

# Opioidentzugsbehandlung bei Schmerzpatienten

## Definition

Eine Opioidentzugsbehandlung bei Schmerzpatienten beinhaltet die ärztlich überwachte Beendigung oder (initial allerdings nicht intendierte) deutliche Dosisverringering einer Opioidmedikation. Dies sollte unter engmaschiger Überwachung mit adäquater Prophylaxe bzw. Behandlung von Nebenwirkungen erfolgen. Nach dem Opioidentzug muss eine Neuausrichtung der Schmerztherapie erfolgen.

## Indikation

Die regelmäßige Einnahme von Opioiden führt zu einer körperlichen Gewöhnung. Diese Gewöhnung muss von einem Medikamentenmissbrauch bzw. einer Abhängigkeit unterschieden werden.

Eine eindeutige Indikation zum Opioidentzug besteht bei einem süchtigem Verhalten (Abhängigkeit nach ICD 10 F11.2), einem schädlichen Gebrauch (ICD 10 F11.1) und bei bestimmten anderen Opioid-assoziierten Störungen (ICD 10 F11.8), z.B. bei fehlender Indikation oder der Einnahme von kurzwirksamen Opioiden sowie bei Hinweisen auf eine opioid-induzierte Hyperalgesie (siehe Praxiswerkzeug - Opioidabhängigkeit Begriffe und diagnostische Kriterien). Ein Opioidentzug kann aber auch indiziert sein bei unzureichender analgetischer Wirksamkeit bzw. nicht-tolerablen Nebenwirkungen sowie vor geplanter rückenmarknaher Opioidtherapie.

Die **Prognose** einer Entzugsbehandlung ist bei Schmerzpatienten günstig; sie führt bei mehr als der Hälfte der Patienten zu einer deutlichen Schmerzlinderung bei insgesamt geringem Risiko.

## Vorbereitung

Voraussetzung für eine Entzugsbehandlung ist die ausreichende Motivation des Patienten. Die Genese der Abhängigkeit und / oder des Fehlgebrauches sollte vorher ärztlich und psychologisch geklärt sein. Es sollten ein Patientenvertrag abgeschlossen (siehe Praxiswerkzeug Patientenvereinbarung über Medikamentenentzug) und ein diagnostisches Drug monitoring durchgeführt werden. Bei gesicherter Diagnose einer Abhängigkeit (ICD F11.2) oder gravierenden psychiatrischen Erkrankungen sollte die Entzugsbehandlung nur in Kooperation mit einer psychiatrischen Einrichtung erfolgen. Bei kardial erkrankten Patienten empfiehlt sich vor der Entzugsbehandlung eine kardiologische Risikobewertung.

## **Durchführung**

Bei niedriger Opioiddosis (<60 mg/d) und hoher Eigenmotivation kann die schrittweise Entwöhnung von den Opioiden ambulant erfolgen. In allen anderen Fällen, besonders bei polymorbiden Patienten, empfiehlt sich eine stationäre Entzugsbehandlung.

Für den Entzug wird empfohlen, die Opioidmedikation auf Morphin ret. umzustellen; Ausnahme: Buprenorphin und evtl. L-Polamidon.

Bei einer ursprünglichen Dosis von mehr als 130mg/d MEQ/d sollte der Entzug unabhängig von der Höhe der Ausgangsdosis mit 3 x 30 mg Morphin retard (bzw. einem Äquivalent eines anderen Opioids), bei niedriger Ausgangsdosis wird diese um 30% reduziert (bei transdermaler Vortherapie um 50% nach dokumentierter Entfernung des Pflasters in der Nacht vorher). An den Folgetagen danach wird die Dosis täglich um 10-15% reduziert. Im Regelfall ist nach 7 bis max. 10 Tagen der Entzug beendet, bei starken Nebenwirkungen oder ausgeprägten kardiovaskulären Risiken kann er langsamer erfolgen.

**Symptomkontrolle:** Zur Prävention von Krampfanfällen und autonomen Reaktionen bis hin zu kardiovaskulären Entgleisungen (Hypertonie, Tachykardie mit/ohne Angina pectoris) wird von Beginn bis zu 3 Wochen nach dem Entzug Clonidin (z.B. initial 3x75 µg/Tag, bei Bedarf steigern) verabreicht. Zur Behandlung der initialen, oft starken Ängsten sind vorübergehend Hypnotika (absetzen vor Entlassung!) und verhaltenstherapeutische Interventionen indiziert; ebenfalls ist der Einsatz von Antidepressiva (Amitriptylin, Doxepin) zur Nacht empfehlenswert. Alle anderen passageren Nebenwirkungen des Entzugs (häufiger: Restless-leg-Symptome vor allem bei Polyneuropathie, Diarrhoe, Übelkeit; sehr selten aber potentiell bedrohlich: Elektrolytverschiebung (Hyponatriämie), Diabetes insipides, Delir) sind effektiv symptomatisch zu behandeln. Alle Nebenwirkungen können auch noch in den ersten 2-4 Wochen nach dem eigentlichen Entzug auftreten (Information an den Hausarzt und den Patienten sichern!).

Die gesamte stationäre Entzugsbehandlung sollte psychologisch begleitet sein.

Bei **der relativ seltenen Schmerzverstärkung** können unter Beachtung von Begleiterkrankungen alle Nicht-Opioide eingesetzt werden. Physio- und Ergotherapie sind während des Entzugs zumeist zu belastend bzw. wenig effektiv und sollten eher unterbleiben. Wenn nach dem Entzug eine Schmerzverstärkung dauerhaft fortbesteht und keine Suchtanamnese bekannt ist, kann eine Neu-Einstellung z.B. mit niedrig dosiertem Buprenorphin (3-4 x 0,2mg/d) erfolgen.

### **Nachsorge**

Die Entzugsbehandlung bei Schmerzpatienten ist im Regelfall als Korrektur einer zuvor ungeeigneten medikamentösen Behandlung zu verstehen. So schließt sich nach der Entzugsbehandlung die Neuausrichtung der Schmerztherapie an, im Regelfall als multimodale stationäre Behandlung.

### **Literatur**

1. Bienek N, Maier C, Kaisler M, Michel-Lauter B, Schwarzer A, Meyer-Frießem CH. Intensity of Withdrawal Symptoms During Opioid Taper in Patients with Chronic Pain-Individualized or Fixed Starting Dosage? Pain Med. 2019 Feb 26. pii: pny320. doi: 10.1093/pm/pny320.]
2. Huffman KI, Rush TE, Fan Y, Sweis GW, Vij B, Covington EC, Scheman J, Mathews M. Sustained improvements in pain, mood, function and opioid use post interdisciplinary pain rehabilitation in patients weaned from high and low dose chronic opioid therapy. Pain. 2017; 158: 1380-1394
3. Krumova EK, Bennemann P, Kindler D, Schwarzer A, Zenz M, Maier C. Low Pain Intensity After Opioid Withdrawal as a First Step of a Comprehensive Pain Rehabilitation Program Predicts Long-term Nonuse of Opioids in Chronic Noncancer Pain. Clin J Pain 2013; 29:760-9.
4. Maier C: Auch Sucht ist eine Krankheit. Schmerz 2008; 22:639-643
5. Schwarzer A, Scherbaum N, Kindler D, Maier C. Diagnostik, Therapie und Prävention der Opioidabhängigkeit. In: Maier C, Diener HC, Bingel U, Schmerzmedizin. Urban & Fischer, München; 2017:338-352

**Letzte Version:**19.08.2019

**Verfasser :** Prof. Dr. med. Christoph Maier; Dr. Dr. med. Andreas Schwarzer und Dr. med. Beate Michel-Lauter (Bochum)