

Überwachungsanforderungen bei rückenmarksnahen Opioiden^{1*}

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) zu den Empfehlungen der American Society of Anesthesiologists (ASA) und der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS)

W. Gogarten¹ und H. Van Aken²

¹ Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie, Städtisches Klinikum München GmbH, Klinikum Harlaching (Chefärztin: Priv.-Doz. Dr. W. Gogarten)

² Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Münster (Direktor: Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. H. Van Aken)

Die aktuell publizierten Empfehlungen der American Society of Anesthesiologists (ASA) sowie Mustervereinbarungen des Arbeitskreises Akutschmerz der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) legen nahe, dass Patienten mit rückenmarksnahen Opioiden einer besonderen Überwachung zur Detektion von Atemdepression benötigen [1,2]. Die DGSS fordert deshalb in Mustervereinbarungen eine stündliche Überwachung der Atemfrequenz in den ersten 24 Stunden, die ASA fordert eine stündliche Überwachung innerhalb der ersten 12 Stunden, gefolgt von einer 2stündlichen Überwachung innerhalb der folgenden 12 Stunden.

Diese Empfehlungen berücksichtigen weder die in Deutschland gängige Praxis zum Umgang mit epiduralen Opioiden noch die Praktikabilität, Patienten stündlich zu überwachen. Die Wahrscheinlichkeit einer Atemdepression nach rückenmarksnahen versus systemischen Opioiden wird nicht adäquat gewichtet.

Eine aktuelle Umfrage aus Großbritannien zeigt, dass Patienten mit intrathekalen Opioiden in 70 % der Fälle auf Normalstation verlegt werden, allerdings existieren in vielen Kliniken Vereinbarungen über die zusätzliche Gabe von Opioiden und Sedativa [3]. Es gibt aus der Literatur keine Hinweise dafür, dass hierdurch das Risiko von Atemdepressionen erhöht wird. Im Gegenteil, Metaanalysen zeigen, dass der Grad der Sedierung und die Wahrscheinlichkeit einer Atemdepression bei einer systemischen Opioidgabe mittels intramuskulärer Gabe oder als Patienten-kontrolliertes intravenöses Verfahren höher ist [4]. Zu vergleichbaren Ergebnissen kommt auch die Metaanalyse der ASA [1], die das Risiko von Atemdepressionen nach neuraxialen und systemische Opioiden mit 0,01-3 % angibt, wobei systemische Opioide häufiger zu Sedierung oder Somnolenz führen. Fallserien mit über 14.000 Patienten, die epidurale Opioide bis zu einem Alter von 70 Jahren erhielten und mehrheitlich auf Normalstation postoperativ verlegt wurden, bestätigen die Sicherheit dieses Vorgehens (5). Messungen von Sufentanilplasmaspiegeln nach epiduraler Gabe zeigen, dass minimale effektive Konzentrationen im Plasma zwar erreicht werden, diese jedoch nicht zu einer Atemdepression führen (6). Fordert man also eine stündliche Überwachung von Patienten mit rückenmarksnahen Opioiden, so sollten die gleichen Anforderungen auch an systemische Opioidgaben gestellt werden.

Die DGAI spricht sich deshalb dagegen aus, Patienten mit rückenmarksnahen Opioiden im Gegensatz zu systemischen Opioiden einer besonderen Überwachung zur Detektion von Atemdepressionen zuzuführen. Hingegen sollten Faktoren, die das Risiko von Atemdepression erhöhen, in Verfahrensanweisungen und Vereinbarungen mit beteiligten Kliniken schriftlich hinterlegt werden. Hierzu gehört vor allem der Verzicht auf eine systemische Opioidgabe bei gleichzeitiger rückenmarksnaher Anwendung, der Verzicht auf zusätzliche Sedativa sowie die kritische Indikationsstellung bei Patienten mit einem höheren Lebensalter (> 70 Jahre) oder einem begleitenden Schlaf-Apnoe-Syndrom.

Literatur

1. Practice Guidelines for the Prevention, Detection, and Management of Respiratory Depression Associated with Neuraxial Opioid Administration. An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Neuraxial Opioids. *Anesthesiology* 2009;110:218-230.
2. Mustervereinbarungen des Arbeitskreises Akutschmerz der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) über die gemeinsame Durchführung der postoperativen Schmerztherapie. www.dgss.de, (www.dgss.org/index.php?id=167).
3. Giovannelli M, Bedford N, Aitkenhead A. Survey of intrathecal opioid usage in the UK. *Eur J Anaesthesiol* 2008;25:118-123.
4. Dolin SJ, Cashman JN. Tolerability of acute postoperative pain management: nausea, vomiting, sedation, pruritus, and urinary retention. Evidence from published data. *Br J Anaesth* 2005;95:584-591.
5. Pöpping DM, Zahn PK, Van Aken H, Dasch B, Boche R, Pogatzki-Zahn EM. Effectiveness and safety of postoperative pain management: a survey of 18925 consecutive patients between 1998 and 2006 (2nd revision): a database analysis of prospectively raised data. *Br J Anaesth* 2008;101:832-840.
6. Brodner G, Mertes N, Van Aken H, Möllhoff T, Zahl M, Wirtz S, Marcus MAE, Buerkle H. What concentration of sufentanil should be combined with ropivacaine 0,2% wt/vol for Postoperative Patient-Controlled Epidural Analgesia? *Anesth Analg* 2000;90: 659-657.

Priv.-Doz. Dr. med. Wiebke Gogarten
Schriftführerin des wiss. Arbeitskreises
Regionalanästhesie der DGAI

E-Mail: wiebke.gogarten@klinikum-muenchen.de ■

¹ Beschluss des Engeren Präsidiums der DGAI vom 11.11.2009

* Rechte vorbehalten