

Tumorthherapie am Lebensende

*Muss das noch sein? oder
Hilft das jetzt noch?*



10. März 2023, Brandenburger Krebskongress 2023
Dr. med. Katrin Ziemann

Tumorthherapie am Lebensende: ein „Dauerbrenner“ in den Teamsitzungen

- „muss das noch sein?“
- „das ist doch Quälerei“
- „ich finde das unethisch“
- „ich vermute, das wird gemacht,
um Erlöse zu verdienen“
- „die Patienten werden
nicht gut über Alternativen beraten“
- „der Patient sollte seine Zeit besser
im Hospiz verbringen, als mit der Chemo“

Tumorthherapie am Lebensende

- Tumorthherapie:
Chemotherapie, Antikörper, Immuntherapie, zielgerichtete Therapie, Strahlentherapie, Operationen mit dem Ziel der Tumorverkleinerung oder – Wachstumsverlangsamung
- Lebensende:....?

Das Lebensende..?

- Patientin Ingrid S., 85 Jahre
- Obere gastrointestinale Blutung, Transfusion von 2 Erythrozytenkonzentraten
- **Erstdiagnose eines Magenkarzinoms**
mit **multiplen Lebermetastasen, Infiltration von Pankreas und Milz,**
ausgedehnte Lymphknotenmetastasierung im Oberbauch, Milzinfarkt bei
Tumorinfiltration der Arteria linealis
- Begleiterkrankungen:
Antrumgastritis, paroxysmales Vorhofflimmern, Uterus myomatosus
Transitorisch-ischämische Attacke (TIA), Arterieller Hypertonus,
Hypertriglyceridämie, Struma nodosa
- Sozialanamnese: Witwerin, versorgt sich selbstständig (und den Sohn)

Das Lebensende..? (2)

- Chemotherapie mit FLO-Protokoll
und Nivolumab 6.9.2022 – 28.11.2022
- CT nach 3 Monaten: gutes Ansprechen
- Fortsetzung mit Nivolumab alle 3 Wochen

- Patientin geht es gut:
Gewicht stabil, kein
Krankenhausaufenthalt seit der
Erstdiagnose, selbstständig zuhause,
Allgemeinzustand verbessert,
weiter starker Therapiewunsch

Tumorthherapie am Lebensende

- Tumorthherapie: Chemotherapie, Antikörper, zielgerichtete Therapie, Strahlentherapie, Operationen mit dem Ziel der Tumorverkleinerung oder Wachstumsverlangsamung
- Lebensende:
 - die fortgeschrittene Metastasierung
 - die letzten vier Wochen → Evidenz gegen Chemotherapie
 - die letzten 14 Tage → Qualitätsindikator
 - Sterbephase → Empfehlungen der Leitlinien

Leitlinien

- Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung
- S3-Leitlinie Palliativmedizin für nicht heilbare Krebspatienten
- Gemeinsam-Klug-Entscheiden-Empfehlungen
(Arbeitsgruppe Palliativmedizin der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin)



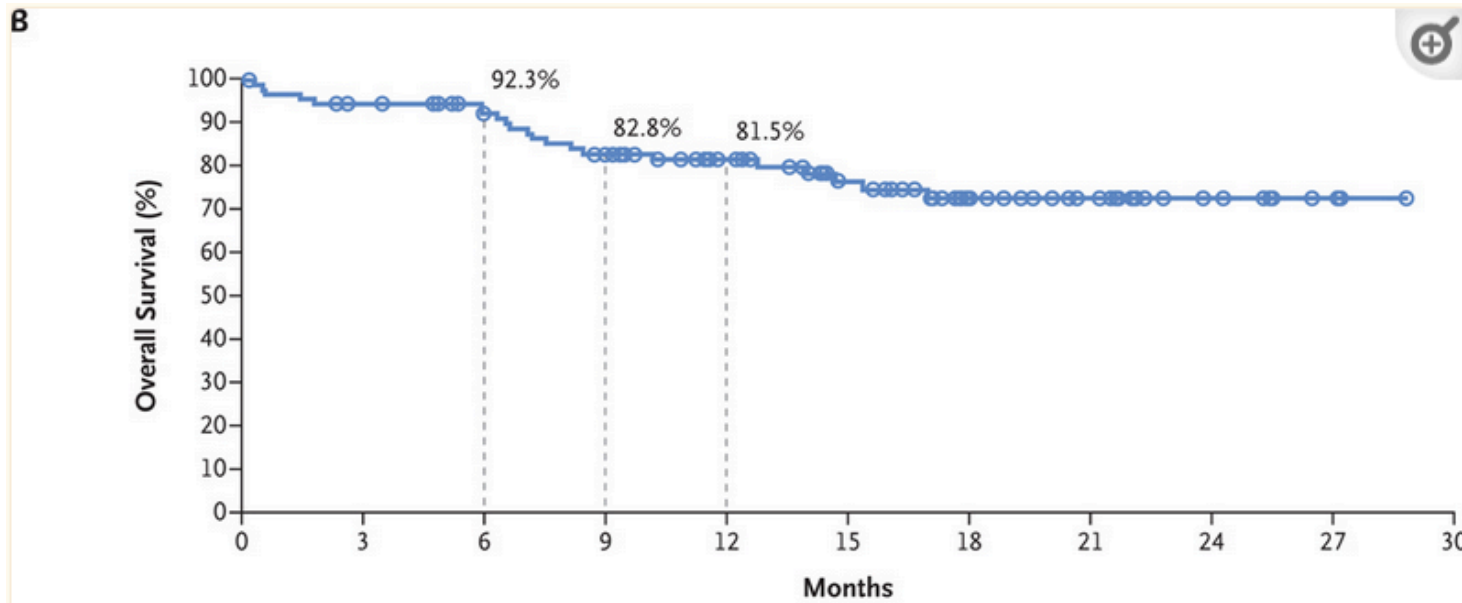
Gute Gründe für Tumorthherapie am Lebensende

- Aussicht auf Ansprechen

Neue Therapieoptionen

Melanom mit Hirnmetastasen

- Mittlere Überlebenszeit 3-10 Monate
- Einführung Checkpoint-Inhibitor-Therapie: Nivolumab / Ipilimumab 2018



Gute Gründe für Tumorthherapie am Lebensende

- Aussicht auf Ansprechen
- Zeit gewinnen, um die Diagnose zu bewältigen, Abschied zu gestalten
- Behandlung von Symptomen

Tumorthherapie zur Symptomkontrolle

- Systemtherapie bei Schmerzen, z.B. Leberkapselschmerz
- Systemtherapie zur Reduktion von Aszites / Pleuraerguss
- Bestrahlung von Knochenmetastasen
- Bestrahlung von Hirnmetastasen
- Bestrahlung zur Blutstillung
- Palliative OP bei intestinaler Obstruktion oder Blutung

Eine schwierige Entscheidung...

Patientin Christina L., 69 Jahre

Seröses Ovarialkarzinom, Erstdiagnose 05/2015

- 06/2015: **Radikal-OP** (inkl. Kolon-Teilresektion, Leber-Teilresektion)
- 07/2015 – 10/2015 adjuvante **Chemotherapie mit Paclitaxel und Carboplatin**
- 10/2015 – 02/2017 Erhaltungstherapie mit **Bevacizumab**

- 05/2021: Bauchwandmetastase, Peritonealkarzinose
- 06/2021: **Rezidiv-OP**, Tumorrrest > 2 cm
- 08/2021: **Chemotherapie Gemcitabin/Carboplatin**

Eine schwierige Entscheidung... (2)

- 12/2021: Progress der Peritonealkarzinose, größenzunehmende Metastasen im Mediastinum
- 12/2021 – 08/2022 **Chemotherapie Topotecan**
- 09/2022: Progress Lymphknoten mesenterial, zunehmende Weichteilverdichtungen in der Bauchdecke

- 09/2022: **Chemotherapie Treosulfan**
- 11/2022: progredienter Aszites
- 11/2022: **Chemotherapie liposomales Doxorubicin**, Verabreichung eines Zyklus, Abbruch
- 12/2022 und 01/2022: mehrmals stationär bei Subileus durch die zunehmende Peritonealkarzinose
- 01/2023: erneuter **Versuch der Chemotherapie**, Abbruch
- 02/2023: Besuch in der Praxis abgesagt



mögliche Gründe für Tumortherapie am Lebensende

- nicht „kampflos aufgegeben haben“
- Hoffnung bis zuletzt – oder: nicht loslassen können
- Einfluss und Druck der Angehörigen

Übertherapie, Überversorgung

- Der potenzielle Schaden überwiegt den Nutzen!
- metastasierter Lungen-, Darm- oder Hautkrebs:
8 - 30 % der Patienten, die innerhalb von 12 Monaten nach Diagnose starben, erhielten in den letzten **14 Lebenstagen** eine tumorspezifische Therapie (van Oorschot 2018)
- nicht nur Krebspatienten: Arztbriefe der letzten Krankenhausentlassung vor dem Tod: 75 % der Patienten erhielten Statine, 47 % Antihypertensiva
- insbesondere Statine, Antihypertensiva, Antikoagulanzen und antihyperglykämische Medikamente sind in der Regel in den letzten 3 Lebensmonaten nicht nur nutzlos, sondern können auch schaden

Übertherapie

- belastet Patienten:
 - höhere Symptombelastung, schlechtere Lebensqualität
 - verzögert Kontakt mit spezialisierten Hospiz- und Palliativangeboten (Temel et al. 2010, Prigerson et al. 2015).
 - führt zu seltenerem Versterben am gewünschten Ort (stattdessen meist im Krankenhaus) (El-Jawahri et al. 2011, Mack et al. 2015, Wright et al. 2014)
- belastet Angehörige:
 - durch symptombelasteteren Sterbeverläufe, erschwerte Trauerverläufe (Wright et al. 2010)
- belastet das Gesundheitssystem
- belastet die Behandlungsteams

Gründe für Übertherapie am Lebensende

- falsche Einschätzung der Prognose
- ungenügende Kommunikation der Prognose
- Schnittstellenprobleme, insb. in der Onkologie
- falsche Einschätzung des Patientenzustandes
- zunehmende Komplexität durch neue Therapien, die auch in fortgeschrittener Situation möglich sind
- Druck der Angehörigen
- mangelnde Aufklärung über Alternativen, insb. Palliativmedizin
- Überforderung der Patienten mit der Entscheidung, noch „unter Schock“

Einschätzung der Prognose

- Intuitive Einschätzung der Prognose durch Ärzte oft zu optimistisch!
- Team-Entscheidung besser als Einzelentscheidung
- Überraschungs-Frage noch am besten
 - Genauigkeit 75%, positiver Vorhersagewert 30%, negativer 90% (White et al. 2017)



Prognose-Scores

- Palliative Prognostic Score (30 TÜW*)
- Delirium-PaP (30 TÜW)
- Palliative Performance Scale (Risikogruppen)
- Palliative Prognostic Index (< 3 Wo, < 6 Wo, > 6 Wochen)
- Feliu Prognostic Nomogram (ÜW 30,60,90 Tage)
- PiPS:

Prognosis in Palliative Care Scale A (ÜLW < 14d, 14-56d, > 56d)

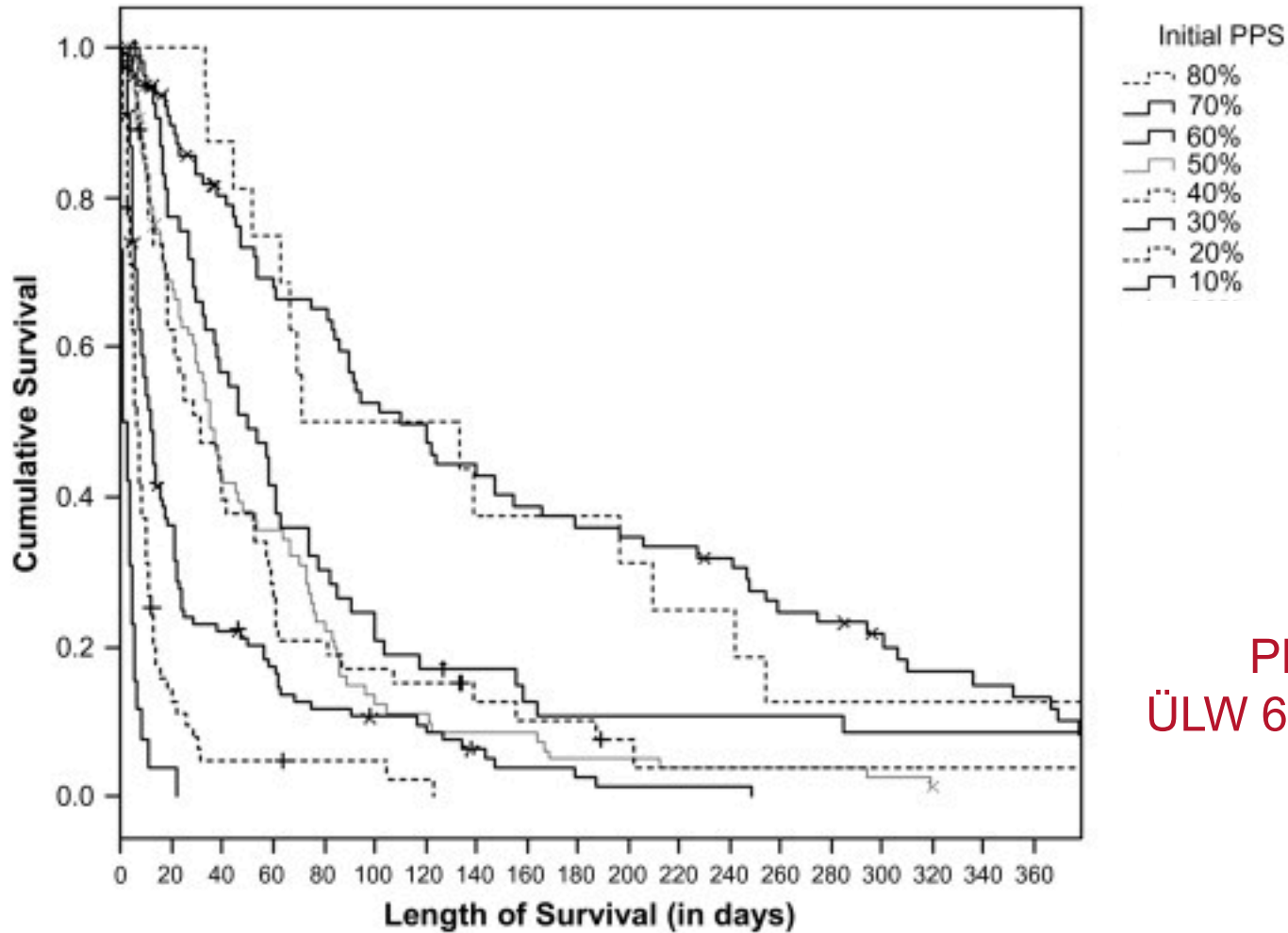
Prognosis in Palliative Care Scale B (ÜLW < 14d, 14-56d, > 56d)

*TÜW: Tage-Überlebens-Wahrscheinlichkeit



Palliative Performance Scale

Palliative Performance Scale (PPSv2) version 2 ²						
PPS Level	Ambulation	Activity & Evidence of Disease	Self-Care	Intake	Conscious Level	
Stable	100%	Full	Normal activity & work No evidence of disease	Full	Normal	Full
	90%	Full	Normal activity & work Some evidence of disease	Full	Normal	Full
	80%	Full	Normal activity with effort Some evidence of disease	Full	Normal or reduced	Full
Transitional	70%	Reduced	Unable to do normal job/work Significant disease	Full	Normal or reduced	Full
	60%	Reduced	Unable to do hobby/housework Significant disease	Occasional assistance necessary	Normal or reduced	Full or confusion
	50%	Mainly sit/lie	Unable to do any work Extensive disease	Considerable assistance required	Normal or reduced	Full or confusion
	40%	Mainly in bed	Unable to do most activity Extensive disease	Mainly assistance	Normal or reduced	Full or drowsy +/- confusion
End-of-Life	30%	Totally bed bound	Unable to do any activity Extensive disease	Total care	Normal or reduced	Full or drowsy +/- confusion
	20%	Totally bed bound	Unable to do any activity Extensive disease	Total care	Minimal to sips	Full or drowsy +/- confusion
	10%	Totally bed bound	Unable to do any activity Extensive disease	Total care	Mouth care only	Drowsy or coma +/- confusion
	0%	Death	-	-	-	-



PPS < 50%:
ÜLW 6 Monate < 10%

Prognose-Scores

- Palliative Prognostic Score (30 TÜW*)
- Delirium-PaP (30 TÜW)
- Palliative Performance Scale (Risikogruppen)
- Palliative Prognostic Index (< 3 Wo, < 6 Wo, > 6 Wochen)
- Feliu Prognostic Nomogram (ÜW 30,60,90 Tage)
- PiPS:

Prognosis in Palliative Care Scale A (ÜLW < 14d, 14-56d, > 56d)

Prognosis in Palliative Care Scale B (ÜLW < 14d, 14-56d, > 56d)

Alle haben Einschränkungen,
aber dennoch hilfreich in der Kombination:
ärztliche Einschätzung + Team + Überraschungsfrage + Score

Prognose klar kommunizieren

- 70% der als palliativ eingestufte Patienten, nach 4 Monaten Chemotherapie, gingen von einer kurativen Situation aus (Weeks et al 2012)
- Kein Anhalt, durch Kommunikation der Prognose depressive Symptome auszulösen oder zu verstärken, Menschen die Hoffnung zu nehmen, durch das Einschalten der Palliativmedizin die Lebenszeit zu verkürzen (Mack JW et al. 2012)

Raten wir nun zur Tumorthherapie am Lebensende oder nicht?

- Gibt es sinnvolle Einsatzmöglichkeiten, z.B. Symptomkontrolle?
- Gibt es Klarheit über den erwartbaren Nutzen der Therapie?
- Ist der Patient über Nebenwirkungen der Therapie aufgeklärt?
- Wie ist die Prognose des Patienten?
- Ist die Prognose gut mit dem Patienten kommuniziert?
- Ist der Patient über Alternativen aufgeklärt, insbesondere über Best Supportive Care, Hospizbegleitung, SAPV?
- Wie ist die Einschätzung des Behandlungsteams?

Raten wir nun zur Tumorthherapie oder nicht?

- Die Entscheidung trifft die Patientin, der Patient.
- Konflikte / unterschiedliche Meinungen im Team sollten angesprochen werden

*Guérir quelquefois, soulager souvent, consoler toujours –
manchmal heilen, oft lindern, immer trösten*

Frankreich, 16. Jahrhundert



Alexianer
ST. JOSEFS-KRANKENHAUS
POTSDAM-SANSSOUCI

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!