

Was passiert, wenn alle Therapien nicht mehr helfen?

Andreas Eisenhardt
www.pur-r.de



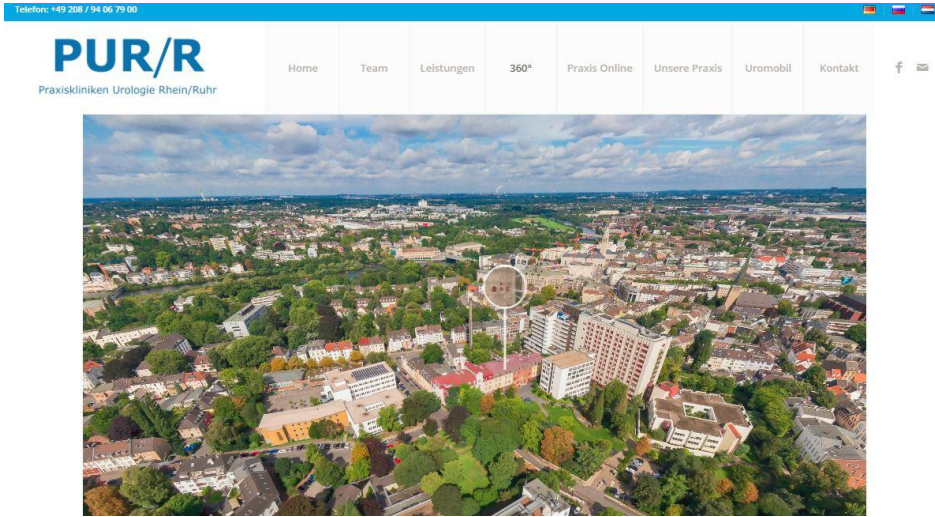
1

Nebentätigkeiten 2019-21

- Berater/Referent: Ipsen, Janssen-Cilag, medac, Takeda

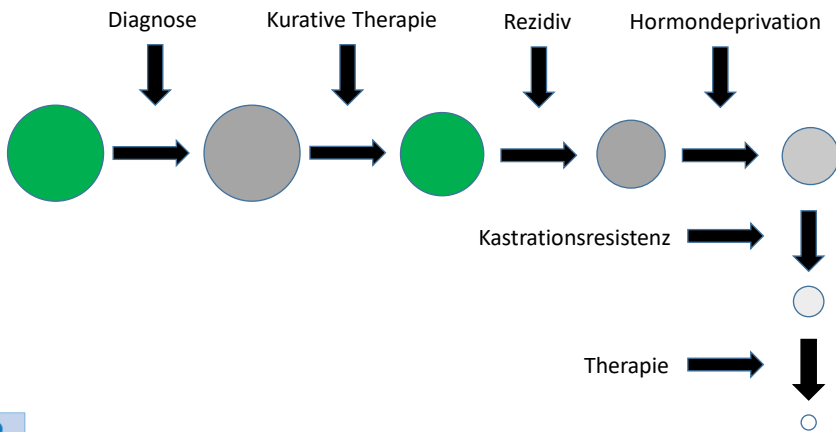


2



3

Prostatakarzinom



4

Krebs-Verlauf nach Holland

- Verlauf A - Symptom → Diagnose
→ Therapie → Heilung
- Verlauf B - Primärbehandlung
→ Krankheitsfreies Intervall
→ Rezidiv oder Metastasen
- Verlauf C - Primärbehandlung wirkt nicht !
- Verlauf D - Keine Behandlung möglich !



5

Palliativmedizin – Definition WHO

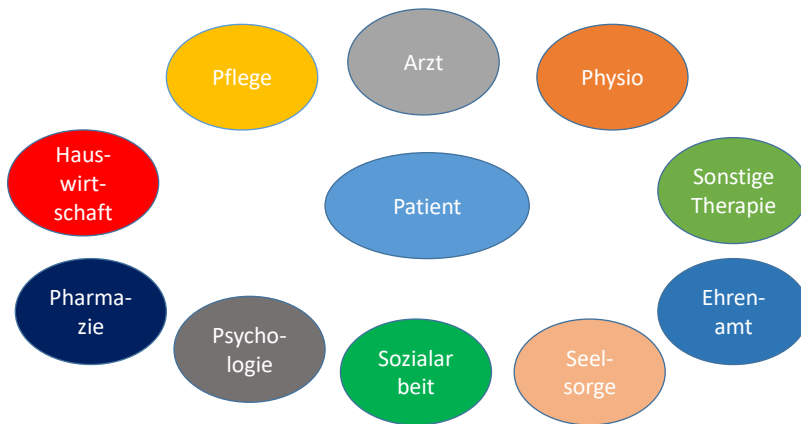
- **:=Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung als Behandlung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter bzw. die Erhaltung und das Erreichen der bestmöglichen Lebensqualität ist**



Schnell, Schulz: Basiswissen Palliativmedizin, 2. Auflage, Springer

6

Interprofessionalität -Team!



Symptommanagement

- Probleme des Patienten stehen im Vordergrund und nicht die Behandlung
- Arzneimittelauswahl – Faktor Zeit !
- Arzneimitteltherapie
 - Zeitlicher Zusammenhang mit Therapiebeginn/Dosissteigerung
 - Adäquate Dosierung bei Organdysfunktion
 - Besserung durch Auslassversuch oder Dosisreduktion
 - Häufigkeit der Nebenwirkung
 - Plausibilität nichtarzneimittelbedingter Ursachen

AK, 69 Jahre

- 08-2008 Hämospemie, Mikrohämaturie, DRU: Suspizium am Apex, PSA 96,19ng/ml
- Stanzbiopsie: Gleason-Score 3+4=7 50 % des Stanzvolumens einnehmend bds.
- Knochenszintigramm ob
- CT-Abdomen: Iliakaler Lymphknoten von 6cm Durchmesser rechts
- →LHRH-Therapie



9

AK

- 11-2010 Progress unter kompletter Androgenblockade auf 75ng/ml
- Weiterhin kein Nachweis von Knochenmetastasen
- →Docetaxel-Chemotherapie 75mg/m² alle 3 Wochen, 6 Zyklen
- PSA-Nadir auf 8,54ng/ml



10

AK

- 04-2012 zunehmend obstruktive LUTS-Beschwerden mit Harnverhalt, PSA 26,72ng/ml
- 05-2012 palliative TUR-Prostata
- 03-2013 PSA 79,77ng/ml→Therapie mit Abiraterone
- 07-2013 PSA-Progress auf 99,38ng/ml
- CT-Abdomen: infrarenales BAA mit Ausdehnung von 8,5cm nach kranial bei Grösse von 4,5cm mit Intimadisektion, LK-Metastase im kleinen Becken rechts



11

AK

- 09-2013 PSA 169ng/ml, weiterhin keine ossären Metastasen
- Umstellung auf Enzalutamid
- 01-2014 DK-Anlage bei Harnverhalt unter Alpha-Blocker-Therapie, PSA 394ng/ml, Enzalutamid-Abbruch
- Best supportive care
- 03-2014 Sturz auf den Arm, seitdem Mobilisation nur in der Wohnung



12

Schmerz

- Total Pain Konzept :=nur zum Teil körperlich, auch bedingt durch Trauer, Abschied, Depression, Hoffnungslosigkeit
- → nicht nur rein pharmakologische Therapie
- Schmerztypen (Nozizeptorschmerz, Neuropathischer Schmerz, „Mixed Pain“, Emotionaler Schmerz)



Schnell, Schulz: Basiswissen Palliativmedizin, 2. Auflage, Springer

13

Schmerz

- Diagnostik (Visuelle Analogskala, Zufriedenheit des Patienten mit Schmerztherapie)
- Therapie nach WHO-Stufenschema
- Solange orale Therapie wie möglich
- Nebenwirkungsprophylaxe durch
 - Passagere Antiemetikagabe zu Beginn der Opioide
 - Obstipationsprophylaxe
 - Ulkusprophylaxe bei Einnahme von NSAR



Schnell, Schulz: Basiswissen Palliativmedizin, 2. Auflage, Springer

14

Schmerztherapie

- Kausal
 - Operation z.B. Laparatomie bei Ileus
 - Radiatio bei symptomatischer Knochenfilia mit Instabilität
- Symptomatisch, nichtpharmakologisch
 - Physikalische Maßnahmen bei Verspannungen (Bäder)
 - Physiotherapie (Lymphdrainage bei Lymphödem)
 - Massage bei Verspannungen
 - Psychotherapie zum Erlernen von Strategien zur Schmerzbewältigung



Schnell, Schulz: Basiswissen Palliativmedizin, 2. Auflage, Springer

15

Grundlagen der Tumorschmerztherapie

- Orale/Transdermale Arzneimittelgabe
- Verwendung retadierter Medikamente
- Regelmäßige Einnahme nach festem Zeitschema
- Individuelle Dosierung
- Kontrollierte Dosisanpassung
- Prophylaxe von Nebenwirkungen durch Begleitmedikamente
- Behandlung von Beschwerden
- Einsatz von adjuvanten Substanzen



16

Phasengerechte Therapie

„ Man kann beim Umgang mit Tumorpatienten nur den Fehler machen, etwas Richtiges zum falschen Zeitpunkt zu machen oder es sogar ganz zu unterlassen.“



17

Appetitlosigkeit

- Ca 75-80 % aller Tumorpatienten
- ->grosser Einfluss auf Lebensqualität
- Zytokinausschüttung->Störung der neurohormonellen Steuerung im Hypothalamus
- Sek. Ursachen (Mundtrockenheit, Stomatitis, Dysphagie, Obstipation, Übelkeit, Schmerzen, Depression, Hyperkalzämie)
- **Ziel ist nicht Steigerung der Nahrungsaufnahme sondern Steigerung der Lebensqualität**



Schnell, Schulz: Basiswissen Palliativmedizin, 2. Auflage, Springer

18

Angst

- :=in der Palliativsituation keine irrationale Angst sondern eine dem Umstand angemessene Reaktion
- Nicht-Pharmakologisch
- Pharmakologisch
 - Benzodiazepine z.B. Lorazepam 0.5-2mg 3x tgl.
 - Antidepressiva z.B. Citalopram 10-20mg/die
 - Neuroleptika z.B. Promethazin 25mg p.o.



Schnell, Schulz: Basiswissen Palliativmedizin, 2. Auflage, Springer

19

Durst/Flüssigkeit

- Gesamtüberleben, Lebensqualität und Dehydrierungssymptome werden bei fortgeschrittenen onkologischen Patienten durch eine parenterale Substitution nicht verbessert !
 - Substitution durch subkutane Infusion (500-1000ml NaCl, Ringer, Glucose 5%)
 - Kommunikation: Sterbende dürfen alles Essen und Trinken, müssen es aber nicht tun !



Schnell, Schulz: Basiswissen Palliativmedizin, 2. Auflage, Springer

20

Kommunikation

„Die größte Enttäuschung ist der Moment, in dem der Gegenüber nicht mehr den Mensch, sondern nur noch die Diagnose sieht.“



Schulz, Kommunikation in der Palliativmedizin, Springer Verlag 2014

21

Stolpersteine

Erwartungen an den Arzt

- Vermittlung relevanter Informationen
- Erwecken von Hoffnung
- Fragen ohne Zeitdruck
- Als Person ernst genommen zu werden
- Ehrliches Interesse, Mitgefühl

Mängel

- Fehlendes Angebot über Ängste und Sorgen zu sprechen
- Fehlende Emotionale Unterstützung
- Unterbrechen durch den Arzt
- Das Gefühl ein beliebiger Fall zu sein
- Zeitdruck, Hektik



Vogel et al, 2006

22

Spikes Modell

- **S = Setting** – Gesprächsrahmen schaffen
- **P = Perception** – Kenntnisstand erfragen
- **I = Invitation** – Patienten einladen
- **K = Knowledge** – Wissen vermitteln
- **E = Emotions** – Emotionen ansprechen, empathisch reagieren
- **S = Summary** – Planen und Zusammenfassen



Baile et al., Oncologist 2000

23

Grundprinzipien 1

- Grundhaltung offener, interessierter und aufrichtiger Glaubhaftigkeit
- Kenntnis der eigenen Grenzen des Wissens, der Kompetenz und der Kräfte
- Kenntnis der Diversitätserfahrung zwischen überlebendem Begleiter und sterbendem Patienten
- Bereitschaft zu patienten und familienzentrierter Kommunikation
- Entwicklung einer eigenen, reflektierten Haltung gegenüber Sterben und Tod



Ich möchte so viele Informationen wie möglich,
gute und schlechte (84,9% der Palliativpatienten) Springer Verlag 2014

24

Grundprinzipien 2

- Beginn mit aktuellen Gedanken des Patienten
- Beachtung der kognitiven und der emotionalen Informationen
- Kommunikation in der Geschwindigkeit des Patienten und schrittweise Vermittlung der Informationen
- Empathie aktiv vermitteln
- Vermittle erst was Du tun kannst und nicht was Du nicht tun kannst
- Übergeordnete Ziele priorisieren und dann erst einzelne medizinische Schritte erläutern
- Uneingeschränkte Aufmerksamkeit



Backes et al. 2009

25

Möglichkeit der Verstärkung nonverbaler Kommunikation (SOLAR-Modell)

- S Schau den Patienten an
- O Nimm eine offene Körperhaltung ein
- L Lehne Dich zum Patienten hin
- A Suche Augenkontakt
- R Versuche ruhig und gelassen zu sitzen



Schulz, Kommunikation in der Palliativmedizin, Springer Verlag 2014

26

AK

- 05-2014 Lungenembolie bds.
- Aneurysma der Aorta descendens, grosse Lymphknotenkonglomerate im kleinen Becken bds. Und links inguinal
- 12-2014 Anus praeter-Anlage bei Problematik durch lokal fortgeschrittenes Karzinom
- 02-2015 Morphin-Therapie bei Schmerzen durch Wirbelsäulenmetastasen
- 04-2015 zunehmendes Ödem des äußeren Genitales



27

AK

- 06-2015 innere Unruhe → Tavor
- 08-2015 rezidivierende Blasentamponade bei lokal fortgeschrittenem Karzinom
- TUR/Koagulation
- 09-2015 ambulantes Palliativteam
- ab 15.10.2015 Hospiz
- Verstorben 26.11.2015

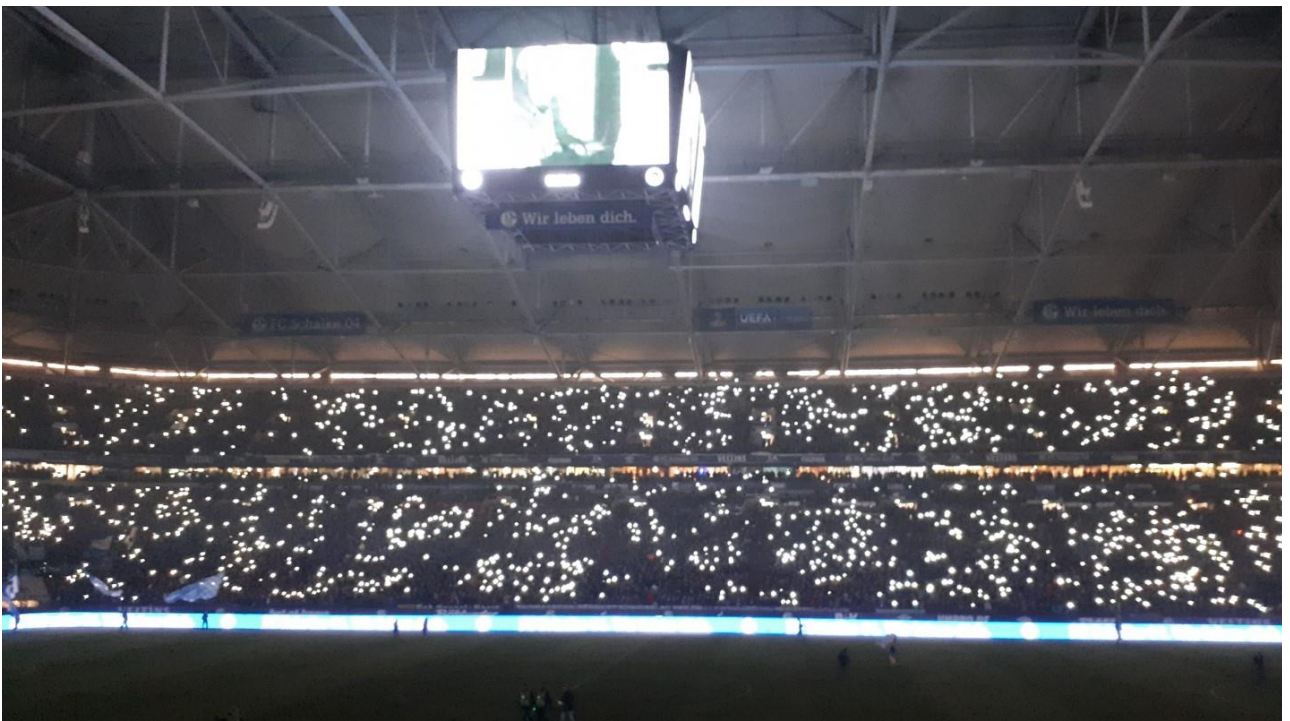


28

Was will der Patient?



29



30

Danke für Ihre
Aufmerksamkeit

www.pur-r.de

