

24. Mai 2017

Schmerztherapie: Neue Wirkstärken 60 mg/30 mg und 80 mg/40 mg retardiertes Oxycodon/Naloxon

Seit 18. April 2017 liegt die Fixkombination aus retardiertem Oxycodon und retardiertem Naloxon Targin® in den höheren Wirkstärken 60 mg/30 mg und 80 mg/40 mg vor (1). Von den höheren Wirkstärken profitieren vor allem Patienten mit starken und stärksten Schmerzen, die bereits eine Dauertherapie mit retardiertem Oxycodon/Naloxon erhalten und eine höhere Dosis für eine wirksame Schmerzkontrolle benötigen.

Starke Schmerzen wie sie beispielsweise nach einem Bandscheibenvorfall, bei Arthrose, Radikulopathien oder Spinalkanalstenosen auftreten, sind neben neuropathischen Schmerzen oder Tumorschmerzen häufige Indikationen für den Einsatz der retardierten Fixkombination aus Oxycodon/Naloxon. Seit der Erhöhung der Tagesdosis von Targin® (160 mg/80 mg) (1) ist ein entsprechender Spielraum für die Auftitration gemäß der Schmerzstärke geschaffen worden. Die jetzt erhältlichen höheren Wirkstärken sind an die Tageshöchstdosis angepasst und erleichtern die Therapie stärkster Schmerzen durch eine einfachere Handhabung (Gabe von 2 x 60 mg/30 mg bzw. 2 x 80 mg/40 mg Targin® möglich).*

Bei therapeutisch erforderlicher Dosissteigerung, d.h. wenn eine Bedarfsmedikation häufiger als zweimal pro Tag eingenommen wird, ist eine schrittweise Anpassung der Dosis erforderlich (1). Eine Dosisanpassung von Targin® sollte bei Patienten mit bestehenden Schmerzsymptomen täglich oder zweitäglich in Schritten von zweimal täglich 5 mg/2,5 mg oder 10 mg/5 mg erfolgen, bis eine individuelle adäquate Analgesie erreicht wird (1). Im Gegensatz zu anderen Analgetika ist für Opioide kein Ceiling-Effekt bekannt.

Den Patienten im Blick

Eine gute Schmerztherapie soll nicht nur eine adäquate Schmerzlinderung gewährleisten, sondern auch das Entstehen eines Schmerzgedächtnisses vermeiden und damit eine Chronifizierung der Schmerzen verhindern. Zur individuellen Dosisanpassung sollte deshalb die Schmerzintensität durch Schmerzmessung und das Führen eines Schmerztagebuchs regelmäßig erfragt und dokumentiert werden.

Verträglich und effizient

Die Fixkombination aus retardiertem Oxycodon/Naloxon kann zudem opioidbedingte Nebenwirkungen verbessern: Sie zeigt beispielsweise eine überlegene Verträglichkeit im Vergleich zu anderen starken Opioiden** (2-7). Dies gilt auch in der Therapie stärkster Schmerzen, wie eine aktuelle multizentrische, doppelblinde randomisierte Phase-III-Studie zeigt (8). 5 Wochen lang erhielten 123 Patienten 160 mg/80 mg retardiertes Oxycodon/Naloxon und 120 Patienten bis zu 160 mg retardiertes Oxycodon. Die Fixkombination war ebenso analgetisch wirksam wie Oxycodon alleine: Die Schmerzen konnten mit Werten von 3,6 auf der visuellen Analog-Skala (VAS) auf ein erträgliches Niveau reduziert werden (8).

Empfohlenes Vorgehen beim Einsatz eines starken Opioids:

1. Korrekte Indikationsstellung und gründliche Anamnese unter Berücksichtigung aller medizinischen Umstände
2. Ausschluss eines möglichen Suchtpotenzials
3. Aufklärung des Patienten über Vorteile und Risiken der Therapie

4. Regelmäßige Kontrolle der Dosierung und ggf. Anpassung bzw. Beendigung der Therapie
 5. Sorgfältige Einstellung des Patienten nach schmerztherapeutischen Richtlinien Abhängigkeitsrisiko.
- Das Risiko einer Abhängigkeit kann bei Opioiden nicht vollständig ausgeschlossen werden, so dass es bei jedem Patienten individuell zu berücksichtigen ist und eine vorsichtige Abwägung von Nutzen und Risiken (ggf. Prüfung) erfolgen muss. Ein Abhängigkeitsrisiko besteht u.a. wenn Opioide falsch angewendet oder missbraucht werden. Ein zentraler Aspekt für das Suchtpotenzial einer Substanz ist die anregende Wirkung unmittelbar nach Einnahme.

* Regelmäßige Kontrolle der Dosierung und ggf. Anpassung bzw. Beendigung der Therapie und sorgfältige Einstellung des Patienten nach schmerztherapeutischen Richtlinien wird empfohlen.

** Im Vergleich zu Tramadol, Tilidin/Naloxon, Fentanyl, Morphin und Oxycodon allein

Quelle: Mundipharma

Literatur:

- (1) aktuelle Fachinformation Targin[®]
- (2) Schutter U. et al. 2010: *Curr Med Res Opin* 26(6):1377-87
- (3) Schutter U. & Meyer C. 2009: *Eur J Pain* 13 (1):s 208
- (4) Clemens K. E. & Mikus G. 2010: *Expert Opin Pharmacother* 11(2):297-310
- (5) Tarau L. *Eur J Pain (Suppl 5)* 2011:179
- (6) Löwenstein O. 2011: *Deutscher Schmerzkongress P10.11*
- (7) Hesselbarth S. 2011: *Eur J Pain (Suppl. 5):179*
- (8) Janecki M et al., 2016: *World Congress of Pain P305*