

Analgesie und Drogenabusus



Dr. med. Alexander Ott
Schmerzzentrum Kantonsspital St.Gallen

Sucht / Schmerz
aus Sicht der
Schmerzmedizin

Praktische
Umsetzung

Grundsätzliche
Überlegungen zur
Schmerztherapie

Schmerz - Definition

„Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- oder Gefühlserlebnis, das mit tatsächlicher oder potenzieller Gewebsschädigung einhergeht oder so beschrieben wird, als wäre eine solche Gewebsschädigung die Ursache.“

... . Die Empfindung Schmerz wird als komplexe Wechselwirkungen zwischen **biologischen, psychischen und sozialen** Faktoren angenommen (biopsychosoziales Schmerzkonzept)

IASP

(International Association for the Study of Pain)

Abhängigkeitssyndrom

Zur Diagnose des Abhängigkeitssyndroms müssen nach der ICD-10 *mindestens drei* der folgenden Kriterien während des letzten Jahres gemeinsam erfüllt gewesen sein:

- **Zwanghaftes Verlangen nach Konsum**
- Schwierigkeiten die Einnahme zu kontrollieren
- **Körperliche Entzugssymptome**
- Benötigen immer größerer Mengen, damit Wirkung eintritt
- Grosser Zeitaufwand für Beschaffung, Konsumieren und dem «Sich-davon-erholen», Vernachlässigung anderer Pflichten und Aktivitäten
- Fortdauernder Gebrauch der Substanz(en) wider besseren Wissens und trotz eintretender schädlicher Folgen.

Abhängigkeit

Primär chronische **neurobiologische** Erkrankung, deren Entwicklung und Ausprägung durch **genetische und psychosoziale** sowie **Umgebungsfaktoren** beeinflusst wird

➔ Patient weder Schuld an der Abhängigkeit noch deren Opfer, er ist daran **krank**

Pseudoabhängigkeit

...ist eine Verhaltensänderung beim Patienten, die dem Abhängigkeitssyndrom ähnlich sieht, jedoch aus einer **inadäquaten** Schmerztherapie resultiert.

...wird vom Abhängigkeitssyndrom dadurch unterschieden, dass bei/nach adäquater Schmerztherapie das „suchende“ Verhalten wegfällt.

Weissmann & Haddox Pain 1989;36:363-366

Sucht / Schmerzen

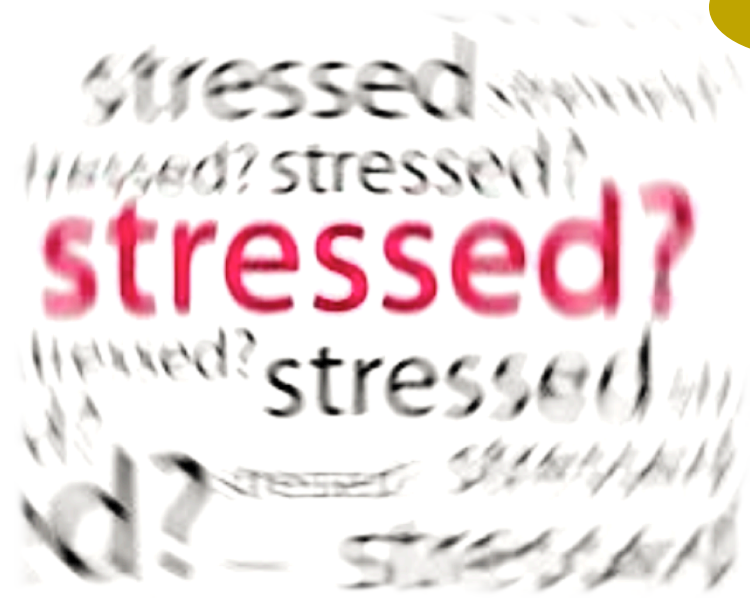
- **Regelmässige Medikamenteneinnahme:**
Droge, Opioide, Antiepileptika, Antidepressiva, Tranquilizer u.a.
- **Co-Morbidität:**
Depression, Persönlichkeits- und Somatisierungsstörungen, Psychosen, Anpassungsstörungen u.a.
- **Psychosoziale Faktoren:**
Arbeitsplatzprobleme, finanzielle Sorgen, Versicherungsrechtliche Fragen, Beziehungskonflikte, fehlende Bezugspersonen

Angst



- Perioperativ noch mehr Schmerzen erdulden zu müssen
- Entzugssymptomatik zu entwickeln
- Psychosoziale vernachlässigt zu werden

Stress



Schmerz



Sucht



Angst



Stressvulnerabilität ↑

«Add-on»

- Unmotiviertes Verhalten
- Fehlende Krankheitseinsicht
- Hohe Ansprüche
- Begleiterkrankungen (Hepatitis etc.)



Schmerzschwelle bei Opioidabhängigkeit

(Ehemalige) Suchtpatienten haben eine tiefere Schmerzschwelle und eine schnellere Toleranz auf Schmerzmittel auf induzierten Schmerz

Schmerzschwelle ist herabgesetzt durch:

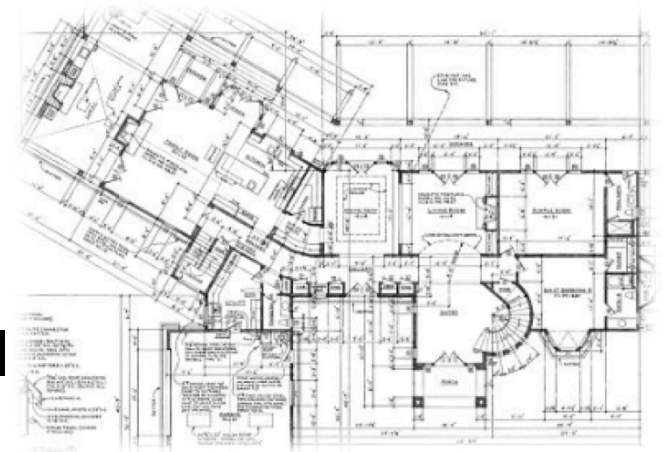
- Entzugssymptome
- Sympthikussaktivität (Entzug)
- Schlafstörungen
- Veränderungen des Affekts

Grundsätzliche Überlegungen

- Die Abhängigkeit beginnt mit der aktiven Entscheidung der Person eine Substanz einzunehmen
- Bei Schmerzerkrankung wird dem Patienten die Substanz, die abhängig macht, empfohlen. Die Entscheidung von Seite des Patienten ist durch die Professionellen beeinflusst
- Sucht = Chronische Erkrankung
- Perioperative Th. ≠ Therapie der Sucht

Behandlungsplan

- Angemessene Betreuung
- Information / Aufklärung des Patienten und Einbezug in die Überlegungen / Entscheidungen
- Verbindlichkeit
- Zuverlässigkeit
- Erreichbarkeit
- Interdisziplinär / Interprofessionell



Behandlungsziele festlegen

- Schmerzreduktion
- Wiederherstellung
 - der körperlichen Funktion
 - der psychischen Funktion
 - der sozialen Funktion
- Schulfähigkeit
- Arbeitsfähigkeit



Verlaufs- und Erfolgskontrollen

- Schmerzsituation
- Toleranzentwicklung
- Physische und psychische Funktionsfähigkeit
- Schul- und / oder Arbeitsfähigkeit
- Alltagsaktivitäten
- Lebensqualität
- Soziales Umfeld
- Dokumentation!!



Schmerzen in der frühen postoperativen Phase

Sind in erster Linie beeinflusst durch:

- Schmerzerfahrung
- Beziehung zwischen Patienten und Behandler
- Einbezug der Patienten in die Schmerzbehandlung
- Erfahrene / wahrgenommene Schmerzlinderung

Schwenkglenks et al., Pain 2014;155 :1401-1411



Geringerer Einfluss auf die Patientenzufrieden

- Art der Anästhesiemethode
- Art des gewählten Analgesieverfahrens

Schwenkglenks et al, Pain 2014;155: 1401-1411



Wertung postoperativer Schmerzen

- Wenig Erinnerung an Anästhesie und Operation
- Gute Erinnerung an Schmerzen
- Beste Erinnerung an die Betreuung

Praktische Überlegungen

- Von höherem Anlagetikabedarf ausgehen
- Kompetenzen klären, Ansprechpartner festlegen
- Mit Patienten und Behandler Plan besprechen
- Retardierte Opioide bevorzugen, wenig Reservemedikation
(iv, transdermal, rectal, sc...; gleiche Dosierung, möglichst kontinuierlich)
- Keine Agonisten / Antagonisten
- Dokumentation



Praktische Überlegungen

- Stabilisierung der körperlichen Abhängigkeit durch Substitutionstherapie
- Vermeidung von Stress durch Drogenhunger
- Vermeidung von analgetischer Unterversorgung
- Stressreduktion
- Einsatz und Optimierung von regionalen oder systemischer Analgesie durch Ko-Analgetika
- Berücksichtigung der nicht medikamentösen analgetischen Therapie

mod. nach: Jage J, Heid F, Anästhesie 2006;55: 611-628

- Was möchte der Patient? -

Vorgehen bei Verdacht auf mögliches Suchtverhalten

- Keine verurteilende Haltung einnehmen
Fakten statt Verurteilung
- Breite Fragen stellen
Nicht direkt Sucht ansprechen (bringt Patienten in die Defensive und verschliesst ihn)
- Vermeidung von geschlossenen Fragen
- Neugier statt Kreuzverhör

Vermeidung der analgetischen Unterversorgung

- Geschätzte / Errechnete Opioidtherapie kontinuierlich über 24 Stunden verabreichen oder retardierte Opioide (po oder transdermal) anwenden
- PCA mit hoher Basisrate und kleinen Boli
- Erhöhung der Dosis um 20 bis 30% (empirisch) bei insuffizienter Therapie

Stressreduktion

Einsatz von Neuroleptika, anxiolytischen Antidepressiva, Clonidin, seltener nicht selektive Betablocker

- Patient sollte zwischen Stress und Schmerz unterscheiden lernen (sofern möglich)
- Sympathikus-Aktivität reduzieren
- Möglichst keine anderen Substanzen, die abhängig machen (z.B. Benzodiazepine)

Einsatz von Co-Analgetika

Antikonvulsiva

Magnesium

Lidocain

Ketamin

Ketamin reduziert den postoperativen Morphinverbrauch

Ketamin & Mg effizienter als Mg oder Ketamin alleine

1221

Jabbour HJ et al, Acta Anaesthesio Scand 2014;58:572-579

Opioidverschreibung

- Nur ein Verschreiber, klare Struktur
- Fixe Dosierungen zu fixen Intervallen
- Klarer Behandlungsplan und klares Behandlungsziel
- So viel wie möglich retardierte, (möglichst) keine schnellwirksamen Opioide
- Dokumentation des Arzneimittelgebrauchs
- Kleine Mengen verschreiben

Alternative, zusätzliche Massnahmen

- Lagerung
- Applikationsformen
- Wärme / Kälte
- Physiotherapie / Ergotherapie
- Lymphdrainage
- TENS (transcutane elektrische Nervenstimulation)
- Psychologische / Psychoonkologische Behandlung
- Komplementärmedizin
- TCM



«MST»: Mobiles stationäres Team

- Palliativmediziner
- Anästhesist
- Pain Nurse

Tägliche Visiten bei Bedarf auch 2 mal

Zusammenfassung

- Abhängigkeit ist eine chronische Erkrankung
- Multidimensionales Vorgehen ist zwingend erforderlich
- Aktive Mitarbeit des Patienten

-
- Adäquate Substitutionstherapie (Fortsetzung)
 - Angepasste Analgesie
 - Regionale Verfahren, kontinuierliche Gaben, Ko-Analgetika
 - Einbezug nicht medikamentöser Verfahren
 - Stressvermeidung

Zusammenfassung

Präoperativ



Intraoperativ



Postoperativ



- Risikofaktoren
- Information / Aufklärung
- Medikamentöse Präparation

- Anästhesieverfahren
- Analgetika und

- Betreuung
- Anschlussbetreuung
- Netzwerk



**Herzlichen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit**