

Richtlinien zur palliativen Symptomkontrolle – Das Wichtigste in Kürze!

Die Richtlinien der Region Oberaargau basieren auf den Best Practice Bigorio Empfehlungen von palliative.ch und sind eine Kurzform davon. Sie sind für den täglichen Gebrauch geeignet und werden regelmässig überprüft und an Neuerungen/Änderungen angepasst.

Empfehlungen für Durchbruchschmerzen

1. Allgemeines

Der Durchbruchschmerz (DBS) ist ein vorübergehender starker Schmerzanstieg bei sonst gut kontrolliertem Basisschmerz. Seine Häufigkeit ist variabel, ebenso die Dauer von Sekunden bis mehrere Stunden.

2. Inzidental Schmerz

DBS der durch Aktivität ausgelöst wird (gewisse Bewegungen, Lasten tragen, Husten usw.). Diese Schmerzen sind oft schwierig kontrollierbar, auch nicht durch Erhöhung der Opiat-Reserve-Dosis. Es sollte deshalb immer 5-30 Min. vor der geplanten Provokation prophylaktisch eine Reserve-Dosis (RD) verabreicht werden (bei i.v. 5-10 Min., s.c. 15 Min. und p.o. 30 Min.).

Bei jeder Analgetika-Therapie sollte eine Reserve-Medikation verschrieben werden, auch bei gut kontrollierter Einstellung!

3. Medikamentenwahl

Grundsätzlich RD mit gleichem Medikament, wie bei der Basis-Therapie.

- Bei Stufe I (Paracetamol/ NSAR) nur falls dies die total mögliche Tages-Dosis noch erlaubt. Bei bereits ausgeschöpfter totaler Tagesdosis Opioid in Reserve oder bei regelmässig nötiger Reserve, Basis-Therapie auf Stufe II oder III wechseln.

In der Stufe II und III erfolgt grundsätzlich der Einsatz des gleichen Opioids wie für die Basis-therapie. Ausnahmen:

- Bei Fentanyl TTS (Fentanyl®, Durogesic®) erfolgt der Einsatz eines kurz wirkenden Morphin, Hydromorphon (Palladon®) oder Oxycodon (Oxynorm Tropfen, Oxynorm® Schmelztabletten ab 5mg, oder Kapseln).
- Bei transdermaletem Buprenorphin (Transtec®) Einsatz in Reserve von Temgesic sl, max. 6 stündlich.

Autoren:	Version gültig ab:	Ersetzt Version vom:	Genehmigt durch	Anzahl Seiten:
Dr. med A.Schönenberger, Onkologin Spital SRO AG kontrolliert durch Dr. med. B. Gujer Hausärztin Langenthal	31.03.2017	08. 12 2013	??????	1 von 4

Die Reservemedikation sollte, wenn immer möglich, peroral verabreicht werden, damit der Patient möglichst lange selbständig bleibt. Bei rasch nötiger Wirkung sc oder iv.

4. Dosierung der Reservemedikation

1. Nicht-Opioide:

50-100% der regulären Basis-Einzeldosis, sofern die max. Tagesdosis durch die Basis-Therapie nicht schon erreicht wurde.

2. Opioide:

Einzel-Dosis 10-15% der Opioid-Tages-Dosis. Diese Zahl wird vernünftig gerundet (Beispiel nicht 18 mg sondern 20 mg). Diese 10-15% gelten als Ausgangswert und können je nach Situation entsprechend reduziert oder gesteigert werden (in der Regel zwischen 5 und 20% der Tages-Dosis).

5. Dosis-Intervall

1. Nicht-Opioide:

Das Dosis-Intervall ist abhängig von der Pharmakokinetik, meist bis 4-stündlich, wobei aber die max. Tages-Dosis nicht überschritten werden darf (z.B. Paracetamol 4 g/Tag bei normaler Leberfunktion).

2. Opioide:

Je nach Pharmakokinetik kann die orale und subkutane Reservedosis in der Regel bis 1-stündlich wiederholt werden. Dies gilt für Morphin, Oxycodon und Hydromorphon sowie Codein. Die Ausnahme bildet das Methadon, das wegen seiner langen Halbwertszeit max. 3-stündlich verabreicht werden darf. Wenn das Methadon in Reserve häufiger als 3 x/Tag angewendet werden muss, Rücksprache mit Spezialisten! Wenn bei den anderen Opioiden das Reserve-Intervall von 60 Min. ungenügend ist, ebenfalls Rücksprache mit Spezialist.

6. Anzahl Dosen

- Bei gut kontrollierten Basis-Schmerzen treten in der Regel nicht mehr als 3 Schmerzdurchbrüche/Tag auf. Bei > 3 SD an 2 aufeinanderfolgenden Tagen muss die Basis-Therapie re-evaluiert werden.
- Bei Erhöhung der Tages-Dosis (TD) muss auch die Erhöhung der RD erfolgen, da diese 10-15% der TD beträgt.
- Bei guter Basis-Therapie muss je nach Ansprechen/Nebenwirkungen die RD erhöht oder erniedrigt werden (d.h. 10-20% der Tages-Dosis sind nur ein Richtwert!).

Grund für > 3 Reserve-Dosen/Tag

Autoren:	Version gültig ab:	Ersetzt Version vom:	Genehmigt durch	Anzahl Seiten:
Dr. med A.Schönenberger, Onkologin Spital SRO AG kontrolliert durch Dr. med. B. Gujer Hausärztin Langenthal	31.03.2017	08. 12 2013	??????	2 von 4

1. Ungenügende Basis-Therapie
2. Schlecht kontrollierte Durchbruchschmerzen
3. Noch nicht erkannte psychosoziale Stressfaktoren (Stichwort: ganzheitliche Betreuung!)

7. Zusammenfassung

Eine Analgetika-Therapie kann sehr dynamisch sein mit regelmässigem Angleichen der Basis-Therapie und entsprechend auch der Reserve-Dosis!

Wichtige Voraussetzung für eine gute Schmerztherapie ist die Schmerzdokumentation (Schmerzblatt). Sowohl der Patient wie seine Begleitpersonen müssen über die Schmerzdokumentation und Analgetika-Therapie gut informiert und instruiert sein, insbesondere über die Einnahme der Reserve-Medikation und der Dokumentation des Erfolges/Nebenwirkungen dieser Reserve-Medikation nach 60 Minuten!

Die Dokumentation der Analgetika-Therapie (Dosierung Basis-Therapie, Reserve-Medikation und Erfolg oder Nebenwirkung der Therapie) müssen für alle involvierten Personen dokumentiert werden und einsehbar sein!

8. Management bei persistierenden Durchbruchschmerzen

1. Basis-Therapie reevaluieren und optimieren
2. Andere palliative Interventionen evaluieren (z.B. Radiotherapie, bei drohenden oder manifesten Frakturen stabilisierende Chirurgie?)
3. „End of dose-Schmerz“? Regelmässiger Durchbruchschmerz wenige Stunden vor der nächsten Dosis der Basis-Medikation. In dieser Situation primär Anpassung der Basis-Therapie. Wenn dann das Durchbruchschmerzmuster gleich bleibt, soll bei der peroralen Medikation das Intervall von 12h auf 8h verkürzt werden und bei Einsatz eines Fentanyl- oder Buprenorphin-Pflasters das Intervall von 72 resp. 84h (Transtec) auf 48h reduzieren (oder individuell entsprechend dem Zeitpunkt des Durchbruchschmerzes).

9. Management von sehr schwer kontrollierbaren Durchbruchschmerzen

- Spezialist zuziehen, Gabe des Opioid sc oder iv. Max. Volumen bei der Gabe sc 2 - 5 ml bei sonst lokalem Unwohlsein bei höherem Volumen (das Morphin muss mit der entsprechenden Konzentration 1-4%-ig gewählt werden!)

Buccales Fentanyl .

- Effentora Buccal Tbl. 100 µg/200 µg/400 µg/600 µg/800 µg (teuer!).

Die Tbl. in Wangentasche legen (löst sich innerhalb 15-25 Min. auf). Tbl. nicht verschlucken, da die orale Bioverfügbarkeit von Fentanyl sehr schlecht ist. Der Start erfolgt beim

Autoren:	Version gültig ab:	Ersetzt Version vom:	Genehmigt durch	Anzahl Seiten:
Dr. med A.Schönenberger, Onkologin Spital SRO AG kontrolliert durch Dr. med. B. Gujer Hausärztin Langenthal	31.03.2017	08. 12 2013	??????	3 von 4

Effentora immer mit 100 µg, d.h. die 10-15%-Regel der RD gilt nicht. Bei Misserfolg nach 60 Min. wiederholen und die 3. Dosis erst wieder nach 4 h. Bei zu tiefer Dosis erfolgt die Erhöhung der Einzel-Dosis auf 200 µg, später 400 µg, stufenweise weiter erhöhen bis auf eine maximale Einzeldosis von 800 µg .

- Im Einzelfall vor schmerzhafter Intervention (z.B. Wundversorgung) Lachgas?
- Intraspinale Analgesie (epidural oder intrathekal)

- Neurochirurgische und interventionell radiologische Eingriffe:
 - Lokaler Nervenblock (z.B. interkostaler Block); Nachteil: wirkt in der Regel nur vorübergehend
 - Schwere Arm- oder Plexus-Schmerz: Kontinuierliche Plexus-Blockade mittels Verweilkatheter
 - Blockade des Plexus coeliacus (laparoskopisch, perkutan). Nebenwirkungen: orthostatische Hypotonie, Diarrhoe.

10. Management Schmerzkrise (nur im Spital!)

- Fentanyl iv mit rascher Dosistitration, evtl. zusätzlich Ketamin im subanästhetischen Bereich.

Autoren:	Version gültig ab:	Ersetzt Version vom:	Genehmigt durch	Anzahl Seiten:
Dr. med A.Schönenberger, Onkologin Spital SRO AG kontrolliert durch Dr. med. B. Gujer Hausärztin Langenthal	31.03.2017	08. 12 2013	??????	4 von 4