

Tischversion

Symptomkontrolle

Die Symptomkontrolle in der Palliativmedizin hat das Ziel, die Lebensqualität in der verbleibenden Zeit so weit wie möglich zu bewahren, zu verbessern oder wieder herzustellen.

Angst

Die meisten Patienten haben Angst vor der Zukunft, vor dem Sterben oder wie es den Angehörigen ergehen wird. Ängste können vor konkreten Entscheidungen bestehen, bei widersprüchlichen Informationen, Problemen in der Familie, Nachlassregelung, Alleinsein oder unerledigten Angelegenheiten. Diese Ängste können trotz aller Unterstützung nur sehr schwer beherrschbar sein.

Ursachen/Verstärkung der Angst durch

- Nichtkontrollierte Symptome, besonders Schmerzen und Atemnot
- Medikamente: Steroide, Metoclopramid, Theophyllin, Neuroleptika, Medikamentenentzug
- Herzerkrankungen (Angina pectoris), Lungenerkrankungen (Asthma, Embolie, Atemnot)
- Hyperthyreose, rezidivierende Hypoglykämien, Hypoxie, Sepsis
- Psychotische Ängste (Wahn, Halluzination, Depression, Delir)

Therapie

- Stützende und beruhigende Gespräche mit dem Patienten sind essentiell.
- Körperlicher Kontakt mit Patienten z. B. Pflegeverrichtungen oder einfach »Hand halten«.
- Symptomkontrolle: z. B. Benzodiazepine: Lorazepam 0,5 - 7,5mg tägl oder Oxazepam 1-2 x 10 mg tägl. oder Dikaliumchlorazepat (eher sedierend, längere HWZ) 5-20 mg **Cave:** paradoxe Reaktion mit Erregungszuständen möglich.
- Alternativ sedierende Neuroleptika (z. B. Levomepromazin, Promethazin)
- Antidepressiva (Doxepin, Amitriptylin).

Palliativversorgung: Teil 2 Angst, Unruhe, Schwäche, Depression

Unruhe

Man muss eine gesteigerte motorische Unruhe ohne und mit mentaler Beeinträchtigung unterscheiden. Letztere tritt meist im Rahmen eines deliranten Syndroms auf und wird in der Sterbephase auch als terminale Agitation bezeichnet.

Ursachen

- Unzureichend behandelte Symptome wie Schmerzen, Atemnot, Augen- und Mundtrockenheit, Harnverhalt, Exsikkose, Hypoglykämie, Hyperkalzämie
- Hirnmetastasen
- Bewegungsunfähigkeit aufgrund von Schwäche
- Medikamente (paradoxe Reaktion auf Benzodiazepine)
- Psychosoziale Ursachen (unerledigte Angelegenheiten, keine oder »falsche« Sitzwache)

Therapie

Soweit möglich Behandlung der Ursachen. Nähe und ruhige Anwesenheit von Angehörigen oder vertrauten Personen, Schaffen einer vertrauten Atmosphäre (bekannte Musik, vertraute Bettdecke).

Medikamentöse Therapie zur Symptomkontrolle

- Promethazin: 15-75 mg p.o.
- Diazepam (nicht s.c.): 2-10 mg p.o., i.v.; 10-20 mg rektal 8-stdl.
- Lorazepam: 0,5-2,5 mg p.o., i.m., i.v.
- Pipamperon: 20-80 mg p.o.
- Melperon: 25-50 mg 8-stdl. p.o.

Bei Halluzinationen, Alpträumen, paranoiden Symptomen (v.a. delirantes Syndrom)

- Haloperidol . (s.c. möglich, nicht zugelassen) bei älteren Patienten: 1,5-3 mg s.c. 8-stdl bei jüngeren Patienten: 5 mg s.c. 8-stdl., bis 30 mg/24 h s.c., i.v.
- Levomepromazin 10-50 mg 4-stdl. p.o., s.c., i.m., sedierend, als Tropfen gut dosierbar

Schwäche

Schwäche ist eines der häufigsten Symptome in der Endphase schwerer Erkrankungen. Reversible Ursachen, die zum Schwächegefühl beitragen, sind zu identifizieren und zu beheben. Hilfreich ist die Beschreibungen des Patienten, wie er die Schwäche erlebt:

- Was meint der Patient mit Schwäche: Allgemeines Schwächegefühl oder bestehen Funktionsdefizite?
- Liegen Hinweise auf ein depressives Syndrom vor?
- Was bedeutet das Gefühl der Schwäche für den Patienten (z.B. Hinweis auf fortschreitende Erkrankung)?

Hausärztliche Aspekte

Intravenöse Hyperalimentation hat keinen nachgewiesenen Effekt. Mit dem Patienten gemeinsam nach Lösungen suchen, z. B.

- Kräfte einteilen, Ruhepausen mit Aktivität abwechseln, dem Tagesablauf anpassen.
- Körperliche Aktivierung, falls möglich (z. B. Gymnastik im Bett, Stretchbänder).
- Vor wichtigen Ereignissen (z. B. Geburtstage, Hochzeitstag) kann eine Erhöhung der Steroide oder ggf. eine Bluttransfusion kurzfristig eine Besserung des Schwächegefühls bringen.

Therapie potentiell behandelbarer Ursachen bei Schwäche

- Anämie: Transfusion bei Hb < 8 g/l
- Hypokaliämie: ggf. Schleifendiuretikum durch ein kaliumsparendes Diuretikum ersetzen, Substitution über Nahrung (Bananen, Tomaten, Zitrusfrüchte)
- Hyperkalzämie: Hydratation, Bisphosphonate
- Hypotonie/Exsikkose: Flüssigkeit, Medikamente überprüfen/absetzen
- Schilddrüsenfunktionsstörung: Medikamente überprüfen, ggf. Therapie
- Medikamente: Reduktion oder Wechsel (Steroide, Antidepressiva, Benzodiazepine, Opioide), sedierende Medikamente möglichst nur zur Nacht geben
- Schlaflosigkeit: Ursachen besprechen (Sorgen, Angst etc.), für ruhige, entspannte Umgebung sorgen, ggf. Benzodiazepine, sed. Neuroleptika
- Anorexie, Kachexie: Steroide (z. B. 4 mg Dexamethason p.o.)
- Depressives Syndrom: Antidepressiva
- Inaktivität: Krankengymnastik
- Infektionen (der Harnwege): kurzfristig Antibiotika

- Gehirnmastasen: Dexamethason, ggf. Bestrahlung/systemische Chemotherapie
- Rückenmarkskompression: Dexamethason, z. B. beginnend mit 10-20 mg i.v., dann p.o. 16 mg/die, ggf. Bestrahlung, ggf. operative Entlastung

Oft ist die zunehmende Schwäche für den Patienten ein unübersehbarer Hinweis darauf, dass der Tod nahe bevorsteht. Verständnis und Unterstützung sind essentiell.

Depression

Depression ist ein schwerwiegendes belastendes Symptom, das bis in die Terminalphase hinein effektiv behandelt werden kann und sollte. Sehr häufig gehen depressive Störungen mit Angst einher. Auf zusätzliche delirante Symptome ist zu achten.

Therapie

Psychotherapeutische Ansätze können in Abhängigkeit von der Prognose Angst, Depression und Schmerzintensität effektiv reduzieren, z. B. durch Unterstützung gegen soziale Isolation, Unterstützung in grundlegenden Bewältigungsstrategien.

Medikamentöse Therapie

Einsatz eines Antidepressivums erfolgt in Abhängigkeit der Begleitsymptome sowie der Nebenwirkungen bzw. möglicher Interaktionen mit anderen Symptomen der somatischen Erkrankung.

- Bei **Depression ohne zusätzliche Symptome**: Citalopram (10-40 mg).
- Bei **agitierten** Symptomen eher sedierende Antidepressiva: Amitriptylin (10-100 mg), Doxepin (25-50 mg tägl.)
- Wenn **Sedierung nicht erwünscht**: Nortriptylin (20-150 mg) oder Desipramin 25-50 mg tägl.
- Bei **ausgeprägter Angstsymptomatik**: (evtl. zusätzlich) Lorazepam (2-3 x 0,5-1 mg), Bromazepam (2-4 x 1,5 mg/die).

Anticholinerge Nebenwirkung beachten (ggf. Anwendung von SSRI, z. B. Citalopram), besonders bei verringerter Darmmotilität nach OP, eingeschränkter Harnausscheidung. Auch in der Terminalphase ist eine rasch einsetzende antidepressive Therapie möglich (schnell wirksame amphetaminerge Stimulanzien, z. B. Methylphenidat 2-3 x 5 mg, Beginn mit 2,5 mg-Einzeldosis, vormittags).