

Symptomlinderung in der letzten Lebensphase

Wenn die Behandlung der Schmerzen komplex wird.

Eine Patientin für die Palliativstation ?

Dr. med. Hans-Joachim Willenbrink
Klinik für Palliativmedizin und Schmerztherapie

www.hans-joachim.willenbrink@klinikum-bremen-ldw.de



Abb. 1 Krankheitsverlauf bei Krebs-
erkrankungen

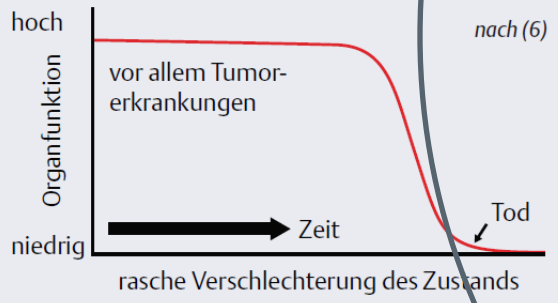


Abb. 2 Krankheitsverlauf bei chroni-
schem Organversagen

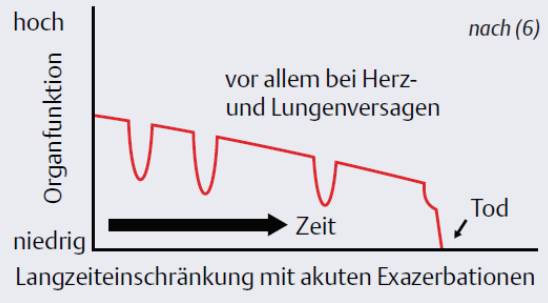
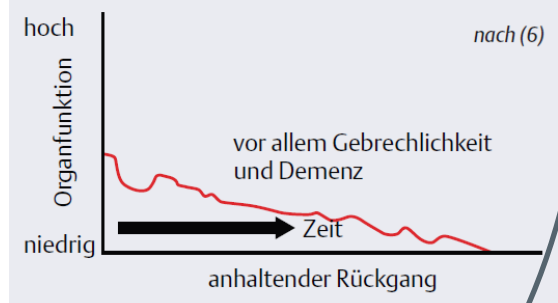


Abb. 3 Krankheitsverlauf bei Demenz
und Gebrechlichkeit



Tage bis Wochen

Wochen bis Monate(-Jahre)

Jahre

Symptomlinderung in der letzten Lebensphase

Wenn die Behandlung der Schmerzen komplex wird.

Eine Patientin für die Palliativstation ?

Dr. med. Hans-Joachim Willenbrink
Klinik für Palliativmedizin und Schmerztherapie

www.hans-joachim.willenbrink@klinikum-bremen-ldw.de

Schmerzfrei leben

Eines der häufigsten Symptome, das bei Palliativpatienten im Verlauf ihrer Krankheit zum Tragen kommt, ist der Schmerz. Die medizinischen Möglichkeiten, Schmerz erfolgreich zu behandeln, sind heute so umfangreich, **dass die Angst vieler Patienten, unerträgliche körperliche Schmerzen erleiden zu müssen, meist unbegründet ist.**

Recht auf Schmerzfreiheit

Die Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e. V. (DGSS) hat eine Ethik-Charta entwickelt, die eine ethische Orientierung zur Behandlung von Schmerz- und Palliativpatienten geben soll.

Hier wird [das Recht auf Schmerzfreiheit formuliert.](#)

Auszug aus der Ethikcharta der DGSS 2017

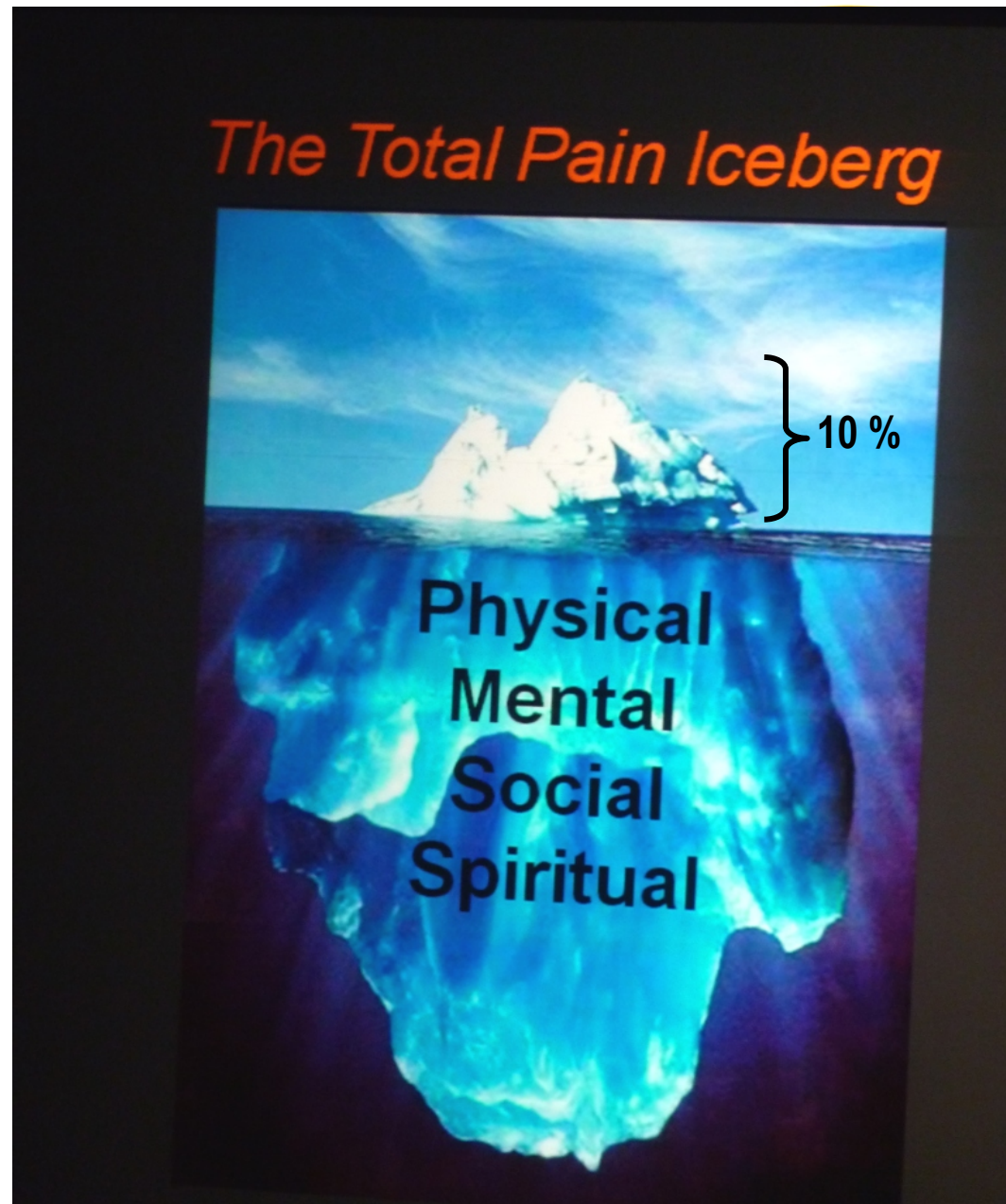
Herausgeber: Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. (DGSS) <http://www.dgss.org>

Thesen zur Ethik der Schmerztherapie

1. Schmerzfreiheit ist ein wesentliches Element menschlichen Wohlbefindens.
2. Schmerztherapie ist ein fundamentales Menschenrecht.
3. Alle Menschen haben das gleiche **Recht auf angemessene Schmerzlinderung**.
4. Jeder Mensch hat ein **Recht auf ein Sterben ohne Schmerzen**, zur Not unter Inkaufnahme von Nebenwirkungen.
5. Schmerzlinderung soll im Einklang mit dem gebotenen Respekt vor der Autonomie des Patienten stehen.
6. Schmerztherapie darf nicht schaden. Es ist nicht als Schaden zu betrachten, wenn ein früherer Tod beim Tumorpatienten Folge einer Schmerztherapie ist.
7. Schmerzlinderung darf die Selbstbestimmungsfähigkeit nicht einschränken.
8. Risiken der Schmerztherapie dürfen Therapiemaßnahmen nur dann begrenzen, wenn sie den Vorteil der Schmerztherapie (im Ergebnis) wieder aufheben würden.
9. Die Prävention chronischer Schmerzen erfolgt durch eine effektive Behandlung akuter Schmerzen.

7. Bleibt die Schmerztherapie bei einer lebensbedrohenden Erkrankung ohne Erfolg, so kann zur Unterdrückung schwerster Schmerzen auch eine **palliative Sedierung** des Patienten (Ausschaltung seines Bewusstseins) angezeigt sein. Das wird insbesondere im terminalen Stadium in Betracht kommen.

Welche Bedeutung
haben S3-Leitlinien, wenn



The World Health Organization (WHO) estimates that **70% of patients** with terminal malignancy experience pain. Acceptable pain control is usually achieved by following the recommendations as set out in the so-called WHO analgesic ladder.^{1,2}

However, refractory pain occurs in up to **20% of patients, particularly in those with neuropathic pain** due to nerve damage by tumor or incident pain associated with multiple bone metastases.^{4,5}

Aufnahme 21. 3. 2017 Frau I.K. 45 Jahre

Diagnose:	Encephalomyelitis disseminata (MS) ED: 2013	
Problemsituation:	Trigeminusneuropathie II/III li. Sensomotorische Parese bis Th4 aufsteigend Kachexie: 41 kg. Schlucken kaum möglich, Auslöser für Schmerzattacken Schmerzen beim Essen, einschließend im Bereich des harten Gaumens li Schmerzen, fast Dauerschmerzen unterhalb des li. Auges Schmerzen, einschließende Attacken li. Unterkiefer	
Sozialanamnese:	Lebt mit 7jährigem Sohn im betreuten Wohnen in 2-Zimmer-Wohnung Versorgung durch Pflegeassistenz	
Therapie vor Aufnahme:	Fentanyl-Pflaster 100 myg Fentanyl-Spray 100 yg. 800yg pro Attacke, ca. 4-5 x pro Tag. 1-2 Flaschen pro Woche (1 Flasche ca. 200 Hübe) Ibuprofen 1800 mg / Tag Hydromorphon: 40 mg / Tag Carbamacepin 3.200 mg / Tag Phenytoin 400 mg / Tag	
Vorher eingeleitete Therapien	Lorazepam 4 mg / Tag Pregabalin 900 mg / Tag Misoprostol 400 yg / Tag Baclofen bis 70 mg / Tag	Copaxone 20 mg s.c. / Tag Lamotrigen 400 mg / Tag Cannabis unbekannter Menge
Weitere Therapie:	Glycerolinjektion Ggl. Pterygopalatinum Janetta-OP (danach 4 Wochen komplett schmerzfrei)	

Die wichtigsten Empfehlungen auf einen Blick

S3-Leitlinien 2012 zur Behandlung von Trigeminus-Neuralgien

Carbamazepin ist das Mittel der Wahl zur Behandlung der Trigeminusneuralgie. Wirkung von Oxcarbazepin ist derjenigen von Carbamazepin vergleichbar. Akuttherapie von schweren Exazerbationen eignet sich **Phenytoin**, i. v. gegeben,

Medikamente der zweiten Wahl sind **Phenytoin, Baclofen als Zusatztherapie, Lamotrigin, Pregabalin und Gabapentin**.

Möglicherweise hat auch **Levetiracetam** einen therapeutischen Effekt.

Misoprostol ist zur Behandlung der Trigeminusneuralgie bei Multipler Sklerose wirksam.

Symptomatische Trigeminusneuralgien, sollten primär operativ behandelt werden, ansonsten werden auch symptomatische Trigeminusneuralgien primär konservativ behandelt.

Operative Therapieverfahren sollten bei Versagen der medikamentösen Prophylaxe bzw. intolerablen Nebenwirkungen der medikamentösen Prophylaxe eingesetzt werden.

Gesichert wirksam sind die mikrovaskuläre Dekompression nach Jannetta sowie perkutane Verfahren im oder am Ganglion Gasseri und die radiochirurgische Behandlung.

Aufnahme 21. 3. 2017 Frau I.K. 45 Jahre, Gewicht ca. 41 kg

Diagnose: Encephalomyelitis disseminata (MS) ED: 2013

Aufnahmebefund: Heftigste Schmerzattacken:
Therapie: Levetiracetam intravenös: 2 x 250 mg
Hydromorphon: Bolus: 4,5 mg.

Schmerzlinderung Grundscherz: VAS 8-9
Attacken: VAS 8 - 10max. 12 Attacken/Tag

Verlauf: Hydromorphon: 3,2 mg / h intravenös. Ibuprofen, Fentanyl komplett abgesetzt.

Schmerzlinderung Grundscherz: VAS 5-6
Attacken: VAS 8 - 10 max. 8 – 10 Attacken/Tag

Fentanyl-Pflaster 100 myg

Fentanyl-Spray 100 yg. 800yg pro Attacke, ca. 4-5 x pro Tag.

Mind. 1 Flasche (200 Sprühstöße) pro Woche

Fentanyl-Pflaster 100 myg/h =
240 mg Morphin oral/Tag = **80 mg i.v./Tag**

Fentanyl-Spray 3200yg/Tag: 24 h =
ca 140yg/h x 3 (iv-oral) = 100fache Wirkung
420 mg Morphin oral/Tag = **140 mg i.v./Tag**

220 mg Morphin i.v./Tag : 7,5 (7,5 fache Potenz) = 28 mg Hydromorphon/die: 2
(Sicherheitsdosis 50% davon) = 14 mg/die : 6 (Bolusdosis: 1/6 der Tagesdosis)

ca. **2,5 mg Hydromorphon als Bolus**

40 mg Hydromorphon oral : 3 = 13 mg i.v. / Tag : 6 (Bolusdosis: 1/6 der Tagesdosis)

ca. **2 mg Hydromorphon als Bolus**

Aufnahme 21. 3. 2017 Frau Isabell K. 45 Jahre, Gewicht ca. 41 kg

Diagnose: Encephalomyelitis disseminata (MS) ED: 2013

Aufnahmebefund: Heftigste Schmerzattacken:
Therapie: Levetiracetam intravenös: 2 x 250 mg
Hydromorphon: Bolus: 4,5mg.

Schmerzlinderung Grundscherz: VAS 8-9
Attacken: VAS 8 - 10max. 12 Attacken/Tag

Verlauf: **Hydromorphon: 3,2 mg / h intravenös.** Ibuprofen, Fentanyl komplett abgesetzt.

Schmerzlinderung Grundscherz: VAS 5-6
Attacken: VAS 8 - 10 max. 8 – 10 Attacken/Tag

Weitere Therapieversuche: Ketamin: **S-Ketamin** 150 – 300 mg/24hi.v. = 6 –12 mg/h : 40 kg =
0,15 – 0,3mg/h/kg.
Zur Analgesie eher Anfangsdosis: 0,05 – 0,1 mg

Format: Abstract ▾

Send to ▾

J Pain Symptom Manage. 2001 Oct;22(4):834-42.

"Burst" ketamine for refractory cancer pain: an open-label audit of 39 patients.

Jackson K¹, Ashby M, Martin P, Pisasale M, Brumley D, Hayes B.

⊕ Author information

Abstract

The results of a novel approach to the use of ketamine in refractory cancer pain are reported. In this prospective, multicenter, unblinded, open-label audit, 39 patients (with a total of 43 pains) received a short duration (3 to 5 days) ketamine infusion. The initial dose of 100 mg/24 hr was escalated if required to 300 mg/24 hr and then to a maximum dose of 500 mg/24hr. The overall response rate was 29/43 (67%). Analysis of results according to pain mechanisms showed that 15/17 somatic and 14/23 neuropathic pains responded. In 5 patients who appeared to respond, it is possible that another concurrent intervention may have contributed in whole or part for the pain relief observed. After cessation of ketamine, 24/29 maintained good pain control, with a maximum documented duration of eight weeks. However, 5 of the initial 29 responders experienced a recurrence of pain within 24 hours, and ketamine was recommenced. Of these, 2 underwent another intervention for pain control while 3 continued on ketamine until their deaths between two and four weeks later. Twelve patients reported adverse psychomimetic effects, with the incidence rising with increasing dose. Four of these were non-responders and the ketamine was stopped. Eight were responders, and in 3 the adverse effects were rendered acceptable with dose reduction; the other 5 rejected a dose reduction. The results reported suggest the need for further investigation of the place of ketamine in cancer pain management.

Table 1
Ketamine Dose Escalation Protocol

Starting dose 100 mg.

- a. If effective, continue three days then cease.

100 mg 100 mg 100 mg Stop
 |-----|-----|-----|
 0 1 2 3

If 100 mg ineffective after 24 hours, increase to 300 mg.

- b. If 300 mg effective, continue three days then cease.

100 mg 300 mg 300 mg 300 mg Stop
 |-----|-----|-----|-----|
 0 1 2 3 4

If 300 mg ineffective after 24 hours, increase to 500 mg.

- c. 100 mg 300 mg 500 mg 500 mg 500 mg Stop

|-----|-----|-----|-----|-----|
 0 1 2 3 4 5

Cease at day 5 whether effective or not, or earlier if
ineffective and significant adverse effects.

J Pain Symptom Manage. 2001 Oct;22(4):834-42.

"Burst" ketamine for refractory cancer pain: an open-label audit of 39 patients.

Jackson K¹, Ashby M, Martin P, Pisasale M, Brumley D, Hayes B.

Therapie:	Levetiracetam intravenös: 2 x 250 mg Hydromorphon: Bolus: 4,5 mg
Verlauf:	Hydromorphon: 3,2 mg / h intravenös S-Ketamin 150 – 300 mg/24h intravenös
Schmerzlinderung	Grundscherz: VAS 5-6 Attacken: VAS 8 - 10 max. 8 – 10 Attacken/Tag
Verlauf:	Hydromorphon: 3,2- 6 mg/h intravenös: <u>Keine Verbesserung</u> der Grundanalgesie
I.Versuch	Levetiracetam intravenös: 2 x 500 mg. Nach 24 h <u>keine Besserung</u>
II.Versuch	Midazolam: 2 mg /h
Schmerzlinderung	Grundscherz: VAS 3 - 4 Attacken: VAS 5 max. 4 Attacken pro Tag
Soziale Situation	Kinderarzt wünscht dringend die Klärung, wie die Unterbringung und Versorgung des Kindes weiter aussehen kann. Erörterung mit der Pat. zum anstehenden Gespräch.
Schmerzlinderung	Grundscherz: VAS 6-8 Attacken: VAS 5 max. 7-10 Attacken pro Tag
Seit 3 Tagen Temperaturen ca. 38-40 Grad. Ursache: Blase, Portkammer, BK: Staph. epidermidis	

Schmerzlinderung Grundscherz: VAS 3 - 4
Anfallen: VAS 5 max. 4 Anfallen pro Tag

Soziale Situation Kinderarzt wünscht dringend die Klärung, wie die Unterbringung und Versorgung des Kindes weiter aussehen kann. Erörterung mit der Pat. zum anstehenden Gespräch.

Schmerzlinderung Grundscherz: VAS 6-8
Anfallen: VAS 5 max. 7-10 Anfallen pro Tag

Die Versorgungssituation des Kindes ist für alle zufriedenstellend geklärt.

Weitere Versorgung: Klärung mit Neurologen, das Copaxone 20 mg s.c. / Tag sollte abgesetzt werden.

Schmerzlinderung seit 6 Tagen Grundscherz: VAS 2
Anfallen: VAS 1-2 max. 1-2Anfallen pro Tag

Entlassung: Ohne Midazolam Hydromorphon 2-4 mg /h via Port
Hydromorphon 4 mg Bolus

Datum	Temp.	Puls	Schmerzen	Atmenot	11.4.					12.4.					13.4.					14.4.					15.4.														
Uhrzeit	●	X	⊗	∞	0	4	8	12	16	20	0	4	8	12	16	20	0	4	8	12	16	20	0	4	8	12	16	20	0	4	8	12	16	20					
Unverträglich	40	140	10																																				
Sehr stark	39	120	8																																				
Stark	38	100	6																																				
Mittel	37	80	4																																				
Leicht	36	60	2																																				
Keine	35	40	0																																				

RR / BZ / Gewicht / Größe / BMI				
Kostform	WK	Med aufgelöst in	>	> 200ml Tee
MS (PEG)		20ml lauwarmem H ₂ O	> Med	Teet+Med.

Erbrechen	
Darmausscheidung / AP	10.4.
Abführmittel	Mandel / Dec-Supp

DK (SPF)	12 Ch.	19 ³⁰	7 ⁰⁰	13 ⁰⁰	14/20mm, 3n.
Port / ZVK	>	1300	800ml	1000ml	>
Viggo / s.c. Nadel					

Matratze / Lagerung	Öl/Sand-Matratze	>	>	>	>
Mobilisation	↓				

n.o. ~~Dronabinol~~

0 - 0 - 150	0 - 0 - 150	0 - 0 - 150	0 - 0 - 150	200 - 0 - 150
-------------	-------------	-------------	-------------	---------------

S.o.c. Lopoxane inj	0 - 0 - 20	0 - 0 - 20	0 - 0 - 20	0 - 0 - 20	#
---------------------	------------	------------	------------	-----------------------	---

Datum	Bedarfsmedikation	Datum	Uhrz.	Hz.	Wirk.	Datum	Uhrz.	Hz.	Wirk.	Datum	Uhrz.	Hz.	Wirk.	Datum	Uhrz.	Hz.	Wirk.

2017

Datum	HZ	Anordnungen	HZ	Datum	tgl. multiprofessionelle Fallbesprechung	Beruf	HZ
13.4.	Zn	bitte Tee über die Magensonde	SW	13.4.	Pat. mit selb. Sicherheit die PEG-Anlage hinter sich gebracht zu haben, fühlt sich jetzt ganz entspannt und hat dabei auch weniger Schmerzen. Gespräch über weitere Möglichkeit der oralen Nahrung	Ar Pfl St	Zn BS EE
14.4.	En.	Ceftriaxon: 1x 2g / 24 i.V. jetzt 1g Novalgine KW parent. Ernährung Pause 2000ml Ringes 24h mit je 2,5g Novalgine s.c. Lopoxane Pause	SW SU SW UW	14.4.	Pat. hat Fieber 38,5, o. Schüttel- frost Schmerzen u. neben PEG-Einstich, Einstichstelle reizlos, allenfalls minimale peritonitische Reizung lokal, Bauch sonst weich, gute Peristaltik	Ar Pfl	En. SU
/						Karfreitag	
15.4.	En.	bitte vorsichtige Kostaufnahme		15.4.	insgesamt stabiler, gramneg. B. in bd BK, Rö-Tx. unauffällig, Bauch bleibt weich Gespräch mit Pat. über Vorsorge für Sohn	Ar Pfl	En SU

12055

Datum	20.7				16.4				17.4				18.4				19.4				20.4									
Uhrzeit	Temp	Puls	Schmerzen	Atmenot	0	4	8	12	16	20	0	4	8	12	16	20	0	4	8	12	16	20	0	4	8	12	16	20		
unerträglich	40	140	10																											
sehr stark	39	120	8																											
stark	38	100	6																											
mittel	37	80	4																											
leicht	36	60	2																											
keine	35	40	0																											
RR / BZ / Gewicht / Größe / BMI																														
Kostform	Langsam KASRI																													
MS (PEG)	12.4 Teil																													
	5x 4x 50ml				50	50	100	50	100	100	150	-	-	60	60	-	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
	Teil 4x 30ml				30	30	100	50	160	160	150	-	-	50	80	200	60	60	60	150	100	100	150	100	100	100	150	100	100	100
Erbrechen																														
Darmausscheidung / AP	10.4																													
Abführmittel													Klistier + microbex																	
DK / (SPF)	12CH 7.4				500ml angepasst				900ml 1800ml				+ Oxali-Wischel 1100ml				1000ml													
(Pfort) ZVK	14.4 / 14/20				7				7				7				7													
Viggo / s.c. Nadel																														
O ₂																														
Matratze / Lagerung	OL-Sack Matratze				7				7				7				7													
Mobilisation																														
Cellmaxon	g 2 - 0 - 0				g 2 - 0 - 0				g 2 - 0 - 0				g 2 - 0 - 0				g 2 - 0 - 0													
AS KI = 50 + NALL	BS				BS				BS				BS				BS													
Injekt Midazolam	mg 50				mg 50				mg 50				mg 50				mg 50													
NaCl 0,9%	ml 40				ml 40				ml 40				ml 40				ml 40													
ml/h	0,6				1,2				1,2				1,2				1,2													
Wechsel Hz					70				70				70				70													
Palladon	mg 200				mg 200				mg 200				mg 200				mg 200													
NaCl 0,9%	ml 30				ml 30				ml 30				ml 30				ml 30													
ml/h	0,8				0,8				0,8				0,7				0,7													

2017

Datum	Hz	Anordnungen	Hz	Datum	ggf. multiprofessionelle Fallbesprechung	Beruf	Hz
16.4.17	En.	Heute 3000mc Ringen / 24h 6. HWD in eine Ringen + 60mval Kcl/24h	✓ ✓ ✓ BS	16.4.17	Pat. fühlt sich besser, Situation insgesamt stabil & Ticks allerdings links Novalgin i.V. 4WJ + pos. BK, heute BE-Kontrolle (CRP ↑ 120, Leukos: 26.!) seit 36 Std. & Bolusgabe an Schmerzmittel	Är. PT PP	En. BS Jen
17.4.17	En.	Midazolam ↓ 0,4 mc/h heute noch 1000mc Ringen + 60mval Kcl, insgesamt aber nur noch 20 Ringen, 1000mc Ringen + 2,5g Novalgin / Ab morgen nur noch 1000mc Ringen + 2,5g Novalgin / 24h Pantoprazol ↓ 1xd / 40mg Kij Versuch mit Getränken oral bitte erneut Urinult abnehmen		17.4.17	Weiterhin & einschließ. Trigeminus-schmerzen! Korreliert mit dem Pausieren des Copaxone (dort als NW auch Neuritis beschrieben) Problem: massenhaft E. coli im Urinult (aus SPF) → Wechseln?	Är. PP	En. Jen
				18.4.17	Pat. fühlt sich relativ gut, weiterhin & Trigeminus-schmerzen, allerdings BK positiv: Staph. epidermidis, auch im Post, z.B. Vanco pensibel, eigentliche Indik. zur Post-Expl. bei klin. dt. Besserung heute nochmal BK abgenommen. Gespräch über Versorgung von Vincent → ggf. hier notariell	Är. PT SE PK	En. IB HW Jen
18.4.17	En.	Copaxone wirkt Pause Midazolam ↓ 0,2mg/h Palladon ↓ 0,7mc/h (≅ 28mg) ggf. Tavor 1,0mg s.l. zur Nacht Pantoprazol i.V. / Nexum mups: 1-0-1 Nexum mups 7 20-0-20	AB AB AB AB AB AB				

Datum	Hz.	Anordnungen	Hz.	Datum	tgl. multiprofessionelle Fallbesprechung	Beruf	Mit Markie
19.4.	Zn	Midazolam absetzen Palladon laufrate 0,6ml/h $\hat{=}$ 2,4mg/h, Zolus 1ml $\hat{=}$ 4mg	AB AB AB	19.4.	Pat hat auch mit reduzierten Midazolam gut geurteilt, nächste Nacht abgesetzt, bei Bedarf etwas weiterhin keine Schmerzen, wird versuchen etwas zu essen, wird ganz guter Stimmung	Ar Pf. SZ	Zn S HW
				20.4.	Nachtschlaf gut abso Midazolam, am Freitag kein so vergleichbar schweren Schmerzenfall mehr gehabt, Pat. deutlich entspannt mit vielen Spontanen Bewegungen, auch Mimik u. gest. nicht mehr los. Bei jetzt von Bewusstheit fortgesetztes Völlgefühl mit Aufgaben, möck links nach hand ver- rücken	Ar SZ PT	Sy HW IB
20.4.	JL	MCP 10mg über PEG 1-1-0	BS				

Was hat ihr wirklich geholfen ?

Ketamin ?

Umstellung auf ein anderes Opioid ?

Erhöhung des Levetiracetams ?

Absetzen des Copaxone ?

Gespräch darüber, dass für den Sohn
ein tragbares Betreuungskonzept erstellt werden konnte ?

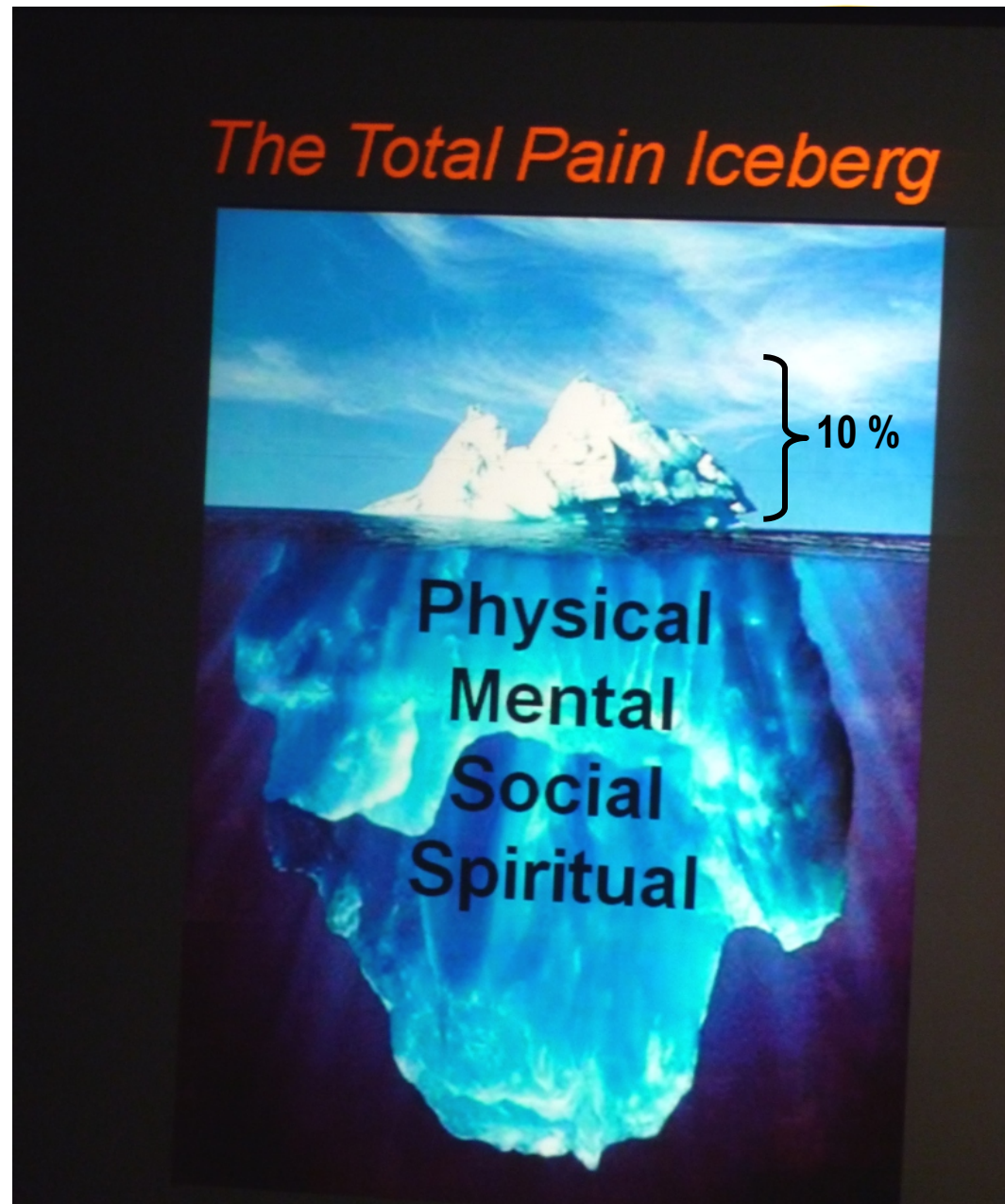
2. Kaum beachtetes Symptom

Pain due to cancer is a **complex symptom** that affects most aspects of a person's life, including physical functioning, the performance of activities of daily living, psychological and emotional status, and social interactions. **The estimated prevalence** of chronic pain in populations undergoing cancer treatment ranges from **33 to 59 percent**, and it is considerably higher (64 to 74 percent) in patients with advanced disease [1,2].

1. Nahin RL. Estimates of pain prevalence and severity in adults: United States, 2012. *J Pain*. 2015;16(8):769-780. PubMed | Article

2. Boudreau D, Von Korff M, Rutter CM, et al. Trends in long-term opioid therapy for chronic non-cancer pain. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2009;18(12):1166-1175. PubMed | Article

Welche Bedeutung
haben S3-Leitlinene, wenn



Welchen Stellenwert haben Leitlinien

.....dass bis heute Leitlinien zum Tumorschmerz sich vornehmlich auf **Studien zur Pharmakotherapie von Substanzen** bei Tumorschmerz stützen, greift zu kurz und verstößt gegen den multimodalen Anspruch jeglicher Schmerztherapie gegenüber dem multidimensionalen, wenig „mitleidbaren“, für Nichtbetroffene wenig vorstellbarem Leid des Tumorpatienten mit Schmerz .

<http://www.DGS-PraxisLeitlinien.de>

Schmerztherapie ist mehr als nur das Bauchgefühl



4 Tage später, am 27. 4. 2017

Wiederaufnahme wegen heftigster Schmerzattacken.

SAPV-Dienst kann Pat. unter diesen Umständen nicht weiter betreuen. Gemeinsame Fallbesprechung.

Es wird dringend zum Entzug von Opioiden geraten

Patientin wird in einer Klinik aufgenommen
zum Opioidentzug:

Neurologischer Befund in dieser Klinik:

Neurologisches Konsil: Befund: im Hirnnervenbereich unauffälliger Befund.
Kein Hinweis für Hyperalgesie oder Hypoalgesie V₂/V₃ links. Procedere:
Kranio-MRT mit Kontrastmittel, Umstellung der Medikation von Phenhydhan auf

**Carbamazepin ret., Aufdosieren auf 600 bis 1200 mg am Tag. Phenhydhan
bitte ausschleichen** bei Gefahr der Kleinhirnatrophie.

Misoprostol im Verlauf ggf. wieder ansetzen,

Copaxone als MS-Prophylaxe im ambulanten Bereich bitte **wieder ansetzen.**

Medikation bei Aufnahme Palliativstation	Medikation bei Entlassung von der Palliativstation und Aufnahme SAPV	Medikation bei Entlassung aus letzter Klinik*
Fentanyl-Pflaster 75 yg Fentanyl-Spray 100 yg. 800yg pro Attacke, ca. 20 x pro Tag		Fentanyl TTS 75 yg
Ibuprofen 2400 mg / Tag	Novaminsulfon:4 x 1000 mg	Novaminsulfon: 4 x 1000 mg Paracetamol: bis 4 x 1000 mg
Hydromorphon: 40 mg / Tag	Hydromorphon 30 mg/i.v./Tag	
Phenytoin 400 mg / Tag	Phenhydan 350 mg	Phenhydan 2 x 100 mg
Lorazepam 4 mg / Tag	Midazolam 6,24 mg/i.v./Tag	Diazepam 1 x 10 mg
Copaxone 20 mg s.c		
Pregabalin 600 mg / Tag	Pregabalin 600 mg	Pregabalin 600 mg
Misoprostol 600 yg / Tag		
Carbamazepin 3 x 1200 mg		Carbamazepin 2 x 300 mg

***Patientin hatte während des Aufenthaltes von 4 Wochen keine Schmerzattacke**

Auch nach 40 Jahren WHO ist die Schmerztherapie bei Tumorpatienten desolat ! (DGSS-Org 2017)

Keine adäquate Therapie

.....approximately one-third of patients with cancer-related pain still do not receive pain medication proportional to their pain intensity [15]. Furthermore, the odds of undertreatment are twice as high for minority patients [13].

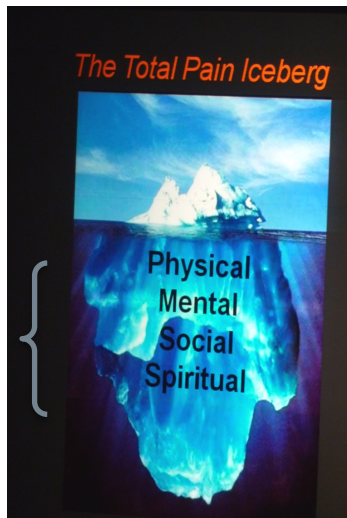
15 Quality of cancer pain management: an update of a systematic review of undertreatment of patients with cancer. Greco MT, Roberto A, Corli O, Deandrea S, Bandieri E, Cavuto S, Apolone G **SOJ Clin Oncol. 2014**;32(36):4149.

13 Prospective, observational study of pain and analgesic prescribing in medical oncology outpatients with breast, colorectal, lung, or prostate cancer. AUFisch MJ, Lee JW, Weiss M, Wagner LI, Chang VT, Cella D, Manola JB, Minasian LM, McCaskill-Stevens W, Mendoza TR, Cleeland CS **SOJ Clin Oncol. 2012**;30(16):1980. Epub 2012 Apr 16.

War es „nur“ ein Schub der MS ?

Warum plötzlich keine Schmerzattacken in der 2. Klinik ?

Heute, ca. 1 Jahr später, sind kaum so intensive Schmerzattacken aufgetreten



ABER:

Die soziale Situation um die Betreuung des Kindes eskalierte.

Heftigste Schmerzattacken als man ihr nahelegte, das Kind einer anderen Betreuung zuzuführen