Behandlung Chronischer nichttumorbedingter Schmerzen (CNTS)-Fokus Opioide, LONTS Guidelines

„Schmerz-lass nach“

GSASA Fortbildungstagung

24.5. und 15.6.2023

Interessenskonflikte mit Bezug auf den Inhalt des Vortrags

- Finanzielle oder Eigentümerinteressen:
  keine
- Tätigkeiten für die pharmazeutische Industrie und andere Firmen des Gesundheitssystems:
  keine
- Drittmittel / Spenden:
  keine
- Persönliche Beziehungen:
  keine
- Sonstige Mitgliedschaften:
  GSASA und SAPP

Foederatio Pharmaceutica Helvetiae FPH Fortbildungsprogramme

Inhalt

- Definition
- Opiat Verbrauch USA und Schweiz
- Chronischer Schmerz
- LONTS detailiert
- Take home message

LONTS Guidelines

publiziert bei: AWMF online
Das Portal der wissenschaftlichen Medizin

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

2. Aktualisierung der Leitlinie LONTS 2020

Leitlinie

Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen (LONTS), 2. Aktualisierung, 2020

AWMF-Leitlinien-Register	**Nr. 145/003**

Herausgeber

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

In Zusammenarbeit mit

Definitionen LONTS

- Gültig für Langzeit Opiattherapie von **C**hronischen **N**icht-**t**umorbedingten **S**chmerzen (CNTS)
- Erstmals 2009 veröffentlicht, 2020 → 2. Aktualisierung
- 28 Fachgesellschaften sowie Mitwirkung von Patientenvertretern, federführend Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
- S3 Leitlinie
- Opioidtherapie Dauer ≥ 4 Wochen
- Orale und transdermale Darreichungsformen

Ziel:

❖ Hilfestellung bei Bewertung möglichen Nutzens und möglicher Risiken der Langzeitanwendung opioidhaltiger Medikamente bei CNTS nach aktuellem Wissenstand

❖ Förderung eines **verantwortungsvollen** Umgangs von Ärzten, weiteren an der Behandlung beteiligten Fachgruppen sowie Patienten mit opioidhaltigen Analgetika in der Langzeitanwendung bei CNTS (Indikationen, Kontraindikationen einer Opioidtherapie, praxisbezogene Hinweise für Durchführung und Beendigung einer opioidhaltigen Therapie)

Häuser W. 2. Aktualisierung der S3 Leitlinie „Langzeitanwendungen von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen (LONTS. Der Schmerz; 34)

Opioid-Krise in den USA

Dealer in weißen Kitteln

Am Anfang stehen angeblich harmlose Schmerztabletten, doch dann folgt die Abhängigkeit: Zehntausende Menschen in den USA sind süchtig durch Opioide. Und der Weg zum Heroin ist oft nicht weit. Das Land erlebt eine enorme Gesundheitskrise – das Weiße Haus hat deren Bekämpfung zur Chefsache erklärt.

Von Sabine Adler

(AP Photo / Jessica Hill)

USA: Sechs Milliarden gegen die Opioid-Krise

In keinem anderen Land werden Opioide so häufig verschrieben wie in den USA. Schmerzfrei sein – koste es, was es wolle – ist bei vielen Patienten die Devise. Doch mittlerweile sterben rund 100 Menschen täglich an einer Überdosis. US-Präsident Donald Trump will dagegen jetzt vorgehen.

Die Opioid-Krise in den USA hat sich durch Corona verschärft

Der Missbrauch von Schmerzmitteln hat in Amerika während der Pandemie nochmals zugenommen. Gründe sind Arbeitslosigkeit, Isolation, wirtschaftliche und gesundheitliche Probleme sowie die schlechte medizinische Versorgung, die sich durch Covid-19 noch verschlimmert hat.

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.

Deutschlandfunk 31.12.2019

Der Spiegel August 2017

NZZ 21.04.2021

USA

2017: 72 000 Todesfälle in Zusammenhang mit Opioiden;

20 Drogentote pro

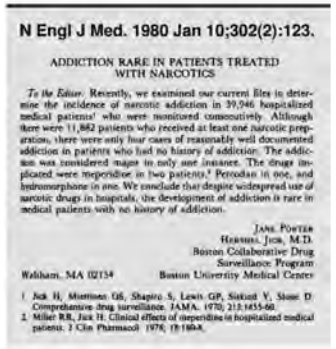
100 000 Einwohner

(Center of Disease Control and Prevention 2018)

Schweiz

2017: 137 Todesfälle

1.6 Drogentote pro 100 000 Einwohner (BAG Faktenblatt, Mai 2020)



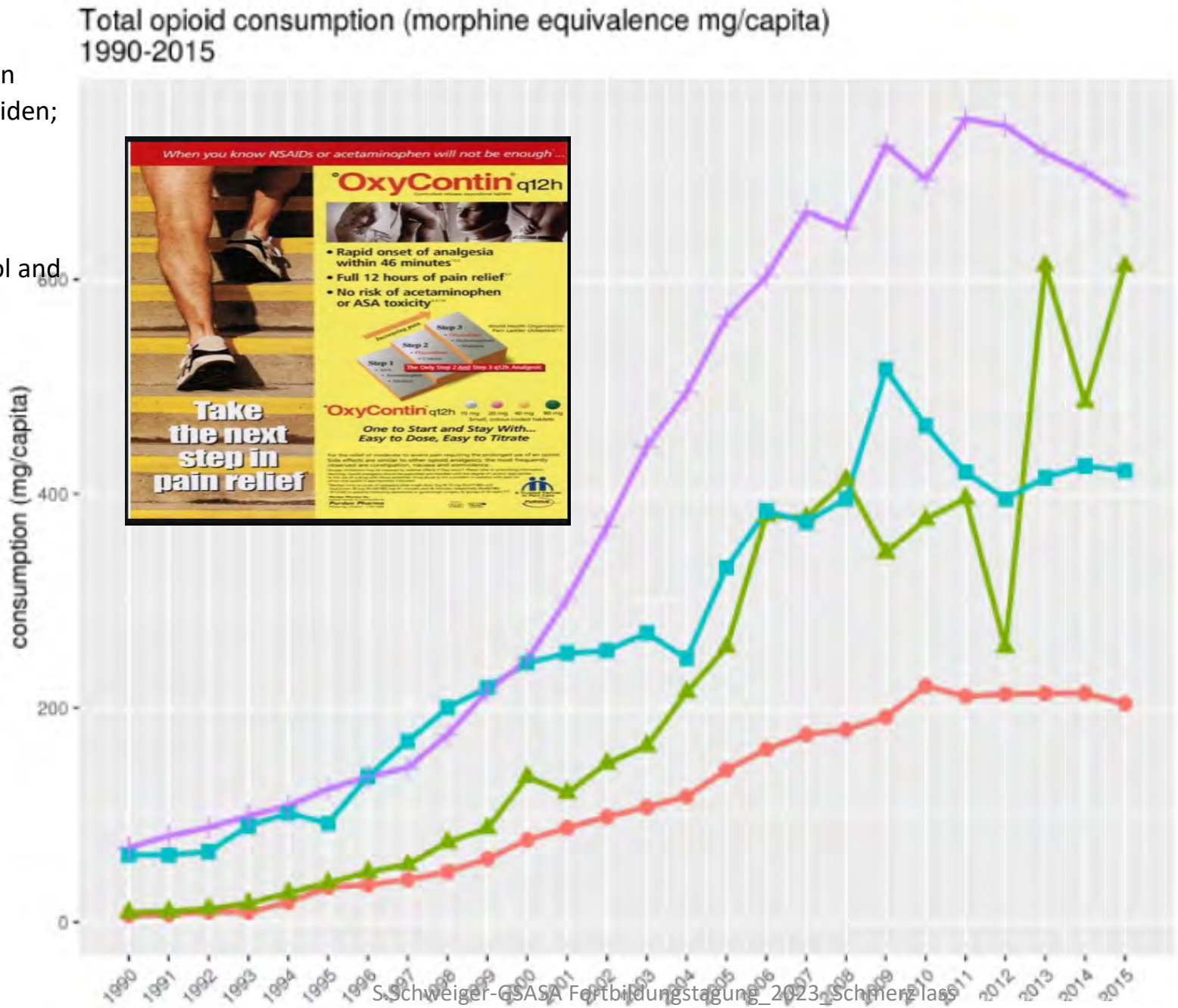
N Engl J Med. 1980 Jan 10;302(2):123.

ADDICTION RARE IN PATIENTS TREATED WITH NARCOTICS

To the Editor: Recently, we examined our current files to determine the incidence of narcotic addiction in 39,946 hospitalized medical patients[1] who were monitored consecutively. Although there were 11,882 patients who received at least one narcotic preparation, there were only four cases of reasonably well documented addiction in patients who had no history of addiction. The addiction was considered major in only one instance. The drugs implicated were meperidine in two patients,[2] Percodan in one, and hydromorphone in one. We conclude that despite widespread use of narcotic drugs in hospitals, the development of addiction is rare in medical patients with no history of addiction.

JANE PORTER
HERMAN JICK, M.D.
Boston Collaborative Drug Surveillance Program
Waltham, MA 02154 Boston University Medical Center

1. Jick H, Miettinen OS, Shapiro S, Lewis GP, Siskind V, Slone D. Comprehensive drug surveillance. JAMA. 1970; 213:1455-60.
2. Miller RR, Jick H. Clinical effects of meperidine in hospitalized medical patients. J Clin Pharmacol. 1978; 18:189-8.

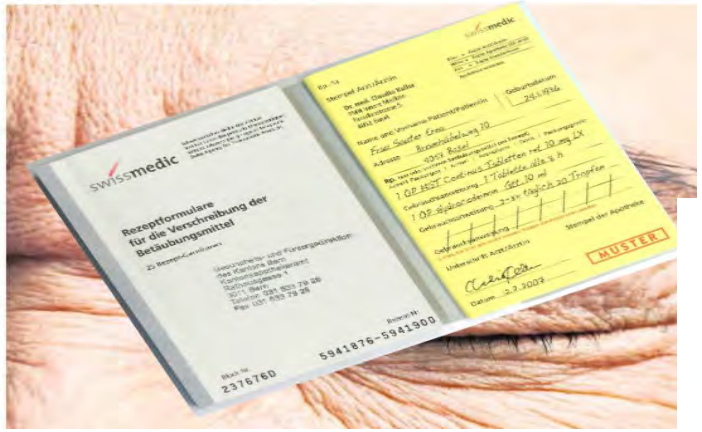


Schweiz

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 Opioide steil an. Sie sind der Kampfstoff einer Gesellschaft, die immer stärker unter Schmerzen leidet. Und das immer weniger will. **Von Lena Schenkel**



Vom Schmerz in die Sucht

Aus **Rundschau** vom 30.10.2019.

News > Schweiz >

Schmerzmittel-Krise

Opioid-Bedarf steigt auch in der Schweiz

Samira Zingaro und Raphael Rauch
Mittwoch, 30.10.2019, 15:58 Uhr
Aktualisiert um 17:16 Uhr

Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs ZÜFAM

ZüFAM-Newsletter I April 2018

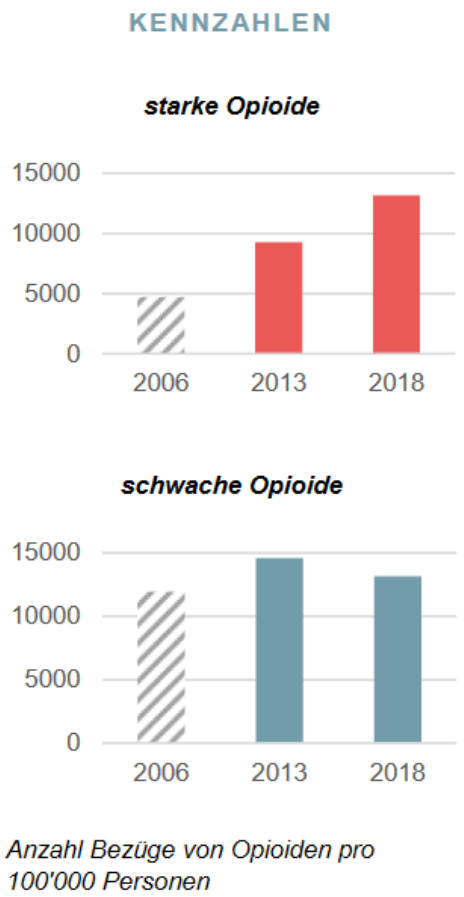
Die Opioid-Epidemie in den USA und die Lage in der Schweiz

Der Konsum von Opioiden hat in den USA eine bisher nie da gewesene Dimension erreicht. Täglich sterben über 170 Menschen an einer Überdosis. Die Situation in der Schweiz sieht zum Glück anders aus – und das hat seine Gründe.

Schweiz

- 2013-2018 (Helsana)
- + 42.2% Zunahme Verschreibung starker Opioide (Oxycodon↑, Hydromorphon↑)
- Insgesamt:
  - 14.2% aktiven Tumorerkrankungen
  - 85.8% starke chronische Schmerzen

d.h. 5 von 6 Bezügen von starken Opioiden stehen nicht in Verbindung mit aktiver Tumorerkrankung



Wertli, M., Held, U., Signorell, A., Blozik, E., Burgstaller, J. (2020): Analyse der Entwicklung der Verschreibungspraxis von Schmerz- und Schlafmedikamenten zwischen 2013 und 2018 in der Schweiz. Universitätsspital Bern, Bern. [LINK]

Definition Chronischer Schmerz
(IASP- International Association for the Study of Pain)

Chronic Pain has arrived in the ICD-11

Jan 17, 2019

Chronic pain affects 20% of people worldwide. Distress, demoralization and functional impairment often accompany chronic pain, making it a major source of suffering and economic burden. Yet, in the current version of the International Classification of Diseases (ICD-10), chronic pain diagnoses are not represented systematically.

In May 2019, this will change dramatically, when the World Health Organization adopts the new edition, ICD-11. ICD-11 will be the first version to include chronic pain. The chronic pain classification was developed by a Task Force of the International Association for the Study of Pain (IASP) and is based on the current scientific evidence and the biopsychosocial model. Chronic pain is defined as pain that lasts or recurs for more than three months.

International Association for the Study of Pain
IASP
Working together for pain relief

Epidemiologie
Chronischer, nichttumorbedingte Schmerzen (CNTS)

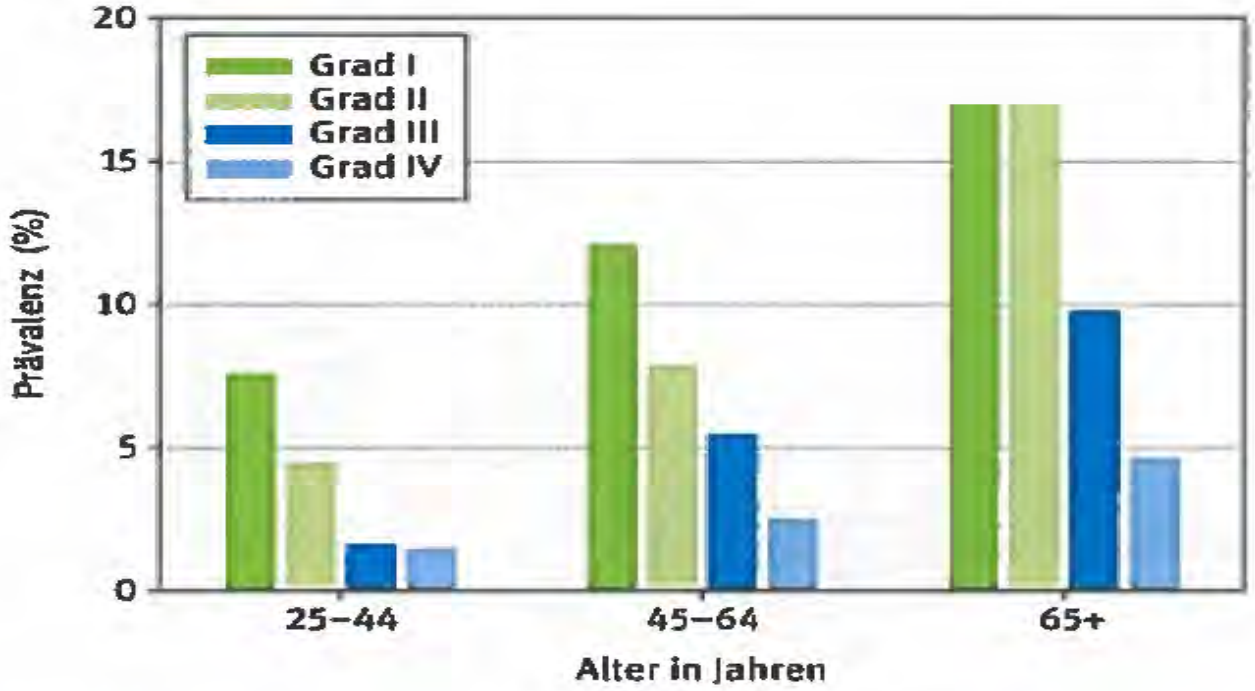


Abb. 1.5: Chronische, nichttumorbedingte Schmerzen nach den Schweregraden des CPGQ und getrennt nach Altersgruppen (modifiziert nach: Häuser 2014).

Häuser W et al. Chronische Schmerzen, Schmerzkrankheit und Zufriedenheit der Betroffenen mit der Schmerzbehandlung in Deutschland. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung. Schmerz 2014; 28:483-492

LONTS Guidelines detailiert

- ✓Massnahmen vor der Therapie
- ✓Risiken Opioid Therapie
- ✓Definition der Therapiedauer
- ✓Indikationen/ Kontraindikationen
- ✓Medikamentöse Therapie
- ✓Interaktionen
- ✓Therapieüberwachung und Dokumentation
- ✓Beendigung Therapie

Massnahmen vor Beginn Opioid-Therapie

- **Optimierung nicht-medikamentöser Therapieoptionen und medikamentöser Alternativen**
- **Partizipative Entscheidungsfindung mit PatientIn**

  Aufklärung, Nutzen-Risiken (u.a. erhöhtes Sturzrisiko, sexuelle Funktionsstörungen, endokrine Funktionsstörungen, Atemstörungen; Immunsuppression)
- **Psychosoziale Anamnese**

  Psychosoziale Belastungen (Arbeit, Familie), Depressivität, Ängste, Substanzmissbrauch

  Bei Hinweis auf psychische Störung→ Psychiater, Psychotherapeut involvieren
- **Realistische und individuelle Therapieziele erarbeiten**

  z.B. 30 % Schmerzreduktion, Verbesserung der Funktionsfähigkeit im Alltag („wieder arbeiten können“, „sich selbst versorgen können“); Responder: Erreichen formulierter Ziele bei gleichzeitigen geringen bzw. tolerablen UAW
- **Keine Monotherapie**

  Ergänzung mit Selbsthilfeangeboten, physikalischen, physiotherapeutischen und /oder psychotherapeutischen Verfahren (Patientenedukation), Lebensstilmodifikation
- **Mündliche oder schriftliche Aufklärung dokumentieren**

  Fahrfähigkeit (nicht während Titrationsphase Autofahren, Gefährdung am Arbeitsplatz)

  Andere zentral wirksame Substanzen reduzieren, oder absetzen, keine Kombinationstherapie mit Tranquilizern

Häuser W. 2. Aktualisierung der S3 Leitlinie „Langzeitanwendungen von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen (LONTS. Der Schmerz; 34)

Risiken Opioid Therapie

- Erhöhtes Sturzrisiko – Assoziation von Sturzrisiko und Opioid Therapie(Seppala et al. 2018)
- Erhöhtes Delirrisiko (Clegg et al. 2011)
- Atemstörungen→ Risiko Schlafapnoe Syndrom zu entwickeln steigt (Ratz et al. 2018)
- Endokrine und sexuelle Funktionsstörungen (Hypogonadismus bei Männern und Frauen, Coluzzi et al. 2018; Aminlari et al. 2019)
- Immunstörungen (Wiese et al. 2018, 2016)
- Hyperalgesie (DAZ 2011)
- Verstärkte Abhängigkeit

Häuser W. 2. Aktualisierung der S3 Leitlinie „Langzeitanwendungen von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen (LONTS. Der Schmerz; 34)

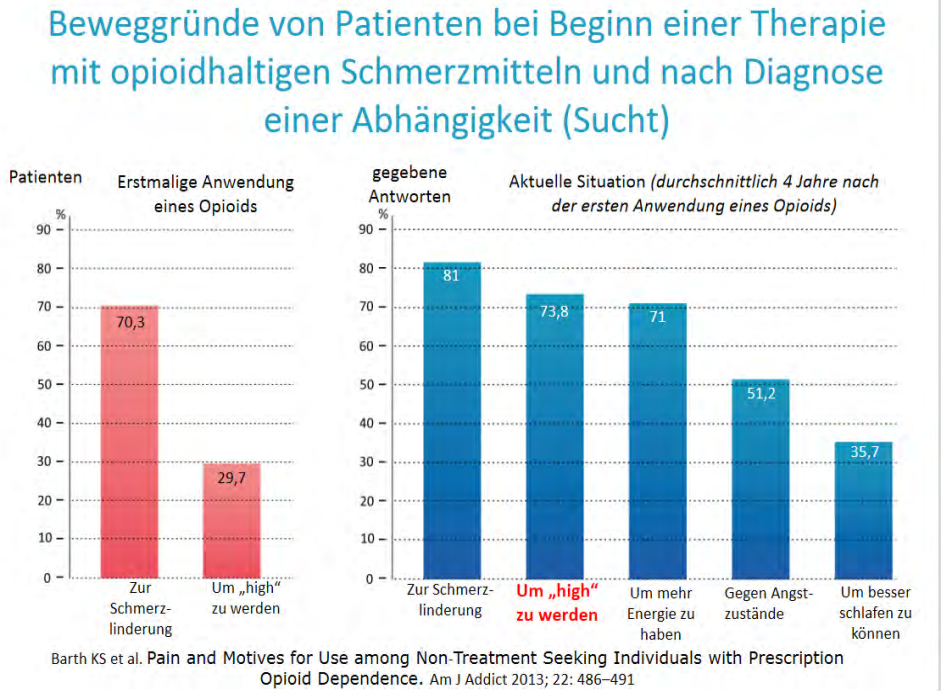
Risiken Opioid Therapie

Risiko Abhängigkeit/Sucht

- durch Opiatverschreibung (0.27%)
- bei früheren Drogenproblemen und/oder psychiatrischer Co-Morbidität 4.4%

Verhinderung von Sucht Entstehung

- gleichmässige Gabe mittels retardierten Präparaten oder transdermale Applikation
- Kurzwirksame Präparate nur in Titrationsphase



www.zuercher-internisten.ch; „Opiattherapie bei chronischen Schmerzen- Do`s and Dont`s"

Noble M, Treadwell JR, Tregear SJ, Coates VH, Wiffen PJ, Akafomo C, et al. Long-term opioid management for chronic noncancer pain. Cochrane Database Syst Rev. 2010; 20:CD006605
Ballantyne JC, La Forge KS. Opioid dependence and addiction during opioid treatment of chronic pain. Pain. 2007;129:235–55.

Definition Therapiedauer

- Keine einheitliche, international anerkannte Definition einer Langzeitanwendung
- Kurzfristig: 4-12 Wochen
- Mittelfristig: 13-26 Wochen
- Langfristig: > 26 Wochen

Konsens:

Langzeittherapie: ≥ 3 Monate nur bei Therapierespondern

> 6 Monaten: Evaluation der Wirkung

Häuser W. 2. Aktualisierung der S3 Leitlinie „Langzeitanwendungen von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen (LONTS. Der Schmerz; 34)

Indikationen

Tabelle 1: Übersicht der evidenz- und konsensusbasierten Empfehlungen für mögliche Indikationen opioidhaltiger Analgetika

Schmerzsyndrom	4-12 Wochen	13-26 Wochen	>26 Wochen
Rückenschmerz	Evidenz: Ia Empfehlung	Evidenz: Ia Empfehlung	Evidenz 2a Offene Empfehlung
Arthroseschmerz	Evidenz: Ia Empfehlung	Evidenz: Ia Empfehlung	Evidenz: 2a Offene Empfehlung
Diabetische Polyneuropathie	Evidenz: Ia Starke Empfehlung	Evidenz: Keine Daten Offene Empfehlung	Evidenz IIb Offene Empfehlung
Postzosterneuralgie	Evidenz: Ia Empfehlung	Evidenz: Keine Daten Konsens: Offene Empfehlung (Kann angeboten werden bei Respondern)	Evidenz: Keine Daten Konsens: Offene Empfehlung (Kann angeboten werden bei Respondern)
Phantomschmerz	Evidenz: Ib Empfehlung	Evidenz: Keine Daten Konsens: Offene Empfehlung (Kann angeboten werden bei Respondern)	Evidenz: Keine Daten Konsens: Offene Empfehlung (Kann angeboten werden bei Respondern)
Anhaltende Schmerzen nach Rückenmarksverletzung	Evidenz: Ib Negative Empfehlung	Evidenz: Keine Daten Konsens: Offene Empfehlung (Kann angeboten werden bei Respondern)	Evidenz: Keine Daten Konsens: Offene Empfehlung (Kann angeboten werden bei Respondern)
Radikulopathie	Evidenz Ib Offene Empfehlung	Evidenz: Keine Daten Konsens: Offene Empfehlung (Kann angeboten werden bei Respondern)	Evidenz: Keine Daten Konsens: Offene Empfehlung (Kann angeboten werden bei Respondern)
Nicht-diabetische Polyneuopathien	Evidenz: Ib Empfehlung	Evidenz: Keine Daten Konsens: Offene Empfehlung (Kann angeboten werden bei Respondern)	Evidenz: Keine Daten Konsens: Offene Empfehlung (Kann angeboten werden bei Respondern)

2. Aktualisierung der Leitlinie LONTS 2020

Rheumatoide Arthritis mit anhaltenden Schmerzen	Evidenz Ib Offene Empfehlung	Evidenz: Keine Daten Konsens: Offene Empfehlung (Kann angeboten werden bei Respondern)	Evidenz: Keine Daten Konsens: Offene Empfehlung (Kann angeboten werden bei Respondern)
Restless legs Syndrom	Evidenz: Ib Empfehlung	Evidenz: Keine Daten Konsens: Offene Empfehlung (Kann angeboten werden bei Respondern)	Evidenz: Keine Daten Konsens: Offene Empfehlung (Kann angeboten werden bei Respondern)
M. Parkinson	Evidenz: Ib Negative Empfehlung	Evidenz: Keine Daten Konsens: Offene Empfehlung (Kann angeboten werden bei Respondern)	Evidenz: Keine Daten Konsens: Offene Empfehlung (Kann angeboten werden bei Respondern)

Häuser W. 2. Aktualisierung der S3 Leitlinie „Langzeitanwendungen von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen (LONTS. Der Schmerz; 34)

Rückenschmerz, Arthroseschmerz

1. Modifiziert 2019: Chronischer Rückenschmerz (ICD-10 M42.16-M41.19, M42.90, M42.96-99, M43.0, M43.1, M47.26, M47.27, M47.29, M47.86, M47.87, 47.88, M47.99, M48.06, M48.2, M54.16, M54.5, M55.3, M.99.33; M99.43, M99.53

1.1 Konsensbasierte Empfehlung: Die kurz,- mittel,- und langfristige Anwendung opioidhaltiger Analgetika soll auf Patienten mit einem nach ärztlich/psychologisch/physiotherapeutischer Einschätzung relevanten somatischen Anteil in der Schmerzentstehung und - aufrechterhaltung und unzureichendem Ansprechen auf nicht-medikamentöse Therapien beschränkt werden. Starke Empfehlung (100%; 100%)

Kommentar: Die konsensbasierte Empfehlung erfolgte, um die in Anbetracht der Häufigkeit chronischer Rückenschmerzen potentielle Zahl möglicher Patienten auf solche zu reduzieren, bei denen nach Ansicht der Leitliniengruppe Opioide eine Therapieoption darstellen wie bei Patienten mit chronisch entzündlichen Rückenerkrankungen oder inoperablen Spinalkanalstenosen. Die Leitliniengruppe ist der Ansicht, dass Patienten mit funktionellen Rückenschmerzen oder psychischen Störungen mit dem Leitsymptom chronischer Rückenschmerz nicht mit Opioiden behandelt werden sollen.

2. Modifiziert 2019: Chronischer Arthroseschmerz (ICD-10 M15-19)

2.1 Konsensbasierte Empfehlung: Die Anwendung opioidhaltiger Analgetika bei Patienten mit Arthroseschmerzen soll auf folgende klinische Konstellationen beschränkt werden: Versagen nicht-medikamentöser Therapien; Wirkungslosigkeit bzw. Kontraindikationen anderer Analgetika; Gelenkersatz nicht möglich oder von Patienten nicht gewünscht. Starke Empfehlung. Starker Konsens (100%; 100%).

Häuser W. 2. Aktualisierung der S3 Leitlinie „Langzeitanwendungen von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen (LONTS. Der Schmerz; 34)

Kontraindikationen

- Primärer Kopfschmerz
- Funktionelle und psychische Störungen mit (Leit-) Symptom Schmerz
- Chronische Pankreatitis
- Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen

Kontraindikationen

26. Primäre Kopfschmerzen (ICD 10 G43.x, G44.0, G44.2, G44.8 [Kopfschmerz ohne begleitende strukturelle Läsion])

Bestätigt 2019: Evidenzbasierte Empfehlung: Alle primäre Kopfschmerzen sollen nicht mit opioidhaltigen Analgetika behandelt werden. EL3b. Stark negative Empfehlung*. Starker Konsens

Häuser W. 2. Aktualisierung der S3 Leitlinie „Langzeitanwendungen von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen (LONTS. Der Schmerz; 34)

Medikamentöse Therapie

- Einnahme **retardierte Präparate nach festem Einnahmeschema** (bessere Schmerzkontrolle und Therapieadhärenz, niedrigeres Risiko für Stürze und Suchtentwicklung)
- Titration: Beginn mit niedriger Dosierung
- Nur in Titrationsphase: Bedarfsmedikation mit nicht-retardierten opioidhaltigen Analgetika
- Höchstdosis: 120 mg/ Tag orales Morphinäquivalent (Fentanyl transdermal 50µg/h)
- Prophylaktischer Behandlung Obstipation
- Antiemetische Therapien nach 2-4 Wochen überprüfen
- Keine Empfehlung bezüglich Bevorzugung des oralen bzw. transdermalen Applikationswegs

Häuser W. 2. Aktualisierung der S3 Leitlinie „Langzeitanwendungen von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen (LONTS. Der Schmerz; 34)

Therapieüberwachung und Dokumentation

Regelmässige Therapieüberwachung

- Kontrolle mind. → 1 x / Quartal
- Zu Beginn (Titrationsphase)→ 1 x / Monat

Dokumentation Therapie

- Erzielte Schmerzlinderung (VAS, NAS, Schmerztagebuch)
- Funktionsniveau
- Umgang mit Opioid (Weitergabe, Beschaffung, Verhalten)
- Verlaufsdokumentation

Massnahmen bei Missbrauch oder Fehlgebrauch

- Besprechung mit Patient und ggf. Bezugspersonen
- Urin-, ggf Haartests
- Medikation unter Aufsicht
- Hinzuziehung Suchtspezialisten
- Therapiebeendigung

Häuser W. 2. Aktualisierung der S3 Leitlinie „Langzeitanwendungen von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen (LONTS. Der Schmerz; 34)

Interaktionen

- Medikationscheck empfohlen
- CAVE: Serotonin Syndrom (Oxycodon, Fentanyl, Tapentadol und Tramadol→ serotonerg)
- Kombinationstherapie mit Tranquilizern vermeiden

Häuser W. 2. Aktualisierung der S3 Leitlinie „Langzeitanwendungen von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen (LONTS. Der Schmerz; 34)

Gabapentin und Pregabalin

Warnung vor Atemdepression und Missbrauchspotenzial

Die US-amerikanische Arzneimittelbehörde FDA hat eine Untersuchung des Risikos der Atemdepression unter Gabapentin und Pregabalin eingeleitet. Außerdem soll das Missbrauchspotenzial der beiden Arzneistoffe, speziell zusammen mit Opioiden, unter die Lupe genommen werden.

Pharmazeutische Zeitschrift 12/2019

Beendigung Opioid Therapie

Beendigung schrittweise, wenn:

- ❖ Therapieziele nicht erreicht werden
- ❖ Relevante UAW auftreten
- ❖ Ziele durch andere Therapien erreicht werden
- ❖ Missbrauch-Verdacht

Unterstützung der Reduktion:

- ❖ Psychologische Unterstützung
- ❖ multimodal

CAVE:

Absetzen von Opioiden im Rahmen einer Akutschmerztherapie (z.B. wegen operativer oder interventioneller Eingriffe)

Überprüfung vor und nach Entlassung aus stationärer Behandlung

Bei fehlender Indikation für Langzeittherapie nach stationärer Entlassung zeitnah beenden

Take home message

- Opioidhaltige Analgetika medikamentöse Therapieoption in Therapie von chronischen Arthrose- und Rückenschmerzen sowie chronischen Schmerzen bei diabetischer Polyneuropathie und Postzosterneuralgie
- Kontraindikationen beachten
- Regelmässige Erfassung von Wirksamkeit und UAW
- Opioide nicht alleiniges Therapieprinzip bei CNTS