

Antiemetika bei opioidinduzierter Übelkeit

Vorbemerkung: Es gibt keine kontrollierten Studien zum Einsatz von Antiemetika zur Behandlung von opioidinduzierter Übelkeit beim chronischen Nichttumorschmerz. Die Empfehlungen für den Einsatz von Antihistaminika, Neuroleptika, Prokinetika und Setronen beruhen auf klinischer Erfahrung und Expertenkonsens. Die Darstellung der einzelnen Substanzklassen erfolgt in alphabetischer Reihenfolge. Diese Reihenfolge impliziert keine Präferenz einer Substanzklasse.

Antihistaminika

Diphenhydramin: bis zu 50 mg alle 8 Stunden

NW: Anticholinerg (cave Glaukom und Harnblasenentleerungsstörung); sedierend

Neuroleptika

Haloperidol: 0.5-1 mg po alle 8h

NW: extrapyramidale Störungen

Chlorpromazin: 6.25-12.5 mg po, max. alle 8h

NW: stark sedierend, extrapyramidale Störungen

Levomepromazin: 1-5 mg po (Tropfen) alle 12h

NW: sedierend, extrapyramidale Störungen

Prokinetika

Metoclopramid: 10 mg po alle 4-6h

NW: extrapyramidale Störungen

Cave: Metoclopramidtropfen sind nicht mehr verfügbar. Es sind keine Daten zum Nutzen-Risikoverhältnis bei opioidinduzierter Übelkeit verfügbar.

http://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Risikoinformationen/RisikoBewVerf/metoclopramid_zusammenfassung.pdf?__blob=publicationFile&v=2

Cave: Domperidon (Motilium®) wirkt nur auf die opioidinduzierte Magenentleerungsstörung, nicht auf die zentralnervöse Übelkeit

Setrone

Ondansatron: 4-8 mg po alle 12h

NW: Kopfschmerzen, Flush, QT-Verlängerung

Letzte Version: 19.08.2019

Verfasser (Für die Steuergruppe der Leitlinie in alphabetischer Reihenfolge): Prof.
Dr. med. W. Häuser, Prof. Dr. med. F. Petzke, Prof. Dr. med. Lukas Radbruch