

Pneumologische Palliativmedizin



Robert-Bosch-Krankenhaus
Klinik Schillerhöhe



15.Juli 2014

Prof. Dr. Martin J. Kohlhäufel
Klinik Schillerhöhe, Stuttgart-Gerlingen
Zentrum für Pneumologie, Thoraxchirurgie und Beatmungsmedizin
Akad. Lehrkrankenhaus der Universität Tübingen
Zertifiziertes Lungenkrebszentrum
Zertifiziertes Weaningzentrum

Erkrankungen 1990

Erkrankungen 2020



Robert-Bosch-Krankenhaus
Klinik Schillerhöhe



Murray CJL, Lancet 1997

- **Therapierefraktärer Husten**
- **Dyspnoe**
- **Palliative Sedierung**
- **Palliative interventionelle Bronchoskopie**
- **Palliative NIV bei Tumorpatienten?**

Therapierefraktärer Husten



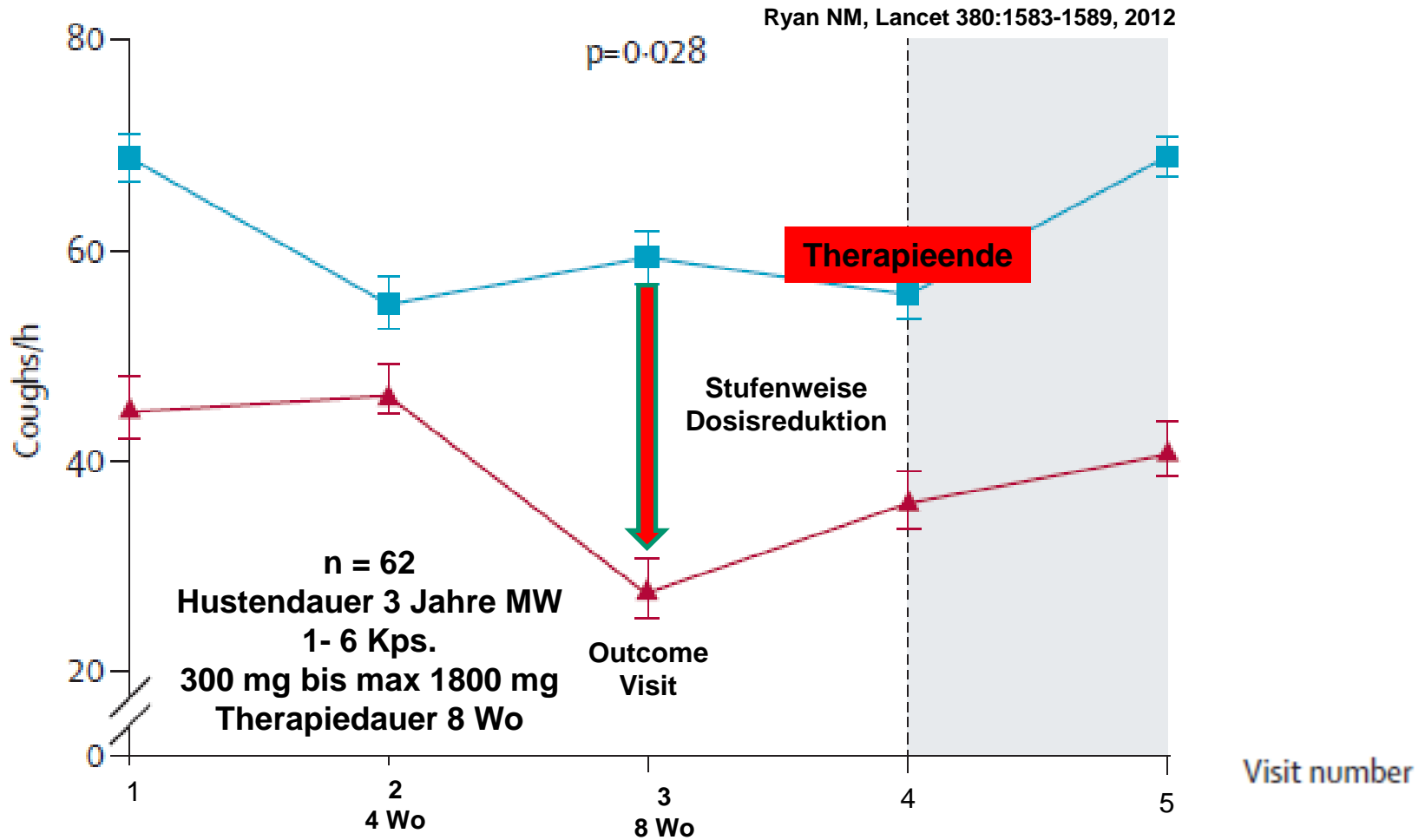
 **Gapapentin**

 **Inhalatives Lidocain**

Therapierefraktärer Husten Gabapentin



Robert-Bosch-Krankenhaus
Klinik Schillerhöhe



Therapierefraktärer Husten

Inhalatives Lidocain



Robert-Bosch-Krankenhaus
Klinik Schillerhöhe

Mayo Clinic, USA
Retrospektiv
Hustendauer 5 Jahre MW
n= 165
Alter 62 Jahre
79% Frauen

3ml Lidocain (= 120 mg) 2-3 x täglich



Husten 48% (bei 80% < 14 Tage)

NW

Geschmack (62%) – Rachenreizung (30%) – Schluckbeschwerden (22%)

FAZIT



Gapapentin

1-6 Kps (max 1800mg)
NW-Spektrum



Inhalatives Lidocain

2-3x 3ml Xylocain 2% (1ml = 20mg Lidocain)
Bis 45 min. nach Inhalation nicht trinken

Effektiv, jedoch noch Off-Label (Therapieversuch)

Palliativmedizin

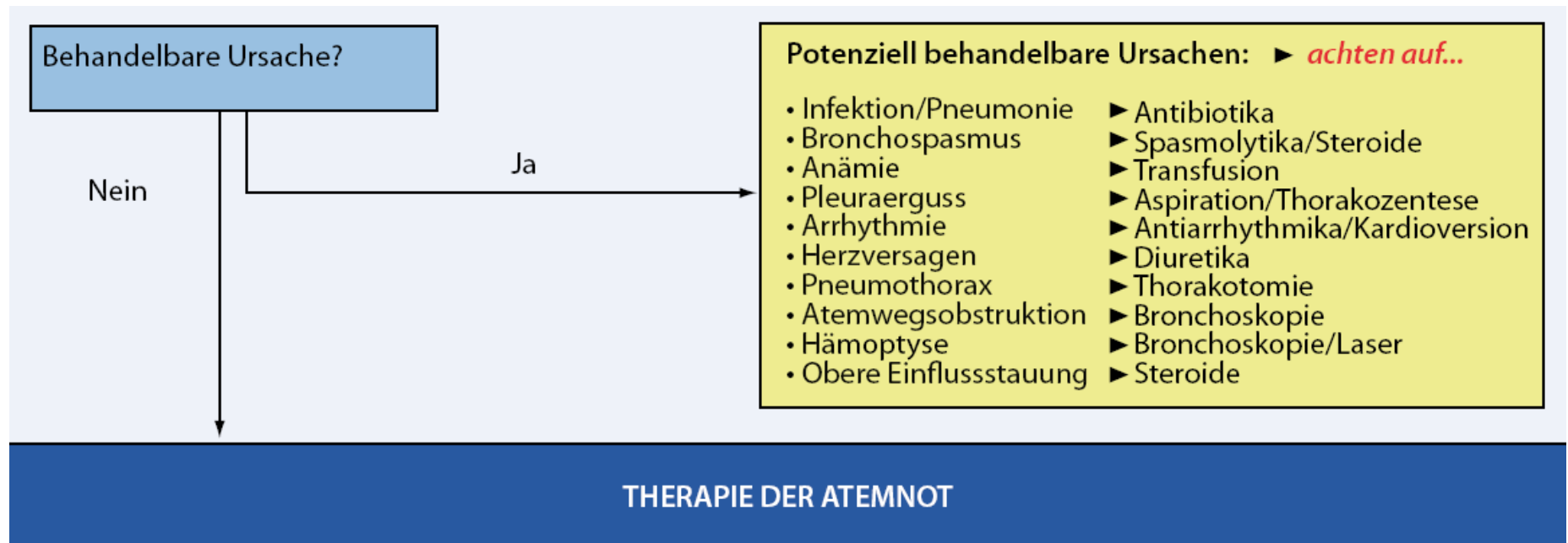
Dyspnoe

- bei 40 – 60% aller Patienten mit fortgeschrittenem Tumorleiden!
- bei 80% aller Tumorpatienten in den letzten 24 h vor Eintreten des Todes!
- häufigstes Symptom bei BC-Patienten !



Palliativmedizin

Dyspnoe – Ursachen ?



Palliativmedizin

Dyspnoe – Ursachen ?



Robert-Bosch-Krankenhaus
Klinik Schillerhöhe

Symptom/Krankheitsmanifestation
tracheobronchiale Tumorobstruktion
Pleuraerguss
Vena-Cava-Superior-Syndrom
Perikarderguss, Perikardtamponade
Pneumothorax
pulmonale Tumormanifestation
Lymphangiosis carcinomatosa
Aszites
Obstipation

Kardial
Neuromuskulär

Sonstige
Aszites
Anämie
Fieber
Schmerz
Angst

DGP; S3-Leitlinie Bronchialkarzinom, Pneumologie 2010
Aulbert E, Lehrbuch der Palliativmedizin, 2007

Palliativmedizin

Dyspnoe – Ursachen ?



Opioide

- Beginn: Morphin 2 mg oral/sc, alle 4 Stunden
- Titration abhängig von Ansprechen und Nebenwirkungen (30% Erhöhung Schritt-für-Schritt)
- Bei längerer Anwendung: auf Retardpräparate wechseln, wenn angemessen
- COPD: mit geringer Dosierung starten (0,5-1 mg)
- Niereninsuffizienz: Dosis um Hälfte reduzieren oder Fentanyl benutzen

Benzodiazepine (v.a. bei koexistenter Angst)

- Individueller Versuch: wenn positiv, fortfahren - absetzen, wenn keine Besserung erfolgt
- Beginn: Lorazepam 0,5 mg sl
- Alternativ: Diazepam 3-5 mg po oder Midazolam 1-2 mg/h sc

Weitere Medikamente

- Levomepromazin (Neurocil®) 5 mg po
- Promethazin (Atosil®) 10 mg po

Sauerstoff

- Häufig ist Raumluft (Ventilator) ebenso wirksam bei weniger Nebenwirkungen
- Titration mit 2 l starten – Notwendigkeit regelmäßig überprüfen

Palliative Sedierung

- Reduzierung des Bewusstseinsniveaus des Patienten mit dem Ziel, unerträgliche Symptome und Belastungen zu lindern.
- Kontrovers: Sekundäre Lebenszeitverkürzung („terminal sedation“, „slow euthanasia“)

Palliative Sedierung

- **Italienische Multicenterstudie**
n=267 palliative Sedierung
Alter 70 MW
BC häufigste Tumorerkrankung
- **Indikation: Delir/Agitation 78,7%**
Dyspnoe 18,7%
Schmerzen 11,2%

Dyspnoe

Lebensverkürzung durch Sedation ?

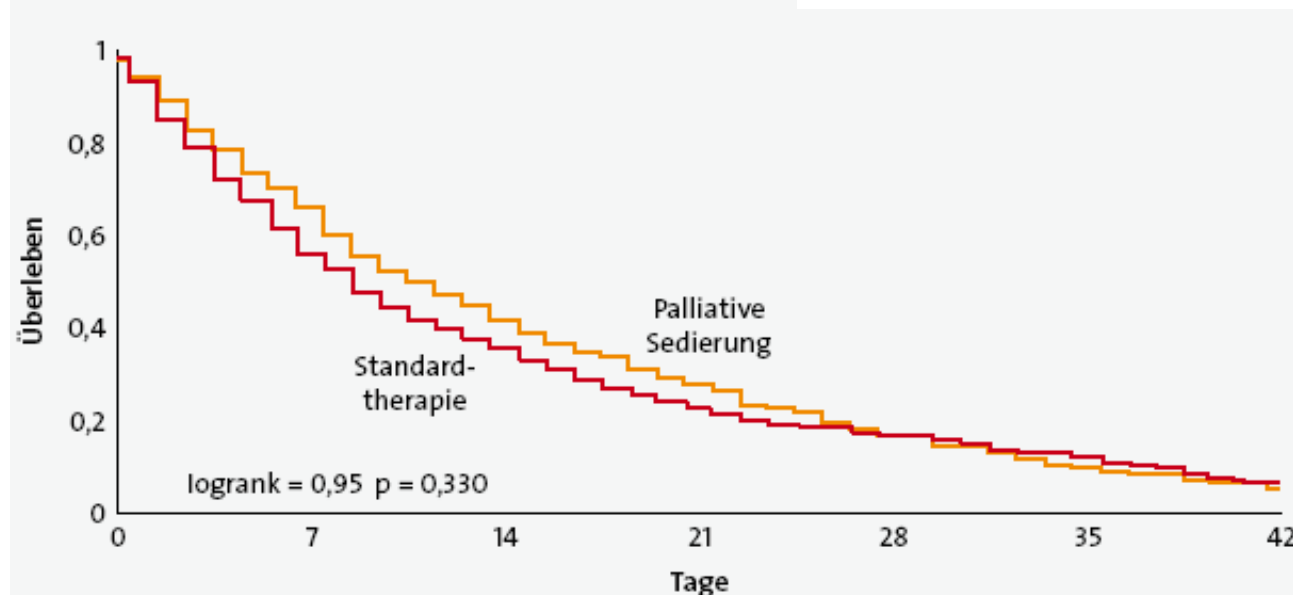


Robert-Bosch-Krankenhaus
Klinik Schillerhöhe



Lorazepam	4,9 mg/d	(37,8%)
Chlorpromazin	55,8 mg/d	(37,8%)
Morphin	41,2 mg/d	(25,5%)
Promethazin	49,3 mg/d	(23,6%)
Haloperidol	3,6 mg/d	(22,8%)

Überleben mit und ohne palliative Sedierung




Dyspnoe

Palliative Sedation – Womit ?

Medikament	Dosierung	Evidenz-grad
Morphinsulfat	<ul style="list-style-type: none">▶ 5 – 20 mg s. c. alle 6 – 8 Stunden bei opioid-naiven Patienten▶ 20 – 25% Dosissteigerung bei vorbehandelten Patienten▶ 10 – 30 mg retardiert alle 12 Stunden	B
Lorazepam	<ul style="list-style-type: none">▶ 1 – 2,5 mg buccal alle 6 – 8 Stunden	C
Midazolam	<ul style="list-style-type: none">▶ 2,5 – 5 mg Bolus i. v.▶ bis 20 mg tgl. kontinuierlich als Perfusor	C
Promethazin	<ul style="list-style-type: none">▶ 20 – 50 mg p. o. alle 8 Stunden	C
Levomepromazin	<ul style="list-style-type: none">▶ 10 – 20 mg alle 8 Stunden	C

Empfehlungen

- 
- ▶ Für die palliative, symptomatische Therapie der Dyspnoe wird die orale bzw. parenterale Gabe von Opiaten empfohlen (Empfehlungsgrad A).
 - ▶ Eine inhalative Applikation von Opiaten kann derzeit nicht empfohlen werden (Empfehlungsgrad C).
 - ▶ Bei Nachweis einer Hypoxämie führt die nasale Gabe von Sauerstoff zu einer Verbesserung der Atemnot (Empfehlungsgrad B).
 - ▶ Sedativa können bei Dyspnoe-begleitenden Panikattacken und Angst gegeben werden (Empfehlungsgrad D).
 - ▶ Nicht-pharmakologische Maßnahmen wie Atemtechnik, Lagerung, Ernährungsmanagement, Physiotherapie und Psychotherapie sind in der Behandlung des Symptoms Dyspnoe bei Patienten mit Lungenkrebs ein wichtiger Bestandteil (Empfehlungsgrad B).
 - ▶ Wegen fehlender Studien kann derzeit keine bevorzugte Empfehlung für eine der alternativen Therapieoptionen für maligne Perikardergüsse gegeben werden.
 - ▶ Bei einer Perikardtampnade wird eine rasche lokale Drainagebehandlung empfohlen (Empfehlungsgrad D).

DGP; S3-Leitlinie
Bronchialkarzinom,
Pneumologie 2010

Palliativmedizin

Dyspnoe – NIV ?

- Nicht-invasive Beatmung bei fortgeschrittenem BC möglich
wenn akutes respiratorisches Versagen nicht Tumorfolge ist



Palliativmedizin

Take Home Message



Robert-Bosch-Krankenhaus
Klinik Schillerhöhe

- Ruhe ausstrahlen, Sicherheit geben
- Angenehme Lagerung, sitzend, Arme unterstützen
- Beengende Kleidung öffnen
- Luftzirkulation anregen (Fenster öffnen, Ventilator)
- Zimmertemperatur senken
- Opioide titrierend einsetzen:
 - z.B. Morphin 5-mg-weise i.v./s.c.
 - Fentanyl nasal 100-µg-weise
- Bei Angst: Lorazepam s.l. 1–2,5 mg
- O₂ nur bei O₂sättigung < 90% außerhalb der Terminalphase