

Patienten mit Suchterkrankungen sind chronisch krank und bedürfen aufgrund des häufig veränderten Bedarfs an Anästhetika und Analgetika sowie ggf. spezifischer Begleit- oder Drogenersatztherapie, Begleiterkrankungen und schwierigen Venenverhältnissen besonderer Aufmerksamkeit. Das gilt auch für Patienten mit Z.n. Drogenabusus.

1. ALLGEMEINE GESICHTSPUNKTE

- Der Opioidbedarf heroinabhängiger oder methadonsubstituierter Patienten ist aufgrund einer Toleranzentwicklung gegen Opioide deutlich erhöht (30-100%).
- Bei chronischen Alkoholabusus kann die Sensibilität für Anästhetika sowohl reduziert als auch gesteigert sein. Einerseits führt Alkoholkonsum zu einer Enzyminduktion des P450-Systems und Kreuztoleranz gegenüber Anästhetika, andererseits kann bei Leberzirrhose der Metabolismus verzögert sein.
- Begleiterkrankungen wie Leberzirrhose mit Gerinnungsstörungen, Kardiomyopathien, Arrhythmien, Elektrolytstörungen und Anämie sind häufig
- Erhöhtes Aspirationsrisiko aufgrund einer alkoholbedingten verzögerten Magenentleerung und nicht immer vorhandener Compliance.
- Bei Regional-Anästhesieverfahren muss besonderes Augenmerk auf eine intakte plasmatische Gerinnung und die Thrombozytenfunktion gelegt werden.
- Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens körperlicher Entzugssymptome ist unabhängig von der Bewusstseinslage möglich, d.h. auch in Narkose.
- Eine Allgemeinanästhesie unter akuter Wirkung von Alkohol oder allen anderen Drogen darf nur im Notfall erfolgen.
- Bei intravenösem Drogenkonsum an Hepatitis C, HIV und Endokarditis denken

2. ANÄSTHESIE UND ANALGESIE BEI SUCHTKRANKEN

2.1. PRÄMEDIKATION

- Möglichst genaue Substanzanamnese mit Art, Menge und Zeitpunkt des letzten Konsums
- Die Indikation für Midazolam großzügig stellen, z.B. bei Bedarf 7,5 mg p.o.
- Cave: bei schlechtem Allgemeinzustand in einer Kombination mit Opioiden und/oder Alkohol an eine mögliche Atemdepression denken.
- Keine Opiate
- Bei Substitutionstherapie: (Levo-)Methadon übliche Substitutionsdosis, Naltrexon 24-48h vor OP absetzen, Buprenorphin ggf. umstellen auf Methadon, wenn intra- oder postOP erhöhter Opiatbedarf erwartbar
- Bei aktivem Opioidmissbrauch: Levomethadon 10-20 mg als Einmalgabe
- Bei Gefahr eines Alkohol-Entzugssyndroms ergänzend Clonidin 150 mg p.o. und Thiamin 100 mg i.v. nach Absprache mit dem Bereichs-OA anordnen (siehe [SOP Delir perioperativ](#)).

	letzte Bearbeitung:	Prüfung:	Freigabe:	letzte Gültigkeitsprüfung:
Name:	Maiwald, Oliver	Morsbach, Kai	Liebl-Biereige, Simone	18.08.2020
Datum:	29.06.2020	17.08.2020	17.08.2020	

2.2. ANÄSTHESIE

1.1.1. PRIMÄR REGIONALE /LOKALE VERFAHREN:

Cave: Psychische Besonderheiten und Infektionen an der Einstichstelle beachten.

- großzügige Indikation zu Katheterverfahren
- Lokalanästhetikadosis wie üblich
- Epidurale Opioidgabe möglich
- Zusatz von Clonidin (z. B. 0,5 µg/Kg). Verlängerung der Wirkungsdauer des Lokalanästhetikums bei Single-shot-Technik

1.1.2. ALLGEMEINANÄSTHESIE:

- Allgemeinanästhesie möglichst unter zusätzlicher Nutzung regionaler Verfahren. Falls regionale Verfahren nicht möglich, zumindest Lokalanästhesieverfahren wie LA-Infiltration, Gelenkinstillation, Wundkatheter durchführen
- Gabe von Opioiden nach der Hypnotikagabe (Propofol)
- Inhalationsnarkotika zur Aufrechterhaltung der Anästhesie bevorzugen (Matabolismus/Steuerbarkeit)
- Bei Opioidabusus vor Schnitt Esketamingabe (25-50 mg)
- bei persistierender Tachykardie/Hypertonie trotz Anästhesievertiefung und angepasster Analgesie Clonidin (150-300 µg) zur vegetativen Dämpfung
- Bei intraoperativer Tachykardie, Hypertension, Schweißausbrüche etc. an intraoperativen Entzug denken
- Kontraindiziert
 - Remifentanyl (akute Toleranz, Entwicklung einer Hyperalgesie)
 - Antagonisten (Naloxon, Flumazenil)
- Relativ kontraindiziert
 - Succinylcholin (Rhabdomyolyse), Indikation streng überprüfen

2.3. ANALGESIE

- Regionalanästhesie -> siehe oben.
- Für systemische Analgesie nur reine Morphin-Agonisten (z. B. Morphin) verwenden. Um eine psychotrope Wirkung von Bolusgaben zu vermeiden, die Opioidgabe als eine kontinuierliche Dauerinfusion durchführen.
- Retardpräparate (Oxycodon), i.v. Clonidin 150 – 300 µg (opioidsparend), i.v. Esketamin 0,05-0,1mg/kg/h (antihyperalgetisch), i.v. Lidocain 2 mg/kg/h nach Bolus 1,5 mg/kg (siehe [SOP Lidocaingabe](#)).
- Nichtopioide (NSAID, COX-2-Hemmer).
- Ko-Analgetika (Antidepressiva, z. B. Amitriptylin; Antikonvulsiva, z. B. Gabapentin).

2.4. BESONDERHEITEN BEI Z.N. DROGENABUSUS

- Die Suchterkrankung ist eine chronische Erkrankung, auch nach Jahren der Abstinenz kann es zum Rückfall kommen. Stress, Angst und Schmerzen gelten als potenzielle Auslöser für einen Rückfall.
- Psychische Komorbiditäten bestehen häufig weiter.
- Opioide können wieder normal dosiert werden, da die vormalige Toleranz schon nach einigen Tagen ausbleibenden Drogenkonsums nicht mehr vorhanden ist, die restlichen Besonderheiten sind aber weiterhin zu beachten
- Insuffiziente Schmerztherapie postOP kann zu einem Rückfall führen

	letzte Bearbeitung:	Prüfung:	Freigabe:	letzte Gültigkeitsprüfung:
Name:	Maiwald, Oliver	Morsbach, Kai	Liebl-Biereige, Simone	18.08.2020
Datum:	29.06.2020	17.08.2020	17.08.2020	

**Mitgeltende Dokumente
Literatur**

- Rundshagen I. Der Suchtkranke in der Anästhesie – Substanzabhängigkeiten ... Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2010; 45: 304–312
- Hachenberg T. Der suchtkranke Patient in der Anästhesie – Risiken erkennen und vorbeugen . Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2015; 50: 404–405
- J.Eichler „Legal Highs“ (neue psychoaktive Substanzen), Der Anästhesist 2020

	letzte Bearbeitung:	Prüfung:	Freigabe:	letzte Gültigkeitsprüfung:
Name:	Maiwald, Oliver	Morsbach, Kai	Liebl-Biereige, Simone	18.08.2020
Datum:	29.06.2020	17.08.2020	17.08.2020	