

# Schmerz

Nr. 1a | 2021 • ISSN 2076-7625

NACHRICHTEN

ZEITSCHRIFT DER ÖSTERREICHISCHEN SCHMERZGESELLSCHAFT



**Opioid-induzierte Obstipation –  
Unterschätzte Krankheitslast  
erfordert optimiertes Management**

AdobeStock



Die Obstipation ist die mit Abstand häufigste gastrointestinale Dysfunktion, die als Nebenwirkung einer Opioidtherapie auftritt – und nicht selten Ursache von Therapieabbrüchen. Inzwischen stehen nicht nur symptomatische, sondern auch wirksame Mechanismen-orientierte pharmakologische Therapieoptionen zur Verfügung. Voraussetzung für jeden Behandlungserfolg ist aber eine möglichst frühe und aktive Thematisierung der Problematik im Rahmen des Gesprächs mit Patientinnen und Patienten, so der Konsens unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern eines interdisziplinären Expertengesprächs.

Opioide haben sich im Rahmen eines multimodalen Therapieansatzes und in Kombination mit anderen pharmakologischen und nicht-pharmakologischen Optionen als unverzichtbar in der Schmerzmedizin etabliert. Neben ihrer analgetischen Wirkung sind bei ihrer Anwendung allerdings eine Reihe möglicher Nebenwirkungen zu beachten. Dazu zählen zentral vermittelte Nebenwirkungen wie Atemdepression, Benommenheit, Schwindel, Erbrechen sowie Nebenwirkungen, die über das periphere Nervensystem vermittelt werden und zu gastrointestinalen Dysfunktionen führen. Während bei zentralen Nebenwirkungen eine Toleranz gegeben ist, entsteht eine solche bei den peripheren Nebenwirkungen nicht.

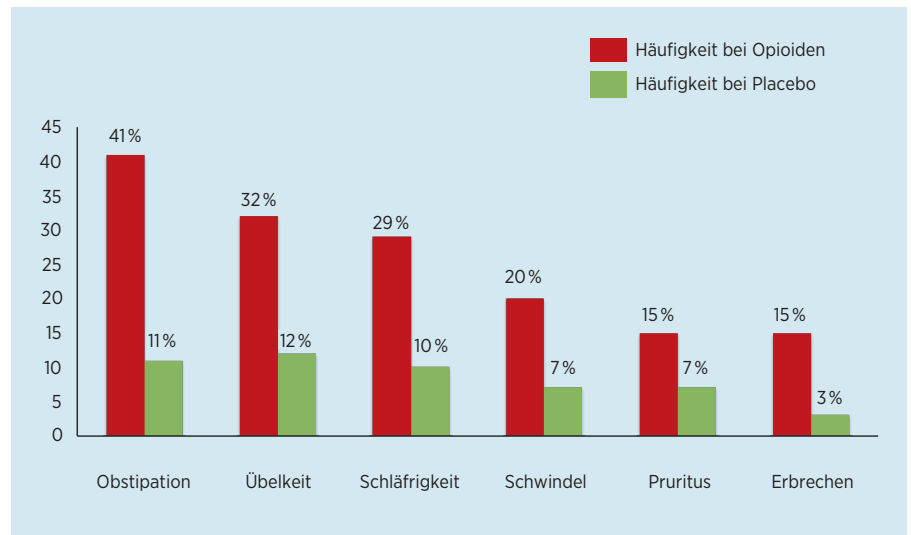
Die Obstipation ist nicht nur die häufigste gastrointestinale Dysfunktion, sondern auch jene, die Patientinnen und Patienten am schwersten belastet – und in der Konsequenz nicht selten dazu führt, dass die Opioidtherapie patientenseitig abgebrochen wird. Die Obstipation hat somit einen entscheidenden Einfluss auf die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten. Dennoch wird aufgrund der Tabuisierung mancherorts immer noch kaum über die Obstipation, ihre Ursachen, Folgen – aber auch vorhandene Therapiemöglichkeiten – gesprochen und aufgeklärt.

**GASTROINTESTINALE DYSFUNKTIONEN**

Drei Viertel aller Nebenwirkungen einer Opioidtherapie betreffen gastrointestinale Dysfunktionen. Bei etwa einem Drittel der Betroffenen führt eine Opioid-induzierte Obstipation (OIC – Opioid-Induced Constipation) zur Reduktion der Opioiddosis, knapp ein Viertel brechen ihre an sich wirksame Opioidtherapie ab, weil sie die Nebenwirkungen nicht mehr ertragen können.<sup>1</sup> Es gibt mehrere Gründe für einen Abbruch der Opioidtherapie (siehe auch Abbildung 1).

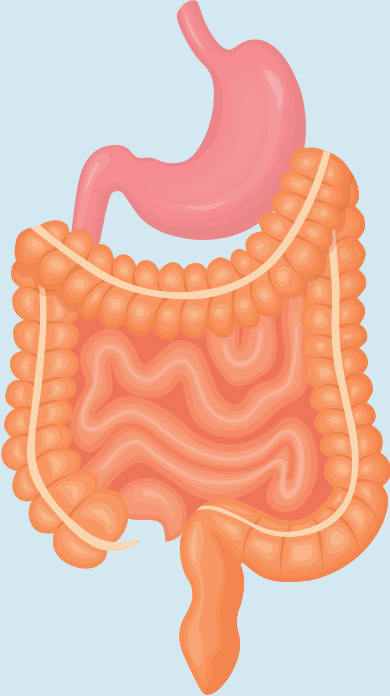
Die Ursache für gastrointestinale Dysfunktionen findet sich in einer Vielzahl an Opioid-

Abbildung 1: Gründe für den Abbruch einer Opioidtherapie



Mehrfachnennungen von verschiedenen Ereignissen. Quelle: Kalso E et al.<sup>1</sup>

Abbildung 2: Definition der Opioid-induzierten Obstipation (OIC)



**OIC ist als eine Änderung des Stuhlgangs unter einer Opioidtherapie definiert, die mindestens einen der folgenden Aspekte betrifft:**

- ▶ Verminderung der Stuhlfrequenz
- ▶ Härtere Stuhlkonsistenz
- ▶ Notwendigkeit des starken Pressens, um den Stuhl zu entleeren
- ▶ Gefühl der inkompletten Stuhlentleerung

**Störungen im oberen Gastrointestinal-Trakt (Magen und Dünndarm)**

- ▶ Übelkeit
- ▶ Erbrechen
- ▶ Frühzeitiges Sättigungsgefühl

**Störungen im unteren Gastrointestinal-Trakt (Kolon)**

- ▶ Fehlendes Abgehen von Winden
- ▶ Fehlendes Absetzen von Stuhl für mehr als drei Tage

Quelle: Storr M et al.<sup>2</sup>

Anna Rauchenberger



„Wir sollten das Problem der Obstipation umfassender sehen: Es handelt sich um eine gastrointestinale Dysfunktion bei der Opioidgabe. Wir sollten systematisch danach fragen und vor allem mit den Pflegepersonen bei diesem Thema gut kommunizieren. Auch in der Therapie gilt es, systematischer vorzugehen und manche liebgegewonnene Gewohnheit kritisch zu hinterfragen.“

**MR Dr. Reinhold Glehr**

id-Rezeptoren im intrinsischen Nervensystem des Gastrointestinaltraktes (GI-Trakt). Die Opioidaufnahme führt zu einer deutlich verminderten Transmitterfreisetzung, in deren Folge die Transitzeit des Stuhls im Dünn- und Dickdarm massiv zunimmt. Es kommt zum Wasserentzug und zur Eindickung, der Tonus der intestinalen Sphinkteren wird gesteigert, das führt zur OIC. Die Folgen sind eine härtere Stuhlkonsistenz, eine Verminderung der Stuhlfrequenz und nicht selten das Gefühl einer inkompletten Stuhlentleerung. Aber auch Übelkeit und Erbrechen können Symptome dieser gastrointestinalen Dysfunktion sein (*siehe dazu Abbildung 2*).

### ERKENNEN DER OIC

In der klinischen Praxis geht man dann von einer Obstipation aus, wenn die Stuhlfrequenz unter drei Stuhlgängen pro Woche liegt. Das wichtigste „Instrument“ zur Obstipationsmessung im klinischen Alltag bei Patientinnen und Patienten unter Opioidtherapie ist daher die regelmäßige Frage der Ärztin/des Arztes nach dem Stuhlgang. Diese Frage sollte regelmäßig gestellt werden. Teilnehmerinnen und Teilnehmer der interdisziplinären Expertengruppe wünschen sich dafür mehr Bewusstsein innerhalb der Kollegenschaft. Die Frage nach dem Stuhl müsse so selbstverständlich sein wie jene nach Schmerzen.

Hilfreich kann dabei ein sogenanntes Patient Reported Outcome Measurement

(PROM) sein, das routinemäßig etabliert und regelmäßig abgefragt wird. Im Rahmen der Visite ist die Thematisierung der Obstipation angesichts der großen Anzahl der Beteiligten eher problematisch. Das Symptom wird daher nicht selten vom Pflegepersonal wahrgenommen. In diesem Fall ist eine Klärung der abzufragenden Informationen sowie eine entsprechende Dokumentation und Information an die Ärztinnen und Ärzte erforderlich.

### ERKENNEN DER OIC IM NIEDERGELASSENEN SETTING

Anders stellt sich die Situation in der Niederlassung dar, wo die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ihre Patientinnen und Patienten in der Regel in größeren Abständen persönlich sehen. Daher sollte im Rahmen eines umfassenden Informationsgesprächs versucht werden, ein entsprechendes Problembewusstsein bei den Patientinnen und Patienten zu schaffen und sie anzuregen, das Thema beim Auftreten entsprechender Beschwerden auch von sich aus aktiv zu kommunizieren. Das stellt allerdings in vielen Fällen nach wie vor eine große emotionale Hürde dar. Daher ist zusätzlich eine intensive Kommunikation mit den Betreuenden (professionelle Pflege oder auch pflegende An- und Zugehörige) inklusive einer detaillierten Dokumentation und eines geregelten Informationsaustausches sinnvoll. Dazu ist ein automatisierter – oder zumindest standardisierter – Ablauf hilfreich. So kann zum Beispiel Patientinnen und Patienten wenige Tage nach der Ersteinstellung auf eine Opioidtherapie automatisch ein Fragebogen zu Schmerz und Obstipation vorgelegt und die Antworten anschließend der Krankengeschichte beigelegt werden, um im darauffolgenden Arzt-Patienten-Gespräch erörtert zu werden.

### DIAGNOSEINSTRUMENTE

Drei einfache Screening-Methoden haben sich als Hilfsmittel zur Detektierung einer OIC etabliert:

Der **Bowel Function Index (BFI)**<sup>3</sup> wurde speziell für die OIC-Diagnose validiert (nach EMA-Richtlinien). Er setzt sich aus folgenden Kriterien zusammen:

- ▶ Leichtigkeit der Defäkation während der letzten sieben Tage vor Konsultation zwischen 0 (einfach) und 100 (mit größter Schwierigkeit);
- ▶ Gefühl der inkompletten Entleerung während der letzten sieben Tage vor

Anna Rauchenberger



„Eigene Studien haben gezeigt, dass mit dem Einsatz von Naloxegol bei Intensivpatienten mit ausgeprägter gastrointestinaler Mobilitätsstörung und Opioidtherapie die Zeit bis zum ersten Stuhl nach einer Operation im Mittelwert auf 1,3 Tage gesenkt werden konnte. Daher setzen wir den Wirkstoff gerne dort ein, wo viele Opioide gegeben werden.“

**Prim. Univ.-Prof.  
Dr. Rudolf Likar, MSc**

Konsultation zwischen 0 (überhaupt nicht) und 100 (sehr stark);

- ▶ Persönliche Einschätzung der Obstipation während der letzten sieben Tage vor Konsultation zwischen 0 (überhaupt nicht) und 100 (sehr stark).

Das arithmetische Mittel aus allen drei Aussagen ergibt einen Wert, der folgende Aussagen zulässt: ein Wert < 30 bedeutet eine normale Darmfunktion. Liegt er darüber, kann von einer OIC ausgegangen werden. Gelingt es im Zuge der OIC-Therapie, den Wert um 12 Punkte zu reduzieren, kann von einer „klinisch relevanten Verbesserung“ ausgegangen werden.

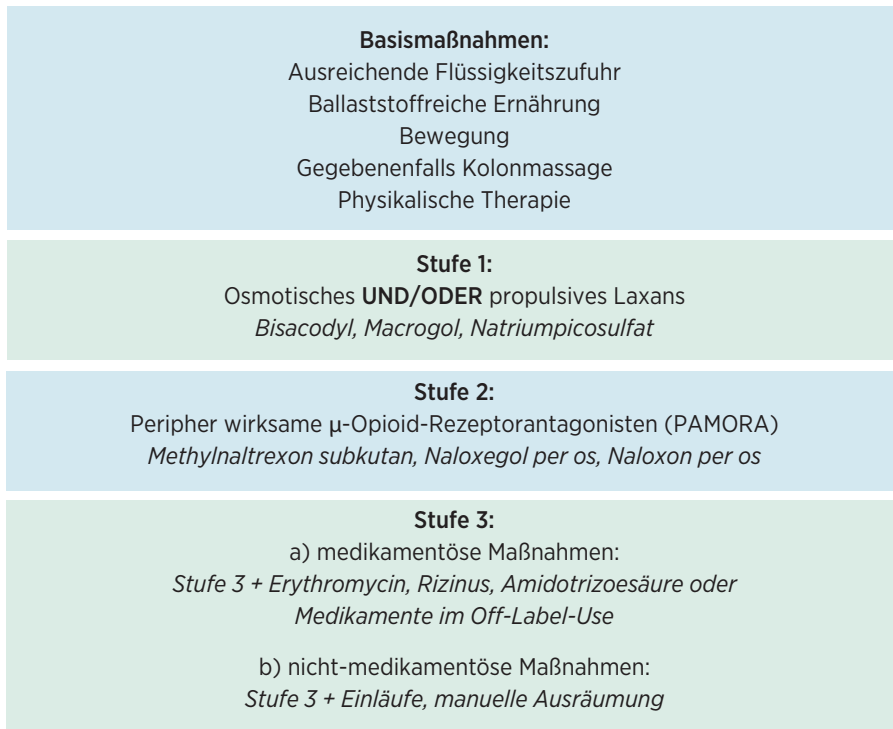
Die **praktische Obstipationskala**: Wenn kein Stuhlgang > 72 h erfolgt ist und mindestens ein subjektives Kriterium (z. B. Pressen, Defäkationsprobleme, Gefühl der unvollständigen Entleerung mit einer subjektiven Einschätzung von > 5 auf einer numerischen Rating-Skala NRS von 0 bis 10) bejaht wird und/oder eine harte Stuhlkonsistenz vorliegt, kann von einer OIC ausgegangen werden.

Die **Bristol Stool Scale** arbeitet mit der bildlichen Darstellung unterschiedlicher Stuhlförmigkeiten (Typ 1–7), die von der Patientin/dem Patienten anzukreuzen sind.<sup>4</sup>

### OIC-THERAPIE NACH STUFENSHEMA

Es gibt eine ganze Reihe an Therapieoptionen der OIC, beginnend mit Lebens-

Abbildung 3: OIC-Therapie Stufenschema



Quelle: nach Storr M et al<sup>2</sup> und S3 Leitlinie<sup>5</sup>

stil-Modifikationen, die in vielen Fällen zu einer Verbesserung der Symptome führen können. Am wichtigsten dabei sind eine vermehrte Flüssigkeitszufuhr sowie viel Bewegung, wobei deren positive Wirkung begrenzt und oft nicht umsetzbar ist.

Für weiterführende Therapiemaßnahmen gibt ein Therapie-Stufenschema<sup>2,5</sup>, dessen Einhaltung von allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Expertenrunde empfohlen wird, Orientierung (siehe Abbildung 3). Die vier Stufen:

1. Einzeltherapie: osmotische oder stimulierende Laxanzien zur symptomatischen Therapie
2. Kombinationstherapie: osmotische und stimulierende Laxanzien zur symptomatischen Therapie
3. Peripher wirkende Opioidrezeptor-Antagonisten (PAMORA) als kausale Therapie
4. PAMORA in Kombination mit osmotischen oder propulsiven Laxanzien, Prokinetika bzw. medikamentösen (Rizinus, Erythromycin, Amidotrizoessäure oder ähnliche) bzw. nicht-medikamentösen Maßnahmen (v. a. Einläufen)

Die verfügbaren Laxanzien sind teilweise wirksam und sicher. Eine Gewöhnung und Toleranz (Tachyphylaxie) sind sehr selten.

Bei bestimmungsgemäßem Gebrauch führt ihre Gabe auch langfristig nicht zu Störungen der Serumelektrolyte (keine relevante Hypokaliämie).

Zwar sind die neueren Laxanzien nicht wirksamer als die bereits eingeführten, es gibt aber Patientinnen und Patienten, die mit den älteren Laxanzien nicht zurechtkommen bzw. nicht zufrieden sind. Daher gibt es Bedarf nach Substanzen mit anderen Wirkmechanismen. Macrogol, Bisacodyl und Natriumpicosulfat sind die Laxanzien der ersten Wahl, die konkrete Auswahl orientiert sich an der individuellen Präferenz der Patientin/des Patienten.

Macrogol zählt zu den **osmotischen Laxanzien**. Diese beeinflussen zwar nicht die Ursachen einer OIC, sie können aber ihre Symptome mildern. Sie ziehen Wasser mittels osmotischer Gradienten und fördern indirekt die Peristaltik. Entscheidend für die Wirksamkeit einer OIC-Therapie ist letztendlich nicht, ob es gelingt, den Stuhl zu erweichen, sondern ob die Peristaltik angeregt wird.

Natriumpicosulfat und Bisacodyl sind **stimulierende Laxanzien**. Sie hemmen die Absorption von Wasser und fördern die Sekretion von Wasser und Elektrolyten.<sup>6</sup>

Anna Rauchenberger



„Man sollte den Patientinnen und Patienten vermitteln, dass Obstipation kein Tabuthema ist und offen besprochen werden muss. Damit erreichen wir mehr Compliance, was wichtig ist, damit die Patienten die Opiode nicht absetzen, weil sie nicht wissen, dass man gegen Nebenwirkungen etwas machen kann.“

**OA Dr. Wolfgang Jaksch, DEAA**

Ein Problem stellt die Dosierung der Laxanzien dar, weil die OIC weder präparat- noch dosisabhängig ist und eine Vorhersage, wie viele Laxanzien benötigt werden, daher äußerst schwierig ist. Es liegt auch kein auf Studiendaten basierendes Schema vor, wie und in welcher Größenordnung man Laxanzien kombinieren kann.

**Peripher wirkende Opioidrezeptor-Antagonisten (PAMORA)** wirken an peripheren  $\mu$ -Opioidrezeptoren und stellen die Propulsion des Stuhls wieder her. Dazu zählen die Wirkstoffe Naloxegol und Methylnaltrexon.

Methylnaltrexon war der erste PAMORA auf dem Markt: ein subkutan zu injizierender, kompetitiver Opioidrezeptor-Antagonist, der die Blut-Hirn-Schranke nicht durchbricht und daher die analgetische Opioidwirkung nicht beeinträchtigt. Das Präparat wird auf Intensivstationen häufig verwendet, allerdings stellen Darmoperationen eine absolute Kontraindikation von Methylnaltrexon dar.

Bevorzugt werden PAMORA als Monotherapie eingesetzt. Bei nicht ausreichender Wirkung können PAMORA mit Laxanzien bzw. Prokinetika wie etwa dem 5-HT<sub>4</sub>-Agonisten Prucaloprid, der die Darmmotorik verstärkt, kombiniert werden.

**NALOXEGOL**

Ein oral einzunehmender peripher wirkender Opioidrezeptor-Antagonist ist Naloxegol (Moventig®). Bei diesem Wirkstoff



„Eine zielgerichtete Therapie sollte früh beginnen und kausal sein. Im Aufklärungsgespräch muss das Patientenverständnis im Vordergrund stehen. Patientinnen und Patienten müssen verstehen, dass sie mehr als eine Verstopfung haben, nämlich ein ganzes Syndrom im Magen-Darm-Trakt.“

Univ.-Doz. Dr. Alexander Kober

handelt es sich um eine Weiterentwicklung von Naloxon, einem peripher wirksamen  $\mu$ -Opioidrezeptor-Antagonisten, der die  $\mu$ -Opioidrezeptoren im Darm selektiv hemmt. Die Pegylierung von Naloxegol verhindert die Passage durch die Blut-Gehirn-Schranke. Diese Modifikation führt zu einer Reduktion der passiven Permeabilität und zu einem erhöhten Efflux über den P-Glykoproteintransporter. Das bewirkt eine Linderung der OIC, ohne dabei die analgetische Wirkung der Opiode im ZNS zu beeinträchtigen.<sup>7</sup>

Naloxegol ist frei kombinierbar mit mittelstarken und starken Opioiden der Stufen 2 und 3 des WHO-Stufenschemas.

Eingenommen wird das Präparat oral, einmal täglich. Die Standarddosierung beträgt 25 mg. Bei eingeschränkter Nierentätigkeit oder bei Patientinnen und Patienten, die moderate CYP3A4-Inhibitoren einnehmen (zum Beispiel Verapamil, Diltiazem) wird diese Dosierung halbiert (auf 12,5 mg täglich).

Aufgrund seiner guten allgemeinen Verträglichkeit und Kombinierbarkeit mit Opioid-Analgetika wird Naloxegol auch auf Intensivstationen breit eingesetzt. Am Klinikum Klagenfurt wurde eine retrospektive Analyse von Intensivpatientinnen und -patienten mit ausgeprägter gastrointestinaler Mobilitätsstörung und Opioidtherapie durchgeführt. Prof. Likar präsentierte daraus bislang unveröffentlichte

Abbildung 4: Empfehlungen für das Arzt-Patienten-Gespräch



- ▶ Bereits beim Einstellen auf Opiode sollte das Thema Obstipation als häufigste Nebenwirkung einer Opioidtherapie aktiv angesprochen werden.
- ▶ Neben OIC gibt es auch zahlreiche andere Erkrankungen (z. B. Morbus Parkinson oder Demenz) und Medikamente (u. a. Antidepressiva oder Eisenpräparate), bei denen Obstipation eine potenzielle Nebenwirkung darstellt. 40 Prozent von Patientinnen und Patienten in Pflegeheimen nehmen bereits Laxanzien ein, bevor sie eine Opioidtherapie beginnen. Auch das muss beim Einstellen auf Opiode hinterfragt werden.
- ▶ Ein offenes Ansprechen des Tabuthemas Obstipation durch Ärztinnen und Ärzte ermutigt die Patientinnen und Patienten später eher dazu, das Thema im Falle von auftretenden Beschwerden von sich aus anzusprechen.
- ▶ Suggestivfragen („Geht es Ihnen gut mit dem Stuhlgang?“) und unverbindliche Fragen („Wie geht es Ihnen?“) vermeiden, dafür konkret nachfragen: „Was brauchen Sie?“.
- ▶ Im Aufklärungsgespräch muss eine Balance gefunden werden, damit Patientinnen und Patienten einerseits auftretende Symptome ernst nehmen, andererseits aber nicht zusätzliche Angst vor möglichen Folgen aufgebaut wird.
- ▶ Das Gespräch sollte im Idealfall mit der Besprechung jener Symptome beendet werden, die sich verbessert haben, damit die Patientinnen und Patienten mit einem Erfolgserlebnis nach Hause gehen, um Motivation und Compliance zu verbessern.
- ▶ Zum Abschluss konkret nachfragen: „Sind noch Fragen offen geblieben?“ oder die Patientinnen und Patienten das Gespräch selbst noch einmal kurz zusammenfassen lassen, um zu überprüfen, ob die wesentlichen Informationen „angekommen“ sind.

Daten: Demnach konnte durch die Gabe von Naloxegol (1 x täglich 25 mg, verabreicht über eine Sonde) die Dauer bis zum ersten Stuhl auf 1,33 Tage (im Mittelwert) verkürzt werden.

Ein großer Vorteil von Naloxegol ist die breite Wirkung. Die Beschwerden opioidtherapierter Patientinnen und Patienten betreffen zwar in erster Linie die Obstipation, aber da die Opiode auf den gesamten

Gastrointestinaltrakt wirken, können auch andere gastrointestinale Dysfunktionen wie Völlegefühl, Reflux, etc. die Folge sein. Als Mechanismen-orientierte Therapie eingesetzt, wirkt der Antagonist am  $\mu$ -Rezeptor genau dem Mechanismus entgegen, der dafür verantwortlich ist, dass es zu den beschriebenen Symptomen kommt.

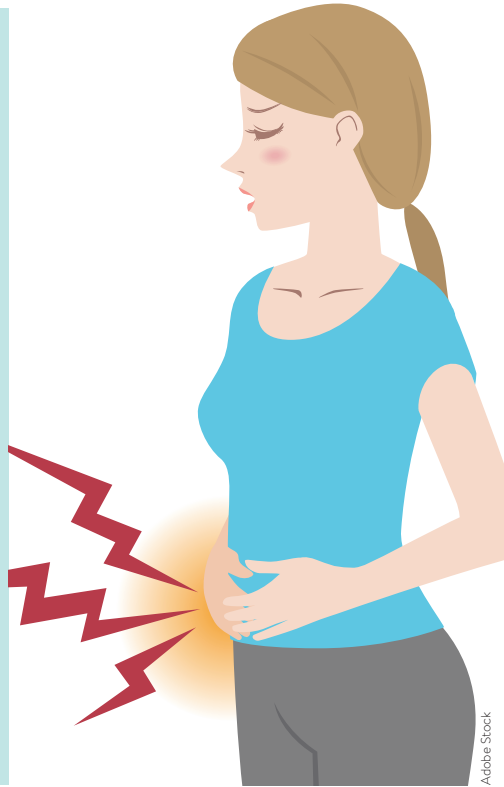
Die orale Gabe erhöht die Compliance der Patientinnen und Patienten ebenso wie

Arman Rastegar



„DAS Instrument zur Obstipationsmessung im klinischen Alltag bei Patientinnen und Patienten, die unter Opioiden stehen, ist die aktive Frage der Ärztinnen und Ärzte nach dem Stuhlgang der Patientin/des Patienten. Jeden Tag! Dafür müssen wir innerhalb der Kollegenschaft noch mehr Bewusstsein schaffen. Die Frage sollte genauso selbstverständlich sein wie jene nach Schmerzen. Das gehört einfach dazu!“

OÄ PD Dr. Gudrun Kreye



Adobe Stock

Anna Rauchenberger



„Man muss Patientinnen und Patienten über das Thema Obstipation als eine mögliche Nebenwirkung aufklären. Alles, was sie verstehen, werden sie auch akzeptieren und annehmen, alles, was sie nicht verstehen, ist ihnen suspekt und kann auch zu einer Ablehnung führen. Mit guter Information kann man die Compliance massiv verbessern und damit das Therapieziel, die Selbstständigkeit der Patienten möglichst lange zu erhalten, wesentlich unterstützen.“

OÄ Dr. Waltraud Stromer

die bevorzugte Möglichkeit, Naloxegol als Monotherapie zu geben.

Auch im geriatrischen Bereich, wo viele Erkrankungen (z. B. Morbus Parkinson oder Demenz) und auch Medikamente (u. a. Antidepressiva oder Eisenpräparate) zur Obstipation führen können und wo Laxanzien die meistverwendeten Medikamente sind, ist Naloxegol – darüber herrschte unter den teilnehmenden Expertinnen und Experten Einigkeit – ein sehr hoffnungsvolles Medikament. Speziell im Alter nimmt die Funktion des vegetativen Nervensystems massiv ab. Fügt man zu dieser bestehenden Schwäche noch ein Opioid hinzu, kann es rasch zu ungewollten gastrointestinalen Nebenwirkungen kommen. Die viel postulierten Änderungen des Lebensstils sind bei alten, schwerkranken Menschen realistischerweise auch keine Option. Hinsichtlich der Compliance ist in diesen Fällen ein Medikament, das einmal am Tag oral eingenommen wird, wahrscheinlich zielführender.

#### UMSETZUNG DES OIC-STUFENSCHEMAS

Trotz seiner breiten Wirksamkeit und allgemein guten Verträglichkeit ist Naloxegol laut Stufenschema kein First-Line-Präparat und stellt erst dann eine Option dar, wenn vorherige Therapieversuche mit einzelnen bzw. kombinierten Laxanzien ausbleiben. Die Umsetzung des Stufenschemas funk-

tioniert im klinischen Alltag laut Expertinnen und Experten allerdings nur bedingt. Das betrifft vor allem auch den **stationären Bereich**. Hier würden zum Teil immer noch Einläufe (eigentlich letzte Stufe) als therapeutische Maßnahmen vorgezogen, falls sich die Stufe 1 (Laxanzien) als nicht wirksam erweist. Die Stufen 2 und 3 (PAMORA als Mono- oder Kombinationstherapie) werden nicht selten übersprungen.

Das habe wohl damit zu tun, mutmaßt einer der Teilnehmenden, dass Obstipation im stationären Setting immer noch ein vorrangiges Pflegeethema ist. Die Pflege sei mit Einläufen besser vertraut als mit PAMORA und ziehe diese daher häufig vor.

Obstipation im Allgemeinen – und OIC im Speziellen – müsse allerdings auch ärztliches Thema bleiben und dürfe nicht ausschließlich der Pflege überlassen werden, fordern die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der interdisziplinären Expertenrunde. Um die passende Therapieform zu finden, braucht es interdisziplinäre Zusammenarbeit und entsprechendes Fachwissen über die vorhandenen Therapieoptionen. Im **niedergelassenen Bereich** funktioniere die Umsetzung des Stufenschemas insgesamt besser, weil es nicht nur als fachlich sinnvoll, sondern auch als medizinisch – hinsichtlich einer adäquaten Behandlung – hilfreich erachtet wird. Das habe auch mit

den Rahmenbedingungen in der Ordination zu tun und damit, dass das Thema nicht an die Pflege delegiert werden kann. Im niedergelassenen Bereich werden in der Regel keine Einläufe durchgeführt, sie werden zudem auch nicht als finanzielle Leistung honoriert. Daher wird Naloxegol, entsprechendes Wissen über diese Behandlungsoption vorausgesetzt, im niedergelassenen Bereich auch chefärztlich beantragt – und in der Regel von den Krankenkassen bewilligt, sollte sich die Therapie mit mindestens zwei Laxanzien aus dem grünen Bereich als nicht ausreichend erweisen und der Antrag ausreichend dokumentiert sein.

#### KOMMUNIKATION MIT PATIENTINNEN UND PATIENTEN

Jede gute Schmerztherapie braucht eine gute, verständliche Argumentation, um von den Patientinnen und Patienten angenommen und konsequent durchgeführt zu werden. Das erfordert im Vorfeld eine offene und proaktive Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten.

Bewährt hat sich die Strategie, dass Ärztinnen und Ärzte bereits im Rahmen der Verordnung des Opioids über die Möglichkeit einer OIC als häufige Nebenwirkung der Schmerztherapie und über geeignete Gegenstrategien informieren. Das proaktive Ansprechen ist insofern erforderlich, als die Obstipation noch immer als Tabuthema

Anne Rauchenberger



„Ich habe den Eindruck, dass in der klinischen Praxis häufig widersprüchlich zum aktuellen Stufenschema vorgegangen wird, indem die Einläufe, der Gabe von PAMORA häufig vorgezogen wird.“

**Assoc.-Prof. PD Dr.  
Eva Katharina Masel, MSc**

gilt, über das seitens der Betroffenen nicht gerne gesprochen wird, auch wenn ihre Lebensqualität dadurch schon massiv eingeschränkt ist. Eher wird dann auf Selbstmedikation gesetzt oder die Schmerztherapie überhaupt abgesetzt. Laut einer im Rahmen des Expertenmeetings vorgestellten internen Analyse gab über ein Drittel der Patientinnen und Patienten, die im letzten Monat bei ihrer Ärztin/ihrem Arzt waren, an, aus ihrer Opioidanwendung resultierende Obstipationssymptome nicht angesprochen zu haben. Es ist daher Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte, auf dieses Thema einzugehen (siehe dazu die Empfehlungen für einen Gesprächsleitfaden in Abbildung 4). In Großbritannien zum Beispiel sei es – anders als in Österreich – selbstverständlich, über Themen wie Sexualität oder eben auch Stuhlgang im Patientinnen-/Patientengespräch zu reden. Das sei Bestandteil einer umfassenden Anamnese.

Um die Patientinnen und Patienten aber mit Informationen nicht zu überfordern, empfehlen die Expertinnen und Experten beim Aufklärungsgespräch über mögliche Nebenwirkungen einer Opioidtherapie eine

Fokussierung auf die wesentlichen Punkte: Neben Reaktionsfähigkeit, Schwindel und Übelkeit zu Beginn der Therapie sind das vor allem dauerhafte unerwünschte Wirkungen wie Obstipation sowie ein möglicher negativer Einfluss auf das Sexualleben.

Als sinnvolle Unterstützung bzw. Ergänzung für das Arzt-Patienten-Gespräch wird die Bereitstellung von Informationsmaterial angesehen, das den Patientinnen und Patienten nach Hause mitgegeben werden kann, etwa eine handliche Patientenbroschüre zum Einstecken oder einzelne Info-Karten. Patientinnen und Patienten lesen nach einem Gespräch das Gehörte noch einmal gerne nach, so die übereinstimmende Erfahrung der Expertinnen und Experten, um sich später in einem Nachfolgegespräch darauf beziehen zu können. Gutes Informationsmaterial erhöht somit nachweisbar die Compliance. Inhaltlich und grafisch sollte das Material niederschwellig und sehr anschaulich gestaltet sein und auf eine klare, einfache Art die Ursachen, Entstehung und Behandlungsmöglichkeiten der OIC erklären.

**Redaktion: Mag. Volkmar Weilguni**

#### Referenzen:

- 1 Kalso E et al. Opioids in chronic non-cancer pain: systematic review of efficacy and safety. *Pain*. 2004;112:372-380.
- 2 Storr M et al. Konsensus-Empfehlung zum Management der Opioid-induzierten Obstipation. *Thieme Praxis Report* 2017; 9 (11): 1-12.
- 3 Rentz AM et al. Validation of the Bowel Function Index to detect clinically meaningful changes in opioid-induced constipation. *J Med Econ*, 2009, 12(4):371-383.
- 4 Chokhavatia S et al. Constipation in Elderly Patients with Noncancer Pain: Focus on Opioid-Induced Constipation. *Drugs Aging* 2016; 33:557-74.
- 5 Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG) und Deutschen Krebshilfe (DKH) (2015): S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Kohlhammer, Stuttgart, S. 115.
- 6 Müller-Lissner S. Obstipation – Pathophysiologie, Diagnose und Therapie. *Dtsch Med Wochenschr* 2019; 144: 1145-1157.
- 7 Moventig® Fachinformation November 2019.

**Quelle:** Interdisziplinäres Expertinnen- und Expertenmeeting „Opioid-induzierte Obstipation – Unterschätzte Krankheitslast erfordert optimiertes Management“, virtuell, 24. September 2020. Mit freundlicher Unterstützung von Grünenthal Österreich.

#### TEILNEHMENDE EXPERTINNEN UND EXPERTEN

##### MR Dr. Reinhold Glehr

Arzt für Allgemeinmedizin, Hartberg

##### OA Dr. Wolfgang Jaksch, DEAA

Abteilung für Anästhesie, Intensiv- und Schmerzmedizin, Klinik Ottakring, Wien; Vorstandsmitglied der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG)

##### Univ.-Doz. Dr. Alexander Kober

Arzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin, St. Aegy am Neuwalde

##### OÄ PD Dr. Gudrun Kreye

Organisatorische Leiterin Palliativmedizin, Klinische Abteilung für Innere Medizin 1, Universitätsklinikum Krems; Vorstandsmitglied der Österreichischen Palliativgesellschaft (OPG)

##### Prim. Univ.-Prof. Dr. Rudolf Likar, MSc

Leiter der Abteilung für Anästhesiologie, allgemeine Intensivmedizin, Notfallmedizin, interdisziplinäre Schmerztherapie und Palliativmedizin, Klinikum Klagenfurt am Wörthersee und LKH Wolfsberg; Lehrstuhl für Palliativmedizin, SFU, Wien; Generalsekretär der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG); Past Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI); Präsident der Österreichischen Palliativgesellschaft (OPG)

##### Assoc.-Prof. PD

##### Dr. Eva Katharina Masel, MSc

Universitätsklinik für Innere Medizin I, Stellvertretende Leiterin der Klinischen Abteilung für Palliativmedizin, Medizinische Universität/AKH Wien; Vorstandsmitglied der Österreichischen Palliativgesellschaft (OPG)

##### OÄ Dr. Waltraud Stromer

Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Landesklinikum Horn; Vizepräsidentin der Österreichischen Schmerzgesellschaft; Vorsitzende der Sektion Schmerz der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI)

# MOVENTIG® BEI OIC\*:

## EIN GUTES BAUCHGEFÜHL BEI DER SCHMERZTHERAPIE MIT OPIOIDEN

MOVENTIG® (Naloxegol) ist der orale, peripher wirkende  $\mu$ -Opioidrezeptor-Antagonist (PAMORA) zur ursächlichen Therapie der Opioid-induzierten Obstipation (OIC).<sup>1</sup>

- Wirksam innerhalb von 7,6 Stunden\*\* nach der ersten Dosis<sup>2</sup>
- Gute Verträglichkeit auch in der Langzeittherapie<sup>3</sup>
- Erhöht die Lebensqualität von OIC-Patienten<sup>4</sup>

MOVENTIG®  
Die clevere  
Therapie bei  
OIC



**KYOWA KIRIN**

 **moventig**  
naloxegol

OIC lindern –  
Schmerzkontrolle erhalten<sup>5</sup>

\* Opioid-induzierte Obstipation | \*\* im Median

1 MOVENTIG® Fachinformation, Stand 09/2019. 2 Tack J et al. UEG Journal 2015;3(5):471–480. 3 Webster L et al. Aliment Pharmacol Ther 2014;40(7):771–779. 4 Lawson R et al. Adv Ther 2016; DOI 10.1007/s12325-016-0365-y. 5 Bell TJ et al. Pain Med 2009; 10(1):35–42.

**Moventig 12,5 mg Filmtabletten | Moventig 25 mg Filmtabletten:** Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Filmtablette enthält Naloxegoloxalat, entsprechend 12,5 mg bzw. 25 mg Naloxegol. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Tablettenkern: Mannitol, Mikrokristalline Cellulose, Crosscarmellose-Natrium, Magnesiumstearat, Propylgallat. Tablettenüberzug: Hypromellose, Titandioxid [E171], Macrogol 400, Eisen(III)-oxid [E172], Eisen(II, III)-oxid [E172]. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Mittel gegen Obstipation, periphere Opioidrezeptor-Antagonisten, ATC-Code: A06AH03. **Anwendungsgebiete:** Moventig ist indiziert zur Be-

handlung von Opioid-induzierter Obstipation (OIC) bei erwachsenen Patienten, die unzureichend auf ein oder mehrere Laxantien angesprochen haben. Zur Definition eines unzureichenden Ansprechens auf ein oder mehrere Laxantien, siehe Abschnitt 5.1. der veröffentlichten Fachinformation. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der genannten sonstigen Bestandteile oder gegen einen anderen Opioid-Antagonisten. Gastrointestinaler Verschluss: Patienten mit bekanntem oder vermutetem gastrointestinalem (GI) Verschluss oder bei Patienten mit einem erhöhten Risiko für einen rezidivierenden Verschluss wegen des möglichen Auftretens einer gastrointestinalen Perforation. Besondere Bedingungen bei Patienten mit Krebschmerzen: Patienten mit zugrundeliegender Krebserkrankung, die ein erhöhtes Risiko für eine GI Perforation haben, wie z. B. solche mit bestehenden Malignomen des Gastrointestinaltrakts oder des Peritoneums, rezidivierendem oder fortgeschrittenem Ovarialkarzinom, Therapie mit Inhibitoren des

Gefäßwachstumsfaktors (VEGF). Starke CYP3A4-Inhibitoren: Gleichzeitige Anwendung von starken CYP3A4-Inhibitoren (z. B. Clarithromycin, Ketoconazol, Itraconazol oder Telithromycin, Proteasehemmer wie Ritonavir, Indinavir oder Saquinavir; Grapefruitsaft, wenn er in großen Mengen konsumiert wird). **Die Informationen zu den Abschnitten Dosierung, besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstige Wechselwirkungen, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie zu etwaigen Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. Inhaber der Zulassung:** Kyowa Kirin Holdings B.V., Bloemlaan 2, 2132NP Hoofddorp, Niederlande. **Verschreibungspflichtig/Apothekenpflichtig:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten. **Stand der Information:** 09/2019. Ausführliche Informationen zu diesem Arzneimittel sind auf den Internetseiten der Europäischen Arzneimittel-Agentur <http://www.ema.europa.eu/> verfügbar.