

Fall des Monats – Juni 2012

CIRSmedical Anästhesiologie - Berichten und Lernen

Der Fall:¹ **Opioidabhängiger Patient appliziert sich in einem unbeobachteten Moment fast 200 ml Naropin 0,33% über einen liegenden Plexuskatheter**

Wo ist das Ereignis eingetreten? Krankenhaus / Normalstation

Versorgungsart? Routinebetrieb

Tag des berichteten Ereignisses: Wochentag **Patientenzustand:** ASA I

Patientenzustand:

Patient mit vorbestehendem Opioid-Abusus, der sich aktuell in einem Substitutionsprogramm befindet.

Wichtige Begleitumstände:

Axillärer Plexuskatheter, der über einen handelsüblichen Infusomaten mit Naropin 0,33% bestückt wird.

Fallbeschreibung:

Der Patient bekommt einen Plexuskatheter gelegt. Der Patient verlässt nach der Operation gegen Anweisung mit der Begleitperson zusammen die Station und wird von dieser nach kurzer Zeit mit neurologischen Auffälligkeiten auf die Station zurück gebracht. Es fällt auf, dass der 200-ml-Beutel Naropin 0,33% komplett leer ist.

Was war besonders ungünstig?

Ein ungesicherter Infusomat bei einem Suchtpatienten.

Eigener Ratschlag (Take-Home-Message)?

- Gesicherte Infusionssysteme bei Suchtpatienten verwenden.
- Möglichst wenig Zugänge bei solchen Patienten legen.

Häufigkeit des Ereignisses? nur dieses mal

Wer berichtet? Ärztin/Arzt

Berufserfahrung: über 5 Jahre

Die Analyse aus Sicht des Anästhesisten

Fachkommentar des wissenschaftlichen Arbeitskreises Schmerzmedizin (DGAI)

Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen gehören zur Gruppe der Hochrisikopatienten und sollten in der postoperativen Phase eine besonders sorgfältige Überwachung erfahren. Dabei sollte nicht nur auf Opioide geachtet werden, sondern auch auf die „neueren“ Szenesubstanzen wie Ketamin oder Propofol (Koopmann et al 2011). Die Gefahren liegen keineswegs nur bei einem möglichen Missbrauch, sondern auch in einer zu ängstlichen und daher insuffizienten Schmerztherapie.

Der Gedanke, den Gefahren durch Opioidapplikation bei Opioidabhängigen durch Regionalanalogie zu begegnen, ist richtig. Leider ist die Indikation für den Plexuskatheter nicht genannt. Auch ist eine kontinuierliche Applikation durch Vermeiden unnötiger Medikamentenspiegel sicher ein guter Gedanke (Jage, Held 2006; Lerchl-Wanie, Angster 2010). Allerdings hat die diskontinuierliche Applikation auch Vorteile, gerade in der vorliegenden Indikation. Der Effekt der einzelnen Analgetikagabe kann nur so wirklich zuverlässig überprüft werden und damit an die Notwendigkeit angepasst werden. Der „Bedarf“ bei Abhängigkeitskranken ist schwer zu ermitteln

¹ Aus Gründen der Anonymität wird im Folgenden bei Personen stets die männliche Bezeichnung verwendet.

und unterliegt zahlreichen Fehlerquellen. Daher empfiehlt sich eine sorgfältige Titration der notwendigen Dosis im Aufwachraum und dann die überwachte weitere Gabe.

Aus der Schilderung wird leider nicht klar, ob der Patient die Injektion zum Zweck des Missbrauchs vorgenommen hat oder versehentlich. Bei ausreichender Aufklärung wäre dem Patienten klar gewesen, dass eine akzidentelle Injektion eines Lokalanästhetikums allenfalls zu Krampfanfällen und Herzrhythmusstörungen führen kann, also zum Gegenteil eines Wohlfühls. Oder hat der Patient die Injektion zum Zweck eines Suizids vorgenommen? Dann wäre allerdings ein Perfusor äußerst leichtsinnig gewesen. Auch bei einem abschließbaren Perfusor sollte die Kreativität von Abhängigkeitskranken nicht unterschätzt werden.

Richtig war die Wahl eines Regionalanalgesieverfahrens bei diesem Opioid-abhängigen Patienten. Um eine ärztliche Kontrolle zu bewahren sind alle on-demand-Systeme im vorliegenden Fall problematisch. Dies wird allerdings – das soll zugegeben sein – in der Literatur unterschiedlich gesehen (Jage, Heid 2006; Lerchl-Wanie, Angster 2010; Spies et al 2004, Hampel et al 2006).

Kontinuierliche Verfahren haben den Nachteil der fehlenden klaren Beziehung zwischen Injektion und subjektiven und objektiven Zeichen der Wirkung.

Die deutsche S3-Leitlinie nimmt leider zum Problem der Schmerztherapie bei Abhängigen in der postoperativen Schmerztherapie nicht Stellung (AWMF-Leitlinie).

Take-Home-Message

- **Sorgfältige präoperative (bio-psycho-soziale) Untersuchung**
- **Fortführung der Substitution, Beachtung möglicher Entzugssymptome**
- **Regionale Analgesieverfahren bevorzugen**
- **Kontinuierliche Überwachung (Risikopatienten)**
- **Psychosoziale Begleittherapie**

Weiterführende Literatur

- Hampel et al: Schmerztherapie bei suchtmittelabhängigen Patienten, Schmerz 2006 · 20:445–459
- Jage J, Heid F: Anästhesie und Analgesie bei Suchtpatienten, Anaesthesist 2006, 55:611-628
- Koopmann A, von der Goltz C, Hermann D, Kiefer F: Propofol addiction initiated by anesthetic use, American Journal of Psychiatry, 2011;168(2):211-212
- Lerchl-Wanie G, Anster R: Perioperative Schmerztherapie bei opioidgewöhnten Patienten, Anaesthesist 2010, 59:657-672
- Spies C, Rosenberger P, Neumann T, Kox WJ (2004) Der suchtkranke Patient. In: Rossaint R, Werner C, Zwissler B (Hrsg): Die Anästhesiologie, Springer, Berlin Heidelberg New York, S 1397–1406
- S3-Leitlinie „Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen“; (AWMF-Register Nr. 041/001), abrufbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/041-001.html>

Autoren:

Prof. Dr. med. Michael Zenz, 1. Sprecher des wissenschaftlichen Arbeitskreises Schmerzmedizin (DGAI)
Prof. Dr. med. A. Schleppers, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg
Dr. iur. E. Biermann, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg
Ass. iur. E. Weis, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg
Dipl.-Sozialw. T. Dichtjar, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg
Dr. M. St.Pierre, Anästhesiologische Klinik, Universitätsklinikum Erlangen