

PALLIATIVMEDIZIN

WORKSHOP 4

HAUSÄRZTEFORUM WIL 18.11.2021
ANNA BERAN-KÜHNE

1

FALL I

- Herr S., 1981
- Hepatisch und peritoneal metastasiertes, hochgradig stenosierendes Ösophagus-Ca, Ösophagus-Stent
- Tu-Progress unter palliativer 2.-Linien-Therapie, 3. Linie mit Nivolumab (Checkpoint-Inhibitor) geplant
- Hospitalisation wegen Schmerzexazerbation (Oberbauch, stechend, Ausstrahlung nach dorsal, nahrungsabhängig)

2

MEDIKATION BEI EINTRITT

- Oxycodon/Naloxon ret. 20mg/10mg 1-0-0-1
- Pregabalin 50 mg - 25 mg - 75 mg - 300 mg
- Novalgin gtt 40-40-40-40
- Nifedipin 20 mg 1-0-0-0
- Sucralan 4x5ml

3

MÖGLICHE MASSNAHMEN

- Gastroskopie
 - Stent in Situ
- Dosissteigerung Oxycodon/Naloxon -> 2 x 40/20mg:
 - keine Besserung
 - mehr Müdigkeit
 - immer wieder Nausea, Erbrechen

4

MÖGLICHE MASSNAHMEN

- Opioidrotation
- Vermutlich Kopplungsmechanismus zwischen Rezeptor und intrinsischen Signalproteinen durch neues Opioid verbessert («inkomplette Kreuztoleranz»)
- Genpolymorphismen des μ -Rezeptors, daher individuell unterschiedliche Wirksamkeit

5

OPIOIDROTATION

- Start mit Morphin 40 mg/24 Std. i.V., Bedarfsmedikation 4 mg Morphin bis stündlich
- Noch ungenügende Analgesie, gutes Ansprechen auf Morphin-Boli -> Dosissteigerung
- Zuletzt 150mg Morphin/24 Std. i.V.
- Patient müde, fühlt sich immer wieder benommen, komische Träume...
- ...Schmerzkontrolle ungenügend

6

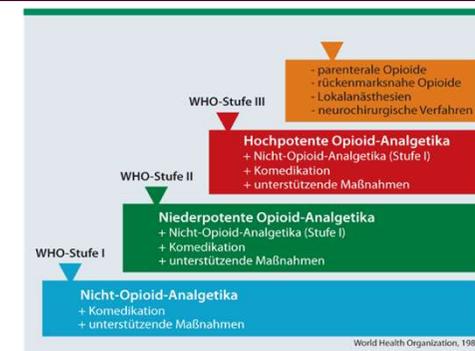
EIN HÄUFIGES PROBLEM?

- Schmerzsymptomatik mit hoher Prävalenz bei Tumorpatienten (>70%)
- Erhöht:
 - Bestimmte Tumorarten (u.a. Pankreas-Ca, HNO-Tumore)
 - Metastasierte, fortgeschrittene oder terminale Erkrankung
 - Vermehrtes Überleben mit therapie- oder krankheitsbedingten chronischen Schmerzen
- Etwa 10% der Patienten mit refraktären Schmerzen trotz oraler oder intravenöser Schmerztherapie

Annals of Oncology 29, 2018, Fallon M, et al

7

WAS NUN?



8

COELIACUS-BLOCKADE

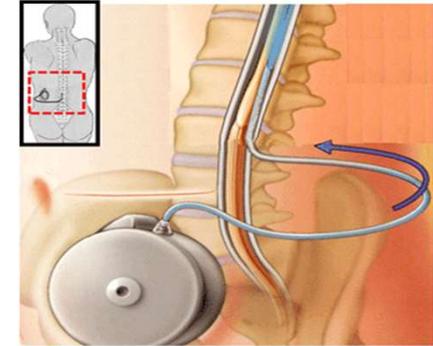
- Injektion eines langwirksamen Lokalanästhetikums und Alkohol in Plexus coeliacus durch interventionelle Radiologie
- Minimalinvasiv, Dauer ca 30 min, Überwachung im Anschluss
- Voraussetzung: Blutgerinnung, Bauchlage möglich
- Wirkung: bis zu Monaten, kann wiederholt werden
- Leider kein Effekt



9

INTRATHEKALE SCHMERZTHERAPIE

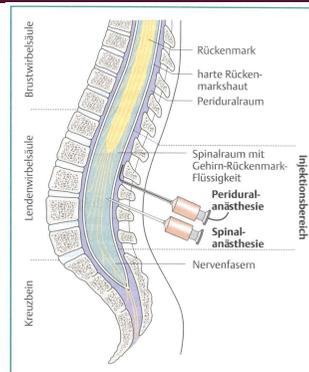
- Katheter subarachnoidal
- Intrathekal applizierte Opiode binden am μ -Rezeptor der Substantia gelatinosa (Hinterhorn)



10

UNTERSCHIED PDA

- Periduralkatheter nicht spinal/intrathekal, -> Dura mater nicht durchstoßen
- Wirkung v.a. Lokalanästhetikum, stärkere Beeinträchtigung der Sensibilität und Mobilität
- Mögl. fleckige/Einseitige Ausbreitung



11

Intrathekale Systeme

- Anästhesiologisch eingelegter, tunnelierter Katheter mit externer CADD Pumpe
- Neurochirurgisch eingelegter Katheter mit Portsystem und externer CADD Pumpe
- Neurochirurgisch eingelegter Katheter mit im Unterbauch implantierter Medtronicpumpe



Fortbildung Schmerzzentrum - 27.05.2021

www.kspg.ch

Dr. Susanne Schwarz, Anästhesiologie/Schmerzzentrum | 11

12

MORPHIN INTRATHEKAL

- Morphin intrathekal zu Morphin oral = 1 : 100
- Dosis 1-10mg
- Reduktion der Opioid-bedingten Nebenwirkungen
- Verbesserung der analgetischen Wirksamkeit und der Steuerbarkeit
- Kontinuierliche Gabe mit/ohne Bolus
- Häufig in Kombination mit Bupivacain
- Alternativ: Wechsel auf Hydromorphon

13

INDIKATION

- Ungenügende Schmerzlinderung oder deutliche Nebenwirkungen durch konservative Opioidtherapie und Coanalgetika
- Nicht zu tolerierende Schmerzintensität, starke Beeinträchtigung der Lebensqualität
- Prognose einer kontinuierlichen/fortschreitenden Schmerzproblematik aufgrund des Tumorwachstums oder postinterventioneller Therapiefolgen
- Ausschluss/Stabilisierung psychiatrischer Erkrankungen und psychosozialer Faktoren

14

KONTRAINDIKATIONEN

- Fehlende Einwilligung des Patienten
- Nicht-therapierbare Gerinnungsstörungen
- Allergien auf verwendete Substanzen
- Sorgfältige, interprofessionelle Abwägung bei Total Pain Komponente
- Individuelle Rücksprache für ausserhalb der Kantone SG/AR/AI wohnende Patienten
– Zuständigkeitsbereich des Palliativen Brückendienstes

15

KOMPLIKATIONEN/EINSCHRÄNKUNGEN

- Komplikationen bei der Kathetereinlage (Infektion, Blutung, Nervenschädigung)
- Nebenwirkungen des intrathekalen Opioids
- Infektionsrisiko
- Liquorverlustsyndrom, postpunktionelle Kopfschmerzen, Liquorleck
- Katheterfehlfunktion (Dislokation, Migration, Verstopfung, Diskonnektion, Granulom)
- Pumpenfehlfunktion, Programmierungsfehler
- Port: Diskonnektion, Nadelfehlpotionierung
- Regelmässige System-, Medikamentenwechsel bzw. Pumpenfüllung

16

WIE GING ES WEITER?

- Schrittweise Reduktion der systemischen Opioidtherapie parallel zur Anpassung der intrathekalen Dosis
- Gut kontrollierte Schmerzsituation, Patient wacher, keine Benommenheit
- Schliesslich doch wieder Zunahme der Schmerzen, Inanspruchnahme der i.V.-Opioidreserven, erneute Steigerung der intravenösen Opioiddosis...
- Was ist passiert?
- Total Pain, psychische Comorbidität – CAVE!

17

ZU GUTER LETZT...

- Entlassung nach Hause mit ausgebautem Netzwerk
- Betreuung Pumpe mit Unterstützung durch den Palliativen Brückendienst

18

FALL I - TAKE HOME

Bei therapierefraktären Tumor Schmerzen trotz Stufe III

- Opioidrotation erwägen
- Interventionelle Methoden in Betracht ziehen
 - ❖ Nervenblockade
 - ❖ Intrathekale Schmerztherapie
- Bei Fragen – Kontakt
 - ❖ Palliativzentrum KSSG [+41 71 494 35 50](tel:+41714943550) palliativzentrum@kssg.ch
 - ❖ Schmerzzentrum KSSG (Susanne Schwarz, Alexander Ott) [+41 71 494 3101](tel:+41714943101) schmerzzentrum@kssg.ch

19

FALL II

Herr E., Jhg 1946

Zuweisung durch Hausärztin wegen

- zunehmender Schmerzen, Immobilität
- Versagen der medikamentösen und nicht-medikamentösen Strategien
- Psychische Dekompensation und krisenhaftem Zustand zuhause mit Ehefrau, Zuspitzung im letzten halben Jahr (Hospitalisation 04/2021)
- zunehmende Passivität – wünscht «medikamentöse Lösung»

20

DIAGNOSEN

1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41)

- Chronifizierungsstadium nach Gerbershagen III
- nozizeptiv, neuropatisch
- Lumbovertebrogenes Schmerzsyndrom
- rezidivierende lumboradikuläre Reizsymptomatik L5 rechts bei
 - 22.12.2003: Diskushernien-Operation L4/5 rechts
 - 26.01.2009: Refenestration LW5 sowie Dekompression L3/4 rechts
 - wiederholte CT-gesteuerte Infiltration der Nervenwurzel L5 rechts
- Manifeste Osteoporose, Deckplattenimpressionsfraktur von LWK 2, BWK 11, 12
- Rezessale Obliteration LWK4/5 rechts mit Kompression L5 rechts. Maximale Neuroforamenstenosen LWK5/SWK1 bds ohne eindeutige Kompression.
- **Yellow flags: Passivität, fear-avoidance-Verhalten, chemical coping**
- **Komorbiditäten: sek. Benzodiazepin- und Opioidabhängigkeit, Rezidivierende depressive Störung**
- Ressourcen: Familie, Glauben

- Rezidivierende Depressive Störung, Panikattacken
- Äthyltoxische und vaskuläre Enzephalopathie (St.n. cerebrovaskulären Insulten)
- COPD Gold 2 D
- Manifeste Osteoporose
- Hypertensive Herzkrankung

21

FALL II

- Therapie:
 - in letzten Jahren immer wieder verschiedene Opioide in wechselnder Dosierung, aktuell Oxycodon/Naloxon ret. 20 mg/10 mg 1-0-0-1
 - Reserven Oxynorm und Tramal regelmässig eingenommen - helfen nicht.
 - Dafalgan 4x500 mg, Pregabalin 2x150 mg
- Anamnese
 - Schlaf katastrophal, Stimmung ebenfalls, müde, Konzentration schlecht – «kein Wunder bei den Schmerzen und dem schlechten Schlaf»

22

WAS NUN?

- Steigerung Opioiddosis?
- Opioidrotation?

Überlegungen:

- Opioidtherapie->Verschlechterung Depression, Kognition, u.U. auch Mobilität, insb. bei älteren Menschen
- Tagesstruktur, Steigerung Mobilität, nichtmedikamentöse Massnahmen

23

THERAPIEENTSCHEIDUNG

- Opioid-Entzug
- Schlafanstossende, schmerzmodulierende antidepressive Therapie
- IMST – Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie

24

OPIOID - ENTZUG

- Rotation auf Morphin i.V., schrittweise Reduktion
- Parallel Ketamin-Infusion
- NMDA-Antagonist mit analgetischer, antidepressiver, antisuizidaler und sedierender Wirkung (Anästhetikum) mit kurzer Wirkdauer
- synergistischer Effekt mit den Opioiden
- Erleichtert körperlichen Entzug (Craving, Schmerzen)

25

IMST INTERDISZIPLINÄRE MULTIMODALE SCHMERZ-THERAPIE

- **Chronischer Schmerz als bio-psycho-soziale Erkrankung**
 - Edukation
- **Integrativer Team-Ansatz**
 - Interprofessionelles Team aus verschiedenen Therapeut*innen
- **Strukturierter Behandlungsplan**
- **Behandlungsziel**
 - Strategien im Umgang mit Schmerz, Hilfe zur Selbsthilfe
 - Funktionssteigerung

26

INDIKATIONSKRITERIEN

Chronische Schmerzen + mindestens drei dieser Merkmale

- **Fehlschlag einer vorherigen unimodalen Schmerztherapie**, eines schmerzbedingten operativen Eingriffs oder einer Entzugsbehandlung
- manifeste oder drohende **Beeinträchtigung der Lebensqualität und/oder der Arbeitsfähigkeit**
- bestehende(r) Medikamentenabhängigkeit oder -fehlgebrauch
- schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung
- gravierende somatische Begleiterkrankung

27

IMST - ZIELE

- eigenverantwortlichen Umgang mit der Schmerzerkrankung
- Erkennen / Beeinflussen schmerzverstärkender & -vermindernder Faktoren und dysfunktionaler Schmerzbewältigungsmuster; eigener Ressourcen
- Psychische Aktivierung / Stabilisierung, Förderung einer positiven Körperwahrnehmung
- Körperliche Aktivierung / Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- Bessere Wahrnehmung von Leistungsgrenzen, Vermeidung von Überforderung, Balancierung von Be- und Entlastung
- Harmonisierung vegetativer Dysfunktionen (v.a. Schlaf)

28

KONTRAINDKATIONEN

- Mangelnde Einsicht in Bio-Psycho-Soziales Krankheitsbild
- Schwere psychiatrische Erkrankung/Persönlichkeitsstörungen
- Abklärungswunsch, Wunsch nach medikamentöser oder interventioneller Lösung
- Laufende Rechtsverfahren (z.B. nach Unfall)
- Rentenbegehren -> Zielkonflikt

29

FALL II – WIE GING ES WEITER?

- Entzug problemlos, keine Schmerzzunahme
- Zwischenzeitliche Unruhe mit Ketamin-Reserven und Clonidin gut behandelt
- Schlaf verbessert unter Mirtazapin
- Stimmung und Kognition deutlich gebessert
- Sozial: Runder Tisch mit Familie
 - Psychiatrische Spitex
 - Tagesklinik

30

FALL II – TAKE HOME

Chronische Schmerzen

- Häufig kein Profit von Opioidtherapie, besonders ältere Menschen
- An Opioidentzug / - Reduktion denken
- Parallel Möglichkeit einer IMST
- Neben teilstationärer IMST auch stationäre IMST auf Palliativstation für multimorbide, komplexe Patienten

Bei Fragen – Kontakt

- Palliativzentrum KSSG Telefon [+41 71 494 35 50](tel:+41714943550) palliativzentrum@kssg.ch

31

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit

32