

Trotz mangelnder Evidenz häufig erfolgreich

Opioiddrotation

Patienten mit schweren Schmerzen benötigen für eine adäquate Schmerzlinderung meist starke Opioide, unabhängig davon, ob die Schmerzen tumorbedingt sind oder nicht. Häufig kommt Morphin zum Einsatz. Bei ungenügender Analgesie und/oder Nebenwirkungen stellt der Wechsel auf ein anderes Opioid, die Rotation, ein mögliches Vorgehen dar.

Das Ansprechen auf eine Schmerztherapie wird durch sehr viele Faktoren beeinflusst, wie Dr. Augusto Caraceni, Leiter des Bereichs Palliativmedizin, Schmerztherapie und Rehabilitation am Nationalen Tumorzentrum Mailand, erläuterte. Dazu gehören neben dem Alter und dem Geschlecht des Patienten auch die Schmerzart, seine Lokalisation und Intensität. Daneben üben auch pharmakokinetische und pharmakodynamische Parameter sowie die Bildung bestimmter Metaboliten einer Substanz oder das Entstehen einer Toleranz einen Einfluss auf die Analgesie aus: «Nicht zu vergessen ist auch die genetische Variabilität, die diese Faktoren beeinflussen kann.»

Wechsel bei ungenügender Analgesie

Wird keine adäquate Analgesie erreicht, ist eine Anpassung der Medikation notwendig. Dabei stellt die Opioiddrotation ein mögliches Vorgehen dar. «Eigentlich sollte aber der Begriff Opioiddwechsel bevorzugt werden», sagte Caraceni. Eine ungenügende Analgesie trotz korrekter Dosierung und Applikation des Opioids gehört zu den häufigsten Gründen für einen Opioiddwechsel. Aber auch nicht mehr tolerierbare Nebenwirkungen, die Kombination aus ungenügender Wirkung und Nebenwirkungen sowie der Patientenkomfort (Bevorzugung einer bestimmten Applikationsform) können einen Opioiddwechsel nötig machen.

Nicht genau bekannt ist, wie häufig ein Opioiddwechsel notwendig wird. Die Autoren einer vor Kurzem publizierten Arbeit mit 345 Patienten stellten fest, dass bei 34 Prozent der Studienteilnehmer ein Wechsel durchgeführt wurde (1). In mehreren älteren Arbeiten waren sehr unterschiedliche Raten – von 12 bis 80 Prozent – festgestellt worden. In dieser Studie wurde das Opioid in 50,8 Prozent der Fälle aufgrund ungenügender Wirkung und Nebenwirkungen gewechselt. Bei 28,8 Prozent der Patienten waren lediglich die Nebenwirkungen und bei 15,2 Prozent die ungenügende Analgesie der Auslöser für die Therapieanpassung. Lediglich bei 4,2 Prozent der Patienten ging es um den Komfort.

Wechsel vielfach erfolgreich

Bei 103 von insgesamt 118 Patienten mit Opioiddwechsel wurde die Umstellung anhand vordefinierter Kriterien als erfolgreich eingestuft. Bei 96 Patienten gelang dies im Rahmen der ersten Umstellung. Bis zum Erreichen einer stabilen Opioiddosis dauerte es im Mittel 3,2 Tage. Als prognostischer Faktor für eine erfolglose Umstellung wurde die Kombination aus ungenügender Analgesie und Nebenwirkungen identifiziert ($p < 0,004$). Demgegenüber beeinflussten die Opioiddosis, die Sequenz, der Schmerzmechanismus und der Einsatz einer adjuvanten Medikation die Erfolgchancen des Wechsels nicht.

Am häufigsten wird zu Methadon gewechselt

Die Autoren einer Cochrane-Analyse machten es sich ebenfalls zum Ziel, den Nutzen eines Opioiddwechsels bei Erwachsenen und Kindern mit akuten oder chronischen Schmerzen zu untersuchen (2). Da randomisierte, kontrollierte Studien fehlten, wurden alle Fallberichte, retrospektiven und unkontrollierten Studien evaluiert. Damit konnten 52 Arbeiten in die Analyse eingeschlossen werden. In den meisten Studien wurde Morphin eingesetzt und auf Methadon umgestellt. Mit 1 Ausnahme kamen alle Studien zu dem Schluss, dass der Opioiddwechsel ein nützliches klinisches Vorgehen zur Verbesserung der Analgesie und Reduktion der Nebenwirkungen darstellt.

Wahl der Dosis

Ein weiterer Aspekt bei einem Opioiddwechsel ist die Frage der äquianalgetischen Dosis. Zur Umstellung auf Methadon liegt ein 2008 publizierter, systematischer Review vor, der sich mit dieser Fragestellung beschäftigt (3). Es wurde dabei festgestellt, dass zwar eine relativ starke Korrelation zwischen der ursprünglichen Morphindosis und der finalen Methadondosis bestand, der Umrechnungsfaktor jedoch sehr stark variierte. Trotz allem war die Umstellung in 46 bis 89 Prozent der Fälle erfolgreich.

«Ein Opioidwechsel scheint grundsätzlich ein Erfolg versprechendes Vorgehen zu sein. Allerdings genügt die vorliegende Evidenz nicht, um festlegen zu können, wie dabei im Detail vorgegangen und welche Substanz bevorzugt gewählt werden soll und bei welchen Patienten die Erfolgsaussichten am besten sind», fasste Caraceni zusammen. Es seien also noch viele Fragen offen. Diese liessen sich nur anhand seriös durchgeführter, randomisierter und kontrollierter Studien beantworten.

Therese Schwender

Quelle: Parallelsymposium «Complexity in Symptom Management: Opioid rotation – an update on evidence.» EAPC-Kongress, Wien, 9. Mai 2009.

Literatur:

1. Mercadante S. et al.: Frequency, indications, outcomes, and predictive factors of opioid switching in an acute palliative care unit. *J Pain Symptom Manage* 2009; 37(4): 632–641.
2. Quigley C.: Opioid switching to improve pain relief and drug tolerability. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 3. Art. No.: CD004847. DOI: 10.1002/14651858.CD004847.
3. Weschules D.J., Bain K.T.: A systematic review of opioid conversion ratios used with methadone for the treatment of pain. *Pain Med* 2008; 9: 595–612.

Ungenügende Versorgung für Kinder und Jugendliche

Pädiatrische Palliativmedizin: die Fakten

Die EAPC Task Force for Palliative Care in Children hat mit Unterstützung der Fondazione Maruzza Lefebvre D'Ovidio Onlus die Fakten zur palliativmedizinischen Situation von Säuglingen, Kindern und jungen Erwachsenen erhoben und in einer Broschüre zusammengefasst.

Es wird als selbstverständlich angesehen, dass Erwachsene und ältere Menschen mit unheilbaren beziehungsweise schweren chronischen Erkrankungen Zugang zu einer palliativmedizinischen Versorgung haben. Das Angebot für Kinder und junge Erwachsene ist allerdings noch sehr beschränkt. Durch die medizinischen und technologischen Fortschritte wurde jedoch die Säuglingssterblichkeit reduziert und die Überlebensrate von Kindern mit schweren, potenziell letalen Erkrankungen erhöht. Damit steigt die Zahl an Kindern, die einer entsprechenden Betreuung bedürfen.

mitierenden oder -bedrohenden Erkrankungen vonnöten. Diese fehlen jedoch zu einem grossen Teil. Aus Grossbritannien liegen Angaben zur Mortalität von Kindern mit unheilbaren Erkrankungen vor. Diese zeigen, dass pro Jahr mindestens eines von 10 000 Kindern an einer lebenslimitierenden oder -bedrohenden Erkrankung stirbt. Viele dieser Kinder sterben im Laufe des ersten Lebensjahrs. Häufig leiden die Kinder unter multiplen und sehr seltenen Erkrankungen. Daneben liegen auch einige Angaben zur Prävalenz vor. Diese besagen, dass mindestens 10 von 10 000 Kindern im Alter zwischen 0 und 19 Jahren an einer lebenslimitierenden oder -bedrohenden Erkrankung leiden. Etwa 30 Prozent dieser Kinder haben eine Tumorerkrankung. Bei den übrigen 70 Prozent handelt es sich hauptsächlich um neurodegenerative, metabolische und genetische Erkrankungen.

Kaum genaue Zahlen vorhanden

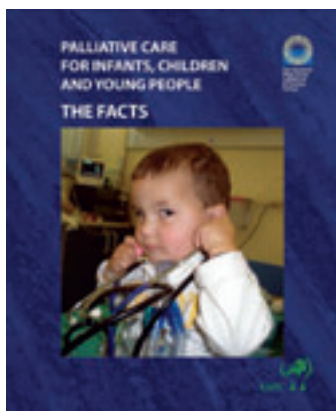
Um für die Kinder ein entsprechendes palliativmedizinisches Angebot organisieren zu können, sind möglichst viele Informationen zur Anzahl, der Altersstruktur und den Diagnosen von Kindern mit lebensli-

mitierenden oder -bedrohenden Erkrankungen vonnöten. Diese fehlen jedoch zu einem grossen Teil. Aus Grossbritannien liegen Angaben zur Mortalität von Kindern mit unheilbaren Erkrankungen vor. Diese zeigen, dass pro Jahr mindestens eines von 10 000 Kindern an einer lebenslimitierenden oder -bedrohenden Erkrankung stirbt. Viele dieser Kinder sterben im Laufe des ersten Lebensjahrs. Häufig leiden die Kinder unter multiplen und sehr seltenen Erkrankungen. Daneben liegen auch einige Angaben zur Prävalenz vor. Diese besagen, dass mindestens 10 von 10 000 Kindern im Alter zwischen 0 und 19 Jahren an einer lebenslimitierenden oder -bedrohenden Erkrankung leiden. Etwa 30 Prozent dieser Kinder haben eine Tumorerkrankung. Bei den übrigen 70 Prozent handelt es sich hauptsächlich um neurodegenerative, metabolische und genetische Erkrankungen.

mitierenden oder -bedrohenden Erkrankungen vonnöten. Diese fehlen jedoch zu einem grossen Teil. Aus Grossbritannien liegen Angaben zur Mortalität von Kindern mit unheilbaren Erkrankungen vor. Diese zeigen, dass pro Jahr mindestens eines von 10 000 Kindern an einer lebenslimitierenden oder -bedrohenden Erkrankung stirbt. Viele dieser Kinder sterben im Laufe des ersten Lebensjahrs. Häufig leiden die Kinder unter multiplen und sehr seltenen Erkrankungen. Daneben liegen auch einige Angaben zur Prävalenz vor. Diese besagen, dass mindestens 10 von 10 000 Kindern im Alter zwischen 0 und 19 Jahren an einer lebenslimitierenden oder -bedrohenden Erkrankung leiden. Etwa 30 Prozent dieser Kinder haben eine Tumorerkrankung. Bei den übrigen 70 Prozent handelt es sich hauptsächlich um neurodegenerative, metabolische und genetische Erkrankungen.

Kinder haben andere palliativmedizinische Bedürfnisse

Die Broschüre geht auch auf die Unterschiede der palliativmedizinischen Bedürfnissen von Kindern und Erwachsenen ein. Die Besonderheit und Komplexität der pädiatrischen Palliativmedizin beruht dabei unter anderem auf



Die Broschüre kann unter www.eapcnet.org/projects/PaediatricTF.html gratis heruntergeladen werden.

der im Vergleich zu Erwachsenen geringeren Anzahl an Betroffenen. Dies kann hinsichtlich Organisation, Ausbildung und Finanzierung entscheidende Probleme verursachen. Daneben kommt auch ein grosses Spektrum an Erkrankungen vor. In manchen Fällen ist eine endgültige Diagnosestellung gar nicht möglich. Ebenfalls erschwert werden palliativmedizinische Hilfestellungen für Kinder durch den Mangel an spezifisch für Kinder zugelassene Medikamente.

Kinder befinden sich in einer steten physischen, emotionalen und kognitiven Entwicklung, was nicht nur die Dosierung von Medikamenten, sondern auch die Kommunikation und das Angebot an unterstützenden Massnahmen beeinflussen kann. Und nicht zuletzt sind bei einem schwer kranken Kind auch die Bedürfnisse der Eltern und der Geschwister zu berücksichtigen. Eltern von schwer kranken Kindern sind nicht mehr länger nur Eltern, sondern sie versorgen ihr Kind auch mit medizinischen Leistungen, für deren Ausführung sie häufig nur wenig oder gar nicht ausgebildet wurden und wofür sie auch keine finanzielle Unterstützung erhalten. Die Geschwister von Kindern mit lebenslimitierenden oder -bedrohenden Erkrankungen leiden häufig unter Einsamkeit und sozialer Isolation, da sich das gesamte Familienleben nur noch auf das kranke Kind konzentriert. Der erweiterte Familienkreis (Grosseltern, Onkel, Tanten, Freunde) kann zwar eine wichtige Rolle beim Teilen der Verantwortlichkeiten spielen und auch emotionale Unterstützung leisten, daneben ist aber auch professionelle Hilfe unerlässlich.

**Schmerzen und Müdigkeit
häufigste Symptome**

Sterbende Kinder leiden, wie Erwachsene, unter einer Vielzahl an behandlungsbedürftigen Symptomen. Zu den häufigsten gehören dabei Schmerz, Fatigue, Dyspnoe, Nausea, Appetitmangel, Schwindel und Husten. Daneben kommen aber auch psychologische Symptome wie Traurigkeit, Nervosität, Angst und Reizbarkeit vor. Wie die Task-Force angibt, leidet die Mehrheit der Kinder mindestens unter einem dieser Symptome besonders stark. Eine systematische Erfassung der Symptome, ihr Management und auch ihre Prävention stellt damit die Basis für eine verbesserte Lebensqualität und ein fundamentaler Bestandteil eines pädiatrischen palliativmedizinischen Angebots dar.

Zu häufig im Spital

Da bisher nur ein beschränktes palliativmedizinisches Angebot für Kinder besteht, stirbt nach wie vor der überwiegende Anteil der Betroffenen im Spital, hauptsächlich auf der Intensivpflegestation. Dies haben Untersuchungen in Irland und England gezeigt (vgl. *Tabelle*). Dadurch wird jedoch die Qualität des Lebens und auch Sterbens der Kinder erheblich beeinflusst. Und nicht zuletzt kann dies auch zu einer inadäquaten Nutzung der medizinischen Dienstleistungen führen.

Tabelle:
Kinder zwischen 0 und 19 Jahren sterben in Irland und England hauptsächlich im Spital.

Ort	Irland (2001)	England (2001–2005)
zu Hause	124 (22%)	1811 (19,2%)
Spital	281 (50%)	6985 (74,2%)
Hospiz	–	399 (4,2%)
andere	161 (28%)*	223 (2,45%)**

*lokale Gemeindeinstitutionen, private Heime

**psychiatrische Kliniken, Pflegeheime, Wohnheime, private Heime

Die Task-Force fordert daher ein pädiatrisches palliativmedizinisches Angebot, das aus einem multidisziplinären Team besteht (Ärzte, Pflegende, Psychologen, Physio- und Ergotherapeuten, Sozialarbeiter) und in jeder Phase der Erkrankung einen familienzentrierten, holistischen Rund-um-die-Uhr-Service sicherstellt. Die Organisation sollte dabei auf eine Pflege zu Hause fokussiert sein (durch das mobile Care-Team eines Spitals oder eine Lösung auf Gemeindeebene), jedoch mit einem unmittelbaren Zugang zu einem stationären Angebot, falls dies nötig wird. Als wichtige, zentrale Person sollte dabei der vertraute Hausarzt oder Pädiater fungieren. Ist die Pflege zu Hause nicht möglich, sollten spezialisierte Kinderhospize oder entsprechend spezialisierte, stationäre Angebote zur Verfügung stehen. Hospize für Erwachsene und ältere Personen seien für Kinder nicht geeignet, so die Task-Force.

Die Empfehlungen

Die Task-Force formulierte für die Zukunft folgende generelle Empfehlungen:

1. Für Kinder mit lebenslimitierenden oder -bedrohenden Erkrankungen soll ein palliativmedizinisches Angebot entwickelt und zur Verfügung gestellt werden. Das Ziel soll dabei sein, das Symptommanagement und die Lebensqualität zu verbessern.
2. Ab dem Zeitpunkt der Diagnose gilt es, ein multidisziplinäres, familienzentriertes Angebot zur Verfügung zu stellen.
3. Es sollen Veränderungen in den Zulassungs- und Abgeltungsrichtlinien palliativmedizinischer Dienste und Hospize implementiert werden, welche die Verfügbarkeit dieser Leistungen verbessern.
4. Es gilt, für alle an der medizinischen Versorgung Beteiligten gute Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten sicherzustellen.
5. Es sollen Mittel zur Unterstützung der Forschung im Bereich pädiatrische Palliativmedizin bereitgestellt werden.

Therese Schwender

Quelle:

Broschüre «Palliative Care for infants, children and young people. The Facts.» Die Broschüre kann unter www.eapcnet.org/projects/PaediatricTF.html gratis heruntergeladen werden.