

Symptomkontrolle in der Palliativmedizin und Hospizarbeit

Friedemann Nauck

Neben Schmerzen sind Übelkeit, Erbrechen, Obstipation und Dyspnoe häufige und meist sehr belastende und die Lebensqualität einschränkende Symptome bei Patienten mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen. Diese Symptome bleiben zwar nicht unbeachtet, aber die klinische Anwendung von Antiemetika, Laxanzien sowie die medikamentöse Therapie der Dyspnoe wird bis heute weitgehend vernachlässigt, d.h. unstrukturiert durchgeführt und oft unterschätzt. Voraussetzung für eine suffiziente Behandlung aller Symptome ist die Kenntnis der Pathophysiologie sowie eine sorgfältige Anamnese, in der neben den möglichen physischen auch die psychischen Ursachen ermittelt werden. Die Erstellung eines individuellen Therapieplans, die offene und ehrliche Kommunikation mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie die regelmäßige Untersuchung vor und während der Behandlung sind weitere wichtige Grundvoraussetzungen. Durch ein differenziertes Therapieregime lässt sich bei den meisten Patienten auch bei diesen Symptomen eine zufriedenstellende Symptomkontrolle erzielen.

Symptomkontrolle Übelkeit und Erbrechen

40-70% der Patienten mit fortgeschrittener Tumorerkrankung klagen über Übelkeit und / oder Erbrechen. Allgemein anerkannte Therapierichtlinien oder "Stufenschemata" existieren bisher nicht.

Übelkeit und Erbrechen können sowohl über den Vestibularapparat und den zerebralen Kortex als auch durch Arzneimittel, Toxine und Metabolite, die über die Blutzirkulation die Chemorezeptortriggerzone (CTZ) erreichen, sowie über vagale Afferenzen durch die Reizung von Chemo- und Mechanorezeptoren von Kopf, Hals, Thorax, Abdomen, Becken (insbesondere Leber und Darm) mit direkter Stimulation des Brechzentrums ausgelöst werden.

Spezifische Ursachen für Übelkeit und Erbrechen bei Tumorpatienten:

- Gastrointestinal (Gastrostase, Obstruktion, Peritonealkarzinose, Ulcus ventriculi)
- pharyngeale Ursachen (z.B. Candidainfektionen, Schleimhautulzerationen)
- Arzneimittel (Opioide, NSAID, Antibiotika, Digitalis)
- metabolische Ursachen (z.B. Hypercalcämie, Urämie)
- toxische Ursachen (z.B. Strahlen-, Chemotherapie, paraneoplastisch, Infektionen)
- zentrale Ursachen (Hirnmetastasen, Meningeosis carcinomatosa, Meningitis)
- psychosomatische Ursachen (z.B. Angst, Stress, Schmerz)

Therapieansätze zur Behandlung von Übelkeit und Erbrechen

Die Therapie von Übelkeit und Erbrechen umfasst nicht-medikamentöse und medikamentöse Maßnahmen. Zunächst sollte - wenn möglich, die Ursache behandelt werden (z.B. Obstipation, Infektionen, Husten, Schmerzen, Hypercalcämie, erhöhter Hirndruck).

Zu den Möglichkeiten nicht medikamentöser Behandlung gehören die Beseitigung von üblen Gerüchen bei exulzierenden Tumoren, das Schaffen einer ruhigen Umgebung sowie das Anbieten kleiner Mahlzeiten.

Zur pharmakologischen antiemetischen Therapie stehen Antiemetika unterschiedlicher Wirkgruppen (Antihistaminika, Neuroleptika, Anticholinergika, prokinetische Substanzen, 5-HT₃-Rezeptorantagonisten, Cannabinoide und Glukokortikoide) zur Verfügung.

Die Auswahl der Antiemetika erfolgt nach der auslösenden Ursache von Übelkeit und Erbrechen sowie der spezifischen Rezeptorwirkung. Die Medikation sollte regelmäßig, in ausreichender Dosierung und antizipativ verabreicht werden. Bei starkem Erbrechen kann initial eine parenterale Gabe der Antiemetika sinnvoll sein. Medikament der ersten Wahl (Basisantiemetikum) bei gastrointestinal bedingter Übelkeit stellt Metoclopramid dar. Bei Übelkeit und / oder Erbrechen ausgelöst durch Erregung der Chemorezeptor-Triggerzone

Sabatowski, Radbruch, Nauck, Roß, Zernikow: Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin Deutschland 2005, Hospiz Verlag 2005

(CTZ) wird Haloperidol und bei Erregung des Brechzentrum ein Antihistaminikum (Cyclizin oder Dimenhydrinat) verabreicht.

Opioidbedingte Übelkeit und Erbrechen

Zu Beginn einer Opioidtherapie klagen etwa 20 - 30 % aller Patienten über Übelkeit und Erbrechen. Auslöser ist die direkte Wirkung der Opiode auf die Chemorezeptortriggersonne (CTZ), den Gastrointestinaltrakt (Gastrostase) sowie das Vestibularorgan. Eine Toleranzentwicklung,

und somit ein Nachlassen der Symptome tritt in der Regel nach 8 - 10 Tagen ein. Aufgrund der Häufigkeit von opioidbedingter Übelkeit und Erbrechen sollte bei Beginn einer Therapie mit starken Opioiden immer eine Prophylaxe mit Antiemetika durchgeführt werden. Hierzu eignen sich in erster Linie Haloperidol 3 x 0,5 mg / Tag (CTZ), bzw. Metoclopramid 30 – 60 mg / Tag (Gastrostase / CTZ).

Symptomkontrolle Obstipation

Bei Palliativ- und Hospizpatienten ist das Symptom Obstipation ein multifaktorielles Geschehen. Die Behandlung mit Opioiden, die bei vielen Palliativpatienten indiziert ist, stellt einen wesentlichen Faktor für das Auftreten von Obstipation dar.

Gleichzeitig können organische (u.a. Tumore), metabolische (z.B. Hypercalcämie) oder neurogene Ursachen und funktionelle Ursachen (u.a. ballaststoffarme Kost, geringe Flüssigkeitsaufnahme, Immobilität, Arzneimittel) Obstipation hervorrufen.

Aufgrund dieser Probleme ist bei Tumorpatienten häufig eine Indikation für eine medikamentöse, symptomatische Therapie mit Laxanzien gegeben, da eine Umstellung auf eine ballaststoffreiche Kost, Erhöhung der Trinkmenge und Steigerung der körperlichen Aktivität oft nicht mehr möglich ist. Mit Beginn einer Therapie mit starken Opioiden muss in jedem Fall eine Obstipationsprophylaxe mit Laxanzien durchgeführt und über den gesamten Therapieverlauf beibehalten werden (keine Toleranzentwicklung).

Aufgrund der Pathophysiologie und der Wirkungsweise unterschiedlicher Laxanzien lässt sich ein Stufenschema der Laxanzientherapie bei Opioidgabe ableiten:

1. Laxoberal® (10-20 Tropfen initial) oder Movicol® (1 – 2 Beutel / Tag)
wenn kein Erfolg _
2. Laxoberal® und Movicol® _
3. Laxoberal®, Movicol® und Obstinol® mild (anstelle von Laxoberal® z.B. Liquidepur® bzw. Colonorm®) (je 1 - 2 Esslöffel) _
4. zusätzlich zu 2. Dulcolax®-Supp.; _
5. zusätzlich zu 2 und 3 ein Mikroklysma und/oder einen Einlauf
6. in Extremfällen: Gastrografin® 50 - 100 ml oral
7. wenn notwendig frühzeitig manuelle Ausräumung (ggf. unter Sedierung)

Anmerkung: Das Stufenschema stellt einen Anhaltspunkt dar. Die Anwendung der Laxanzien richtet sich auch nach Vortherapie und Auskultations- und Tastbefund. Ggf. sind frühzeitig rektale Maßnahmen einzuleiten.

Nur durch eine konsequente prophylaktische Behandlung kann eine Obstipation bei Patienten im fortgeschrittenen Stadium ihrer Erkrankung, die eine Therapie mit Opioiden erhalten, verhindert werden.

Symptomkontrolle Dyspnoe

Dyspnoe ist das unangenehme subjektive Symptom der Atemnot, dessen Ausmaß nur der Patient selbst bestimmen kann. Dyspnoe ist oftmals von Tachypnoe, Angst, Unruhe und Panik begleitet Bis zu 70% der Patienten mit terminaler Krebserkrankung leiden im Verlauf ihrer Erkrankung unter Dyspnoe.

Die palliativmedizinischen Strategien zielen auf eine Abnahme der Tachypnoe und der Atemarbeit ab. Darüber hinaus auf die Beeinflussung der Wahrnehmung des Patienten auf die Atemnot.

Das wichtigste Medikament zur Symptomkontrolle von Dyspnoe ist Morphin. Bei

Sabatowski, Radbruch, Nauck, Roß, Zernikow: Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin Deutschland 2005, Hospiz Verlag 2005

Panikattacken ist die Kombination mit Anxiolytika wie Diazepam oder Lorazepam indiziert. Therapie:

- Morphin 5-10mg oral alle 4 Stunden, wenn Patient bisher keine starken Opioide erhalten hat, sonst 1/6 bis 1/3 der bisherigen Tagesdosis.
- Lorazepam (Tavor®) 1– 2,5mg sublingual

Nicht medikamentöse Strategien wie Entspannungsverfahren, ein offenes Fenster, eine ruhige Umgebung, Oberkörperhochlagerung, nicht beengende Kleidung und der Einsatz eines Ventilators können zusätzlich Erleichterung verschaffen. Die nasale Gabe von Sauerstoff ist selten und nur bei ausgeprägter Zyanose sinnvoll, da bei Palliativpatienten meistens das Versagen der Atemmechanik, nicht der Sauerstoffmangel ursächlich zur Dyspnoe führt.

Betreuung in der Finalphase

Tod und Sterben wurden lange Zeit verdrängt. Ein wesentliches Ziel der Sterbebegleitung ist es, Patienten in der letzten Lebensphase mehr Aufmerksamkeit, Zuwendung aber auch konkrete medizinische Hilfe anzubieten. Durch angemessene medizinische Behandlung und Pflege kann die Sterbephase auch bei Patienten mit Tumorerkrankungen ruhig und friedlich verlaufen. Gründe für eine aktive, kompetente ärztliche und pflegerische Behandlung sind in der oft dynamisch verlaufenden Finalphase das Auftreten neuer und / oder bisher gut behandelter Symptome, die eine Änderung oder Beendigung bisheriger Behandlungsstrategien

notwendig machen. Wir können den Patienten nur gerecht werden, wenn wir dem ganzheitlichen Behandlungsansatz im Sinne der Palliativmedizin mehr Beachtung schenken.

Fazit

Die wirksame und konsequente Behandlung quälender Symptome ist die wesentliche Voraussetzung für Lebensqualität im Angesicht einer unheilbaren, chronisch fortschreitenden Erkrankung. Nicht ausreichend behandelte Schmerzen aber auch die zahlreichen anderen Symptome verhindern Krankheitsbearbeitung und -bewältigung. In den Ende September 1998 veröffentlichten Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung heißt es: "Der Arzt ist verpflichtet, Sterbenden so zu helfen, dass sie in Würde zu sterben vermögen. Die Hilfe besteht neben palliativer Behandlung in Beistand und Sorge für Basisbetreuung. Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf ...".

Neben einer adäquaten Schmerztherapie und Symptomkontrolle ist eine mitfühlende, „empathische“, nicht mitleidende Begleitung notwendig, die nicht nur die Nöte, sondern auch das Sterben selber anspricht und nicht die Begegnung mit dem anderen durch Instrumentalismus unmöglich macht.

Bis zum heutigen Tag gibt es aber in Deutschland zu diesem Thema kaum Aus- und Fortbildungsangebote, weder für Studenten der Medizin noch für approbierte Ärzte. Ärzte dürfen ihre Aufgabe nicht ausschließlich in der Heilung sehen, sondern auch in Leidenslinderung durch kompetente Schmerztherapie, Symptomkontrolle und psychosoziale Begleitung.