

Opioidrotation

Mögliche Indikationen

1. Inadäquate Analgesie
2. Therapieresistente Übelkeit, Erbrechen, Müdigkeit, Obstipation, Harnverhalt, Juckreiz, Verwirrtheit, Halluzinationen sowie bei Hautreaktion auf Pflaster (TTS – transdermales therapeutisches System)
3. Medikamenteninteraktionen oder Veränderungen der Leber- und/oder Nierenfunktion
4. Opioidinduzierte Hyperalgesie

Stellenwert: COCHRANE Review zur Opioidrotation: 23 Fallbeispiele, 15 retrospektive Untersuchungen und 14 unkontrollierte prospektive Untersuchungen

„Ein Wechsel eines Opioids scheint die Schmerzlinderung zu verbessern und/oder unerwünschte Nebenwirkungen zu verringern, ... jedoch bleibt unklar, ob der verbesserte Outcome nach dem Opioidwechsel ein echter Effekt ist oder auf einer verbesserten Verträglichkeit infolge einer Dosisreduktion beruht.“

Qigley C. Opioid switching to improve pain relief and drug tolerability.

Cochrane Database Syst Rev. 2004;(3):CD004847. Review. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2013;10:CD004847

Opioidumrechnungstabellen

1. Vorbemerkungen

a. Die im Internet verfügbaren Opioidumrechnungstabellen und Opioidrechner (inkl. Apps) weisen teilweise große Unterschiede in den angegebenen Äquivalenzdosen auf. Die in der folgenden Tabelle angegebenen Äquivalenzdosen beruhen auf einem Konsensus der Mitglieder der Steuergruppe.

b. Die Daten zur Opioidrotation wurden überwiegend bei Patienten mit Tumorschmerzen erhoben.

2. Was ist bei einer Opioidrotation zu beachten?

- a. Es besteht eine große intraindividuelle Variabilität in der Wirkung einzelner opioidhaltiger Analgetika bei einem Patienten. Alle Äquivalenzdosen sind daher als Orientierungswerte zu verstehen.
- b. Eine Therapie mit einem neuen Opioid sollte mit 50-75% der äquivalenten Dosis (nach Tabellen 4a und 4b begonnen) werden. Eine 50% Dosisreduktion wird vor allem bei älteren und multimorbiden Patienten und bei Patienten mit einer vorherigen hohen Opioiddosis (> 120 mg Morphinäquivalent/24 h) empfohlen.

3. Literatur

Schnabel A, Ritter E. Schmerztherapie. Tücken der Opioidrotation in der täglichen Praxis. Dtsch Arztebl 2018; 115: A1874-1876.

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/201939/Schmerztherapie-Tuecken-der-Opioidrotation-in-der-taeglichen-Routine>

Smith HS, Peppin JF. Toward a systematic approach to opioid rotation. J Pain

Res 2014;7:589-608. Open access in PubMed verfügbar.

Treillet E, Laurent S, Hadjiat Y. Practical management of opioid rotation and

equianalgesia. J Pain Res 2018;11:2587-2601. Open access in PubMed verfügbar.

4 Tabelle a: Umrechnungen zwischen den Opioiddosierungen können nach folgenden Faktoren vorgenommen werden:

Opioid	Faktor (Opioid: Morphin)	Beispieldosierung
Buprenorphin transdermal	1:75	35 µg/h
Fentanyl transdermal	1:100	25 µg/h
Hydromorphon oral	1:(5-)7,5	8 mg/d
Morphin oral	Referenz	60 mg/d
Oxycodon oral	1:2	30 mg/d
Tapentadol oral	2,5:1	150 mg/d
Tilidin oral	10:1	600 mg/d
Tramadol oral	10:1	600 mg/d *

* Die empfohlene Höchstdosis ist 400 mg/Tag, Überschreitung nur in begründeten Ausnahmefällen

Letzte Aktualisierung: 16.11.2019

Autoren (in alphabetischer Reihenfolge): Prof. Dr. med. Winfried Häuser; Prof. Dr. med. Christoph Maier; Prof. Dr. med. Frank Petzke; Prof. Dr. med. Lukas Radbruch

Tabelle b: Umrechnungen zwischen den Opioiddosierungen

Morphin	10 mg	20 mg	30 mg	40 mg	60 mg	80 mg	90 mg	120 mg	160 mg	180 mg	240 mg
Buprenorphin TTS	5 ug/h	10 ug/h	15 ug/h	15-35 ug/h	35 ug/h	52,5-70 ug/h	52,5-70 ug/h	70 ug/h	87,5 ug/h	105 ug/h	140 ug/h
Fentanyl TTS	**	**	12,5 ug/h	12,5-25 ug/d	25 ug/h	33 **ug/h	33 **-50 ug/h	50 ug/h	50-75 ug/h	75 ug/h	100 ug/h
Hydromorphon	1 mg **	3 mg **	4 mg	5 mg **	8 mg	11 mg **	12 mg	16 mg	21 mg **	24 mg	32 mg
Oxycodon	5 mg	10 mg	15 mg	20 mg	30 mg	40 mg	45 mg	60 mg	80 mg	90 mg	120 mg
Oxycodon /Naloxon	5 mg	10 mg	15 mg	20 mg	30 mg	40 mg	*	*	*	*	*
Tapentadol	25 mg **	50 mg	75 mg	100 mg **	150 mg	200 mg	225 mg **	300 mg	400 mg	500 mg	*
Tilidin	100 mg	200 mg	300 mg	400 mg	600 mg	*	*	*	*	*	*
Tramadol	100 mg	200 mg	300 mg	400 mg		*	*	*	*	*	*

* Überschreiten der empfohlenen Höchstdosis

** Dosis nicht in retardierter Form verfügbar

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