

Schmerzen

Opioid-Umrechnungen

Der Wechsel von einem Opioid zu einem anderen empfiehlt sich bei ungünstigem Verhältnis von Wirkung und Nebenwirkungen.

Bei der Umstellung von einem Opioid auf ein anderes müssen sowohl Potenz, als auch Applikationswege berücksichtigt werden.

Die Aequipotenz wird immer auf Morphin po. bezogen. Teilweise sind Opioide deutlich potenter, teilweise auch weniger potent (z.B. Oxycodon ist doppelt so potent > 2x)

Bei der Umstellung von einem Opioid auf ein anderes ist äusserste Vorsicht geboten.

Primär errechnet man den gesamten Tagesbedarf des Patienten/der Patientin (sowohl fixe Gabe als auch Reserve addiert). In der Regel sollte nur 50 % der errechneten aequipotenten Dosis fix verordnet werden und zusätzlich eine entsprechende Reserve, welche pro Einzelgabe mindestens 10% der fixen Tagesdosis entsprechen sollte.

Einen guten Anhalt bietet das Opimeter des Universitäts-spiitals Zürich.

Google-Suchbegriff: opimeter usw.

Anpassung der Grunddosierung retardierter Opioide

Diese kann und soll zügig erfolgen.

Nach ca. 24 h kann der aktuelle Tagesbedarf errechnet werden, dieser ergibt sich aus der fixen Opioidbasismedikation, sowie dazu addiert der Reservemedikation.

Lag der Bedarf bei mehr als 6 x tgl. bzw. wurde die Reserve ausgeschöpft, sollten 50 % der benötigten Reservedosis zur Basis hinzuaddiert werden. Gleichzeitig sollte dann die Reserve wieder erhöht auf mindestens 10 % der fixen Gabe pro Einzeldosis.

Beispiel: Patient/Patientin hat fix 2 x 25 mg Morphin retard/Tag. Er benötigt 10 x 10 mg aus der Reserve. Folglich liegt der Reservebedarf bei 100 mg/Tag. 50 % entsprechen 50 mg, welches auf die beiden Einzeldosen verteilt eine Dosissteigerung um 2 x 25 mg/Tag auf dann eine fixe Gabe von 2 x 50 mg/Tag bedeuten würde. Die Reserve könnte dann auch angepasst werden.

Behandlung der opioidinduzierten Obstipation

Bei jeglicher Therapie mit Opioiden sollte unbedingt parallel eine Therapie mit Laxanzien begonnen werden.

Angst/Unruhe/Delir

Neurocil (Levomepromazin)

Dies ist als sedierende, antipsychotische Notfallreserve bei Unruhe/Delir zu sehen und in der Schweiz nicht mehr verfügbar. Dieses kann jedoch über die Volksapotheke «Zum Zitronenbaum» in Schaffhausen bezogen werden. Die Lieferfrist liegt bei etwa 3 Tagen. Es wird in der Regel aus Deutschland importiert.

Atemnot

Indikation Sauerstoff

Bei Tumorpatienten/-patientinnen eher nicht geben, ausser bei subjektiv positivem Effekt. Nur bei deutlicher Ent-sättigung indiziert.

Übelkeit/Erbrechen

Antiemetika (Quelle: KSSG Palliativstation)

Gastrointestinale Ursachen

1. Wahl: Domperidon und Metoclopramid.

Vorsicht bei mechanischem Ileus, da prokinetisch (bei beginnender Obstruktion einsetzbar, jedoch kritisch hinterfragen).

Sollten nicht gleichzeitig verabreicht werden.

Medikamentöse Ursachen

1. Wahl: Neuroleptika (z.B. Haloperidol)

2. Wahl: Metoclopramid

Erhöhter intrakranieller Druck

1. Wahl: Dexamethason

Therapierefraktäre Nausea

1. Wahl: Ondansetron. Cave: Obstipation.

Verstopfung

Stufenplan Laxanzien (Quelle: KSSG Palliativstation)

Stufe 1 osmotisch wirksames Laxativum mit stimulierendem Laxativum kombinieren (z.B. Lactilol (Duphalac) + Laxoberon)

Stufe 2 Wechsel von künstlichem Zucker zu salinischem Laxativum (z.B. Movicol).

Falls bereits in Stufe 1 ein salinisches Laxativum gewählt wurde, Erhöhung der Dosis des salinischen Laxativums (z.B. Makrogolum Transipeg zu Transipeg forte/Transipeg forte zu Movicol/Movicol Mg San Pellegrino)

Stufe 3 zusätzliche rektale Massnahme zu Stufe 2 evaluieren (z.B. Glycerin, Bisacodyl, Clyssie). Rektale Massnahmen sind nur sinnvoll, wenn die Ampulle auch gefüllt ist.

Stufe 4 falls bisher nicht erfolgreich, sollten folgende Massnahmen evaluiert werden: Gleitmittel (z.B. Paraffin), Gastrographin 50–100 ml oral, Senna Präparate, hoher Einlauf, manuelle Ausräumung