

# Medikamentenentzug

-

## Indikationen und Möglichkeiten



# **Ablösung der Begriffe**

**Sucht  
Gewöhnung**

**durch**

**Mißbrauch (bzw. schädlicher Gebrauch)  
Abhängigkeit**

## **Schädlicher Gebrauch (ICD 10)**

**Ein Konsummuster psychotroper Substanzen,  
das zu einer Gesundheitsschädigung führt.**

**Diese kann eine körperliche Störung ... oder  
eine psychische Störung sein, z.B. eine  
depressive Episode nach massivem  
Alkoholkonsum.**

# **Abhängigkeitssyndrom (ICD 10)**

**Es handelt sich um eine Gruppe körperlicher, kognitiver und Verhaltensphänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder Substanzklasse für die betreffende Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die früher von ihr höher bewertet wurden. Ein entscheidendes Charakteristikum der Abhängigkeit ist der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, psychotrope Substanzen zu konsumieren.**

**Es gibt Hinweise darauf, daß die weiteren Merkmale des Abhängigkeitssyndroms bei einem Rückfall nach einer Abstinenzphase schneller auftreten als bei Nichtabhängigen.**

**1. Medikamenteninduzierter  
Kopfschmerz**

**2. Opioide**

# Medikamenteninduzierter Kopfschmerz

- **Kritische kumulative Monatsdosis**
  - ▶ 4 - 6 mg Ergotamintartrat
  - ▶ 300 mg Sumatriptan oral oder 18 mg s.c.
- **cave:** max. 2x / Woche Schmerzmittel
- **Coffein**
  - ▶ 250 mg (2-3 Tassen) reduziert die zerebrale Durchblutung um 15%, erhöhtes KS-Risiko
  - ▶ 15 g/Monat (5 Tassen/d) nach Absetzen beginnen Entzugs-KS innerhalb von 24 Std., Rückbildung innerhalb 1 Std. nach erneutem Kaffeekonsum

# Medikamenteninduzierter Kopfschmerz

## ■ Häufigkeit

- ▶ ca. 40% aller Patienten in spezialisierten Kopfschmerzkliniken leiden unter täglichen chronischen Kopfschmerzen - wahrscheinlich sind davon 25 - 75% medikamenteninduziert

# Medikamenteninduzierter Kopfschmerz

## ■ Ziele

- ▶ Beseitigung oder Reduktion der Dauer-(Kopf-) Schmerzen
- ▶ Reduktion der "Pseudo-Migräneanfälle"
- ▶ Meidung schädigender Medikamentenwirkungen
- ▶ Verbesserung der Lebensqualität



# Medikamenteninduzierter Kopfschmerz

## ■ Kardinalsymptome

- ▶ zunehmende Häufigkeit und Schwere der Kopfschmerzen trotz steigenden Analgetikakonsums
- ▶ früher episodischer Kopfschmerz (z.B. Migräne) - jetzt Dauerkopfschmerz

# Medikamenteninduzierter Kopfschmerz

- **Prädispositionsfaktoren**
  - ▶ primäre Analgetikaeinnahme wegen Migräne oder Spannungskopfschmerz
  - ▶ häufige Medikamenteneinnahme bereits im Kindesalter
  - ▶ Kombinationskopfschmerz (Migräne und Spannungskopfschmerz)
  - ▶ hohes Pflichtbewußtsein und Streßpotential

# Medikamenteninduzierter Kopfschmerz

- Schmerzqualität
  - ▶ meist dumpf, drückend
  - ▶ "Chamäleon" aufgrund vielfältiger Symptomatik
- Schmerzintensität
  - ▶ stark bis unerträglich
- Lokalisation
  - ▶ beidseitig, einseitig oder wechselnd

# Medikamenteninduzierter Kopfschmerz

- zeitlicher Verlauf
  - ▶ meist Dauerkopfschmerz
  - ▶ oft bereits morgens beim Aufwachen
  - ▶ Zunahme im Verlauf des Tages und unter Belastung

# Medikamenteninduzierter Kopfschmerz

- Begleitsymptome
  - ▶ Übelkeit und Erbrechen
  - ▶ depressive Verstimmung
  - ▶ Lärm- und Lichtempfindlichkeit
  - ▶ Sehstörungen

# Medikamenteninduzierter Kopfschmerz

## ■ besondere Formen

- ▶ akuter medikamenteninduzierter KS  
(z.B. nach Nitraten o. Calciumantagonisten)
- ▶ Kopfschmerzmittelinduzierter KS  
übermäßige chronische Einnahme von Analgetika  
(meist Kombinationspräparate) oder Ergotamin

# Medikamenteninduzierter Kopfschmerz

- **Anamnese** (hinweisend):
  - ▶ ursprünglicher KS-Charakter hat sich geändert
  - ▶ mehr als 20 KS-Tage pro Monat
  - ▶ mehr als 10 KS-Stunden pro Tag
  - ▶ regelmäßige Analgetikaeinnahme
  - ▶ kein Ansprechen der KS auf die therapeutischen Standards von Migräne und Spannungs-KS
  - ▶ häufig Intensitätszunahme bei Absetzen der Medikamente
  - ▶ (Männer : Frauen = 1 : 5)

# Medikamenteninduzierter Kopfschmerz

- **körperliche Untersuchung**
  - ▶ oft kein pathologischer Befund
  - ▶ selten Myogelosen im Bereich der HWS
  - ▶ bei chron. Ergotamineinnahme - Zeichen von Ergotismus  
(kalte Akren, Claudicatio intermittens, abdominale Krämpfe, Angina pectoris)
- **apparative Diagnostik**  
bei typischer Anamnese nicht erforderlich



# Medikamenteninduzierter Kopfschmerz

- **Differentialdiagnose**
  - ▶ Migräne, Spannungskopfschmerz
  - ▶ ursprünglicher KS meist erst nach Medikamentenentzug beurteilbar

# Medikamenteninduzierter Kopfschmerz

- Organische Spätschäden
  - ▶ Ergotismus
  - ▶ Nierenschäden
  - ▶ rezidivierende Magen- und Duodenalulzera
  - ▶ erhöhte Mortalität durch Tumore der ableitenden Harnwege
  - ▶ depressive Symptome
  - ▶ Hautveränderungen (Pigmentierung)
  - ▶ vorzeitiges Altern

# Medikamenteninduzierter Kopfschmerz

## - Ablauf von Medikamentenentzug und Begleittherapie - (1)

- Aufklärung über Bedingungsmechanismen und therapeutische Möglichkeiten
- zunächst Führen eines Kopfschmerz-Tagebuches und Registrierung eingenommener Medikamente (einschl. frei verkäuf. Präparate)
- Entscheidung über ambulanten oder stationären Entzug
- Analgetika und Ergotamin abrupt absetzen
- Barbiturate, Tranquilizer, Codein und Opioide langsam ausschleichen (Reduktion der Ausgangsdosis alle 10 - 14 Tage um 25%)

# Medikamenteninduzierter Kopfschmerz

## - Ablauf von Medikamentenentzug und Begleittherapie - (2)

- Überbrückung mit 2x500mg Naproxen (vorausgesetzt es besteht kein Abusus von NSAR) oder in schweren Fällen ASS 0,5 - 1g i.v. aller 8 Std.
- Bei Bedarf Antiemetika wie Metoclopramid (z.B. 3x20 gtt. Paspertin) oder Domperidon (z.B. 3x10mg Motilium)
- begleitende oder nachfolgende Verhaltenstherapie
- Nach dem Entzug Migräneprophylaxe oder prophylaktische Behandlung des Spannungskopfschmerzes (z.B. trizyklische Antidepressiva über mindestens 3 - 6 Monate)

# Medikamenteninduzierter Kopfschmerz

- Voraussetzungen für ambulanten Medikamentenentzug
  - ▶ Einnahme von analgetischen Mischpräparaten - ohne gleichzeitige Einnahme von Codein oder Tranquilizern
  - ▶ aufgeklärte, hoch motivierte Patienten
  - ▶ Mithilfe durch die Familie oder Freunde
  - ▶ Zeit für die notwendigen Gespräche
  - ▶ Unterstützung durch mitbehandelnde Ärzte
  - ▶ Möglichkeit zur interdisziplinären Langzeitstützung
  - ▶ gleichzeitiger Beginn der Schmerztherapie

# Medikamenteninduzierter Kopfschmerz

- stationärer Medikamentenentzug bei
  - ▶ Langjähriger medikamenteninduzierter Dauerkopfschmerz
  - ▶ zusätzlicher Einnahme psychotroper Substanzen (Schlafmittel, Tranquilizer, Anxiolytika)
  - ▶ regelmäßiger Einnahme von Migränemitteln, die Codein enthalten
  - ▶ mehreren erfolglosen Selbstentzügen
  - ▶ Angst des Patienten vor dem ambulanten Entzug
  - ▶ hohem Leistungsanspruch und Angst auszufallen
  - ▶ ungünstigen familiären Begleitumständen
  - ▶ ausgeprägten Begleitdepressionen

# Medikamenteninduzierter Kopfschmerz

- Im Entzug sollten vermieden werden:
  - ▶ Ergotamintartrat
  - ▶ Triptane
  - ▶ Dihydroergotamin
  - ▶ zentral wirksame Analgetika und Opioide

# Medikamenteninduzierter Kopfschmerz

## ■ Prognose

- ▶ etwa 70% nach Entzug frei von Dauerkopfschmerzen oder nur noch gelegentliche Migräneattacken

## ■ Prädiktoren für Therapieversager

- ▶ Mangelnde Einsichtsfähigkeit
- ▶ Kombination Analgetika / Benzodiazepine
- ▶ Länger als 5 Jahre tägliche Kopfschmerzen
- ▶ chron. Spannungskopfschmerz als prim. KS
- ▶ sekundärer Krankheitsgewinn
- ▶ mehrfache erfolglose Selbstentzüge
- ▶ mangelnde familiäre Unterstützung
- ▶ nicht abgeschlossene Renten- u. Versicherungsverfahren bei posttraumatischen Kopfschmerzen



# Opiatabhängigkeit

Opiate im Rahmen einer  
Schmerztherapie

Drogenabhängigkeit

# Opiatabhängigkeit - Schmerztherapie

## ■ Häufigkeit

- ▶ extrem seltene Abhängigkeit bei der kontrollierten Einnahme verzögert freisetzender Opiate
- ▶ Nachuntersuchung von 11 882 Patienten - in 4 Fällen (0,03%) psychische Abhängigkeit nachweisbar (Jick 1970, Babayan 1980)

## ■ Faktoren für die Entwicklung der Abhängigkeit

- ▶ zugrundeliegende Persönlichkeitsstruktur
- ▶ soziales Umfeld
- ▶ (Opiat)

# Opiatabhängigkeit - Schmerztherapie

- Gefahr der Entwicklung einer psychischen Abhängigkeit
  - ▶ Opiate bei Bedarf
  - ▶ Einsatz nur kurz wirkender Opiate (z.B. Tilidin-Trpf., Morphin-Trpf.)

# Opiatabhängigkeit - Schmerztherapie

- Ursachen für die Notwendigkeit der Dosiserhöhung unter chron. Opiatmedikation
  - ▶ Voranschreiten der Grundkrankheit
  - ▶ Toleranzentwicklung
  - ▶ psychische Abhängigkeit

# Opiatabhängigkeit - Schmerztherapie

## ■ Problemsituationen

- ▶ Opiatentzug notwendig wegen **psychischer Abhängigkeit** des Patienten von den (falsch eingesetzten) Opioidanalgetika
- ▶ ungenügende Opiatwirkung durch **Toleranzentwicklung** nach längerer Therapiedauer bei schweren Schmerzsyndromen

## ■ Therapiemöglichkeiten

- ▶ Nichtopioidanalgetika, Antidepressiva
- ▶ Akupunktur
- ▶ psycholog. Verfahren der Schmerzdistanzierung und -bewältigung
- ▶ therapeutische Lokal- und Leitungsanästhesien
- ▶ Infusionen von Analgetika (Nichtopioide, Ketamin)

# Therapiephasen beim Medikamenten- und Drogenentzug

## ■ **Kontaktphase**

- ▶ Patient nimmt Kontakt mit behandelnder Einrichtung auf

## ■ **Motivationsphase**

- ▶ Erreichen und Aufrechterhalten einer Krankheitseinsicht und damit die Motivation zu einer Therapie

## ■ **Entgiftungsphase**

- ▶ stationäre bzw. ambulante Entgiftung

## ■ **Entwöhnungsphase**

- ▶ Gruppen- und Einzelgespräche

## ■ **Nachsorgephase**

- ▶ in psychosozialer Beratungsstelle oder Selbsthilfe-/ Abstinenzgruppe am Wohnort des Patienten

**Serum-/ Urinkontrollen können in jeder Therapiephase wichtig sein !**

# Möglichkeiten des Opiatentzuges

- 1) Substitutionsbehandlung mit Methadon o. Levomethadon o. (DHC, Buprenorphin)
- 2) ambulante / stationäre Entgiftung mit folgender ambulanter / stationärer Entwöhnungsbehandlung

# Formen der Opiatentgiftung

## **kalter Entzug**

- nur Abstinenz von Opiaten
- ambulant oder stationär

## **warmer Entzug**

- stationär oder (ambulant)
- Abstinenz von Opiaten
- Behandlung von Entzugssymptomen mit Medikamenten

## **Turboentzug**

- stationär
- Einsatz von Opiatantagonisten
- mit Narkose / Sedierung



# **Opioid - Turboentzug** (Universität Leipzig - KAI)

- 1) u. 2) ambulante Kontakt- und Motivationsphase**
- 3) Entgiftung (3 Tage ITS, ca. 3-4 Tage Normalstation)**
- 4) ambulante / (stationäre) Entwöhnungsphase**
- 5) ambulante Nachsorgephase (Beratungsstellen, Psychologen usw. am Wohnort des Patienten)**

# Kontrolle von Opiatentzugssymptomen

- **subjektive Symptome**
  - ▶ Craving
  - ▶ Angst
  - ▶ Unruhe
  - ▶ Schlaflosigkeit
  - ▶ Muskelschmerzen
  - ▶ Appetitlosigkeit
  - ▶ Übelkeit
  - ▶ Hitze-/Kältegefühl
- **objektive Zeichen**
  - ▶ Rhinorrhoe
  - ▶ Schwitzen
  - ▶ Gähnen
  - ▶ Gänsehaut
  - ▶ Tremor
  - ▶ Erbrechen
  - ▶ Tränenfluß
  - ▶ Durchfall

# Opiatentzug - Therapie von Nebenwirkungen

**Übelkeit, Erbrechen**

- Metoclopramid, Dolasetron,  
(Marophen, DHB)

**Muskelschmerzen**

- Metamizol, (NSAR)

**abdom. Krämpfe**

- Butylscopolamin, Metoclopramid

**Diarrhoe**

- Loperamid

**Schlaflosigkeit**

- Doxepin, (Benzodiazepine nur  
sehr kurzfristig)