

Gedanke aufgegriffen und auf deutsche Initiative hin am MD Anderson Cancer Center in Houston eine retrospektive Untersuchung [7] durchgeführt, um Auswirkungen von Methadon auf den Tumorverlauf zu erfassen. Ausgewertet wurden Patienten mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen, die für eine Umstellung der Schmerztherapie aufgenommen worden waren. Dabei erfolgte bei 76 Patienten eine Umstellung auf Methadon. In gematchten Vergleichsgruppen von 88 Patienten wurden andere Opiode eingesetzt. Ein signifikanter Unterschied im Überleben der Patienten zwischen den beiden Gruppen konnte nicht nachgewiesen werden.

Risiken von Methadon

Risiken der Substanz lassen sich quantifizieren. Einer Arbeitsgruppe aus Tennessee untersuchte von 1997 bis 2009 den Langzeitverlauf von Patienten mit nicht-tumorbedingten Schmerzen, die Verordnungen für Morphin oder Methadon erhalten hatten [8]. In der Auswertung standen über 30.000 Patienten mit Morphin etwa 6.000 Patienten mit Methadon gegenüber. Das Risiko zu versterben war unter Methadon um 46 Prozent gesteigert ($p < 0,001$). Schon die niedrigsten Methadon-Dosen führten im Vergleich zu den niedrigsten Morphin-Dosen (< 60 mg/Tag) zu einem gesteigerten Sterberisiko mit einer Hazard Ratio von 1,59 (CI 1,01-2,51, $p=0,046$).

Schlussfolgerungen

Die vorgelegten Daten zur Wirksamkeit von Methadon bei Patienten mit Gliomen beruhen auf einer einzigen, unkontrollierten Studie. Diese Daten müssen in kontrollierten klinischen Studien überprüft werden, idealerweise in einer randomisierten Studie, alternativ in einer Fall-Kontroll-Studie. Eine kurzfristige Option ist die Durchführung einer Bestfall-Analyse anhand der vorliegenden Dokumentationen. Auf der Basis der bisher vorliegenden Daten zur Wirksamkeit und des möglichen Risikos einer erhöhten Sterblichkeit ist eine unkritische Off-Label-Anwendung von Methadon nicht gerechtfertigt.

Quellen

1. Methadon als Krebsmittel, <http://www.ardmediathek.de/tv/Plusminus/Methadon-als-Krebsmittel/Das-Erste/Video?bcastId=432744&documentId=42130112>
2. Ulrich Schuler, Bernhard Wörmann, Arbeitskreis Palliativmedizin; https://www.dgho.de/informationen/stellungnahmen/gute-aerztliche-praxis/DGHO_Stellungnahme_Methadon%2020170426_.pdf
3. Onken J, Friesen C, Vajkoczy P, Misch M: Safety and Tolerance of D,L-Methadone in Combination with Chemotherapy in Patients with Glioma. Anticancer Res. 37:1227-1235, 2017. <http://ar.iiarjournals.org/content/37/3/1227.long>
4. Gemeinsame Stellungnahme der Neuroonkologischen Arbeitsgemeinschaft in der Deutschen Krebsgesellschaft (NOA) und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) vom 26. März 2015. https://www.dgn.org/images/red_pressemitteilungen/2015/150326_Stellungnahme_NOA_DGN_Methadon_bei_Glioblastom_final.pdf
5. Gemeinsame Stellungnahme der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm, des Universitätsklinikums Ulm und des Comprehensive Cancer Center Ulm zur Tumorthherapie mit Methadon vom 23.8.2016. <http://www.uniklinik-ulm.de/news/article/1119/stellungnahme-zur-tumorthherapie-mit-methadon-1.html>

6. Hofbauer H, Schenk M, Kieselbach K, Wirz S: Einsatz von Methadon zur Unterstützung der onkologischen Therapie? Eine Stellungnahme des Arbeitskreises Tumorschmerz der Deutschen Schmerzgesellschaft. Schmerz 31:2-4, 2017. DOI: [10.1007/s00482-016-0183-9](https://doi.org/10.1007/s00482-016-0183-9)
7. Reddy A, Schuler US, de la Cruz M et al.: Overall survival among cancer patients undergoing opioid rotation to methadone compared to other opioids. J Palliat Med. 2016 Dec 20. DOI: [10.1089/jpm.2016.0316](https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0316)
8. Ray WA, Chung KT, Cooper WO et al.: et al. (2015) Out-of-hospital mortality among patients receiving methadone for noncancer pain. JAMA Intern Med 175: 420-427, 2015. DOI: [10.1001/jamainternmed.2014.6294](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.6294)

Wien, 22. Juni 2017



Univ. Prof. Dr. Andreas Petzer
Präsident OeGHO



Univ. Prof. Dr. Hildegard Greinix
1. Vize-Präsidentin OeGHO

Univ. Prof. Dr. Wolfgang Hilbe
2. Vize-Präsident OeGHO