

Das letzte Jahr des Lebens

Medizinische und spirituelle Betreuung

Informationen

Veranstaltungsort

UniversitätsSpital Zürich
Grosser Hörsaal Ost
Gloriastrasse 29
8091 Zürich

Tram Nr. 5 oder Nr. 6 bis Haltestelle Platte;
von dort direkter Zugang zum
Grossen Hörsaal Ost über Eingang
Gloriastrasse 29.

Tram Nr. 9 oder Nr. 10 bis Haltestelle
ETH/Universitätsspital; Zugang
zum Grossen Hörsaal Ost über
Haupteingang Rämistrasse 100.

Chair

Prof. Edouard Battegay, Direktor, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin, USZ
PD Dr. Dr. Kathrin Zaugg, Leitende Ärztin, Klinik für Radio-Onkologie, USZ
Dr. Priska Bützberger Zimmerli, Oberärztin, Onkologie, Medizinische Klinik, Kantonsspital
Baden

Dr. Katja Fischer, Oberärztin, Klinik für Radio-Onkologie, USZ

Referenten

Dr. Silvia Brims Koponen, Oberärztin, Medizinische Klinik, Kantonsspital Baden

Dr. Priska Bützberger Zimmerli, Oberärztin, Onkologie, Medizinische Klinik, Kantonsspital
Baden

Dr. Katja Fischer, Oberärztin, Klinik für Radio-Onkologie, USZ

Dr. Reinhard Imoberdorf, Chefarzt, Klinik für Innere Medizin, Kantonsspital Winterthur

Dr. Abraham Licht, Oberarzt, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin, USZ

Dr. Hisham Maizar, Facharzt für Innere Medizin FMH, St. Gallen

Dr. Niklaus Peter, Pfarrer, Fraumünster Zürich

Dr. Andreas Weber, Konsiliararzt Palliative Care, GZO, Spital Wetzikon

PD Dr. Dr. Kathrin Zaugg, Leitende Ärztin, Klinik für Radio-Onkologie, USZ

Sponsoren

Das Symposium wird unterstützt von

AstraZeneca 





Programm mit 3 Handouts:

- Schmerztherapie und Sedation (Dr. Katja Fischer)
- Strahlentherapeutische Möglichkeiten in der Palliation (PD Dr. Dr. Kathrin Zaugg)
- Man kann nicht nicht spirituell sein (Dr. Priska Bützberger)

Klinik und Poliklinik für Innere Medizin
Klinik für Radio-Onkologie

Donnerstag, 17. Januar 2013, 14.15-17.30 Uhr

Grosser Hörsaal Ost
UniversitätsSpital Zürich



UniversitätsSpital
Zürich



UniversitätsSpital
Zürich

Einladung

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Wir freuen uns, Sie zu einer interdisziplinären Fortbildung einladen zu dürfen.

Immer wieder behandeln wir in der ärztlichen Praxis Patienten, bei welchen leider keine kurative Therapie mehr erwartet werden kann. Eine gute und umfassende Betreuung ist eine grosse Herausforderung.

An diesem Fortbildungsnachmittag setzen wir im ersten Teil unseren Fokus auf Symptomenkontrolle wie Schmerztherapie und Ernährung.

Doch in der Patientenbetreuung ist der alleinige medizinische Ansatz nicht genügend. Religion kann das Erleben der Krankheit und die Erwartungen des Patienten stark beeinflussen. Deshalb möchten wir im zweiten Teil mehr darüber erfahren. Wir haben deshalb Vertreter dreier Religionen eingeladen, um ihre Sicht auf Krankheit und Sterben darzustellen.

Prof. Dr. Edouard Battegay
Klinik und Poliklinik für Innere Medizin
UniversitätsSpital Zürich

PD Dr. Dr. Kathrin Zaugg
Klinik für Radio-Onkologie
UniversitätsSpital Zürich

Programm

Symptomenkontrolle – die Rolle des Hausarztes

Chair: Prof. Dr. Edouard Battegay, PD Dr. Dr. Kathrin Zaugg

14.15	Begrüssung	Prof. Edouard Battegay
14.20	Bedürfnisse des Patienten	Dr. Andreas Weber
14.40	Schmerztherapie und Sedation	Dr. Katja Fischer
15.00	Strahlentherapeutische Möglichkeiten in der Palliation	PD Dr. Dr. Kathrin Zaugg
15.20	Ernährung bei Anorexie-Kachexiesyndrom	Dr. Reinhard Imoberdorf
15.40	Kaffeepause	

Spirituelle Betreuung – die Rolle des Hausarztes

Chair: Dr. Priska Bützberger Zimmerli, Dr. Katja Fischer

16.10	Man kann nicht nicht spirituell sein	Dr. Priska Bützberger
16.25	Fallpräsentation zum Thema Das Lebensende...	Dr. Silvia Brims Koponen
16.40	... aus jüdischer Sicht	Dr. Abraham Licht
16.55	... aus islamischer Sicht	Dr. Hisham Maizar
17.10	... aus christlicher Sicht	Dr. Niklaus Peter
17.25	Diskussion	
17.50	Apéro im Dick and Davy	

SGIM 3 credits



Kompetenzzentrum Palliative Care KPC

Das letzte Jahr des Lebens –
Medizinische und spirituelle Begleitung:
«Symptomkontrolle – die Rolle des Hausarztes:
Schmerztherapie und Sedation»

Dr. med. Katja Fischer, Innere Medizin FMH, Oberärztin, KPC USZ,
Klinik für Radio-Onkologie

UniversitätsSpital Zürich

Pyramide der Lebensqualität

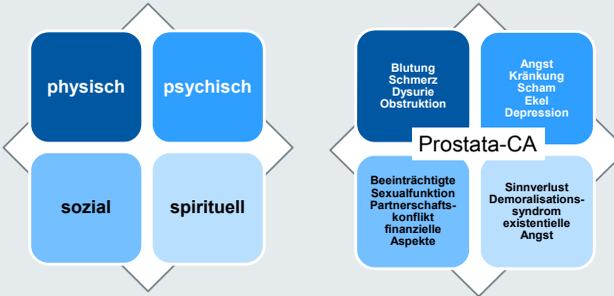
„Palliativmedizin ist die Behandlung von Patienten mit einer **nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung** mit begrenzter Lebenserwartung, für die das **Hauptziel** der Begleitung **Lebensqualität** ist.“



Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) 2003

UniversitätsSpital Zürich

Symptom-Expression (4 Ebenen)



Prostata-CA

UniversitätsSpital Zürich

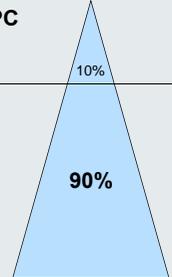
Was kann Palliative Care bieten?

Ziele: «4 S»	Kompetenzen
Selbsthilfe	Symptom Management
Selbstbestimmung	Entscheidungsfindung
Sicherheit	Netzwerk-Organisation
Support	Unterstützung Familie

Steffen Eychmüller, „Palliative Care in der Gemeinde - ein Handbuch zur Vernetzung“, Palliativzentrum Kantonsspital St.Gallen

UniversitätsSpital Zürich

Palliative Versorgungsstrukturen



Spezialisierte PC (10%)

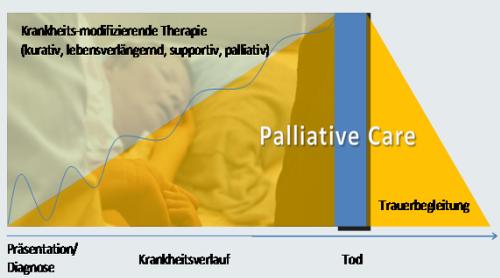
- Palliativ-Ambulatorium
- Mobile Equipe
- Inkl. Hospiz-Dienst
- Stationäres Hospiz
- Palliativer Konsiliardienst
- Palliativstation

Primäre PC (90%)

- Spitex
- Hausarzt**
- Spezialarzt für ...
- Hospiz-Dienst
- Langzeitpflege-Einrichtung

UniversitätsSpital Zürich

Wann sollte Palliativmedizin beginnen?



Krankheits-modifizierende Therapie (kurativ, lebensverlängernd, supportiv, palliativ)

Palliative Care

Trauerbegleitung

Präsentation/ Diagnose Krankheitsverlauf Tod

Foto: Palliativstation Helios Klinikum Wuppertal, 2007. Graphik adaptiert von: American Medical Association, Institute for Medical Ethics (1999). EPEC: education for physicians on end-of-life care. Chicago, IL. The Robert Wood Johnson Foundation.

UniversitätsSpital Zürich

„early integration“

Temel JS et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med* 2010;363:733-42.

TO NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer

Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alison Mackintosh, M.A., Emily R. Gragler, B.S., David Abrams, M.B., B.S., D.P.M., Yehia A. Jorjani, M.D., M.P.H., Catherine M. Dublin, B.S.N., Craig D. Woodman, M.D., Juliet Jacobson, M.D., William F. Pirl, M.D., M.P.H., J. Andrew Kilgus, M.D., and Thomas J. Lynch, M.D.

ABSTRACT

BACKGROUND: Patients with metastatic non-small-cell lung cancer have a substantial unmet burden and may receive aggressive care at the end of life. We examined the effect of introducing palliative care early after diagnosis on patient-reported outcomes and end-of-life care among ambulatory patients with newly diagnosed disease.

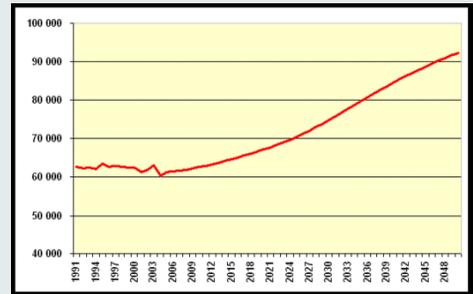
DESIGN: We randomly assigned patients with newly diagnosed metastatic non-small-cell lung cancer to receive either early palliative care integrated with standard oncologic care or standard oncologic care alone. Quality of life and mood were assessed at baseline and at 12 weeks with the use of the Functional Assessment of Cancer Therapy–Lung (FACT-L) scale and the Hospital Anxiety and Depression Scale, respectively. The primary outcome was the change in the quality of life at 12 weeks.

From Massachusetts General Hospital, Boston (J.S.T., J.A.G., M.B., B.S., D.P.M., Y.A.J., W.F.P., J.A.J.); Dana-Farber Cancer Institute, Boston (J.S.T., J.A.G., M.B., B.S., D.P.M., Y.A.J., W.F.P., J.A.J.); Harvard Medical School, Department of Biostatistics, University of Colorado Medical Center, Denver (J.C.); and Yale University, New Haven, CT (T.J.). Address correspondence to Dr. Temel at Massachusetts General Hospital, 55 Ave. Louis Pasteur, 9th. Floor, Boston, MA 02114; e-mail: jtemel@partners.org.

N Engl J Med 2010;363:733-42. Copyright © 2010 Massachusetts General Hospital.

• Frühe Einbindung von Palliative Care führte zu signifikanter Verbesserung der Lebensqualität (98,0 vs. 91,5; $P = 0,03$) und der Stimmung (16% vs. 38%, $P = 0,01$)
 • Im Vergleich mit Patienten, die die Standardtherapie erhielten, hatten die Patienten weniger aggressive Therapieregime und lebten länger (11,6 months vs. 8,9 months, $P = 0,02$)

Todesfälle Schweiz (BfS)



«Bevorzugter Sterbeort»

Meeuwsen K, et al (2009), GP's awareness of patients' preference for place of death, *British Journal General Practitioner*, 59(566):665-70

- Retrospektive Mortalitätsstudie, Befragung Hausärzte bei 798 „nicht-plötzlichen“ Todesfällen
- In 46% kennt HA den bevorzugten Sterbeort (63% Info direkt vom Patient)
- 58% bevorzugen „zu Hause“ als Sterbeort
- Kennt HA den bevorzugten Sterbeort, sterben 80% dort!

«Bevorzugter Sterbeort»

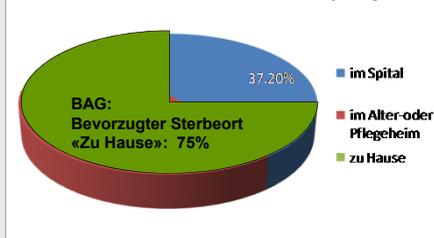
Meeuwsen K, et al (2009), GP's awareness of patients' preference for place of death, *British Journal General Practitioner*, 59(566):665-70

Faktoren, die mit Sterbeort in Verbindung gebracht werden:

- Art der Krankheit
- Grösse des sozialen Netzwerks
- Wahrnehmung der betreuenden Personen
- Symptom-Management («Kenntnis in PC»)
- Vorhandene Angebote (Pflegerheime, Hospize, Spitäler, Spitex, soziale Einrichtungen)
- Krankheitsverlauf (Unvorhersehbarkeit)
- Gewohnheiten
- Angst vor Würdeverlust

Institution als Sterbeort (80%)

Sterbeorte in der Deutschschweiz (2001)



Entwicklung zum institutionellen Sterben (1969-2001)

Verlagerung weg von Spitätern hin zu Heimen (1986-2001).

„Der Sterbeort: Wo sterben die Menschen heute in der Schweiz“, S. Fischer et al, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Vol 37, Nr 6 (2004)

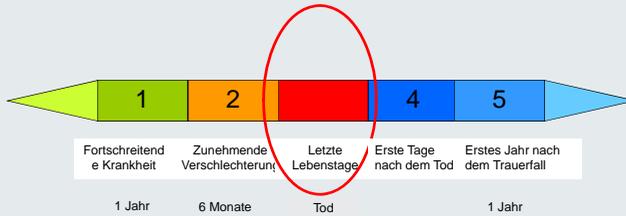
Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012
 Stand und Umsetzung von Palliative Care in den Kantonen Ende 2011
 Ergebnisbericht vom 8. Februar 2012 (BAG)

	2008	2011	Empfehlung EAPC
Anzahl Palliativstationen/-kliniken	20	28	
Anzahl Betten	219	295	~ 600 (80-100 pro Mio. Einw.)
Anzahl Hospize mit Pflegeheimstatus	2	6	
Anzahl mobile Palliativdienste	12	19	~ 50 (1 pro 100 000 Einw.)

Tab. 1: Vergleich der Anzahl spezialisierter Palliative-Care-Angebote in der Schweiz 2008 und 2011

- Anzahl Palliative-Care-Angebote zunehmend (+1/3) in allen Bereichen der spezialisierten Palliative-Versorgung
- Weiterhin Ausbaubedarf zur Sicherstellung einer guten Palliative-Versorgung gemäss internationalen Empfehlungen

Behandlungspfad für die Sterbephase



LCP: Liverpool Care Pathway -
Betreuungsmodell für Sterbende und deren Angehörige

Symptome Sterbender



1. Terminale Rasselatmung (45-56%)
2. **Schmerzen (26-99%)**
3. Unruhe/Agitation (43-52%)
4. Dyspnoe (17-47%)
5. Übelkeit/Erbrechen (10-71%)

Adaptiert von Doyle D et al., *Oxford Textbook of Palliative Medicine*,
Oxford University Press, 2005

Betreuung Sterbender

*Oxford Textbook of Palliative medicine, third edition, S. 1123; Table 4:
Reviewing drugs and their routes of administration
for the terminal phase*

1. Überprüfen der aktuellen Medikation
2. Absetzen von nicht-essentieller Medikation
3. **Reserven verordnen gegen: Schmerz, Übelkeit/Erbrechen, Respirationstrakt-Sekretion (Prävention des terminalen Rassels)**
4. Gespräch mit Angehörigen über die Situation
5. Einhalten spiritueller/religiöser Bedürfnisse

Essenziell, § Applikationsweg sichern/parenteral verordnen	Bisher essentiell, § Überdenke ein- absetzen	Nicht-mehr-essentiell, § Stoppen
Analgetika § Antiemetika § Sedativa § Anxiolytika §	Steroide § Hormone § Antidiabetika § Diuretika § Antithrombotika § Antikonvulsiva § §	Antihypertensiva § Antidepressiva § Laxativa § Protonenpumpenhemmer (in Medikation gegen Reflux) § Antikoagulantien = (= Marcumar, §; Heparin) § Antibiotische Prophylaxe § (= antibiotische Langzeittherapie) § Eisen § Vitamine §

* Steroiddosen nicht abrupt absetzen sondern ausschleichen, speziell wenn zuvor hochdosierte Dexamethason wegen Händeln verabreicht wurde = Dexamethason (Fortecortin) Dosis po- sc- sc- sc- 1 : 1 : 1 §
 § Kommentar zur Originaltabelle: Bei hohem Risiko für Magenblutung allenfalls Protonenpumpenhemmer weiterführen §
 § Bei Unklarheiten bezüglich Medikation (z.B. Applikationsweg oder adäquate subkutane Dosierungen) sollte unbedingt ein erfahrener Kaderarzt einbezogen werden (Palliative-Care-Konferenz) §

Schmerztherapie bei Sterbenden

Häufige Fehler:

- Orale Medi weiter (jedoch Schlucken nicht mehr möglich)
- Schmerzmittel werden gestoppt/ nicht ersetzt (Schmerzen unbehandelt und Entzug)
- Stoppen der «Schmerzmittel-Basis»
- Reserven inadäquat dosiert



Subcutane Applikation



Schmerztherapie bei Sterbenden

Häufige Fehler:

- Resorption nicht mehr ausreichend (GI-Passagestörung, Herzinsuffizienz...)
- Umstellung auf parenteral nicht adäquat (zu hoch/zu niedrig dosiert, zu häufig/zu selten verabreicht)
- Opiode „absichtlich“ zu hoch dosiert mit Ziel zu sedieren (kein Doppelleffekt, sondern Missbrauch)

Mythos: „Morphium beschleunigt den Todeseintritt“

Review, Sykes, Lancet Oncology Vol 4 May 2003

- **Opioide/Sedativa** häufig (Symptomkontrolle)
- Annahme der potentiellen Lebensverkürzung („Doppeleffekt“)
- Dosierungen steigend gegen Tod, aber **keine Evidenz, dass Behandlungsbeginn oder Dosissteigerung Tod beschleunigt**

Mythos: „Morphium führt zu Atemdepression“

- Regelmäßige Opioid-Einnahme in angemessener Dosis führt **nicht** zu Atemdepression und Atemstillstand
- Opioide werden in Palliativmedizin sogar zur Behandlung von Atemnot eingesetzt

Information gegen Opiat-Mythen



Opioid-NW und therapeutisches Fenster

(Atemdepression)

Muskelkrämpfe, Hyperalgesie
Halluzinationen/ Verwirrung
Schläfrigkeit
Kognitive Fähigkeiten

Analgesie

Harnverhalt
Übelkeit/ Erbrechen (Toleranz innert Tagen)
Verstopfung (keine Toleranzentwicklung)

Plasmakonz.

TOXISCH

Therapeut.
Fenster

UNWIRKSAM

Wissenswertes zu Morphin

Aequivalenzdosen:

oral : sc : iv = 3 : 2 : 1

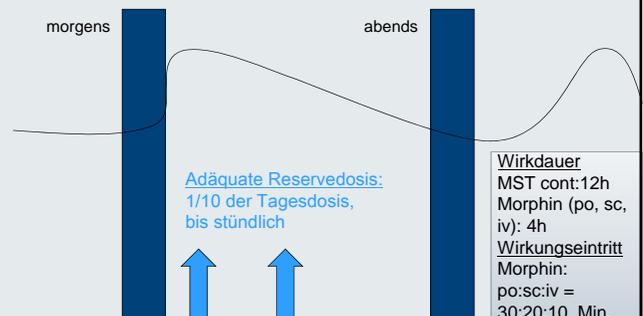
Wirkungseintritt:

oral : sc : iv = 30 Min : 20 Min : 10 Min

Wirkdauer oral, sc und iv:

immer 4 h! (Kein subcutaner Bolus nötig!)

Wirkdauer/Wirkungseintritt Morphin (MST)



Opiat-Rotation: Sichere Dosierung

- häufig erforderlich (z.B. *transdermales Fentanyl TTS 25µg* = kontinuierlich 25mg Morphin iV/24h)
- Sicherheits-Marge bei Umstellung Applikationsweg: - 30-50% der errechneten Dosis
- Ev. Verzicht auf Dosis-Reduktion, wenn Schmerzen progredient (entspricht adäquater Erhöhung der Schmerzmittel)
- Reserve-Dosis: 10% der Tagesdosis

Tab. 2: Analgetische Potenz verschiedener Opiate

Substanz	Analgetische Potenz
Fentanyl	100
Ultrashortwirksames Morphin	1
Morphin	1
Hydromorphon	7
Hydrocodon	16-18
Buprenorphin	30-500
Vindocifen	100-5000

Achtung: Eine äquivalente Dosis sollte nicht gleichzeitig mit anderen Opiaten verabreicht werden. Patienten sind nicht gewöhnt, ein anderes Schmerzmittel einzunehmen!

Fazit Schmerztherapie bei Sterbenden

- **Morphin führt nicht zu einer Verkürzung des Lebens, wenn korrekt dosiert!**
- Individuelle Opiat-Dosis in Sterbephase: 48% stabil, 32% steigend, 20% reduziert (E.Klaschik)
- Opiat der Wahl, auch bei Sterbenden: Morphin (Ausnahme: Niereninsuffizienz → Spezialist für Rotation auf Hydromorphon oder Fentanyl)
- Opiat-Rotation häufig erforderlich

Palliative Sedierung



«Bedeutsame und notwendige Behandlungsoption bei unerträglichem (echt therapie-refraktärem) Symptomen oder in Notfallsituationen, wo die Symptomkontrolle mit anderen Mitteln nicht schnell genug greift.»

	Aktive Sterbehilfe	Palliative Sedierung
Intention	Patienten mit unerträglichem Leid töten	Unerträgliches Leid lindern
Massnahme	Letale Dosis einer Substanz verabreichen	Sedierende Substanz zur Symptomkontrolle verabreichen
Erfolg der Massnahme bei	Sofortiger Tod des Patienten	Erleichterung von Leiden

EAPC Ethics Task Force 2003

Definition: Palliativen Sedierung

- Sedierung bei unerträglichem Symptomen oder erwarteter, verzögerter Wirkung der symptomatischen Therapie
- Ziel der Sedationstiefe ist **Erträglichkeit der Symptome**
- **Zeitliche Begrenzung** (Sedation bis zum Wirkungseintritt der symptomatischen Therapie)



Neuenschwander H., Palliative versus terminale Sedation, Schweiz Med Forum 2005;5:241-245

Definition: Terminale Sedierung

- Aufgrund von anders nicht kontrollierbaren Symptomen wird der **sterbende Patient** in einen schlaf-ähnlichen Zustand versetzt, welcher bis zum Tod anhält
- **Tod ist nicht das beabsichtigte Ziel**, aber der «Ankunftsort»
- Korrekte Anwendung der terminalen Sedation impliziert die Fähigkeit, das «Sterben» diagnostizieren zu können



Neuenschwander H., Palliative versus terminale Sedation, Schweiz Med Forum 2005;5:241-245

Beispiele Palliativer Sedierung (zeitlich begrenzt)

- Kurzfristige Sedierung für belastende Behandlungen (z.B. schmerzhafte *Verbandswechsel* trotz optimierter *Analgesie*)
- Vorübergehende Sedierung zur Erholung von belastenden Zuständen (*respite sedation*, z.B. in *Schmerzkrise*)
- Vorübergehende Sedierung bei psychischen und existenziellen Krisen (z.B. *schwere Ängste*, *schwerste, refraktäre Schlafstörungen*)
- Sedierung zur Durchbrechung schwerster, agitierter Dekompensation (*refraktäres Delir*)
- Sedierung anderweitig refraktärer Symptome in Terminal-/Sierbephase («*letzte Reserve*»)

Beispiele Terminaler Sedierung (andauernd)

- Sedierung beim Abbruch einer Beatmung am Lebensende (*terminales Weaning*)
- Sedierung in Notfallsituationen «am Lebensende» (z.B. *Hämoptyse/ Bluthusten/Blutsturz, Asphyxie/drohender Erstickungstod*)
- Grosser Leidensdruck durch echt therapie-refraktäre Symptome in der Finalphase

Häufigkeit der Palliativen Sedierung

- Variation in Häufigkeit der Anwendung und Indikation in versch. PC Institutionen

Oxford Textbook of Palliative Medicine, third edition, D. Doyle, S. 612

- Analyse von 13 Studien
- Mediane Häufigkeit: 25%
- Range 1 – 72%

Sales: European Journal of Palliative Care 2001

Einflussfaktoren zur Häufigkeit

- Konzeptionelle Einstellung
- Professionelle Erfahrung in Symptomkontrolle
- Kulturelle und religiöse Haltungen (22% Norwegen vs. $\geq 50\%$ Spanien/Italien)
- Zunehmende Häufigkeit in letzten Jahren (14.5%, GK Havelhöhe Berlin, 1995-2002)

Müller-Busch HC, Sterbende sedieren?... Z Palliativmed 2004;5:107-112

Indikation nach Symptomen

- **Therapie-resistentes agitiertes Delir (39%)**
- **Atemnot (38%)**
- Schmerz (22%)
- Angst und Stress (21%)
- Akute Blutung (9%)
- Übelkeit und Erbrechen (6%)
- **Mehrere Symptome ($\geq 50\%$)**

Müller-Busch HC, Sterbende sedieren?... Z Palliativmed 2004;5:107-112

Dauer einer Palliativen Sedierung

- Palliativmedizin Universitätsklinikum Mainz
- n = 49 Pt., 2000 – 2002
- Dauer Mittelwert: 58,9 h ($\pm 58,7$)
- Range: 2 – 264 h
- Somatische Indikation: 47,3 h ($\pm 45,1$)
- Psychologische Indikation: 68,3 h ($\pm 67,1$)

Müller-Busch BMC Palliative Care 2003

Durchführung einer Palliativen Sedierung

- Erfahrendes interprofessionelles Palliativ-Team (PaIC OST A4)
- Gemäss Sedations-Standard:
Vorausschauende Planung, Information, Rund-Tisch-Gespräche; Indikation; Definition von Zielen, Methode, Sedierungstiefe und -Dauer; Festlegung der Überwachung; Dokumentation
- Midazolam (Dormicum) sc oder iv in Spritzenpumpe
- Schrittweise Eintitrieren (Start mit min. Dosis 0.5-1mg/h)
- Zeitlich begrenzt (Infusions-Stopp festgelegt)
- Repetitives Re-Assessment für optimale Symptomkontrolle

Hilfe?

www.palliativecare.usz.ch

Station: 044 255 35 35

Konsil: 079 536 42 71 (nicht 24h)

Quellen

- Nationale Strategie Palliative Care 2013-2015, <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin>
- Palliative Care, Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen; www.samw.ch
- White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. Recommendations from the European Association for Palliative Care. EUROPEAN JOURNAL OF PALLIATIVE CARE; 2009; 16(6) und 2010; 17(1)
- Palliativmedizin, Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte, Neuschwander, Herausgeber Krebsliga Schweiz



Danke

für Ihre Aufmerksamkeit!



Symptomkontrolle: Strahlentherapeutische Möglichkeiten

Kathrin Zaugg
Leitende Aerztin
Klinik für Radio-Onkologie

17.1.2013

Linderung der Symptome

- Schmerzen
- Neurologische Symptome
 - Myelon
 - ZNS
- Obstruktionen/Kompressionen
 - Gefäße
 - Luftwege
- Blutungen

Was kann unsere neue Technologie bieten ?

Innovative Technologie



Höhere Dosisleistung
kürzere Therapiezeiten

Verbesserte Bildgebung
erhöhte Präzision

- weniger Nebenwirkungen
- kürzere Therapiezeiten
- hohe Einzeldosen möglich

Linderung der Symptome

- **Schmerzen**
- Neurologische Symptome
 - Myelon
 - ZNS
- Obstruktionen/Kompressionen
 - Gefäße
 - Luftwege
- Blutungen

Radiatio von Knochenmetastasen



Vor RT



8 Wochen nach RT

- Schmerzen sehr häufig: z.B. Mamma-CA ca. 70%
- Therapieschemata: 5x4 Gy oder 10x3 Gy oder 1x8 Gy
- Sehr effektiv (über 50% schmerzfrei, >75% Besserung)
- Reossifikation 30-60%
- Effekt tritt idR erst 2-4 Wochen nach Radiatio ein

RapidArc Therapie bei multiplen Knochenmetastasen



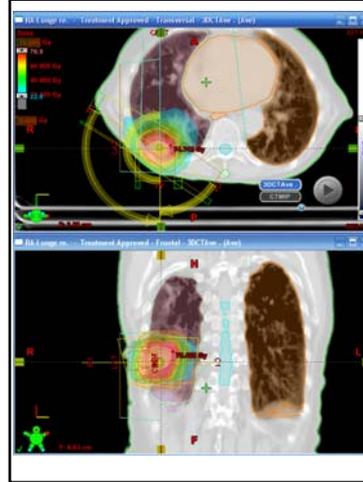
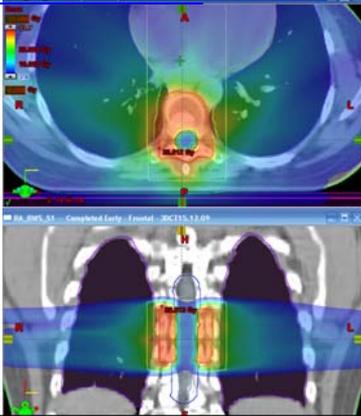
- Keine Hospitalisation für einmalige RT
- Nebenwirkungsarm
- Kurze Therapiezeit

z. B. 1x6 Gy

Re-Radiatio bei progredienter BWK Metastasierung

Vorbelastung mit
10x3 Gy

Risikoorgan = Myelon



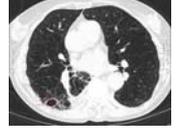
57 jährige Patientin mit
Lungenmetastase bei
Melanom

Therapie: 4 x 10 Gy

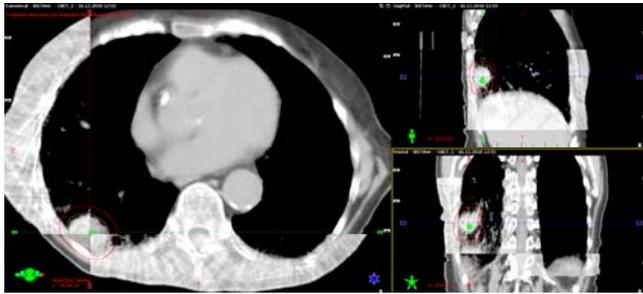
CT vor SBRT



12 Mte nach SBRT



Lagerungskontrolle Planungs-CT and CBCT



Toxizität SBRT in > 75j. Patienten

Acute Toxicity

- None 60%
- Fatigue 32%
- Nausea 4%
- Cough 5%
- Chest wall pain 3%

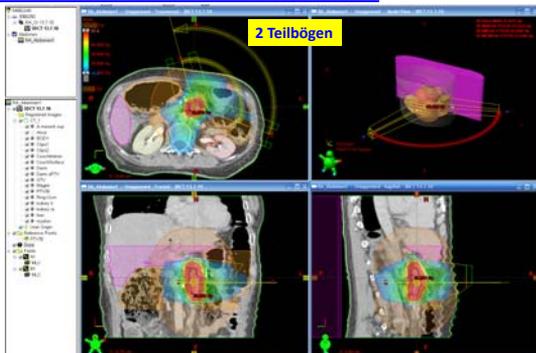
Late Toxicity

- \geq Grade 3
Pneumonitis 2%
- Rib fractures 1%
- Chest wall pain 2%
- Pleural effusion 1%

N = 193 patients, Schedules used: 20 Gy x 3, 12 Gy x 5 and 7.5 Gy x 8

Haasbeek et al., Cancer 2010

Intra-peritoneale Metastase



13 x 3.3 Gy

Linderung der Symptome

- Schmerzen
- Neurologische Symptome
 - Myelon
 - ZNS
- Obstruktionen/Kompressionen
 - Gefäße
 - Luftwege
- Blutungen

Myelonkompression

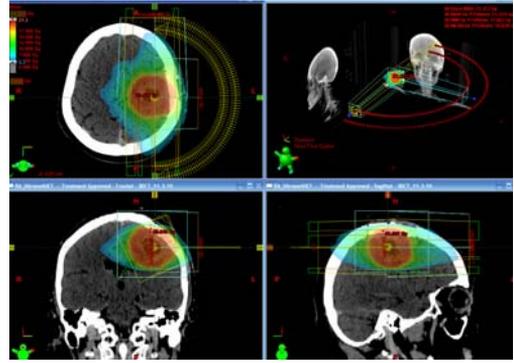


Myelonkompression:
- In ca. 10% aller Karzinompatienten
- Operatives Vorgehen mit nachfolgender Radiatio

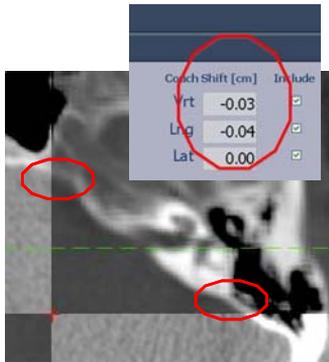
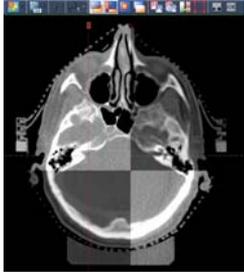
Rades et al, 2007
- 308 Patienten > 75 jährig
- nur Radiatio
- Verbesserung der Neurologie in 25%
- stabil in 59%
- Mit längerem Schema bessere lokale Kontrolle
- prognostisch entscheidend: Zeitfaktor

Patchell: Lancet 2005; 366:643-648
Rades: JROBP 2007; 256-263

Stereotaktische Radiatio von ZNS Metastasen



CT am Gerät: Präzision < 1 mm



UniversitätsSpital
Zürich

Linderung der Symptome

- Schmerzen
- Neurologische Symptome
 - Myelon
 - ZNS
- **Obstruktionen/Kompressionen**
 - Gefässe
 - Luftwege
- Blutungen

Obere Einflusstauung



Cochrane 2007

Ansprechrate bei alleiniger RT beim Bronchus-CA ca. 70%
Dauer bis zum Ansprechen: 7-15 Tage
Stenteinlage evaluieren

Linderung der Symptome

- Schmerzen
- Neurologische Symptome
 - Myelon
 - ZNS
- **Obstruktionen/Kompressionen**
 - Gefässe
 - Luftwege
- **Blutungen**

Man kann nicht nicht spirituell sein



Priska Bützberger, FMH Onkologie und Innere Medizin
Oberärztin Onkologie, Kantonsspital Baden
17.1.2013

*„Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen – und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, untadelige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und **spiritueller** Art.“*

WHO-Definition 2002



Spiritual Care

Spiritualität



Spiritualität



„Wir sind endlich für das Unendliche offene und vergängliche, für die Ewigkeit offene, sowie relative, für das Absolute offene Wesen.“

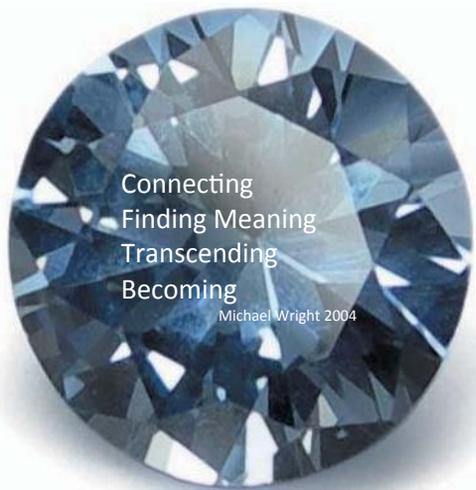
„Dieses Offene – das ist der Geist. Spiritualität besteht darin, es zu erfahren, zu praktizieren, zu leben.“

André Comte Sponville, 2008

„Religion ist eine Form von Spiritualität. Sie verhält sich zu ihr wie der Teil zum Ganzen, wie die Gattung zur Art. Jede Religion beruht zumindest teilweise auf Spiritualität; aber nicht jede Spiritualität ist notwendig religiös.“

André Comte-Sponville, 2008





Connecting
Finding Meaning
Transcending
Becoming

Michael Wright 2004

„Spirituality is the dynamic dimension of human life that relates to the way persons (individual and community) experience, express and/or seek meaning, purpose and transcendence, and the way they connect to the moment, to self, to others, to nature, to the significant and/or the sacred.“

Working Definition der European Association for Palliative Care, 2010



„Spiritualität ist genau – und ausschliesslich – das, was der Patient dafür hält.“

Traugott Röser, *Spiritualität und Medizin*, Kohlhammer 2011



Spiritual Care



Wollen Patienten mit dem Arzt über Spiritualität sprechen?



2/3 der Pat möchten über spirituelle/religiöse Einstellungen befragt werden

2/3 der Pat geben an, ihr Vertrauen in den Arzt würde durch so eine Befragung steigen

Ehman JW et al. Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? *Arch Intern Med* 1999; 159(15): 1803-1806.

Wie fragen?

Spirituelle und Glaubensüberzeugungen

Platz und Einfluss, den diese Überzeugungen im Leben des Patienten einnehmen

Integration in eine spirituelle, religiöse, kirchliche Gemeinschaft / Gruppe

Rolle des Arztes: Wie soll der Arzt mit spirituellen Erwartungen und Problemen des Patienten umgehen?

SPiR – semistrukturiertes Interview
E. Frick, S. Weber und G.D. Borasio 2002



Wie sieht Spiritual Care aus?

Consensus Conference California, 2009

Guidelines zu den Bereichen:

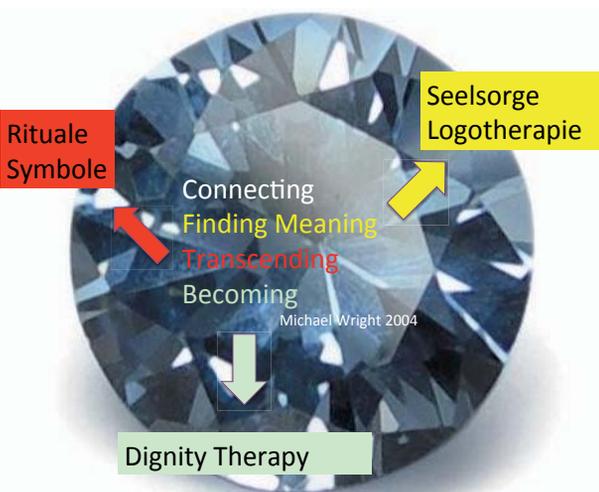
1. Spiritual Care Models
2. Spiritual Assessment
3. Spiritual Treatment/Care Plans
4. Interprofessional Team
5. Training/Certification
6. Personal and Professional Development
7. Quality Improvement

The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care

Edwards A et al. Palliat Med 2010; 24(8): 753-770



Patienten wollen Begegnung und Beziehung



Was hilft dem Helfer?

- Fachkompetenz und Facheinrichtung
- Soziale und kommunikative Kompetenz
- Symbolwirkung der Berufsrolle
- Mitmenschlichkeit
- Menschheitlich-existentielle Dimension
- Spirituelles Geheimnis

E. Weiher