

Palliativmedizin

Prof. Dr. med. E. Späth-Schwalbe

Vivantes - Klinikum Spandau

Klinik für Innere Medizin

**Hämatologie, Onkologie,
Gastroenterologie - Palliativmedizin**

**„Palliativmedizin ist die aktive,
umfassende Betreuung und
Behandlung schwerstkranker
Patienten mit einer nicht
heilbaren, progredienten
Erkrankung und einer
begrenzten Lebenserwartung
mit dem Ziel die Lebensqualität
zu verbessern.“**

Definition der WHO, EAPC, DGP

Definition supportive Behandlung

Supportive Behandlung beinhaltet, unabhängig vom Krankheitsstadium, Massnahmen deren Ziel ist, Therapiebedingte Nebenwirkungen und Tumorassoziierte Symptome zu verhindern oder zu bessern. Dies schliesst auch die Behandlung von psychosozialen und spirituellen Problemen, die durch die Tumorerkrankung selbst oder die Therapie hervorgerufen werden, ein.

Wer ist ein Palliativpatient ?

- Er leidet an einer unheilbaren Erkrankung
- Leben und Lebensqualität sind durch Symptome eingeschränkt
- Er weiss oder ahnt (bewusst oder unbewusst) um die Begrenztheit seiner Lebenszeit
- Existentielle Probleme beschäftigen ihn und seine Angehörigen
- Er hat Ängste, er hofft
- Er braucht Zuwendung, Verständnis und Orientierung auf das Wesentliche

nach Müller-Busch

Symptomprävalenz auf Palliativeinheiten (1)

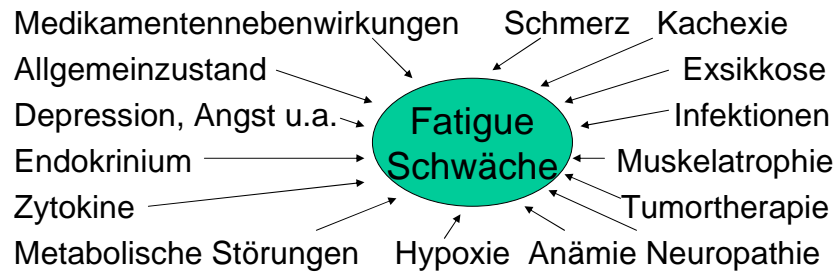
- Schwäche 80-90 %
- Appetitlosigkeit 60-80 %
- Schmerzen 40-80 %
- Übelkeit, Obstipation 20-40 %
- Schlafstörungen 40 %
- Delir 20-40 %

Symptomprävalenz auf Palliativeinheiten (2)

- Dyspnoe, Husten 20-30 %
 - Depression 30 %
- Ödeme, Ascites 10-30 %
- Blutungen, Fieber 10 %
- Dysphagie 10 %

Bruera et al. BOSOF0-Studie

Schwäche/Fatigue - Ursachen



Primäres Anorexie/Kachexie-Syndrom

Entzündung
Katabole Faktoren
Proteolytische Faktoren
Proinflammatorische Zytokine
Hypermetabolismus

Sekundäres Anorexie/Kachexie-Syndrom

Gestörte Funktion des Magen-Darm-Traktes (z.B. Mukositis)

Falsche Ernährung

Schmerz, Dyspnoe, Depression

Behandlung bei Tumorschmerzen

Analgetika (WHO Stufenschema)
mit Koanalgetika und Adjuvantien

Radiotherapie (extern, intern)

Chirurgie / Interventionen

Chemotherapie, Endokrine Therapie

Bisphosphonate

Psychosoziale Betreuung

Physio-/Physikalische Therapie

Notfallsituation - Schmerz

Schmerzkrisen

Durchbruchsschmerzen

Einschiessende Schmerzen
(„incident pain“)

Notfallsituationen vorbeugen !

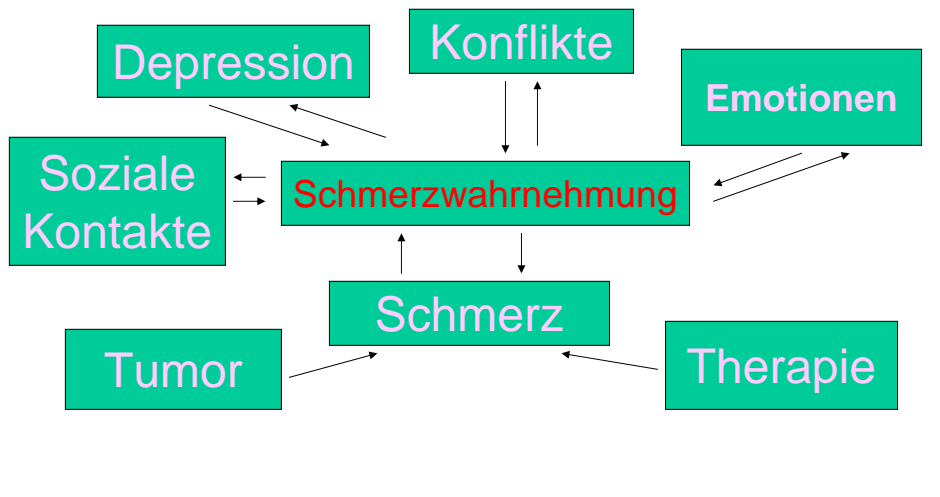
**Patient und Betreuende
vorbereiten**

und

**Verhalten und Massnahmen in
Notfällen besprechen**

(z.B. Bedarfsmedikation festlegen !,
invasive Eingriffe erwünscht ja/nein)

Schmerz - Einflussfaktoren (mod. nach Bonica)



Ziele der Schmerztherapie

- Schmerzreduktion
- Schlafverbesserung
- Besserung der Mobilität und Funktionalität
- Selbständigkeit und Unabhängigkeit
- Integration und soziale Beziehungen

Morphin – schnelle Dosistitration

Patienten mit starken bis stärksten
Tumorschmerzen (VAS 6-10)

- alle 2 Minuten 2 mg Morphin i.v. bis deutliche Schmerzlinderung oder NW
- Gesamtdosis x 6 (= Tagesdosis)
- Umrechnung für orale Gabe 1:3 für niedrige und 1:2 für hohe Dosen

Mercadante Cancer 2002

Tumorschmerztherapie Opioide

„Rescue“-medikation (nicht retardiert)

Leitlinien* 1/6 der Gesamttagesdosis

Studien** individuelle Titrierung

Rescuemedikation mehr als 2-4 Mal pro Tag

→Erhöhung der Dauer-Tagesdosis erwägen

* Brit J Cancer 2001; **Coluzzi Pain 2001

Opioidrotation Grundlagen

**interindividuelle Variabilität hinsichtlich
Wirkung und Nebenwirkung**

Indikation

- bei untolerablen Nebenwirkungen
- bei unzureichender Analgesie
- bei Opiod-induziertem Schmerz !

Opioidrotation Grundlagen

Ziel

**bessere Analgesie
bei weniger Nebenwirkungen**

Opioidrotation Grundlagen

Vorgehen

- Äquivalenzdosierung
- Applikation von 30-50 % der Äquivalenztagesdosis
- Dosistitration
- Trial and Error - Prinzip

Opioidrotation Grundlagen

analgetische Äquivalenz

- Morphin	1
- Buprenorphin*	60-70
- Fentanyl TTS	70-100
- Oxycodon	2
- Hydromorphon	7,5
- Methadon**	?

Opioiddrotation-Differentialindikationen

(Levo-) Methadon (bei < 100 mg Morphinäquivalent)

Tag 1

Morphin absetzen; Methadon 2,5-5 mg alle 4-6 h,
Bedarfsmedikation wie Einzeldosis max. alle 2 h

Tag 2-3

Dosissteigerung bis zu 30 % und Bedarfsmedikation
wie Tag 1

Tag 4

Intervall alle 8 h, Bedarfsmedikation (10%) > alle 3 h

Opioiddrotation-Differentialindikationen

Schwere Obstipation Fentanyl TTS (?)
Oxycodon/Naloxon

Niereninsuffizienz Hydromorphon,
Buprenorphin

Leberinsuffizienz Hydromorphon,
Buprenorphin, Fentanyl

Opioidrotation-Differentialindikationen

Transdermale Systeme

Cave:

Langsame Anflutung (12-24 Stunden)

Steady State 24. bis 72. Stunde nach

Erstgabe

Nach Absetzen noch 16-17 Stunden

Wirkdauer

Knochenschmerzen bei Metastasen

Strahlentherapie

1 x 8 Gy (n=455) versus 10 x 3 Gy (n=443)

Linderung in jeweils 66 %

Akuttoxizität 10 versus 17 %

Schmerzbeurteilung bei Demenz (BESD-Skala)

- Atmung
- Negative Lautäusserung
- Gesichtsausdruck
- Körpersprache
- Trost

jeweils 0, 1, 2 d.h. max. 10 Punkte

nach Arbeitskreis „Alter und Schmerz“ DGSS

ab 6 Behandlungsbedürftigkeit

Warden J Am Med Dir Assoc 2003; Basler Schmerz 2006; Schuler J Am Med Dir Assoc 2007

Dyspnoe

Subjektives Symptom !

d.h. Schwere nur vom Patient zu beurteilen

Dyspnoe - Ursachen

Tumor-bedingt (Auswahl)

direkt beeinflussbar	Pleuraerguss Atemwegskompression Atemwegsverlegung Anämie Ascites Pericarderguss
wenig/nicht beeinflussbar	Lymphangiosis Lungenmetastasen Recurrensparese Muskelschwäche

Dyspnoe - Ursachen

Zusatzerkrankungen (Auswahl)

Akute Verschlechterung	COPD (Infektexazerbation)
vorbestehender Erkrankungen	Herzinsuffizienz (Lungen- ödem; Pleuraerguss) Herzrhythmusstörungen
nicht vorbestehend	Lungenembolie Pneumonie Aspiration
<i>immer beachten</i>	<i>Angst, Panik</i>

Dyspnoe - Behandlung

Spezifische Behandlung

z.B. Bronchodilatoren

Medik. Symptombehandlung

Morphin

Sauerstoff

Benzodiazepine (Lorazepam, Midazolam)

Promethazin

Dyspnoe - Behandlung

Medik. Symptombehandlung

Morphin (sign. Effekt)

Sauerstoff

Benzodiazepine (Lorazepam ?,
Midazolam+Morphin ?)

Promethazin (geringer Effekt)

Dexamethason (keine Studien)

Viola Support Care Cancer 2008 (systematic review)

Navigante J Pain Symptom Manage 2006

Respir. Symptome in der Sterbephase

bei terminalem Rasseln

- **Scopolamin**
- Butylscopolamin

nach DIVS *TumorDiagnostik & Therapie* 1999; Navigante *JPSM*

Delir

(„Durchgangssyndrom“)

= potentiell reversibler, zeitlich und qualitativ wechselnder Zustand mit Verwirrtheit

bei stationären Patienten mit fortgeschrittenen Tumoren in 40-80 %

Lawlor Arch Intern Med 2000

Delir bei Palliativpatienten

Medikation	<i>Benzodiazepine, Opioide Anticholinergika, Kortikoide</i>
Infektionen	<i>Harnwege, Lunge, andere</i>
Metabolische Störungen	<i>Exsikkose, Hypoxie Hyperkalzämie</i>
Intrazerebrale Prozesse	<i>Metastasen, Blutungen Meningeosis</i>
Organversagen	<i>Herz, Niere, Leber, Lunge</i>

Michaud *Ann Oncol (Suppl.)* 2004

Delir bei Palliativpatienten

Symptomatische Behandlung:

- **Neuroleptika** (Haldol)
bei Halluzinationen
- **Benzodiazepine** (Dormicum, Lorazepam)
bei Angstzuständen, motorischer
Unruhe, Agitation
- Ultima ratio Levomepromazin (Neurocil)

nach DIVS *TumorDiagnostik & Therapie* 1999

Bausewein *Der Onkologe* 2005

“Der terminale Tumorpatient“

„Die Terminalphase umfasst die letzten Wochen, manchmal Monate, in denen durch die Erkrankung ... die Aktivität des Patienten zunehmend eingeschränkt wird.“

nach Klaschik *Internist* 2000

“Der terminale Tumorpatient“

Palliative Prognostic (PaP) score

- **Dyspnoe**
- **Anorexie**
- **Karnofsky (≥ 30 / < 30)**
- **Klinische Schätzung in Wochen**
- **Leukozytenzahl (< 8.6 / $8.6-11$ / > 11)**
- **Lymphozytenanteil (> 19.9 / $12-19.9$ / < 12)**

Pirovano *JPSM* 1999

“Der terminale Tumorpatient“

Palliative Prognostic (PAP) score

- A 30 Tage-Überleben Wahrscheinlichkeit > 70 %
- B 30-70 %
- C < 30 %

Pirovano *JPSM* 1999

Glare *JCO* 2004

Prognoseabschätzung (EAPC)

Faktoren mit eindeutig belegter Evidenz:

Klinische Einschätzung

Allgemeinzustand

Zeichen des Anorexie/Kachexie-Syndroms

Delir

Dyspnoe

Biologische Faktoren (Leukozytenzahl;

Lymphozytenzahl; CRP)

Prognostische Scores

Maltoni *JCO* 2005

“Der terminale Tumorpatient“

Prognoseabschätzung

Klinische Einschätzung ist ein wichtiges Kriterium (hohes Gewicht), reicht aber alleine nicht.

Die klinische Einschätzung sollte durch zusätzliche (noch zu definierende) objektive Faktoren ergänzt werden.

Nathan *JCO* 2005

Künstliche Ernährung und Hydrierung am Lebensende ?

- keine Evidenz für Lebensverlängerung
- Vor- und Nachteile - keine allgemeinen Regeln
- Abhängig von der Palliativsituation
- Beachtung des Patientenwillens
- Aufklärung über Für und Wider
- Einbeziehung der Angehörigen
- Entscheidungsfindung im Team
- Zeitlimitierung, komplikationsarme Technik

Notfall - Psychosozial Verlangen nach Tötung

Ertragen / Verstehen lernen

Last verteilen

Biographie-Arbeit

(noch) anstehende „Aufgaben“ bearbeiten

Antidepressivum

Sedierung

Der terminale Tumorpatient

**Nach aktiver Sterbehilfe wird
signifikant häufiger (4fach
häufiger) von terminal Kranken
mit einer Depression
nachgefragt**

Van der Lee *JCO* 2005

Die Finalphase ist ein dynamischer Prozess, der vielschichtige Symptome und Probleme aufweisen kann. Neben der Symptomkontrolle ist menschliche Zuwendung wichtiger denn je, um dem Patienten (und den Angehörigen) zu zeigen, dass wir ihn (sie) auch im Sterben nicht allein lassen (begleiten)

nach Klaschik 2002



