

Leserbrief zum Beitrag:

Opioid-freie Anästhesie – Der Weg aus der Opioid-Krise und Zukunft des perioperativen Patientenmanagements?

(Anästh Intensivmed 2021;62:553–562)

C. Massoth^{1*} · M. Wenk²

- 1 Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie, Universitätsklinik Münster
- 2 Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie, Florence – Nightingale – Krankenhaus Düsseldorf

Mit großem Interesse haben wir den Beitrag „Opioid-freie Anästhesie – Der Weg aus der Opioid-Krise und Zukunft des perioperativen Patientenmanagements?“ gelesen und danken den Autoren für diese umfassende und ausgewogene Darstellung des gegenwärtigen Kenntnisstandes zu Opioid-freien multimodalen Anästhesie- und Analgesietechniken [1].

Eine Auseinandersetzung mit dem Konzept der „Opioid-freien Anästhesie“ bietet auch Gelegenheit, uns den ursprünglichen Sinn der intraoperativen Opioidgabe vor Augen zu führen.

Die Markteinführung des Fentanyl und die damit einhergehende Entwicklung unseres heutigen Konzepts der „balancierten Anästhesie“ gehört zu den wichtigsten Meilensteinen, die auch zu der dramatischen Reduktion der anästhesiebedingten Mortalität seit den 1970ern beigetragen hat. [2] Der synergistische Effekt mit anderen Anästhetika bei nur geringfügigen kardiovaskulären Auswirkungen stellte sich insbesondere bei kardialen Risikopatienten gegenüber einer Anästhesieinduktion mit Thiopental gefolgt von Lachgas, Halothan oder anderen Inhalativa in hoher Dosierung als deutlich überlegen heraus [3].

Wie die Autoren treffend darstellen, ging es jedoch nicht – wie häufig postuliert – um eine intraoperative „Schmerzausschaltung“, sondern um eine Kontrolle der sympathischen Reaktion auf nozizeptive Signale, ganz abgesehen von der Tatsache, dass es Schmerzen per definitionem bei fehlendem Bewusstsein nicht geben kann [1].

Dieser scheinbare Bruch mit der Konvention bei aktuell noch geringer Evidenzlage bietet der OFA als verhältnismäßig junger Strömung eine attraktive Projektionsfläche als potenzielle Lösungsstrategie zahlreicher postoperativer Probleme wie Hyperalgesie, respiratorischer Insuffizienz, Tumorprogress oder postoperativer Übelkeit und Erbrechen (PONV).

In diesem Zusammenhang postulieren die Autoren: „Insbesondere bei gynäkologischen Patientinnen, deren Inzidenz an PONV erhöht ist, könnte sich die Durchführung einer OFA entsprechend positiv auswirken“ [1].

In unseren kürzlich veröffentlichten Ergebnissen zu den Auswirkungen einer Opioid-freien Allgemeinanästhesie auf Patientinnen bei gynäkologischer Laparoskopie, einer der bislang größten Studien zur Opioid-freien Anästhesie, bestätigte sich diese Annahme jedoch leider nicht [4].

Wir untersuchten 152 Patientinnen, die für diesen Eingriff nach Randomisierung entweder eine balancierte Allgemeinanästhesie mit Sufentanil und Sevofluran oder eine Opioid-freie Allgemeinanästhesie mit Dexmedetomidin, (S)-Ketamin und Sevofluran erhielten. Sowohl Patientinnen in der OFA- als auch in der balancierten Anästhesie-Gruppe unterschieden sich nicht hinsichtlich des primären Endpunkts, des Auftretens von postoperativer Übelkeit innerhalb von 24 h nach dem Eingriff ($p = 0.86$) und hatten eine vergleichbare Inzidenz von

Interessenkonflikt:

Die Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

klinisch signifikantem PONV sowie einen vergleichbaren Antiemetikabedarf. An dieser Stelle lässt sich nur mutmaßen, dass das intraoperative Opioid für postoperatives PONV wahrscheinlich keine entscheidende Rolle spielt. Interessanterweise zeigte sich kein Unterschied in beiden Gruppen hinsichtlich postoperativer Schmerzscores oder des postoperativen Analgetikabedarfs [4].

Dies verdeutlicht eine weitere Problematik – DIE Opioid-freie Anästhesie gibt es derzeit nicht, „Kochrezepte“ für multimodale Anästhesietechniken möglicherweise umso mehr, was die potenziellen Vor- und Nachteile des Konzeptes derzeit noch etwas im Nebel behält.

Dennoch halten wir die Entwicklung neuer Konzepte als richtigen Schritt um ein Umdenken der in der Anästhesie Tätigen zu ermöglichen, dass ein Opioid unabdingbarer Bestandteil einer Allgemeinanästhesie sein muss und dies führt letztlich hin zu einer individualisierten,

maßgeschneiderten Therapie, sei es für den einen mit oder für die andere mal ohne Opioid.

Literatur

1. Hollmann MW, Klimek M, Huhn R, Picardi S: Opioid-freie Anästhesie – Der Weg aus der Opioid-Krise und Zukunft des perioperativen Patientenmanagements? *Anästh Intensivmed* 2021;62:553–562. <https://doi.org/10.19224/ai2021.553>
2. Bainbridge D, Martin J, Arango M, et al: Perioperative and anaesthetic-related mortality in developed and developing countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* (London, England) 2012;380:1075–81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60990-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60990-8)
3. Stanley TH: The fentanyl story. *The journal of pain: official journal of the American Pain Society* 2014;15:1215–26. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2014.08.010>
4. Massoth C, Schwellenbach J, Saadat-Gilani K, et al: Impact of opioid-free

anaesthesia on postoperative nausea, vomiting and pain after gynaecological laparoscopy – A randomised controlled trial. *Journal of clinical anaesthesia* 2021;75:110437. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2021.110437>.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Christina Massoth

Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie, Universitätsklinik Münster Albert-Schweitzer-Campus 1, A1, 48149 Münster, Deutschland

Tel.: 0251 83 47251

Fax: 0251 83 48667

E-Mail:

christina.massoth@ukmuenster.de

ORCID-ID: 0000-0001-7380-4147