

Spezial.Schmerz in der Geriatrie

„PERSONeller“ Score für Wien

Expertenbericht. Bei schwer kranken Menschen steht die Lebensqualität im Mittelpunkt. Um besonders belastende Symptome wie etwa Schmerzen und Dyspnoe gut einschätzen und gezielt behandeln zu können, wurde an der Klinischen Abteilung für Palliativmedizin im AKH Wien der PERS²ON-Score entwickelt.

Von Eva Katharina Masel

Zum Symptommanagement in der Palliative Care zählen die Behandlung von Appetitlosigkeit, Kachexie, Sarkopenie und Gewichtsverlust sowie von Atemnot, Schmerz, Fatigue, Übelkeit und Erbrechen wie auch die psychosoziale Betreuung und die Behandlung von Angst, Depression oder Schlafstörung. Nicht selten liegen Clustersymptome vor, die es neben der multidisziplinären Betreuung durch ärztliches Personal, diplomiertes Pflegepersonal, Diätologie, physikalische Therapie, ehrenamtliche Mitarbeiter, Sozialarbeit, Seelsorge, psychologische und psychotherapeutische Betreuung erfordern, Medikamente entsprechend ihrem Wirkmechanismus zu kombinieren.

Um eine gezielte Anamnese zu ermöglichen, wurde an der Klinischen Abteilung für Palliativmedizin des Allgemeinen Krankenhauses Wien der PERS²ON-Score entwickelt (siehe Fragebogen, Seite 23). Hierbei werden häufige belastende Symptome auf einer numerischen Skala von null bis zehn gemeinsam mit den Patienten eingeschätzt und gezielt behandelt. Je belastender das jeweilige Symptom für den Patienten ist, desto höher ist die Punktzahl, maximaler Wert sind 70 Punkte. Der PERS²ON-Score eignet sich ebenfalls zur regelmäßigen Verlaufskontrolle, um eine Verbesserung der Symptomlast evaluieren zu können.

Im folgenden Artikel sollen überblicksartig auf die zwei im Rahmen des PERS²ON-Scores erhobenen und im Palliativbereich häufig vorkommenden Symptome Schmerz und Dyspnoe eingegangen werden.

Starke Opioide bei Krebskranken

Etwa 40 Prozent der Patienten, die an Tumorerkrankungen leiden, haben in der Frühphase der Erkrankung Schmerzen, im fortgeschrittenen Stadium liegt der Prozentsatz mit etwa 75 Prozent deutlich höher. Im Jahr 1986 publizierte die World Health Organization das WHO-Stufenschema zur Behandlung von Schmerzen bei Krebserkrankungen (siehe Tab., Seite 23). Hierbei ist die Gabe von starken Opioiden (Stufe III) häufig erforderlich. Dabei gelten die Grundsätze „by the mouth, by the clock, by the ladder“ sowie „Morphine kills the pain and not the patient“. Patienten sollen darüber aufgeklärt werden, dass Opioide im Falle einer indizierten Schmerzbehandlung keine Suchtgefahr beinhalten und dass die Einnahme von Opioi-

den zu keiner Persönlichkeitsveränderung oder einem verkürzten Überleben führt.

Einer oralen Therapie (by the mouth) ist der Vorzug zu geben, auch die Anwendung von transdermalen Pflastern ist möglich (Cave: Lipophilie, ggf. Wirkverlust bei kachektischen Patienten). Durch den Einsatz retardierter Präparate (by the clock) flutet das Opioid langsam an und es kann ein kontinuierlich wirksamer Medikamentenspiegel aufgebaut werden.

Ja: Kombination von Stufe III und I

Medikamente der Stufe III sollten mit Medikamenten der Stufe I kombiniert werden, um die Opioidwirkung zu verstärken (by the ladder). Ein geeignetes Präparat der WHO-Stufe I stellt hier Metamizol dar, das auch bei eingeschränkter Nieren- und Leberfunktion verabreicht werden kann (Cave: keine antiphlogistische Wirkung). Das Risiko einer Agranulozytose ist mit 1:1.000.000 vernachlässigbar. Mögliche Alternativen sind Diclofenac (Cave: Kontraindikation ab NYHA II sowie Niereninsuffizienz), das eine antiphlogistische Komponente aufweist, Paracetamol (Cave: Leberfunktion; keine antiphlogistische Wirkung) sowie Naproxen, das eine lange Halbwertszeit aufweist (8-12 Stunden) und die niedrigste Kardiotoxizität hat.

Bei Gabe von retardierten Opioiden kann es zu einer vorzeitigen Wirkungsabnahme in Form eines end of dose failure im Sinne einer vorzeitigen Wirkungsabnahme am Ende des Dosierungsintervalls der Basistherapie kommen. In diesem Fall können Schmerz-pflaster

nicht wie empfohlen nach drei oder vier Tagen, sondern gegebenenfalls bereits einen Tag früher gewechselt oder orale retardierte Präparate anstatt zwei Mal täglich drei Mal täglich verabreicht werden.

Als Bedarfsmedikation sollen in jedem Fall nicht-retardierte, kurz wirksame Opioide gegen „Hintergrundschmerzen“ verschrieben werden. Liegt die Einnahme über vier



Palliative Care ist keine „traurige Disziplin“, die auf das Lebensende beschränkt ist.

Mal täglich, sollte man die Steigerung der Basistherapie andenken. Hintergrundschmerzen treten trotz Basistherapie auf und sind von Durchbruchschmerzen zu differenzieren. Im Falle von Durchbruchschmerzen kommt es zu Spitzen innerhalb weniger Minuten und einem Abklang nach etwa 30 Minuten. Hier wirken kurz wirksame Opioide zu langsam und es sollte auf eine intravenöse Opioidgabe oder rasch wirksame Opioide (z. B. buccales Fentanyl) zurückgegriffen werden, deren Wirkung innerhalb von etwa zehn Minuten eintritt. Eine falsche Anwendung von rasch wirksamen Opioiden ist zu vermeiden und kann zu einem Craving im Sinne eines Verlangens nach der Substanz ohne Vorliegen von Schmerz führen.

Nein: Kombination von Stufe II mit III Präparate der Stufe II (Codein, Tramadol) kommen in der Palliative

Care eher selten zur Anwendung und haben einen Ceiling-Effekt, was bedeutet, dass bei bereits hoher Dosierung durch eine weitere Steige-

Stufe III kombiniert werden, hier sollte man entweder bei Stufe II bleiben oder Stufe III anwenden. Häufig übersehen wird das Vorliegen eines mixed pain – eines gemischten Schmerzes, der aus einer nozizeptiven als auch einer neuropathischen Schmerzkomponente besteht.

Zahlreiche Tumorerkrankungen sind im Bereich von verlaufenden Nervengeflechten lokalisiert (z. B. Analkarzinom, Pancoast-Tumor, Pankreaskarzinom, Cervixkarzinom, HNO-Tumoren). Zum Assessment von neuropathischen Schmerzen eignen sich Bögen wie der ID-Pain, LANNS Scale, Neuropathic Pain Questionnaire, PainDETECT, Tenitem questionnaire. Die Behandlung erfolgt mit Gabapentin oder Pregabalin, beides Wirkstoffe mit einer niedrigen Number Needed to Treat (NNT) von 4 bis 6. Weitere Therapieoptionen stellen dual wirksame Antidepressiva wie Duloxetine, Milnacipran oder Venlafaxin, die die schmerzhemmenden Bahnen im Rückenmark aktivieren, sowie das trizyklische Antidepressivum Amitriptylin dar (NNT 2-3; Cave: Anticholinerge Nebenwirkungen, Kardiotoxizität).

Cannabinoide sind zwar bei Patienten sehr beliebt, da sie oft als „Naturprodukt“ perzipiert werden, sie gelten in der Tumorschmerztherapie jedoch generell als Third-line-Option und haben beim Vorliegen von neuropathischen Schmerzen moderate Evidenz. Ihr Erfolg resultiert häufig aus der affektiven Komponente in Bezug auf die Schmerzverarbeitung.

Die Anwendung von Capsaicin- und Lidocain-Pflastern ist als Lokalthherapie bei Vorliegen von Allodynie oder fokaler Neuropathie möglich. Bei hohen Opioiddosierungen empfiehlt sich der Beginn mit einer Schmerzpumpe (patient-controlled analgesia - PCA-Pumpe), die subkutan oder intravenös angewendet werden kann.

Bei Patienten mit fortgeschrittenen palliativen Erkrankungen kann die Anlage eines PIC-Katheters (periphererally inserted central venous catheter) erfolgen, der über eine Vene des Oberarmes angelegt wird und neben der Anwendung einer PCA-Pumpe auch zur Gabe einer parenteralen Ernährung oder zur Blutabnahme geeignet ist. Im Falle einer bakteriellen Besiedelung kann er rasch entfernt werden und muss im Gegensatz zu einem Port-a-Cath nicht explantiert werden. Die empfohlene Liegedauer beträgt laut Medizinproduktegesetz vier Monate, es ist jedoch individuell auch eine Verwendung darüber hinaus möglich.

Lesen Sie bitte weiter auf Seite 23

zieht dem Schmerz den Stachel

Astec®
Buprenorphin
Transdermales Matrix-Pflaster

Alle Stärken auch als Monatspackungen & Green Box*

* Warenverzeichnis Apothekerverlag, Stand: Februar 2018.

Gebro Pharma

Fachkurzinformation siehe Seite 32

Spezial.Schmerz in der Geriatrie

Fragebogen zum Symptom-Assessment											
PERS²ON-Score											
Pain	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Notizen:											
Eating	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Notizen:											
Rehabilitation	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Notizen:											
Social Situation	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Notizen:											
Suffering	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Notizen:											
Oxygen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Notizen:											
Nausea/Emesis	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Notizen:											
Total Score											/ 70
0 = keine Symptomlast; 10 = stärkste Symptomlast; social situation: 0 = hohe Wahrscheinlichkeit einer out of hospital care; 10 = keine Möglichkeit einer out of hospital care											
Auch regelmäßige Verlaufskontrollen der Symptomlast können mit dem PERS ² ON-Score erfasst werden.											

Fortsetzung von Seite 22

Das Infektionsrisiko sowie eine erhöhte Thromboserate sind zu bedenken.

Stufe IV bei invasiven Verfahren

Bei Ausschöpfung von Kombinationen der Schmerzmittel aus Stufe I bis III kann zusätzlich die Anwendung der Stufe IV im Sinne von invasiven Verfahren wie Intrathekalpumpe, Neurolysen, Plexusblockade, Periduralkatheter, Spinal Cord Stimulation oder Spinalkatheter vonnöten sein (siehe Tab. „Behandlung von Schmerz“). Es sollte im Rahmen einer Opioidtherapie niemals vergessen werden, Laxantien zu verabreichen (vorzugsweise Macrogol und Bisacodyl, ggf. Ergänzung durch Naloxegol).

Dyspnea is what the patients says it is

Das Vorliegen von Dyspnoe hat einen negativen Einfluss auf Lebensqualität und Überlebenswillen. Als subjektives Symptom korreliert dieses oft nicht mit dem Krankheitsausmaß oder einer eingeschränkten Lungenfunktion („dyspnea is what the patients says it is“).

Behandlung von Schmerz

Pharmakotherapie: Kombinieren Sie Opiode mit Nicht-Opioiden – by the mouth (vorzugsweise oral), by the clock (Retardpräparate), by the ladder (WHO-Stufenschema)

Verwenden Sie schnell wirksame Opiode für Durchbruchschmerzen

Bedenken Sie Nebenwirkungen einer Opioidtherapie wie Delir, Somnolenz, Übelkeit und Obstipation

Vergessen Sie nicht auf Laxantien (Macrogol, Bisacodyl, Naloxegol)

Erwägen Sie das Vorliegen einer neuropathischen Schmerzkomponente

Konservative Behandlung: Chemo- und/oder Radiotherapie (Reduktion der Tumorlast), komplementäre Therapien, Ergotherapie, physikalische Therapie, psychologische Betreuung, seelsorgeische Betreuung, transkutane elektrische Nervenstimulation

Invasive Schmerztherapie: Epidural-katheter, intrathekale Therapie, Nervenblockaden

Wesentlich ist eine Unterscheidung zwischen tumorbedingter Ursache (z. B. bronchiale Obstruktion, Metastasierung, Pleuraerguss, Lymphangiosis carcinomatosa) oder nichttumorbedingter Ursache (z. B. COPD, Linksherzinsuffizienz, Pulmonalembolie, Strahlenfibrose) und eine entsprechende kausale Therapie. Behandlungsoptionen sind eine antimikrobielle Behandlung im Falle einer Pneumonie, eine Antikoagulation bei Vorliegen einer Pulmonalembolie, das Verabreichen von Erythrozytenkonzentraten bei ausgeprägter Anämie, pharmakologische Therapieoptionen wie Bronchodilatoren oder Kortikosteroide bei COPD, Diuretika bei Herzinsuffizienz sowie die Sauerstoffgabe bei Hypoxie. Eine Sauerstoffgabe über die Maske oder Nasenbrille ist nur bei nachgewiesener Hypoxie (O₂-Sättigung < 90 %) indiziert. Der Einsatz eines Handventilators kann bei nicht-hypoxischen Patienten über einen trigeminalen Reiz die Symptomlast reduzieren.

Im Rahmen onkologischer Erkrankungen sollte die Therapie der Grunderkrankung durch antineoplastische Therapien, Tumordebulking/Metastasektomien oder eine Radiatio erfolgen. Im palliativen Setting bieten sich zur Symptomkontrolle folgende Optionen an: Atemtraining, Behandlung von Fatigue und Kachexie, Cava-Stenting im Falle einer Einflusstauung, Bronchial-Stenting bei Vorliegen einer Bronchoobstruktion, Opioidgabe, palliative Sedierung bei therapie-refraktärer Dyspnoe, Physiotherapie, Pleurapunktion, Pleuradrainage-Systeme sowie Pleurodese. Stresslindernde Maßnahmen, Entspannungsübungen sowie Frischluftzufuhr können eine deutliche Erleichterung bringen.

Opiode: Furcht vor Atemdepression
Die Furcht vor einer Atemdepression im Falle der Gabe von Opioiden ist ein häufiger Grund für eine Unterbehandlung. Dyspnoe antagonisiert die atemdepressive Wirkung von Opioiden, wobei Opiode mitunter auf das limbische System wirken und somit die emotionale und psychische Belastung, die durch das

Vorliegen von Atemnot entsteht, lindern. Weiters wirken Opiode auf Hustenrezeptoren der Lunge und führen zu einer Reduktion des Widerstandes im kleinen Kreislauf und einer Entlastung des Herzens. Generell stellt die Anwendung von Opioiden bei Dyspnoe immer noch einen Off-Label-Use dar, die Evidenz als Behandlungsoption ist jedoch gegeben.

Benzodiazepine sollten zurückhaltend und nur bei Vorliegen einer ängstlichen Komponente verabreicht werden. Bedrohliche Nebenwirkungen sind selten. Eine Brady-pnoe (Atemfrequenz < 10 Atemzüge/Minute) kann mithilfe von Naloxon antagonisiert werden, was jedoch im palliativmedizinischen Setting in den seltensten Fällen erforderlich ist. Zur Linderung der Dyspnoe sind meist geringere Opioiddosierungen als zur Linderung von Schmerz erforderlich. Die empfohlene Anfangsdosis bei opioidnaiven Patienten liegt bei 1–5 mg Morphin (oder einem Äquivalent) per os alle vier Stunden. Bei unzureichendem Ansprechen wird eine Dosiserhöhung um 25–50 Prozent empfohlen. Nach Ermittlung der benötigten Tagesdosis kann auf ein retardiertes Präparat umgestellt werden. Bei Patienten unter laufender Opioidtherapie wird eine Erhöhung um 25 Prozent empfohlen.

Buccales/sublinguales Fentanyl kann bei Versagen aller anderen Maßnahmen auch bei sogenannter „episodischer Atemnot“ angewendet werden, wobei die Zulassung dafür

WHO-Stufenschema

Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe IV
Metamizol	Codein	Buprenorphin	Intrathekalpumpe
NSAR (Acetylsalicylsäure, Ibuprofen, Diclofenac, Ketoprofen, Mefenaminsäure, Naproxen, Oxiceam)	Tramadol	Fentanyl	Neurolyse
Coxibe (Celecoxib, Parecoxib)		Hydromorphon	Plexusblockade
Paracetamol		Methadon	Periduralkatheter
		Morphin	Spinal-Cord-Stimulation
		Oxycodon	Spinalkatheter
		Tapendatol	
	+ Stufe I	+ Stufe I	+ Stufe I–III

Wirkstoffe zur Behandlung von Schmerzen bei Krebserkrankungen.

bisher nicht gegeben ist (Off-Label-Use) und die Ergebnisse von randomisiert kontrollierten Studien noch ausständig sind.

Flache Atmung am Lebensende

Eine flache Atmung am Lebensende ist eine natürliche Begleiterscheinung des Sterbens und kein Zeichen von Atemnot. Aus einem Handlungsimpuls heraus Sauerstoff zu verabreichen sollte vermieden werden, da dies die Schleimhäute austrocknen kann. So kann ein Durstgefühl entstehen, welches wiederum mit Flüssigkeitsgabe behandelt wird, womit ein gewisser „Aktionismus“ im Rahmen des Sterbeprozesses entstehen kann. Wesentlich sind die Einbindung einer physikalischen Therapie (Atemtrai-

ning) sowie psychologische Interventionen.

Die Linderung von belastenden Symptomen kann dazu führen, dass Patienten auch in schwierigen Situationen wieder Mut fassen. Eine entsprechende Expertise führt zu sichtlichen Erfolgen, die sowohl Patienten als auch Ärzte glücklich machen. Palliative Care ist keine „traurige Disziplin“, die auf das Lebensende beschränkt ist. Das sollte immer wieder betont werden, sowohl gegenüber den Patienten als auch gegenüber ärztlichen Kollegen. ■

Ass. Prof. PD Dr. Eva Katharina Masel, MSc ist als Oberärztin an der Klinischen Abteilung für Palliativmedizin, Universitätsklinik für Innere Medizin I, AKH Wien, Medizinische Universität Wien, tätig.

Gichttherapie

mit  und 

Colctab

Auf den Punkt genau ●

- für Anfall & Prophylaxe
- wirkt symptomatisch & causal
- lindert anfallsbedingte Schmerzen, verringert die Anfallshäufigkeit
- hemmt die Urat-Ablagerung, wirkt antiinflammatorisch
- entspricht EULAR-Guideline¹: 1st line Therapie punktgenaue Dosis



● 1 mg Colchicin/Tabl. ● 10, 30 Stk. ● Grüne Box

Kwizda
Pharma

COL-0001_1017

IHR ÖSTERREICHISCHER PARTNER
IN DER GESUNDHEIT

Fachkurzinformation siehe Seite 22