

Palliation in der Pneumologie

Eine Bereicherung für Betroffene und für einen selbst

Das Lebensende betrifft alle, liegt doch die menschliche Mortalität kontinuierlich bei 100 %. Palliative Care und Palliation beschreiben keine „Rückzugsdisziplin“, sondern eine aktive Therapieform für Menschen mit unheilbaren, meist fortgeschrittenen Erkrankungen. Lange Zeit galt der Grundsatz, dass die beste palliative Betreuung jenen PatientInnen vorbehalten sei, die an einer onkologischen Erkrankung leiden, da es in dieser Disziplin das größte Bewusstsein für die Notwendigkeit einer symptomorientierten, auf die Lebensqualität ausgerichteten Betreuung geben würde.

Dabei gilt es jedoch zu berücksichtigen dass z. B. die Symptombelastung von PatientInnen mit schwerer chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) vergleichbar mit jener von PatientInnen mit Bronchuskarzinom ist, wobei die Erkrankungsdauer bei COPD wesentlich länger ist (Überlebenszeit COPD-PatientInnen median: 589 Tage, Tumorerkrankte: median 107 Tage) [1]. Umso wichtiger scheint es, dass auch nicht-onkologische Erkrankte eine palliative Betreuung erhalten und das Bewusstsein dafür steigt, was eigentlich mit pneumologischer Palliative Care gemeint ist.

Das Zitat „Dum spiro, spero“ stammt von Cicero, und bedeutet „Solange ich atme, hoffe ich“. Atemnot ist ein Erleben aus Interaktionen zwischen verschiedenen physiologischen, psychologischen, sozialen und Umwelt-Faktoren und ist in der Lage, physiologische Reaktionen und Verhaltensreaktionen hervorzurufen [2]. Im palliativen Setting kommt es häufig zu chronisch refraktärer Atemnot, womit eine chronische Atemnot in Ruhe oder bei minimaler Belastung, trotz optimaler Therapie zugrundeliegender Ursachen, beschrieben wird [3].

Im Folgenden sollen fünf klinisch relevante und hilfreiche Grundsätze für eine palliative Pneumologie dargestellt werden.

1. Erkennen Sie die Endlichkeit des Lebens an.

Da die Medizin primär auf Heilung ausgerichtet ist, fällt gerade die Endlichkeit des

Lebens vielen ÄrztInnen und medizinischen Teams, aber auch vielen PatientInnen und deren An- und Zugehörigen besonders schwer. Die Voraussetzung dafür, dass jemand eine palliative Betreuung erhält ist, dass man anerkennt, dass medizinisch Machbares in den Hintergrund und persönliche Wünsche der PatientInnen in den Vordergrund treten dürfen. Dabei ist unter anderem eine gute Symptomkontrolle, eine vorausschauende Planung (Advance Care Planning) sowie das Einbinden von An- und Zugehörigen stets das Ziel. Es wird individualisiert vorgegangen, doch primär unter der Berücksichtigung des von der Pionierin der Palliative Care, Cicely Saunders, geprägten Grundsatzes „High person, low technology“. Eine gewisse Offenheit über das Thema Lebensende, Tod und Sterben sollte als Kernkompetenz aller im medizinischen Beruf Tätigen gelten.

2. Palliative Care bedeutet nicht, „nichts tun“.

Palliative Care beschränkt sich nicht ausschließlich auf eine End of Life Care, sondern sollte frühzeitig in die PatientInnenversorgung integriert werden. Eine randomisierte Studie, die 2010 im New England Journal of Medicine publiziert wurde, konnte nachweisen, dass im Vergleich zu einer onkologischen Standardtherapie das Leben von PatientInnen mit Lungenkrebs im Stadium IV durch eine frühe palliative Betreuung nach Erstdiagnose um drei Monate verlängert wurde [4]. Die Betreuung bestand darin, dass die

PatientInnen zumindest einmal pro Monat von einem Palliativteam betreut und physische sowie psychosoziale Beeinträchtigungen erhoben wurden. Weiters konnte in dieser Studie gezeigt werden, dass psychische Beschwerden wie Angst oder Depression in der Gruppe der PatientInnen, die eine palliative Betreuung erhielten, signifikant geringer auftraten. Daraus kann geschlossen werden, dass eine palliative Betreuung nicht zu einem Verlust von Hoffnung führt. Im Gegenteil, Menschen sind planende Wesen. In Notsituationen lassen sich individuelle Wünsche oftmals nicht verwirklichen, somit ist eine vorausschauende Planung vonnöten, um für den Ernstfall vorbereitet zu sein. Erfahrungsgemäß ist es so, dass PatientInnen und deren An- und Zugehörige es sehr zu schätzen wissen, aktiv auf die Möglichkeiten einer palliativen Betreuung hingewiesen zu werden [5, 6].

3. No (wo)man is an island. Schöpfen Sie bei Lungenerkrankungen interdisziplinäre Möglichkeiten aus.

Eine rezente Studie beschrieb einen „holistic approach“ in Form von Atemtraining, Entspannungstechniken und psychologischer Unterstützung als eine zielführende Maßnahme im Umgang mit chronischer Atemnot [7]. AtemtherapeutInnen und Atemnot-Ambulanzen, wie sie in England bereits seit Längerem etabliert sind, sind mit Sicherheit ein wertvoller Bestandteil eines pneumologischen Teams als auch eines Palliative Care Teams. Denn Respi-

Zur Person



OÄ Ass.-Prof.ⁱⁿ Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Eva Katharina Masel, MSc

Klinische Abteilung für Palliativmedizin

Universitätsklinik für Innere Medizin I

Medizinische Universität Wien

Allgemeines Krankenhaus

Währinger Gürtel 18-20

1090 Wien

E-Mail: eva.masel@meduniwien.ac.at

TABELLE 1

Kriterien für Palliativbetreuung/Hospiz, adaptiert nach Lanken PL et al, Am J Respir Crit Care Med [23]

1. Schwere Lungenerkrankung a. Ruhedyspnoe, die schlecht oder gar nicht auf Bronchodilatoren anspricht, schlechter Allgemeinzustand, Fatigue, Husten b. Fortschreiten der Lungenerkrankung, gehäufte Notfallaufnahmen oder stationäre Aufenthalte wegen pulmonalen Infektionen und/oder respiratorischer Insuffizienz
2. Hypoxämie in Ruhe, $P_aO_2 < 55$ mmHg; Sauerstoffsättigung $< 88\%$ mit Sauerstoff ODER Hyperkapnie ≥ 50 mmHg
3. Cor pulmonale
4. Zunehmender Gewichtsverlust $\geq 10\%$ über 6 Monate
5. Ruhetachykardie > 100 /min
Kriterien 1 und 2 sollten vorhanden sein, 3–5 unterstützend

rationsrate, Sauerstoffsättigung, Lungenfunktion geben keine Auskunft über die individuell empfundene Belastung der PatientInnen. Eine subjektive Beurteilung in Form von sensorischem Erleben, emotionaler Belastung und täglichen Einschränkungen durch Atemnot steht im Vordergrund [8]. Generell beschreibt eine Betreuung auf physischer, psychischer und sozialer Ebene unter Berücksichtigung kultureller als auch spiritueller Aspekte eben jenen „pallium“, der als Synonym für einen Mantel steht, in den die PatientInnen schlüpfen können.

4. Führen Sie Zukunftsgespräche!

Palliation und Kuration sollten nicht als zwei einander ausschließende Weltbilder betrachtet werden. Der kurativ-restorative Ansatz ist meist auf kurzfristige Ziele ausgerichtet, der palliative Ansatz hat eher vorausschauendes Planen im Fokus [9]. Häufig greifen beide Ansätze ineinander und man sollte im ärztlichen Beruf niemals aufhören, Dinge zu hinterfragen. Auch in einer palliativen Situation kann sehr viel an Lebenszeit gewonnen werden, indem man Komorbiditäten berücksichtigt, interdisziplinär zusammenarbeitet und den PatientInnen weiterhin das Gefühl gibt, für sie da zu sein, auch wenn eine palliative – dem eigenen Fachgebiet eventuell nicht entsprechende – Betreuung eingeleitet wurde. Gespräche über das Lebensende werden meist erst etwa ein Monat vor dem Tod der PatientInnen und nicht von den primär Behandelnden geführt [10]. Die Bezeichnung als „Zukunftsgespräch“ mag hier geeigneter erscheinen als „End of Life Gespräch“.

Beispielsweise sind das Wissen über die Dynamik der COPD und die Möglichkeit des Versterbens an dieser Erkrankung sowie die Aufklärung und Gewissheit darüber, nicht ersticken zu müssen, äußerst ent-

lastend für Betroffene, da PatientInnen oft wenig Verständnis über ihre Erkrankung haben [11]. Kriterien für eine Zuweisung an eine Palliativstation oder ein Hospiz finden sich in Tabelle 1. Eine sehr gute Übersicht darüber, wie man mit emotionalen Reaktionen auf eine schlechte Prognose umgeht findet sich in der Arbeit „Emotions in the room: common emotional reactions to discussions of poor prognosis and tools to address them“ von H. M. Derry [12]. Auch die „Surprise Question“ kann in der persönlichen Entscheidungsfindung hilfreich sein. Eine Studie unter praktischen Ärzten ergab, dass, wenn die Frage „Wären Sie überrascht, wenn der Patient innerhalb des nächsten Jahres verstirbt?“ mit „Nein“ beantwortet wurde, die Treffsicherheit sehr hoch war und gut PatientInnen identifiziert werden konnten, die von einer Palliativversorgung profitierten [13].

5. Verabreichen Sie bei therapie-refraktärer Atemnot Opioide und denken Sie an behandelbare Ursachen von Atemnot.

Opioide sind in der Palliation bei onkologischen Erkrankungen zur Symptomkontrolle und ausschließlich zur Symptomkontrolle der auf Bronchodilatoren, Diuretika, Kortikosteroide und andere lindernde Maßnahmen (z. B. Bronchialstenting, Gabe von Erythrozytenkonzentrat, Pleurapunktion, Behandlung einer Pulmonalembolie, antimikrobielle Therapie bei Pneumonie, Herzinsuffizienztherapie, Radiatio) weiterhin bestehenden Atemnot gedacht (Grad 1 Empfehlung) [14]. Hier sei auch auf die rezent erschienene, im Internet abrufbare S3 Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung verwiesen. Auch bei chronischen Lungenerkrankungen wie COPD und Lungenfibrose führen Opioide zu einer Linderung von

Atemnot [15, 16]. Opioide wirken im limbischen System (= u. a. Gleichgültigkeit) und eine rasche, oberflächliche Atmung wird ruhiger und tiefer. Opioide dienen weder dem Zweck noch der Indikation, PatientInnen zu sedieren und können – fälschlich angewendet – zu Myoklonien, neurologischer Exzitation, Agitiertheit und Delir führen. Ist nach Opioidgabe bei weiterhin therapierefraktärem, kausal unbehandelbarem Symptom eine Sedierung zur Symptomlinderung erforderlich, sollte im palliativen Setting auf Midazolam zurückgegriffen werden [17]. Eine palliative Sedierung verkürzt das Leben nachweislich nicht [18]. Ein differenzierter Umgang ist hier erforderlich, eine palliative Sedierung ist die ultima ratio der Symptomkontrolle und entspricht keiner – wie von manchen fälschlicherweise, aber leider mit Überzeugung kolportierten, „langsamen Euthanasie“ [19]. Benzodiazepine sind nicht als Routinemedikation und mehr als Zweit- oder Drittlinientherapie gedacht, können jedoch anxiolytisch wirken und so einen Benefit bringen [20]. Eine Indikation zur Sauerstoffgabe über die Maske oder Nasenbrille ist nur bei nachgewiesener Hypoxie indiziert. Der Einsatz eines Handventilators konnte über einen trigeminalen Reiz die Symptomlast bei nicht-hypoxischen PatientInnen reduzieren [21, 22]. ■

LITERATUR

1. Bausewein C, Booth S, Gysels M, et al (2010) Understanding breathlessness: cross-sectional comparison of symptom burden and palliative care needs in chronic obstructive pulmonary disease and cancer. *J Palliat Med* 13:1109–1118. <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0068>
2. [No authors listed] (1999) Dyspnea. Mechanisms, assessment, and management: a consensus statement. American Thoracic Society. *Am J Respir Crit Care Med* 159:321–340. <https://doi.org/10.1164/ajrccm.159.1.ats898>
3. Abernethy AP, Currow DC, Frith P, et al (2003) Randomised, double blind, placebo controlled crossover trial of sustained release morphine for the management of refractory dyspnoea. *BMJ* 327:523–528. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7414.523>
4. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al (2010) Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 363:733–742. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1000678>
5. McDonald J, Swami N, Hannon B, et al (2017) Impact of early palliative care on caregivers of patients with advanced cancer: cluster randomised trial. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol* 28:163–168. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdw438>
6. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, et al (2017) Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol* 35:96–112. <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.70.1474>
7. Maddocks M, Brighton LJ, Farquhar M, et al (2019) Holistic services for people with

advanced disease and chronic or refractory breathlessness: a mixed-methods evidence synthesis. *NIHR Journals Library*, Southampton (UK)

8. **Parshall MB, Schwartzstein RM, Adams L, et al (2012)** An official American Thoracic Society statement: update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. *Am J Respir Crit Care Med* 185:435–452. <https://doi.org/10.1164/rccm.201111-2042ST>
9. **Taylor DR, Murray SA (2018)** Improving quality of care for end-stage respiratory disease: Changes in attitude, changes in service. *Chron Respir Dis* 15:19–25. <https://doi.org/10.1177/1479972317707654>
10. **Burki TK (2013)** End-of-life discussions and care received. *Lancet Oncol* 14:16
11. **Robinson J, Gott M, Gardiner C, et al (2015)** A qualitative study exploring the benefits of hospital admissions from the perspectives of patients with palliative care needs. *Palliat Med* 29:703–710. <https://doi.org/10.1177/0269216315575841>
12. **Derry HM, Epstein AS, Lichtenthal WG, et al (2019)** Emotions in the room: common emotional reactions to discussions of poor prognosis and tools to address them. *Expert Rev Anticancer Ther* 19:689–696. <https://doi.org/10.1080/14737140.2019.1651648>
13. **Moroni M, Zocchi D, Bolognesi D, et al (2014)** The “surprise” question in advanced cancer patients: A prospective study among general practitioners. *Palliat Med* 28:959–964. <https://doi.org/10.1177/0269216314526273>

14. **Janssen DJA, Spruijt MA, Schols JMGA, et al (2008)** A dosage of opioids should never exceed what is necessary to relieve symptoms. *Am J Respir Crit Care Med* 178:1186; author reply 1186. <https://doi.org/10.1164/ajrccm.178.11.1186a>
15. **Rajala K, Lehto JT, Saarinen M, et al (2016)** End-of-life care of patients with idiopathic pulmonary fibrosis. *BMC Palliat Care* 15:85. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0158-8>
16. **Ekström M, Nilsson F, Abernethy AA, et al (2015)** Effects of opioids on breathlessness and exercise capacity in chronic obstructive pulmonary disease. A systematic review. *Ann Am Thorac Soc* 12:1079–1092. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201501-034OC>
17. **Mercadante S, Porzio G, Valle A, et al (2011)** Palliative sedation in patients with advanced cancer followed at home: a systematic review. *J Pain Symptom Manage* 41:754–760. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.07.013>
18. **Schur S, Weixler D, Gabl C, et al (2016)** Sedation at the end of life – a nation-wide study in palliative care units in Austria. *BMC Palliat Care* 15:50. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0121-8>
19. **Schofield G, Baker I, Bullock R, et al (2019)** Palliative opioid use, palliative sedation and euthanasia: reaffirming the distinction. *J Med Ethics*. <https://doi.org/10.1136/me-dethics-2018-105256>
20. **Simon ST, Higginson IJ, Booth S, et al (2016)** Benzodiazepines for the relief of breath-

- lessness in advanced malignant and non-malignant diseases in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 10:CD007354. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007354.pub3>
21. **Johnson MJ, Booth S, Currow DC, et al (2016)** A Mixed-Methods, Randomized, Controlled Feasibility Trial to Inform the Design of a Phase III Trial to Test the Effect of the Handheld Fan on Physical Activity and Carer Anxiety in Patients With Refractory Breathlessness. *J Pain Symptom Manage* 51:807–815. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.11.026>
22. **Galbraith S, Fagan P, Perkins P, et al (2010)** Does the use of a handheld fan improve chronic dyspnea? A randomized, controlled, crossover trial. *J Pain Symptom Manage* 39:831–838. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.09.024>
23. **Lanken PN, Terry PB, Delisser HM, et al (2008)** An official American Thoracic Society clinical policy statement: palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses. *Am J Respir Crit Care Med* 177:912–927. <https://doi.org/10.1164/rccm.200605-587ST>

Jörg Lindenmann, Graz

Thoraxdrainagen

Grundlagen, Tücken und Möglichkeiten

Die Anlage einer Thoraxdrainage ist ein chirurgischer Eingriff, der, fachgerecht durchgeführt, mit einer sehr geringen Komplikationsrate einhergeht und daher meist simpel erscheint. Bei unsachgemäßem Vorgehen kann diese scheinbar „banale“ Operation jedoch schwere und mitunter lebensbedrohliche Komplikationen zur Folge haben. Daher ist es unverzichtbar, über die grundlegende Indikationsstellung, die Vorgehensweise der chirurgischen Anlage und die adäquate postoperative Handhabung der Thoraxdrainage ausreichend informiert zu sein.

Indikation

Die Indikationen zur Anlage einer Thoraxdrainage sind, vereinfacht gesagt, jegliche Form von intra-pleuraler Ansammlung von Luft (Pneumothorax) oder Flüssigkeit, wie z. B. unkomplizierte Pleuraergüsse (Exsudat, Transsudat), nicht koagulierter

Hämatothorax, Chylothorax, flüssiger Pyothorax oder Cholothorax.

Das Ziel der richtig gelegten Thoraxdrainage ist, die im Pleuraspalt angesammelte Luft bzw. Flüssigkeit vollständig zu evakuieren, die betroffene Lunge wieder zur Expansion zu bringen und dadurch den Patienten möglichst schnell der respiratorischen Rekompensation zuführen zu können. Die weiteren Vorteile der Thoraxdrainage sind die Durchführbarkeit des Eingriffs in reiner Lokalanästhesie, die tägliche Kontrolle des über die Drainage geförderten Sekrets hinsichtlich Qualität und Quantität, die geringe Infektrate sowie die Möglichkeit der Durchführung einer chemischen Pleurodesis über die liegende Drainage zur Prophylaxe des malignen Pleuraergusses. Diesen Vorteilen ist jedoch dagegen zu halten, dass die Durchführung bzw. das weitere Handling der Thoraxdrainage kaum im Rahmen eines ambulanten Settings möglich ist. Zum

anderen kann die Drainage zu einer mehr oder weniger starken lokalen Schmerzsymptomatik führen. Ein Umstand, der jedoch durch den Einsatz adäquater Analgetika de facto nicht mehr ins Treffen geführt werden kann.

Der Zeitpunkt der Thoraxdrainage ergibt sich meist aus der Dringlichkeit der Situation. Bei klinischer Symptomatik des Patienten wie z. B. starkem Druckgefühl, Schmerz, progredienter Dyspnoe oder bei zunehmender kardio-respiratorischer Instabilität hat die Anlage der Thoraxdrainage unverzüglich zu erfolgen. In dieser Situation kann und darf auf eine zeitaufwendige, präoperative Bildgebung keine Rücksicht genommen werden. Besonders beim Spannungspneumothorax besteht durch den progredienten Mediastinalshift eine potenzielle lebensbedrohliche Situation, welche sofortiges chirurgisches Handeln im Sinne einer Notfallthorakotomie verlangt (Abb. 1).