

Innovative Therapieansätze

Kooperation zwischen Onkologie und Palliativmedizin

Dresden, 11.9.2010 – In der Behandlung von Tumorpatienten ist es heute mehr denn je wichtig nicht nur den kurativ onkologischen Aspekt aufzugreifen, sondern den Patienten in der Gesamtheit mit all seinen Bedürfnissen wahrzunehmen. Vor allem neue Optionen in der Tumorbehandlung und der Schmerztherapie geben die Möglichkeit den Patienten bedarfsorientiert zu versorgen, was jedoch eine enge Zusammenarbeit verschiedener medizinischer Disziplinen voraussetzt. Im Fokus sollte hier das Zusammenspiel von Onkologie und Schmerzmedizin stehen. Neben einer entsprechend suffizienten Dauer-/Basisbehandlung tumorbedingter Schmerzen muss ein wesentliches Augenmerk auf die Behandlung der nicht selten auftretenden Durchbruchschmerzattacken gelegt werden. Der Einsatz von oralen und transdermalen Opioiden als Basismedikation für den Dauerschmerz ist heute selbstverständlich. Für den zuweilen sehr schnell einschießenden, mit einer hohen psychischen Belastung einhergehenden Durchbruchschmerz stehen mittlerweile neue und innovative Optionen zur Verfügung, die eine schnelle Beschwerdelinderung ermöglichen.

Bestmögliche Lebensqualität und Symptomkontrolle im Vordergrund

„Therapeutisches Handeln in der Medizin erfordert die Formulierung eines konkreten Therapieziels“, fordert Dr. Bernd Alt-Epping, Oberarzt, Abt. Palliativmedizin der Universitätsmedizin Göttingen. Vor dem Hintergrund einer inkurablen und fortgeschrittenen Grunderkrankung verlieren „typisch onkologische“ Therapieziele wie Gesamtüberlebenszeit oder metrisches Tumorsprechen an Priorität, und es rücken „typisch palliativmedizinische“ Aspekte z. B. von bestmöglicher Lebensqualität und Symptomkontrolle in den Vordergrund.

„Diese Änderung des Therapieziels im palliativmedizinischen Kontext geht nicht selten mit einer strikten Abgrenzung gegenüber den vormaligen Therapiezielen einher („Nicht dem Leben mehr Tage geben, sondern den Tagen mehr Leben“) – Grund genug, in diesem Kongressbeitrag nachzufragen, was „genuine“ palliativmedizinische oder onkologische Therapieziele eigentlich sind, welche aktuellen Entwicklungen sich insbesondere im onkologischen Bereich in Bezug auf die Ziele tumorspezifischer Therapien und in Bezug auf onkologische Studienendpunkte vollziehen, welche Wünsche Palliativpatienten z. B. in Bezug auf die Rolle der Palliativversorgung, auf tumorspezifische Therapien, auf die Rolle ihrer Angehörigen, auf die Begleitung in der Finalphase, oder auf den Ort des Versterbens haben, oder wie sich der Begriff des Therapieziels in die Konzeption einer ethisch reflektierten Therapieentscheidung einfügt, die sowohl im onkologischen als auch palliativmedizinischen Bereich Gültigkeit hat“, sagt Alt-Epping.

Lebensqualität trotz Durchbruchschmerz – Best Practice von Anfang an

Nicht-Opioid-Optionen beim Tumordurchbruchschmerz

„Behandlungsbedürftige Schmerzen sind bei Tumorerkrankten häufig und deren Inzidenz nimmt im Verlauf der Erkrankung zu“, so Dr. Andreas Kopf, Leiter Campus Benjamin Franklin Schmerz- und Palliativzentrum der Charité in Berlin. Neben dem kontinuierlichen Tumorschmerz werden bei der Mehrzahl der Patienten auch schwer zu beherrschende Schmerzexazerbationen beobachtet, die sogenannten Durchbruchschmerzen¹. Für diese vorübergehenden Schmerzattacken, die trotz stabil und ausreichend therapiertem Dauerschmerz auftreten können, sollte der Patient eine schnell wirksame Bedarfsmedikation erhalten². In Abhängigkeit vom Charakter der Durchbruchschmerzen und der Krankheitssituation werden dafür meist nicht-retardierte Opioide oral, parenteral, oral transmukosal oder intranasal verwendet.

Prädikative Faktoren für das Auftreten von weniger gut opioidsensiblen Durchbruchschmerzen sind Schmerzen mit neuropathischem Charakter, Opioidtoleranz, Alkohol- und Medikamentenabusus, sowie psychosoziale Belastungsfaktoren. Immer muss zusätzlich geprüft werden, ob nicht auch eine unzureichend eingestellte (retardierte) Basisanalgesie vorliegt. Unter Titration der retardierten Dauermedikation muss dann geprüft werden, inwieweit bei noch tolerablen opioidbedingten unerwünschten Wirkungen die Inzidenz, Dauer und Intensität von Durchbruchschmerzen reduziert werden kann.

„Alle anderen genannten Faktoren, betonte Kopf, bedürfen des Einsatzes von Nicht-Opioid-Optionen beim Tumordurchbruchschmerz“. Die ausführliche Anamnese zur Identifikation von Abusus (z.B. CAGE-Score³) und psychiatrischer Komorbidität (v. a. Kardinalsymptome für depressive und Angststörungen) hilft, entsprechende angepasste Therapieoptionen einzusetzen, insbesondere edukative Maßnahmen. Anxiolytika bzw. Antidepressiva oder/und das Training von Entspannungs- oder Ablenkungstechniken. Bei Hinweisen auf einen neuropathischen Schmerzcharakter (z. B. einschießender Schmerz in den Arm bei Pancoast-Tumor mit Infiltration des axillaren Plexus) sind sog. Koanalgetika indiziert. Insbesondere Natriumkanalblocker z.B. Carbamazepin können hier wirksam sein. Bei therapierefraktären Schmerzen ist der Einsatz von (S-) Ketamin in analgetischer Dosierung zu prüfen. In Situationen akuter Schmerzeskalation von (Durchbruch-)Schmerzen ist ein Therapie-

versuch mit (primär intravenösem) Phenytoin zu empfehlen, sowie die zentral und peripher antihyperalgetisch wirksame intravenöse Lokalanästhetikagabe (Lidocain, Procain). Auch wenn das oral zu applizierende Mexiletin inzwischen nicht mehr verfügbar ist, können wiederholte Infusionsbehandlungen mit Lokalanästhetika zumindest kurzfristig und überbrückend bis zur Einstellung auf eine wirksame Analgesiemethode eingesetzt werden.⁴

Bei geeigneten Patienten können auch invasive Therapiemaßnahmen sinnvoll sein. Die (unfraktionierte) Radiotherapie kann – zusammen mit Bisphosphonaten – beispielsweise bei ossären Metastasen Schmerzexazerbationen vermindern, vertebroplastische Eingriffe können bei Wirbelkörperdestruktionen sinnvoll sein.⁵ In ausgesuchten Patienten ist auch eine neuraxiale Katheteranalgesie indiziert, insbesondere bei multiplen Knochenmetastasen der Wirbelsäule, bei der meist eine Kombination von einem hydrophilen Opioid (Morphin) und einem Lokalanästhetikum (Bupivacain) in niedriger Dosierung in der Lage sind, bewegungsassoziierte Schmerzexazerbationen zu kontrollieren.⁶

Parallel zu den medikamentösen Therapieoptionen des Durchbruchschmerzes ist immer zu prüfen, ob Stabilisierungsmaßnahmen (Ruhigstellung von Extremitäten), ein spezielles Transfertraining (zur Verhinderung von Schmerzprovokationen) oder Balneotherapie (z. B. Wärme oder Kälte) erfolgreich eingesetzt werden können. Andere nichtmedikamentöse Maßnahmen wie Massage, Aromatherapie, Musiktherapie, Akupunktur, TENS, Hypnose oder Reiki können bei positiver Erwartungshaltung des Patienten möglicherweise als komplementäre Therapieansätze genutzt werden. Wirksamkeitsnachweise liegen für diese Methoden jedoch nicht vor.

„Zusammenfassend ist die Behandlung von Schmerzexazerbationen meist zufriedenstellend möglich. Bei sehr akuten (und relativ) kurzen Durchbruchschmerzen helfen meist die seit kurzem verfügbaren Fentanylformulierungen, wie z. B. intranasales Fentanyl, bei unkomplizierten Schmerzexazerbationen orale nicht-retardierte Opioide. Bei nicht (gut) opioidsensiblen Schmerzen ist die optimale Analgesiemethode nicht bekannt. Publierte Fallserien^{7,8} geben jedoch zumindest einige Hinweise, welche Koanalgetika und nicht-medikamentöse Therapieoptionen wirksam sein könnten, für die jedoch eine individuelle Auswahl durch einen schmerztherapeutisch erfahrenen Therapeuten Voraussetzung sein sollte“, betont Kopf.

Therapie von Durchbruchschmerzen mit Opioiden

Für die Behandlung von Durchbruchschmerzen bei Tumorpatienten stehen mittlerweile ausreichend schnell wirksame Substanzen zur Verfügung, sagte Dr. Uwe Junker, Chefarzt für Spezielle Schmerztherapie und Palliativmedizin der Ruhruniversität Bochum. Dennoch werden die neuen Behandlungsoptionen nach wie vor wenig genutzt, was den Patienten in ohnehin schwieriger Lebenssituation Lebensqualität nimmt und sowohl bei ihnen selbst, als auch bei den Angehörigen Ängste und oft auch sozialen Rückzug bedingt. Oft ergreift die Angst vor der nächsten Durchbruchschmerz-Episode von dem Patienten vollständig Besitz.

In drei Fallbeispielen wurde gezeigt, dass Durchbruchschmerz auch bei gut durchdachter Basistherapie eine ernst zu nehmende Entität darstellt, die mit zusätzlicher Gabe von retardierten Opioiden gar nicht und mit traditionellen unretardierten nur unbefriedigend zu beherrschen ist. Demgegenüber stellt intranasales Fentanyl eine sehr schnell und gut wirksame Applikationsform dar, da der stark lipophile Wirkstoff neben einer raschen Aufnahme in den Blutkreislauf auch über die als bipolare Neurone konfigurierten olfaktorischen Riechzellen direkt zentral in die trigeminale Region aufgenommen werden kann. Zahlreiche Patienten schätzen außerdem den psychologischen Vorteil, nicht noch eine weitere Tablette einnehmen zu müssen. „Durchbruchschmerz ist häufig kurz und stark, mindert die Autonomie und Lebensqualität der Betroffenen und ist daher unbedingt therapiebedürftig“, so das Fazit von Junker.

Referenzen:

- ¹ Portenoy RK et Hagen NA (1990); Pain, 41:273-281
- ² Mercadante S et al. (2002); Cancer, 94:832-839
- ³ Buchsbaum DG et al. (1991); Ann Intern Med. 115:774-777
- ⁴ Dworkin RH et al. (2007); Pain, 132:237-251
- ⁵ Heini PF et Pfäffli S (2009); Orthopaede, 38:335-342
- ⁶ Burton AW et al. (2004); Pain Med, 5:239-247
- ⁷ Chazan S et al. (2008); J Opioid Manag 4:173-180
- ⁸ Buchanan DD et Madvor FJ (2010). Support CareCancer, 18:899-901

Quelle:

Symposium: „Innovative Therapieansätze – Kooperation zwischen Onkologie und Palliativmedizin“. Dresden, 11. September 2010. Veranstalter: Nycomed Germany Holding GmbH.