

Chronischer Schmerz und Sucht

PD Dr. med. Philip Bruggmann
Chefarzt Innere Medizin
Arud Zentren für Suchtmedizin
Zürich

Zentren für Suchtmedizin

Zentrum
Stampfenbach



Zentrum Horgen



Zentrum
Hauptbahnhof



Zentrum
Aussersihl

arud

Zentren für Suchtmedizin

Substanzbezogene Suchtmedizin
Alkohol bis Zolpidem

Substitution mit Heroin, Methadon,
Buprenorphin und retardiertem Morphin

Psychiater

Allgemeinmed. Grundversorgung

HIV und Hepatitis C Sprechstunde

Pflegefachpersonen

Psychologen

Sozialarbeiter

arud

Umfassende, interdisziplinäre ärztliche Betreuung

Belegschaft Therapie insgesamt: 89

↳ Psychiatrie/Psychotherapie	13 Ärzte 8 Psychologen
↳ Innere Medizin	8 Ärzte
↳ Sozialarbeit	3 Sozialarbeiter
↳ Assistenzärzte	4 Assistenten
↳ Pflegefachleute	43 Angestellte

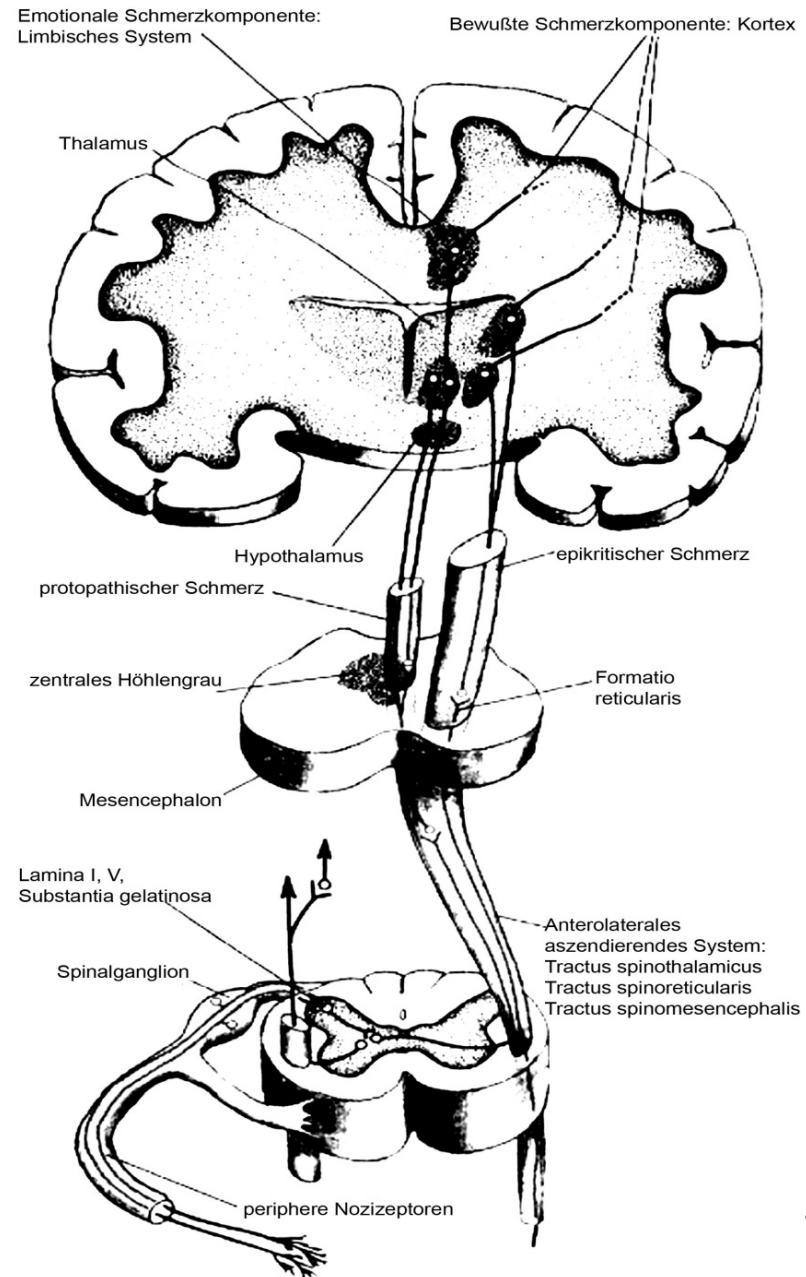
Total Patienten in Behandlung

- ↳ Alkohol, Kokain, Cannabis, Benzodiazepine, Party-Drogen
ca. 400
- ↳ Opioid-Substitutionsbehandlung mit Methadon/Buprenorphin/Morphin
ca. 550
- ↳ Heroingestützte Behandlung
ca. 180

Chronischer Schmerz



Was ist Schmerz?

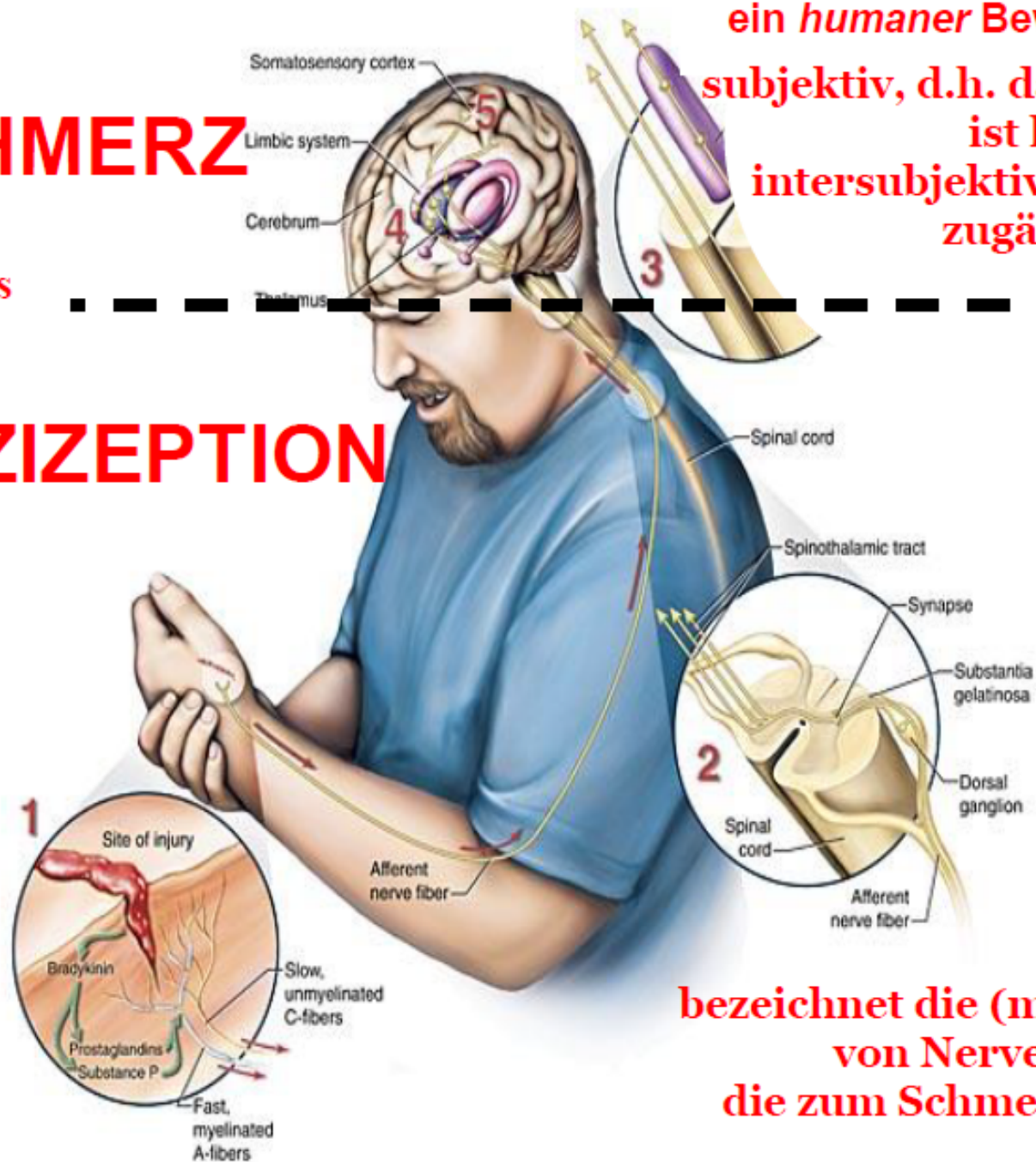


SCHMERZ

Versus

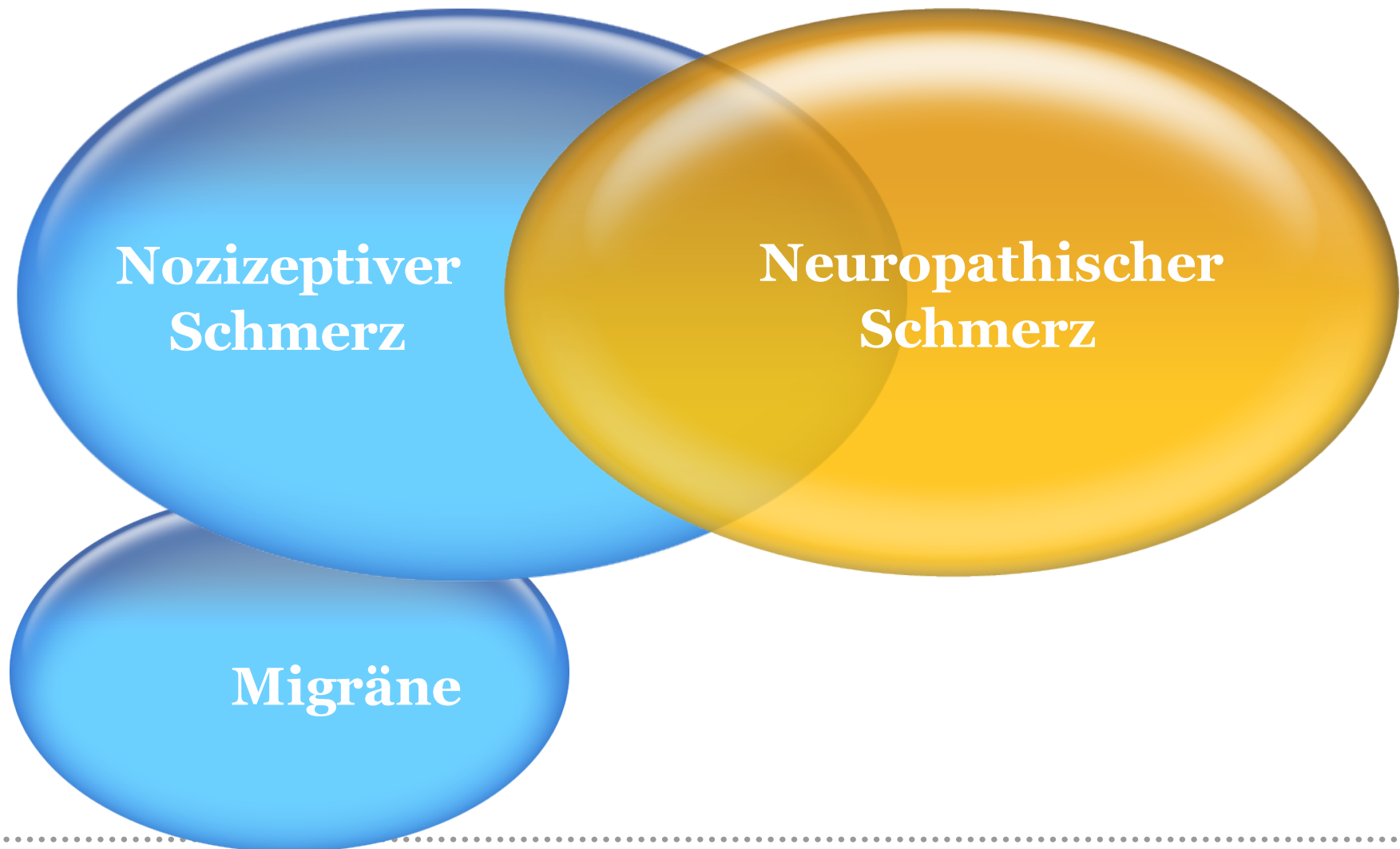
NOZIZEPTION

ein *humaner* Bewusstseinszustand
subjektiv, d.h. das Schmerzerleben
ist keiner
intersubjektiven Überprüfung
zugänglich.



bezeichnet die (messbare) Aktivität
von Nervengruppen,
die zum Schmerz führen kann.

Nozizeptiv versus neuropathisch



Der nozizeptive Schmerz: Symptome

Nozizeptiver Schmerz

Durch eine inflammatorische oder
nicht nichtinflammatorische Antwort
auf einen noxischen Stimulus
verursachter Schmerz

- Klopfen
- Stechen
- Steifheit

Klinik: neuropathischer Schmerz

Neuropathischer Schmerz

Durch eine Primärläsion oder
Dysfunktion im Peripheren oder
Zentralen Nervensystem
ausgelöster oder verursachter
Schmerz

Beispiele

- Diabetische periphere Neuropathie (DPN)
- Postchirurgische/posttraumatische Nervenschädigung
- Postherpetische Neuralgie (PHN)
- Lumbale Radikulopathie

Schmerz und Psyche 1

- ↳ Schmerzwahrnehmung und -verarbeitung stark von Psyche abhängig:
 - Bei körperlichem Stress steigt die Schmerzschwelle
 - Kriegsverletzungen
 - Sportverletzungen
 - chirurgischer Eingriff
 - Schmerz ist sehr „placeboanfällig“
 - Aussicht auf Besserung kann Schmerz lindern
 - Schmerz löst Emotionen aus, v.a. Angst.
 - Aussicht auf Schmerzen kann Schmerzen und Angst auslösen
 - Schmerzwahrnehmung / -verarbeitung individuell unterschiedlich
- Dies macht Schmerz zu einem sehr beeinträchtigenden Symptom!

Schmerz und Psyche 2

- ↳ Oft schaukeln sich somatogene Schmerzen und psychogene Reaktionen gegenseitig hoch.
- ↳ Schmerzsymptome sind nicht selten Ausdruck rein psychisch-emotionaler Störungen, v.a. als Begleitsymptom bei Depressions- und Angststörungen
- ↳ Pathopsychologische Störungen, bei denen Missempfindungen des Schmerzes im Mittelpunkt stehen, fallen in die Obergruppe der **somatoformen Störungen**

International Association for the Study of Pain

*„Schmerz ist ein unangenehmes **Sinnes-** oder **Gefühlserlebnis**, das mit tatsächlicher oder drohender Gewebeschädigung einhergeht oder*

von betroffenen Personen so beschrieben wird, als wäre eine solche Gewebeschädigung die Ursache.“

Das Schmerz-Kontinuum



Akuter Schmerz

Chronischer Schmerz

≥ 3 Monate

- Gewöhnlich
offenkundiger
noxischer Insult
- Schutzfunktion
- keine Schutzfunktion
- Schädigt Gesundheit
und Funktion

Chronischer Schmerz

↳ Akuter Schmerz:

- ↳ Warn- und Schutzsignal
- ↳ ursachenabhängige Schmerzsignale aus Rezeptoren via Rückenmark ins Gehirn



↳ Chronischer Schmerz:

- ↳ permanente Reizmeldung und Entkoppelung
- ↳ Eigendynamik, unabhängig von ursprüngl. Ursache
- ↳ Schmerzgedächtnis
- ↳ Lebensqualität ↓, Depression
- ↳ psychosoziale Einschränkung



Chronischer Schmerz

Definition

- ↳ während mindestens dreier Monate
- ↳ mehrmals wöchentlich
- ↳ Schmerzintensität auf Skala von 0 bis 10 mindestens 5 Punkte

Merkmale der Chronifizierung

mangelndes und inadäquates Schmerz- und Schmerzvermeidungsverhalten

unangemessene Reaktion auf Medikamente

Dauerschmerz, keine belastungsabhängige Modulation

auffälliges Verhalten, wie Rückzug, Abbruch von Sozialkontakten

Förderung der Chronifizierung

unzureichende Patientenaufklärung über gutartigen Krankheitsverlauf

Überbewertung unspezifischer radiologischer Befunde
zu lange Krankschreibung

mangelhafte Differenzierung radikulärer/
nichtradikulärer Schmerzen

übermäßige und ungezielte lokale Injektionen, vor allem
beim unspezifischen Kreuzschmerz

Nichtbeachtung psychosozialer Faktoren

Suchtpotential von Opioid Analgetika bei chronischen Schmerzen

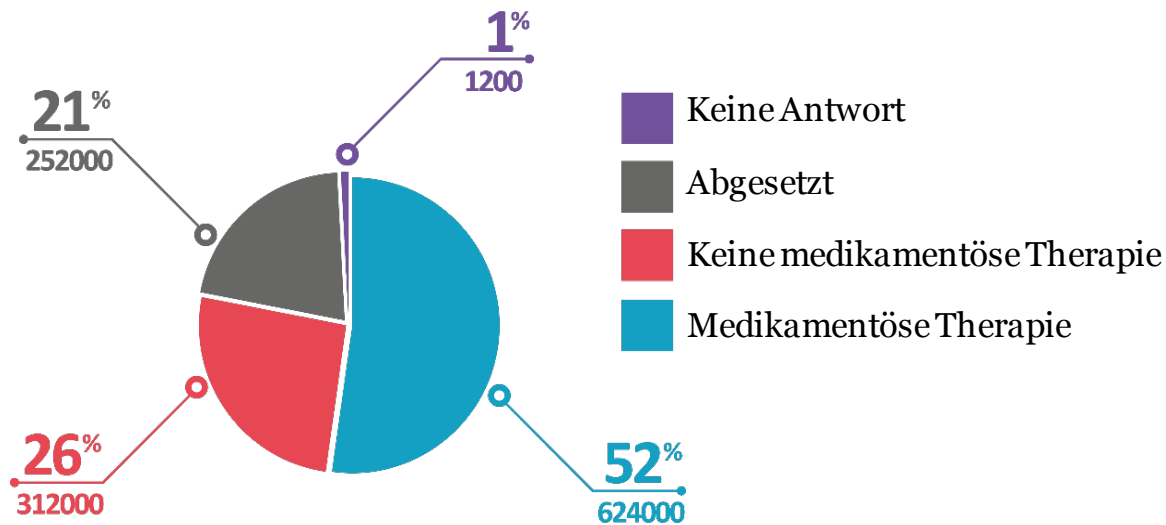
Chronischer Schmerz und Opiate

- ↳ Opiode mit raschem Wirkeintritt und kurzer Wirkdauer haben erhöhtes Suchtpotential
- ↳ Dosis langsam steigern und abbauen
- ↳ vermehrte aber keine übertriebene Vorsicht bei Sucht-vorbelasteten Patienten

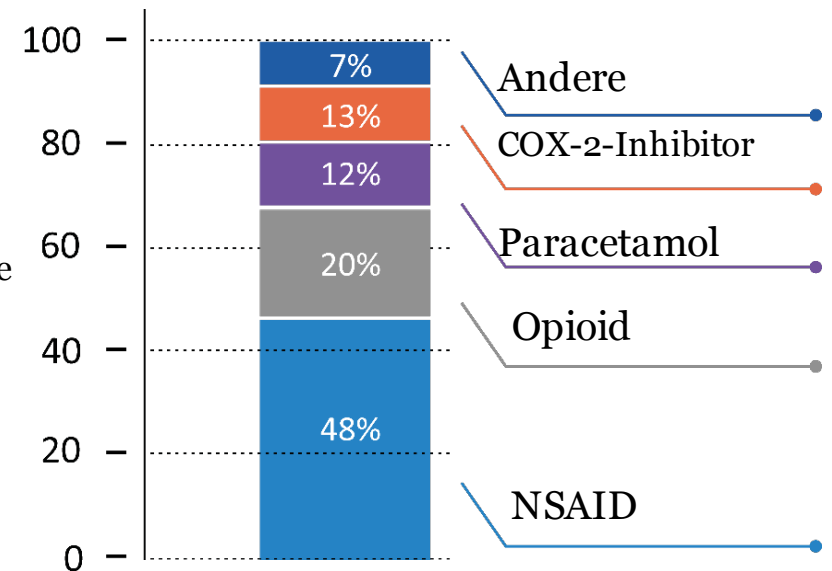


In der Schweiz wird jeder 5. Schmerzpatient unter medikamentöser Therapie mit einem Opioid behandelt

Therapie für Patienten mit nicht-tumorbedingten Schmerzen



Medikamentöse Therapie



In der Schweiz werden über 123'000 Patienten mit chronischen Schmerzen mit einem Opioid behandelt

5 bis 10% der Opioid-Schmerzpatienten sind gefährdet eine Abhängigkeit zu entwickeln

Hinweise auf beginnende Abhängigkeit

- Schwierigkeiten in der Familie/am Arbeitsplatz
- Terminversäumnisse
- Abnahme der schmerzstillenden Wirkung
- Zunahme der Nebenwirkungen
- Aggressives Verhalten
- Eigenständige, d. h. nicht verordnete Dosiserhöhung
- Wunschäusserung nach kurzwirksamen Opioiden
- Verlieren von Rezepten
- Häufiger Arztwechsel (Doctor Shopping)

Ballantyne, JC. Assessing the prevalence of opioid misuse, abuse, and addiction in chronic pain. *Pain* 2015;156: 567–568 ASAM facts and figures 2015 | Fischbain DA et al. What percentage of chronic nonmalignant pain patients exposed to chronic opioid analgesic therapy develop abuse/addiction and/or aberrant drug-related behaviors? A structured evidence-based review. *Pain Med* 2008; 9:444-59

Opioid-Risiko-Tool: Mehrere Risikofaktoren sind mit Opioidabhängigkeit verbunden

Bitte jedes zutreffende Kästchen markieren	Weiblich	Männlich
Substanzmissbrauch in der familiären Vorgeschichte		
Alkohol	1	3
Drogen	2	3
Rezeptpflicht. Med.	4	4
Persönliche Vorgeschichte mit Substanzmissbrauch		
Alkohol	3	3
Drogen	4	4
Rezeptpflicht. Med.	5	5
Sexueller Missbrauch im Kindesalter	3	0
Psychologische Krankheit		
ADD, OCD, bipolar, Schizophrenie	2	2
Depression	1	1
Gesamtwert		

Gesamtergebnis-Risikokategorie Niedriges Risiko 0 – 3 Mittleres Risiko 4 – 7 Hohes Risiko ≥ 8

Webster LR, Webster R. Predicting aberrant behaviors in Opioid-treated patients: preliminary validation of the Opioid risk tool. Pain Med. 2005; 6 (6) : 432

Empfehlungen für Patienten mit mittlerem bis hohem Risiko

- Häufigere Überwachung
- Psychologische oder psychiatrische Unterstützung vor oder parallel zur Opioidbehandlung
- Begrenzte Verschreibungsmengen (und/oder überwachte Abgabe)
- Bevorzugte Verordnung von Rezepturen mit geringerem Abhängigkeitspotenzial

Chronischer Schmerz und Cannabis

- ↳ Medizinischer Einsatz von Cannabis in der Schmerztherapie
- ↳ V.a neuropathische Schmerzen
- ↳ Muskelrelaxierend
- ↳ bewilligungspflichtig BAG
- ↳ Nicht in der Grundversicherung, teuer!



Schmerz und Pregabalin (Lyrica®)

- ↳ GABAerge Substanz u.a. gegen neuropathische Schmerzen, Angst, Epilepsie
- ↳ Euphorisierende, entspannende und sedierende Wirkung
- ↳ Toleranzentwicklung v.a. für anxiolytische Wirkung
- ↳ Erhebliches Suchtpotential

Schmerzen bei Opioidsubstituierten

Fälschliche Annahmen:

- ~~↳ Das Substitut wirkt analgetisch~~
- ~~↳ Opioider in der Schmerzbehandlung führen zu Rückfall~~
- ~~↳ Die additiven Effekte von Substitut und Opioidanalgesie führen zu Atem- & ZNS-Depression~~
- ~~↳ Klagen über Schmerz sind Zeichen des Drogensuch-Verhaltens~~

Schmerzen bei Opioidsubstituierten

- ↳ Chronische Schmerzen bei Opioidabhängigen häufig
- ↳ Opioide in der Langzeitsubstitution verlieren analgetische Wirkung (Toleranz)
- ↳ Analgetische Wirkung wesentlich kürzer als entzugsverhindernde Wirkung
- ↳ Langzeitmedikation mit Opioiden kann zu Hyperalgesie führen



Schmerzen bei Opioidsubstituierten

- ↳ Schmerz hat einen stark antagonisierenden Opioideffekt → keine erhöhte Gefahr der Atemdepression solange Schmerzen vorhanden
- ↳ inadäquate Schmerztherapie erhöht die Rückfallgefahr in illegalen Opioidkonsum
- ↳ effiziente Analgesie verringert Rückfallgefahr



„Substitut bekämpft den Schmerz“

- ↳ Pharmakokinetik & Pharmakodynamik:
 - ↳ Analgetisches & Substitutionsprofil unterschiedlich
 - ↳ Substitutionsprofil: 24 – 48 h
 - ↳ Analgetisches Profil der Substitutionsmedikamente (Methadon & Buprenorphine): 4 – 8 h

„Substitut bekämpft den Schmerz“

↳ Toleranz

- ↳ Schnelle Entwicklung für Atemdepression und Analgesie
- ↳ Kreuztoleranz: Toleranz für alle Agonisten -> höhere (& häufigere) Dosen notwendig

↳ Opioid induzierte Hyperalgesie

- ↳ Neuroplastische Veränderungen in Schmerzperzeption (NMDA-Opiatrezeptorveränderungen)
- ↳ Erhöhte Schmerzsensitivität, verringerte Opioidanalgesie



Empfehlungen Schmerztherapie unter Substitution



Swiss Society of Addiction Medicine
Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin
Société Suisse de Médecine de l'Addiction
Società Svizzera di Medicina delle Dipendenze

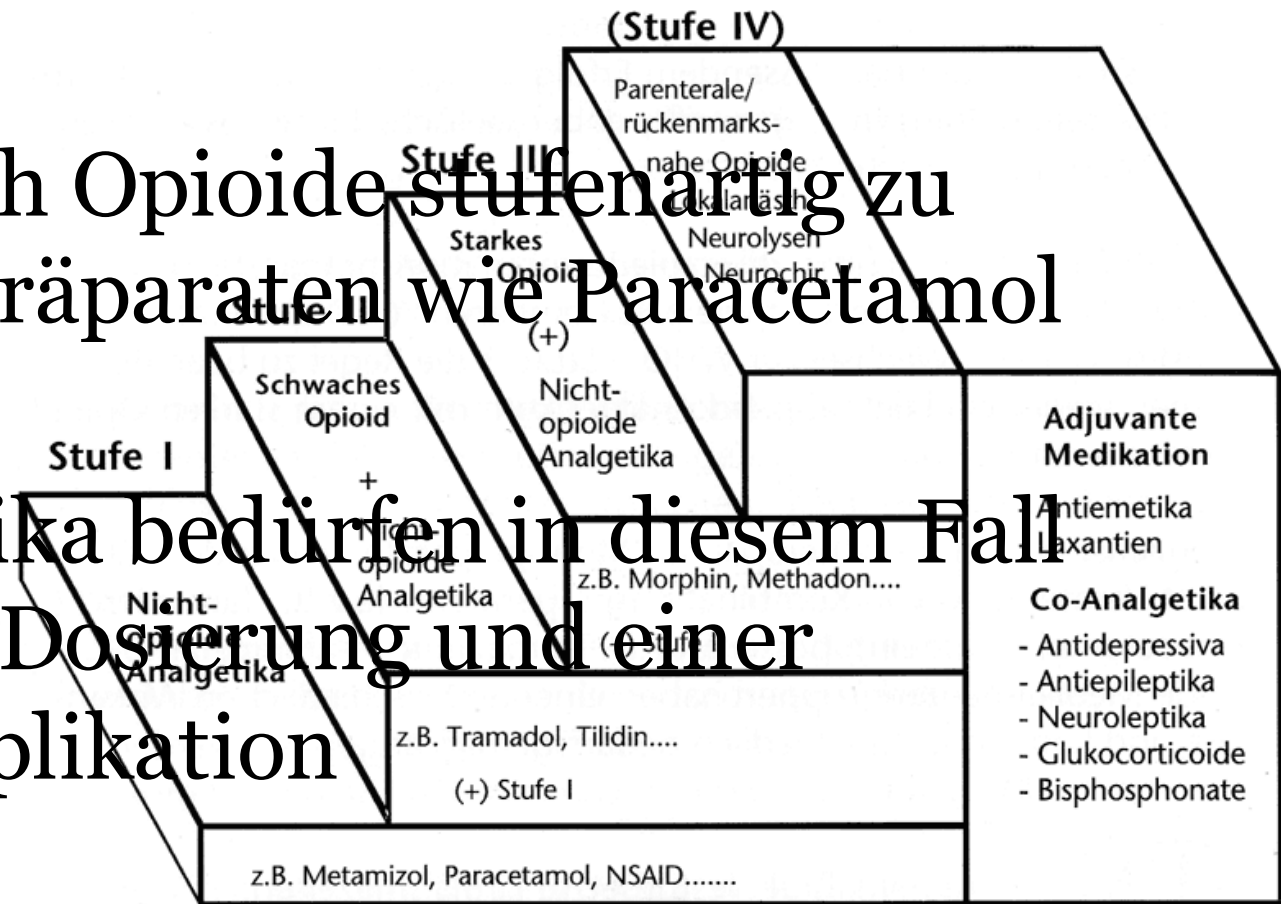
**Medizinische Empfehlungen für substitutionsgestützte Behandlungen
(SGB) bei Opioidabhängigkeit 2012**

www.ssam.ch

www.praxis-suchtmedizin.ch

Empfehlungen Schmerztherapie unter Substitution

- ↳ WHO Stufenschema zur Schmerztherapie anzuwenden
- ↳ Bei Bedarf auch Opioide stufenartig zu den initialen Präparaten wie Paracetamol oder NSAR
- ↳ Opioidanalgetika bedürfen in diesem Fall einer höheren Dosierung und einer häufigeren Applikation



Empfehlungen Schmerztherapie unter Substitution

- ↳ Substitutionsdosierung beibehalten
Entzugssymptome erhöhen die
Schmerzempfindlichkeit.
- ↳ Opioide mit langer Halbwertszeit
vorziehen
- ↳ Methadon in fixen, fraktionierten Dosen
zeigt in teilweise sehr hoher Dosierung die
besten Resultate



Empfehlungen Schmerztherapie unter Substitution

- ↳ Kombination von Methadon zur Substitution und Morphin zur Schmerzbekämpfung ist möglich
- ↳ Cave Verdrängung am μ Rezeptor bei Verabreichung von Opioid-Analgetika unter Buprenorphin-substitution
Zurückhaltung geboten, sie ist aber nicht kontraindiziert. Eine Umstellung auf Methadon ist möglich.

Empfehlungen Schmerztherapie unter Substitution

- ↳ Bei Leberschäden ist auf die Hepatotoxizität von Paracetamol zu achten, sowie generell auf das erhöhte Ulcus Risiko unter NSAR
- ↳ Antidepressiva und Antikonvulsiva können als adjuvante Medikation in Betracht gezogen werden



arud

Empfehlungen akuter Schmerz & SGB: Suchtbehandlungsaspekte

- ↳ Patienten versichern, dass ihre Suchtgeschichte eine adäquate Schmerzbehandlung nicht verhindert
- ↳ Weiterführen der SGB
- ↳ Kontaktnehmen mit Verantwortlichen der SGB

Empfehlungen akuter Schmerz & SGB: Schmerzbehandlungsaspekte

- ↳ Mit den Patienten die Schmerzbehandlung besprechen
- ↳ Aggressive Behandlung mit den üblichen Analgetika inkl. Opioiden
- ↳ Opioid-Kreuztoleranz und erhöhte Schmerzsensitivität verlangen oft höhere Opioiddosen in kürzeren Intervallen
- ↳ Fixdosierung eher als on-demand

Schlussfolgerung

- ↳ Patienten mit erhöhtem Suchtpotential dürfen Opioide zur Schmerztherapie nicht vorenthalten werden
- ↳ Langzeittoleranz von Opioiden bezüglich Analgesie
- ↳ Hyperalgesie unter chron. Opioideinnahme
- ↳ Ungenügende Schmerztherapie hat grössere Rezidivgefahr als adäquater Opioideinsatz

Weiter Informationen



**Praxis Suchtmedizin Schweiz
Praticien Addiction Suisse
Medico e Dipendenze Svizzera**

www.praxis-suchtmedizin.ch

Besten Dank für Ihre
Aufmerksamkeit

p.bruggmann@arud.ch

www.arud.ch