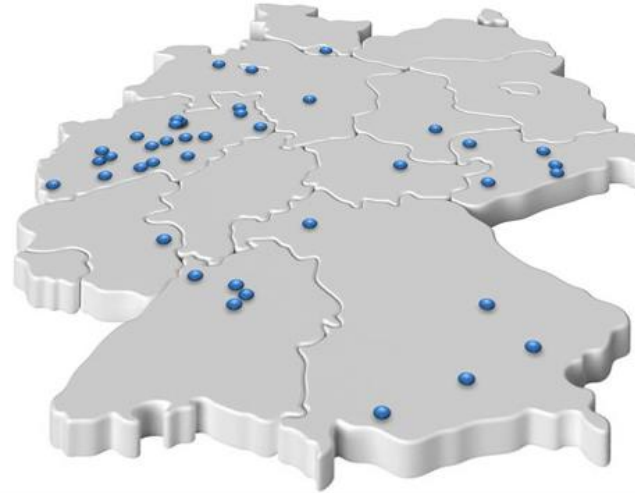
Suche



„Zertifizierte Krankenhäuser“

Welche Krankenhäuser haben sich bereits erfolgreich zertifizieren lassen? Gibt es bereits zertifizierte Einrichtungen in meiner Nähe?

> Mehr



Kooperationspartner & Projektleitung

Wer stand hinter dem Projekt? Und von wem wurde es gefördert?

> Mehr



Ergebnisse

War das Projekt erfolgreich? Welche Erkenntnisse ergaben sich? Und was konnte man aus diesen ableiten?

> Mehr



Schmerzmanagement

Erfahren Sie, wie qualifiziertes Schmerzmanagement aussehen kann.

> Mehr

- Über uns
- Zertifizierungen
- Zertifizierte Einrichtungen
- QST
- Visitoren
- Unsere Partner
- Veranstaltungen
- Veröffentlichungen
- News



Willkommen bei Certkom ein Projekt der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

Willkommen bei Certkom, ein Projekt der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.!

Sie legen Wert auf

- „schmerzfreie“ PatientInnen ?!
- hohen Qualitätsstandard ?!

Dann wollen Sie uns!

Denn unser Qualitätssiegel beweist, dass

- Ihre PatientInnen mit Ihrer Schmerztherapie zufrieden sind und
- die Qualität Ihres Schmerzmanagements der politischen Entwicklung einer optimalen Krankenhausversorgung Rechnung trägt.

Opioide bei (chronischen) Schmerzen

«Die politische Wende»

- > An der Westküste der USA (Bsp. Seattle) entwickeln sich enorme Probleme mit Patienten, die sehr hohe Dosen von vor allem Oxycodon einnehmen (da u.a. Hausärzte diese Substanz wie Traubenzucker verschreiben)
- > Patienten mit 1g Morphinäquivalent täglich sind präoperativ an der Tagesordnung in den Spitälern
- > Typisches Setting für grosse Baucheingriffe in den Unispitälern der „University of Washington in Seattle“
 - > PDA für Analgesie
 - > PCA auch mit kont. Rate um keinen Entzug zu haben

PAIN[®]**Rates of opioid misuse, abuse, and addiction in chronic pain: a systematic review and data synthesis**

Kevin E. Vowles^{a,*}, Mindy L. McEntee^a, Peter Siyahhan Julnes^a, Tessa Frohe^a, John P. Ney^b, David N. van der Goes^c

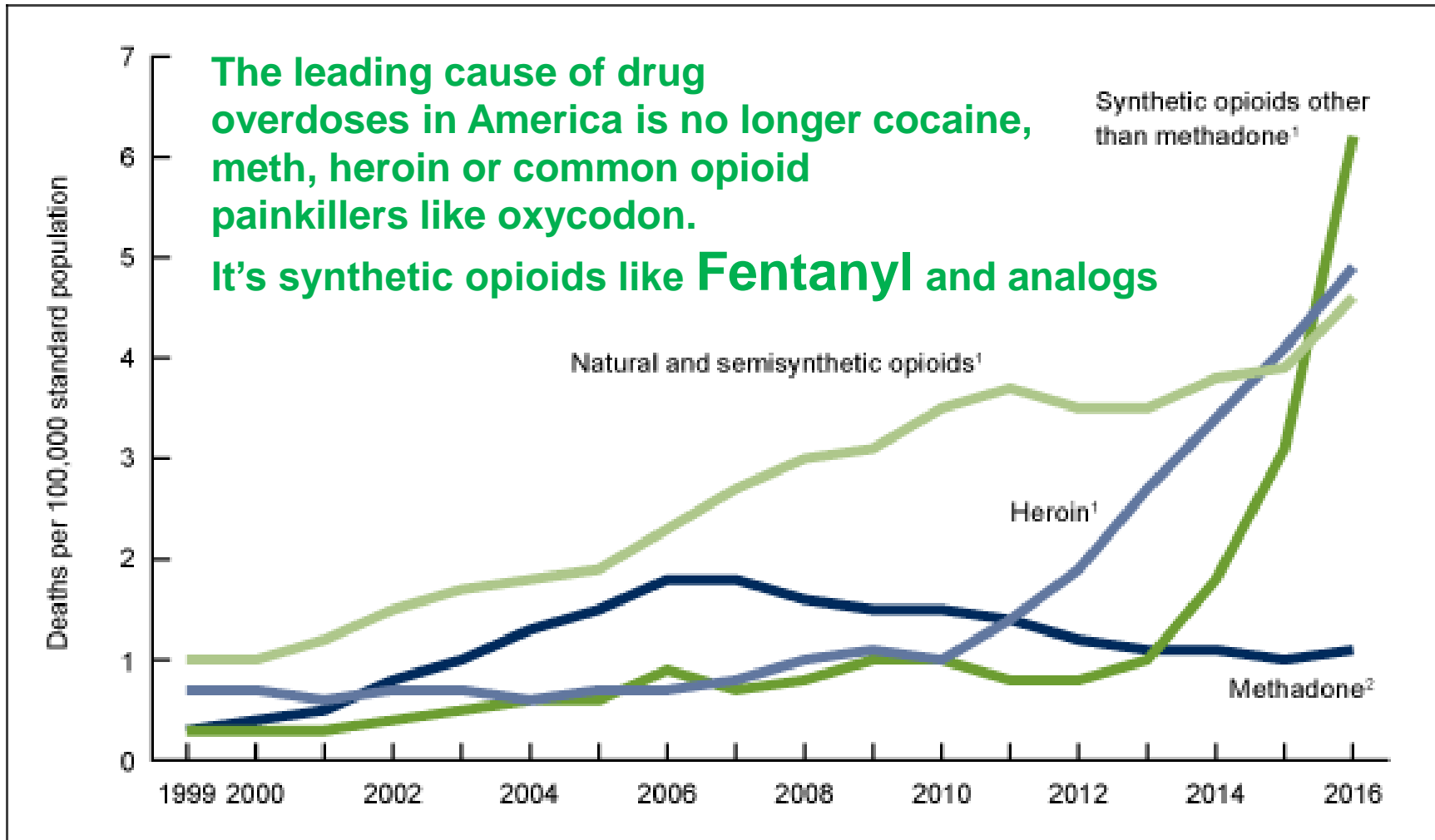
Pain. 2015 Apr;156(4):569-76

Opioid-Missbrauch: 21% bis 29% (range, 95% CI: 13%-38%)

Sucht, Abhängigkeit: 8% bis 12% (range, 95% CI: 3%-17%)

Age-adjusted drug overdose death rates

By opioid category, United States, 1999–2016

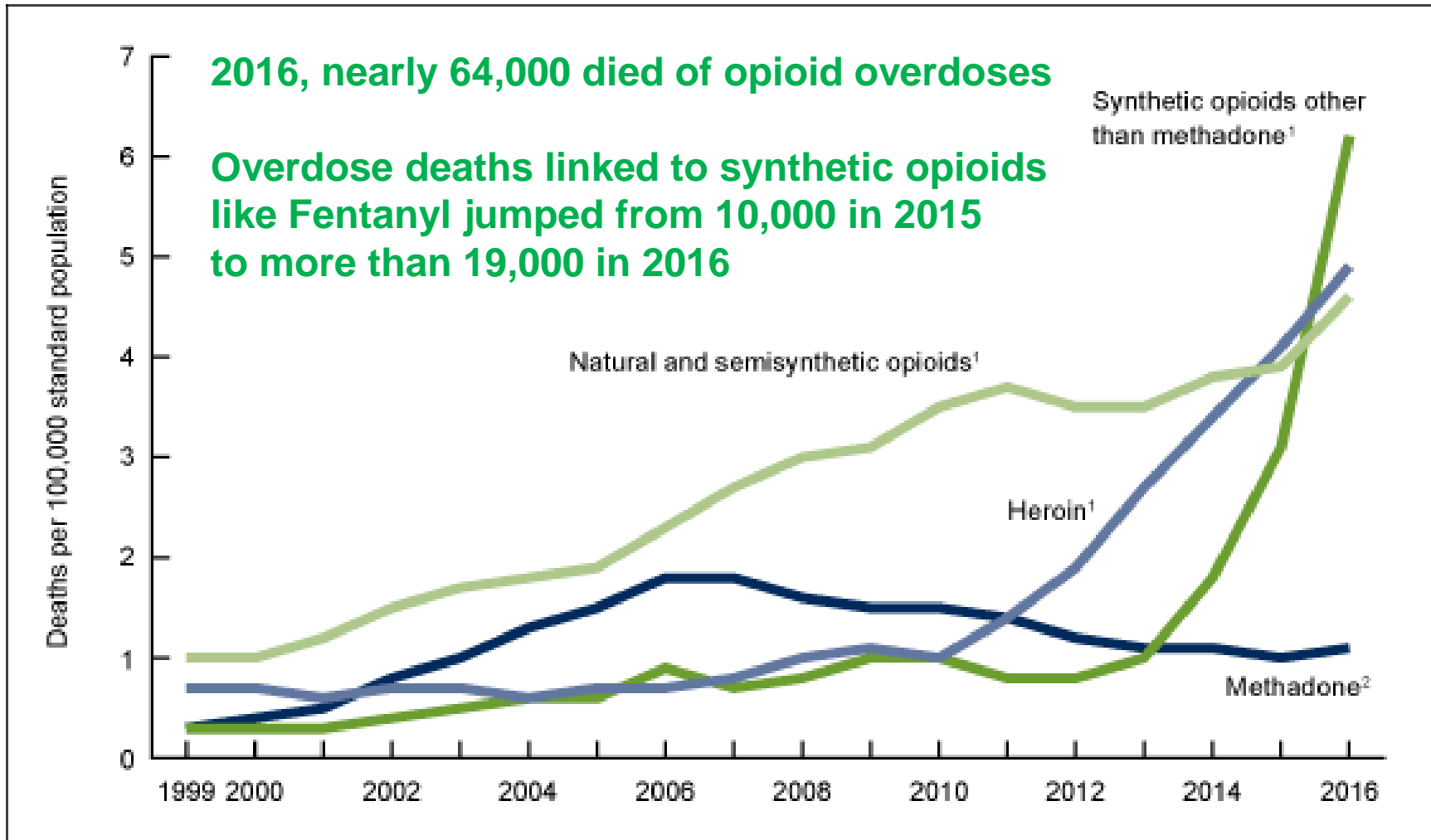


U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, Dec 2017

Age-adjusted drug overdose death rates

By opioid category, United States, 1999–2016



U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, Dec 2017

President Trump vows to 'liberate' United States from opioid epidemic: 'Failure is not an option'

President Donald Trump promised to liberate the United States the opioid epidemic. Trump called for the more frequent use of the death penalty for drug dealers. He also said Democrats should stop blocking his efforts to build a border wall with Mexico.



Rede New Hampshire, 19.03.2018

Among other measures, the president said his administration is considering launching a federal lawsuit targeting makers of prescription painkillers.

The stock prices of a number of companies that make prescription opioids fell on the heels of Trump's comments.

Published on CNBC and VOX news, March 19, 2018

2018 World Congress Regional Anesthesia & Pain Medicine, April 19-21, 2018, New York

Der Balgrist



Zusätzliche Argumente gegen Opioid „Facts or Fiction?“

Opioid verhindern eine Punktlandung und einen raschen Wechsel im OP

- > Da muss vor allem unterschieden werden – sind postoperativ starke Schmerzen zu erwarten oder nicht?
- > Faktoren: chirurgisches Fachgebiet, Operateur, Patient, ...

Opioid führen zu Harnverhalt

- > Ja
- > Wenn Patient „gewässert“ wird noch mehr
- > Wenn Patient vorher Wasser löst weniger

Zusätzliche Argumente gegen Opiode

„Facts or Fiction?“

Opiode verhindern, dass mein Patient früh austritt

Stichworte: Tarmedeingriff Bund; Ambulant vor Stationär

- > Sicher, wenn nach Anwendung von Opioiden in Tagesklinik Entlassung gleichentags nach Hause verboten ist
- > Wenn der Patient starke Schmerzen hat wird die Entlassung wahrscheinlich auch verzögert

Opiode führen zu einer opioidinduzierten Hyperalgesie

- > Ja
- > Aber: haben wir Alternativen mit einer so hohen individuellen therapeutischen Breite wie die Opiode?

Was stört Patienten nach Anästhesien?

**Prospektiv geplantes Interview bei 12'276 Patienten,
25% aller Patienten von 2003 – 2006, USB**

30% klagten über mindestens ein Problem

Am häufigsten:

- Nausea und Erbrechen (1'705, 14%)**
- Trockener Hals (1'228, 10%)**
- Heiserkeit (802, 7%)**

Lehmann M et al., J Clin Anesth 2010



PONV nach Anästhesien

Erbrechen 30%

Nausea 50%

**Hochrisiko-
Patienten PONV 80%**

**«Einsatz der Blume»
(Opioide) postoperativ
PONV Risiko 30%**



Gan TJ et al., Anesth Analg 2014

Und Schmerzen?

- In der zitierten Studie von Lehmann aus Basel
 - Erstaunlicherweise 2003-2006 kein Problem
- An meiner vorherigen Stelle hier in Luzern 2011-2016
=> Schmerz war für Patienten das häufigste Problem in der jährlich durchgeführten Patientenumfrage
- Es gibt kulturelle Unterschiede
 - „Transalpines Syndrome“
 - Übersteigerte Erwartungen durch Slogans wie “Das schmerzfreie Spital”
 - Persönliche Erfahrung am AKH in Wien



**Haben wir eventuell
einen Zielkonflikt?**

Schmerzen vs Nausea?



Was machen wir nun?

Verbannen wir Opiode aus dem OP und aus dem Aufwachraum?

Medikamentöse Alternativen

- > Paracetamol, Metamizol, NSAID's
- > Ketamin, Clonidin, Lidocain am Perfusor?
- > Antiepileptika wie Pregabalin, Gabapentin?

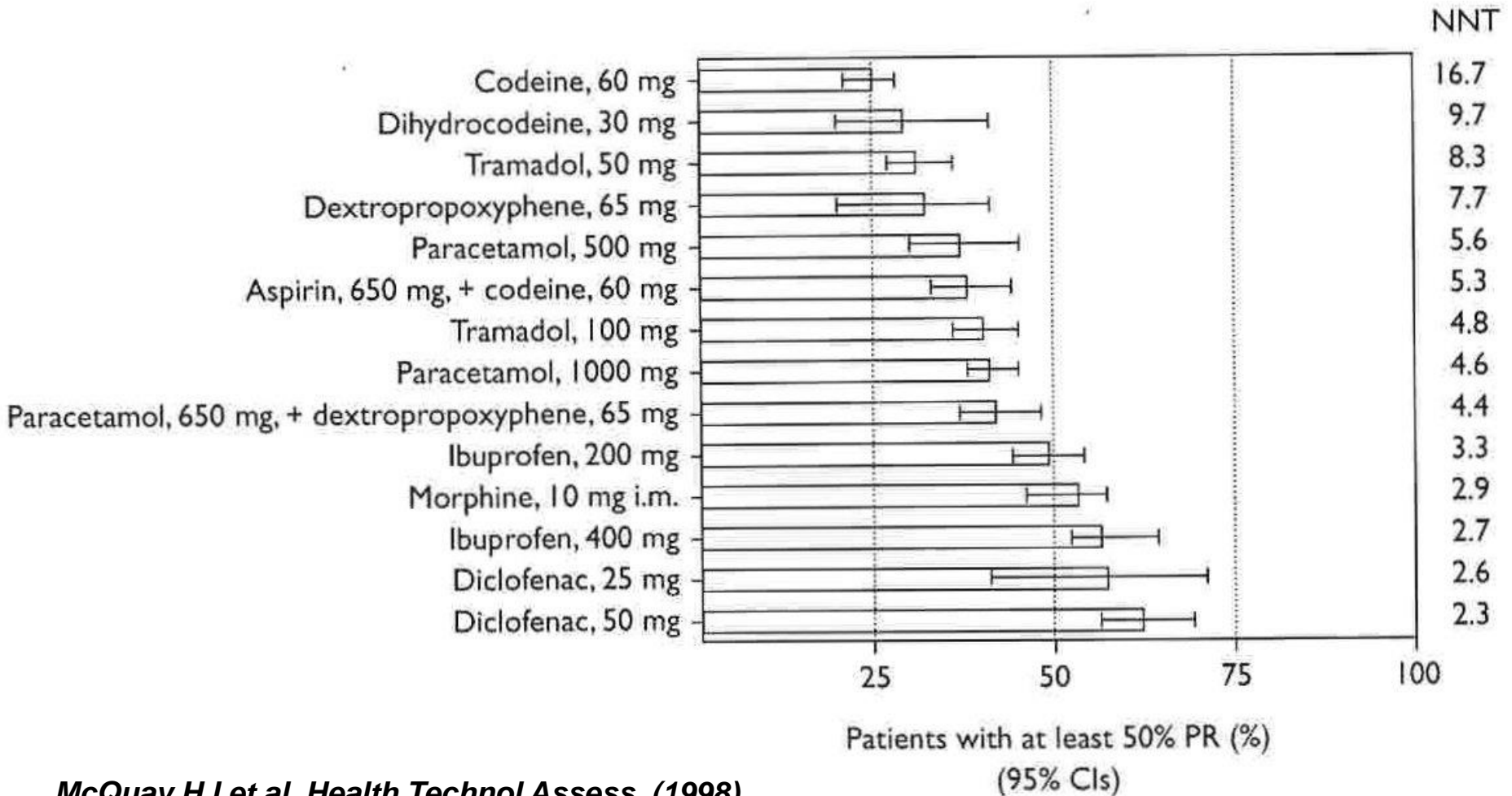
.... pregabalin may have a minimal opioid-sparing effect, but the risk of SAEs seems increased
.... a routine use of pregabalin for postoperative pain treatment cannot be recommended

Fabritius ML et al., Meta-Analyse, BJA 2017

Alternativen zu Opioiden?

Akute Schmerzen, einmalige Gabe

NNT für mindestens 50% Schmerzreduktion



McQuay HJ et al. Health Technol Assess. (1998)

Medikamentöse Alternativen scheinen limitiert

**Alle Dinge sind Gift, und nichts ist ohne Gift
Allein die Dosis macht,
dass ein Ding kein Gift ist**

Paracelsus (1493 – 1541)

Zwischenbilanz opiodfreie Narkose

Opioid „Gift-Dosis“ ist „case sensitive“ => Dosis titrieren

Sollten wir Erwartungen reduzieren?

Viele echte Probleme mit Opioiden
entstehen erst nach der Entlassung
=> Reduktionsplan mitgeben

Ist Regionalanästhesie - eine Alternative?

Regional - versus systemische Analgesie

Regionalanalgesie (zentral wie peripher) ist der systemischen Analgesie in Bezug auf postoperative Schmerzen und PONV klar überlegen

- **Epidural: Meta-Analyse, Wu CI et al, Anesthesiology 2005**
- **Paravertebral: Meta-Analyse, Schnabel A et al, Br J Anaesth 2010**
- **Periphere Blockaden: Meta-Analyse, Richman JM et al, Anesth Analg 2006. Review, Illfeld BM, Anesth Analg 2011**
- **Femoral bei Knie TP: Meta-Analyse, Paul JE et al, Anesthesiology 2010**

Warum machen viele Anästhesisten ungern Regionalanästhesien?



Faktoren:

Wacher Patient kann anstrengend sein

Angst vor Nervenschäden

Kontraindikationen

Mangelndes Training

RA für alle Patienten? Neuraxiale Verfahren

Mortalität durch Allgemeinanästhesie heute ca. 1:180'000

Cook TM et al, Br J Anaesth 2011

Aber diese Mortalität ist abhängig von der ASA Klasse
(1:250'00, 20'000, 3'704 und 1'818 - ASA I, II, III oder IV)

Gottschalk A et al, Dtsch Arztebl Int 2011

Todesfall oder Paraplegie durch PDA ca. 1:55'000

(aber weniger vorhersehbar durch Risikofaktoren, ASA-Klasse)

Cook TM et al, Br J Anaesth 2009

Ausnahme Geburtshilfe – da ist die neuraxiale Anästhesie
ws sicherer als die Allgemeinanästhesie auch bei ASA I

Cantwell R et al, BJOG 2011

RA – für alle Patienten?

Periphere Nervenblockaden

Periphere Regionalanästhesie und neurologische Probleme
Ca. 0.04 - 0.07%, entspricht 1:2'500 - 1:1'430

Illfeld BM, Anesth Analg 2011

«Closed claim» Analysen aus den USA zeigen: permanenter zerebraler neurologischer Schaden oder Tod haben meist mit LA-Toxizität zu tun

Lee LA et al, RAPM 2008

Analyse von 313 «Claims» bei iatrogenen peripheren Nervenschäden: die meisten durch direkten chirurgischen Schaden, gefolgt von Lagerungsschaden und Venenpunktionen. Keiner direkt durch einen peripheren Nervenblock

Moore AE et al, Int J Clin Pract 2012

RA – für alle Patienten? Expertenmeinungen

Gupta PK and Hopkins PM folgerten in einem Editorial (BJA 2012) –
«regional anaesthesia for all»?

Junge, gesunde Patienten: eher Allgemeinanästhesie

Je höher die ASA-Klasse, desto eher ist (neuraxiale)
Regionalanästhesie günstig

Da alle Anästhesisten neuraxiale Blocks können müssten und die
Evidenz für periphere Regionalanästhesie weniger klar sei =>
periphere Regionalanästhesie nur noch durch speziell zertifizierte
Spezialisten

Meinung des Vortragenden – Zertifikat durch (theoretische) Prüfung
bringt nicht viel – wir müssen gute (praktische) Weiterbildung bieten

Und was machen wir nun?

Den Patienten individuell und optimal behandeln!

Faktoren, die unsere Entscheidung beeinflussen:

– Patient

- **Wie krank ist er? Anamnese für PONV? Nausea auf Opiode? Chronische Schmerzen? Gerinnung? Erwartungen?**

– Chirurgie

- **Was macht der Chirurg genau? Minimal invasive Technik? Wie viel Schmerzen erwarte ich postoperativ? Welcher Chirurg operiert?**

– Anästhesieteam

- **Technik und Medikamente bekannt? Routineverfahren? Kann ich wen dazu rufen? Guter oder schlechter Tag?**

Und was machen wir nun?

- Denken Sie auch daran:
 - **Gute Analgesie und keine PONV können ein Marktvorteil sein in einem härter werdenden Markt in Zukunft**
 - **Können wir dafür etwas mehr Risiko tragen?**
 - **Die Patienten werden uns immer mehr sagen, was sie wollen und was nicht**
- **“Do not harm” – das gilt für invasive Verfahren wie auch für längerfristige Opioidtherapie**

Take Home Messages zu «opioidfreier» Narkose

- Nicht das Kind mit dem Bade ausschütten
- Erwartete Schmerzen postoperativ berücksichtigen
- Reduktionsplan nach Austritt ist wichtig
- Regionalanästhesie wählen wenn indiziert