
5. Interdisziplinäres Symposium zur Suchterkrankung
Grundlsee, 7.3.2015

**Der agitierte (Sucht)-Patient in der Praxis –
rechtliche und medizinische Aspekte**

Andreas Erfurth

VI. Psychiatrie
Otto Wagner Spital

Einschätzung des Risikopotentials: Pharmakovigilanz

Das AMSP-Projekt:

■ Das AMSP-Projekt dokumentiert und analysiert seit 1993 systematisch unerwünschte Arzneimittelwirkungen von Psychopharmaka mit dem Ziel, die Behandlungssicherheit durch Dokumentation und Weiterbildung zu erhöhen.

Einschätzung des Risikopotentials: Pharmakovigilanz

Österreichische Gesellschaft für Arzneimittelsicherheit in der Psychiatrie (ÖAMSP)

■ Präsident: O.Univ.Prof. Dr.h.c.mult. Dr.med. Siegfried Kasper
Vizepräsident: Univ.Prof. Prim. DDr. Michael Lehofer
Schriftführer: Dr.med. Anastasios Konstantinidis
Kassier: Dr.med. Martin Letmaier

■ Weitere Mitglieder des Vorstandes:
Prim. Priv. Doz. Dr. Andreas Erfurth
Dr. Andrea Laslop
Univ.Prof. Dr.med. Hans Rittmannsberger
Prim. Dr.med. Elmar Windhager

www.mediq.ch

Akutbehandlung: dopaminerge Strategien mit relevanten Nachteilen

- Haloperidol: höheres Risiko EPS, QTc
Stärke 3

[http://www.sifoweb.it/pdf/notizie/
GU_23giu10_aloperidolo.pdf](http://www.sifoweb.it/pdf/notizie/GU_23giu10_aloperidolo.pdf)

- seit 1.6.2010:

ALLEGATO I

Riassunto delle caratteristiche del prodotto

Sezione 4.2 Posologia

Il medicinale (nome del medicinale) in formulazione fiale deve essere somministrato per via intramuscolare (vedere sezione 4.4 Avvertenze speciali e precauzioni di impiego)

Sezione 4.4 Avvertenze speciali e precauzioni di impiego

Il medicinale (nome del medicinale) non deve essere somministrato per via endovenosa, in quanto la somministrazione endovenosa di Aloperidolo è stata associata ad un maggiore rischio di prolungamento del tratto QT e di Torsione di punta.

[Nota: Da tale paragrafo vano eliminate tutte le informazioni in contrasto con tale frase.]

Akutbehandlung: dopaminerge Strategien mit relevanten Nachteilen

- Ziprasidon: QTc Stärke 2
- Olanzapin: QTc Stärke 1, cave BZD
- Zuclopenthixolacetat: Halbwertszeit 32h, senkt Krampfschwelle, anticholinerg, EPS-Risiko, QTc Stärke 2
- Laevomepromazin: senkt Krampfschwelle, QTc Stärke 2, mittelstarker Hemmer CYP3A, 2D6, Halbwertszeit 15-30h
- Prothipendyl i.m. oder langsam i.v.: Orthostase, Benkert: *„keine Verordnung bei kardialen Störungen, Bradykardie, Hypokaliämie, Lungenfunktionsstörungen“*, mit Benzodiazepinen, Opioiden: Gefahr der Atemdepression, QTc Stärke 2

Akutbehandlung: bewährte Strategien

Benzodiazepine

- Lorazepam i.v. 2mg
- **Metabolismus:** Lorazepam wird fast vollständig glucuronidiert, die Metabolite sind pharmakologisch inaktiv. Nach i.m. Gabe kann bereits nach wenigen Minuten die Konzentration des Glukuronids, das mit einer Halbwertszeit von etwa 3,8 h gebildet wird, gemessen werden.
- mediq: „2–4 mg als Anfangsdosis, cave Atemdepression. Bei Alten Dosisreduktion um 50%.“

In der Versorgungspsychiatrie nicht empfehlenswert:

- Diazepam, Clorazepat (aktive Metaboliten)
- Midazolam (Narkotikum: besondere Überwachung)

Akutbehandlung: bewährte Strategien

- Valproat i.v. 3-4 x 500mg/die
- Cave: Schwangerschaft, off label
- Grunze H, Erfurth A, Amann B, Giupponi G, Kammerer C, Walden J.

Intravenous Valproate Loading in Acutely Manic and Depressed Bipolar I Patients. Journal of Clinical Psychopharmacology 1999; 19:303-309

ADASUVE

Pharmakokinetik

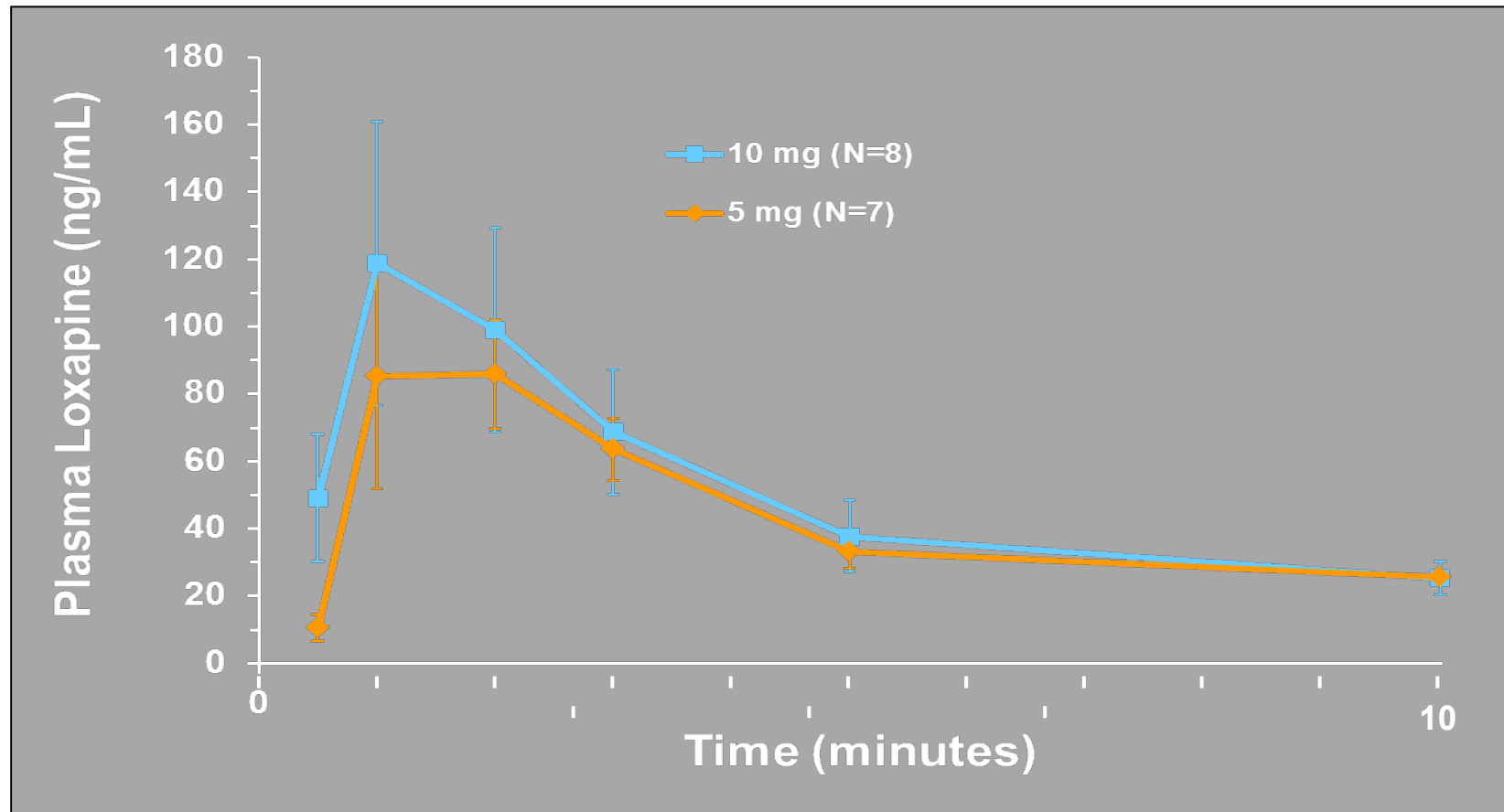
Loxapin orale Anwendung: 25 mg, Einzeldosis $C_{\max}$ 20 ng/ml / 2 h

Loxapin IM Anwendung : 20 mg Einzeldosis, $C_{\max}$ 17.8 ng/ml / 1h

Inhaliertes Loxapin: **10 mg** Einzeldosis $C_{\max}$ 135 ng/ml / **2 min**

ADASUVE

Pharmakokinetik



- Median $T_{\max}$ = 2 min
- Mean $T_{1/2}$ = 7.1 ± 1.5 hr



sonderausgabe november 2013

CliniCum neuropsychy

Das Medium für Psychiatrie und Neurologie

Die Behandlung der Agitation beim psychiatrischen Notfall

Konsensus-Statement – State of the art 2013

Editorial Board: Mag. Dr. Andreas Baranyi, Univ.-Prof. Dr. Philip Eisenburger,
Prim. Priv.-Doz. Dr. Andreas Erfurth, Prim. Dr. Michael Ertl,
Univ.-Prof. Dr. Richard Frey, Univ.-Prof. Dr. Armand Hausmann,
O. Univ.-Prof. DDr. Hans-Peter Kapfhammer, Dr. Edeltraud Rottner-Vitzthum,
Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Dietmar Winkler

Lecture Board: Chefarzt Dr. Georg Psota, Prim. Dr. Christa Rados,
Dir. Univ.-Prof. DDr. Gabriele-Maria Sachs

Vorsitz: O. Univ.-Prof. Dr. h.c. mult. Dr. Siegfried Kasper

Unter der Patronanz:



Österreichische
Gesellschaft für
Neuropsychophar-
makologie und Bio-
logische Psychiatrie

P.b.b. Verlagsges. GmbH 1120 Wien, Zulassungsernum. med. GZ 022032000 M

Tabelle 3
Strategien in der parenteralen psychiatrischen Akutbehandlung

Substanz- klasse	Substanz	Dosierung	Risiko der QTc- Verlängerung ¹	Risiken und UAW	Bewertung
Antipsy- chotika	Aripiprazol	I.m. 3x 9,75mg/Tag (2. Dosis nach 2 Stun- den, max. 3 Injektio- nen in 24 Stunden)	1	Akathisie, Hypotonie, Tachykardie, erhöhte Anfallsbereitschaft	Kombination mit oralen Benzodiazepinen wird vertragen
	Haloperi- dol	5mg-Ampullen	3	Hohes Risiko von EPMS	In Österreich besteht eine Zulassung für die intramuskuläre Applikation. Eine Empfehlung des Herstellers für eine i.v. Gabe besteht nicht; vom i.v. Einsatz ist abzuraten. In anderen Staaten darf Haloperidol i.v. bereits nicht mehr appliziert werden ²
	Levome- promazin	25mg-Ampullen, maximale Tagesdosis 4–6-Ampullen	2	Senkt Krampfschwelle, mittelstarker Hem- mer CYP3A, 2D6, Halbwertszeit 15–30 Stunden	Einsatz nur in Ausnahmefällen und bei Versagen geeigneter Alternativen
	Olanzapin	Anfangsdosis 10mg i.m. (2. Dosis 5–10mg nach 2 Stunden, max. 20mg in 24 Stunden)	1	Bradykardie, Hypo- tonie	Keine Kombination von Olanzapin parenteral mit Benzodiazepinen parenteral
	Prothi- pendyl	40mg (zur i.m. oder langsamen i.v. Verab- reichung: 3–4x 2–4 Ampullen/Tag)	2	Orthostase, mit Benzodiazepinen, Opioiden: Gefahr der Atemdepression	Keine Verordnung bei kardialen Stö- rungen, Bradykardie, Hypokaliämie, Lungenfunktionsstörungen
	Ziprasidon	10mg, max. Tagesdosis 40mg	2	Akathisie, Schwindel	Keine Kombination von Ziprasidon i.m. mit anderen zentral wirksamen Arzneimitteln, insbesondere mit Benzodiazepinen i.v.
	Zuclo- penthixol- acetat	50–100 i.m., wegen der langen Halbwerts- zeit Wiederholung am selben Tag nicht empfehlenswert	2	Halbwertszeit 32 Stun- den, senkt Krampf- schwelle, anticho- linerg, EPS-Risiko	Wegen der langen Halbwertszeit schlechte Steuerung

Benzodiazepine	Clorazepat	50mg-Ampullen	0		Aktive Metaboliten, deswegen im Vergleich zu Lorazepam nicht empfehlenswert
	Diazepam	10mg-Ampullen	www.azcert.org/ – keine Hirnweise		Aktive Metaboliten, deswegen im Vergleich zu Lorazepam nicht empfehlenswert
	Lorazepam	2mg i.v.	www.azcert.org/ – keine Hirnweise	2–4mg als Anfangsdosis, Cave: Atemdepression. Bei älteren Patienten Dosisreduktion um 50%	Metabolismus: Lorazepam wird fast vollständig glucuronidiert, die Metabolite sind pharmakologisch inaktiv. Nach i.m. Gabe kann bereits nach wenigen Minuten die Konzentration des Glukuronids, das mit einer Halbwertszeit von etwa 3,8 Stunden gebildet wird, gemessen werden.
	Midazolam	0,025–0,3mg/kg/Tag	Keine Angaben	Atemdepression	Narkotikum: besondere Überwachung notwendig. Für die psychiatrische Routine nicht empfehlenswert
Andere	Valproat	3–4x 400–500mg/Tag i.v.	Keine Angaben		Bei akuter Manie von Männern bzw. bei Frauen, bei denen gesichert keine Schwangerschaft vorliegt, ist Valproat eine praktikable Off-label-Therapie ³

1 Q1c-Stärke gemäß www.mediq.ch (steigendes Risiko mit steigender Zahl); 2 zum Verbot in Italien: http://www.sifoweb.it/pdf/notizie/GU_23giu10_alopridolo.pdf; 3 Grunze H; Erfurth A; Amanin B; Giupponi G; Kammerer C; Walden J. Intravenous Valproate Loading in Acutely Manic and Depressed Bipolar I Patients. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 1999; 19:303–309

Quelle: Erfurth A. nach www.mediq.ch sowie Benkert O. Pocket Guide. Psychopharmaka von A bis Z. 2. Auflage, 2013, Springer

Besonderheiten des agitierten Suchtpatienten

- Differenzierung Akutintoxikation vs. Entzugssymptomatik
- Berücksichtigung der „Komorbiditäten“
 - Ross HE, Glaser FB, Germanson T. The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. Arch Gen Psychiatry. 1988;45(11):1023–31.
 - Peles E, Schreiber S, Naumovsky Y, Adelson M. Depression in methadone maintenance treatment patients: rate and risk factors. J Affect Disord. 2007;99(1-3):213–20.
- Primat der Therapie der Suchterkrankung
- Stigma der Substitutionstherapie
 - Maremmani I, Zolesi O, Agueci T, Castrogiovanni P. Methadone doses and psychopathological symptoms during methadone maintenance. J Psychoactive Drugs. 1993;25(3):253–6.
 - Maremmani I, Canoniero S, Pacini M. Methadone dose and retention in treatment of heroin addicts with Bipolar I Disorder comorbidity. Preliminary Results. Heroin Addiction and Related Clinical Problems. 2000;2(1):39–46

andreas.erfurth@wienkav.at
andreas.erfurth@meduniwien.ac.at