

# 5. Mainzer Palliative Care Symposium

## Übelkeit und Erbrechen: Medikamentöse und Nicht- Medikamentöse Behandlungsstrategien

Jörg Hildebrandt (Fachkrankenpfleger Onkologie und Palliative Care, Klinikinternes Palliativteam der Interdisziplinären Abteilung für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Mainz) und Prof. Dr. med. Martin Weber (Vorsitzender der iGP)

## Gliederung

- Überblick Pathophysiologie (MW)
- Ursachen (MW)
- Nicht-Medikamentöse Therapie (JH)
- Medikamentöse Therapie (MW)

**Blut – Liquor - CTZ**

**Viscera – Vagus/Sympathicus**

**Vestibularapparat**

**Cortex cerebri**

**Brechzentrum**

Ursachen

Medikamente (Opioide, Digitalis, Zytostatika)  
Toxine (Tumor)  
Metabolische Veränderungen  
(z.B. Hyperkalzämie, Urämie)

Verbindungs-  
weg  
(Pathway)

Blut und Liquor

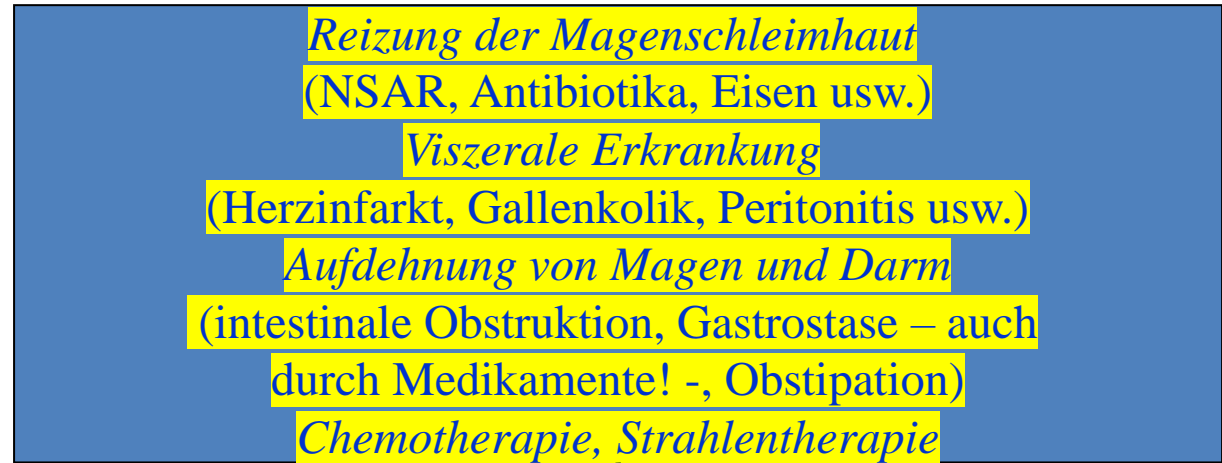
Chemorezeptor-Trigger-Zone  
Area postrema  
(außerhalb Bluthirnschranke)

D<sub>2</sub>

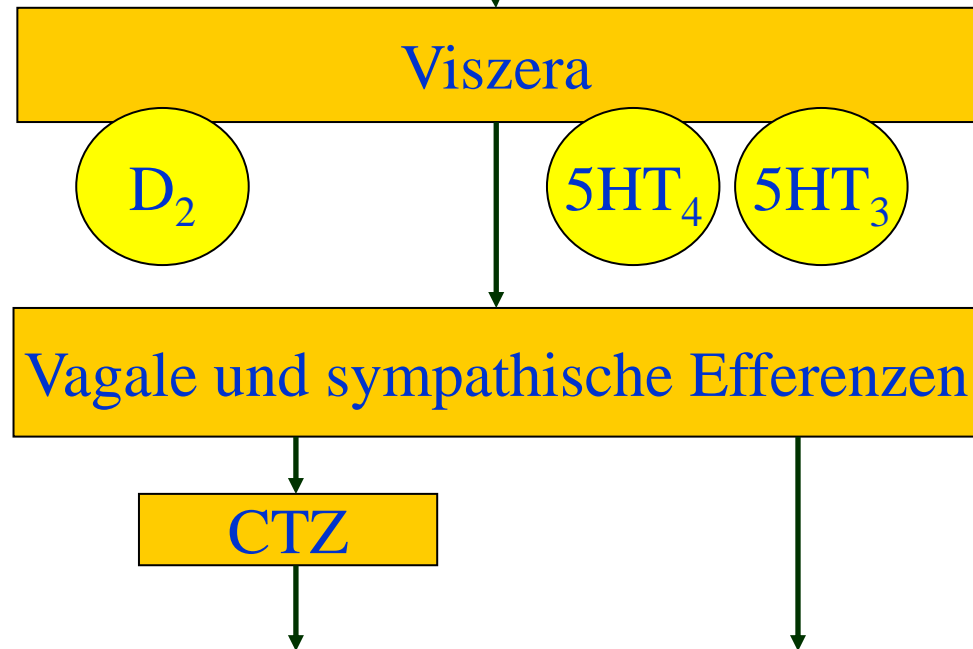
NK<sub>1</sub>

5HT<sub>3</sub>

Ursachen



Verbindungs-  
weg  
(Pathway)



Ursachen

Bewegungskrankheit, M. Menière,  
Akustikusneurinom,  
Knochenmetastasen an der Schädelbasis

Verbindungs-  
weg  
(Pathway)

Vestibularapparat

Vestibulariskerne

H<sub>1</sub>

ACh

Ursachen

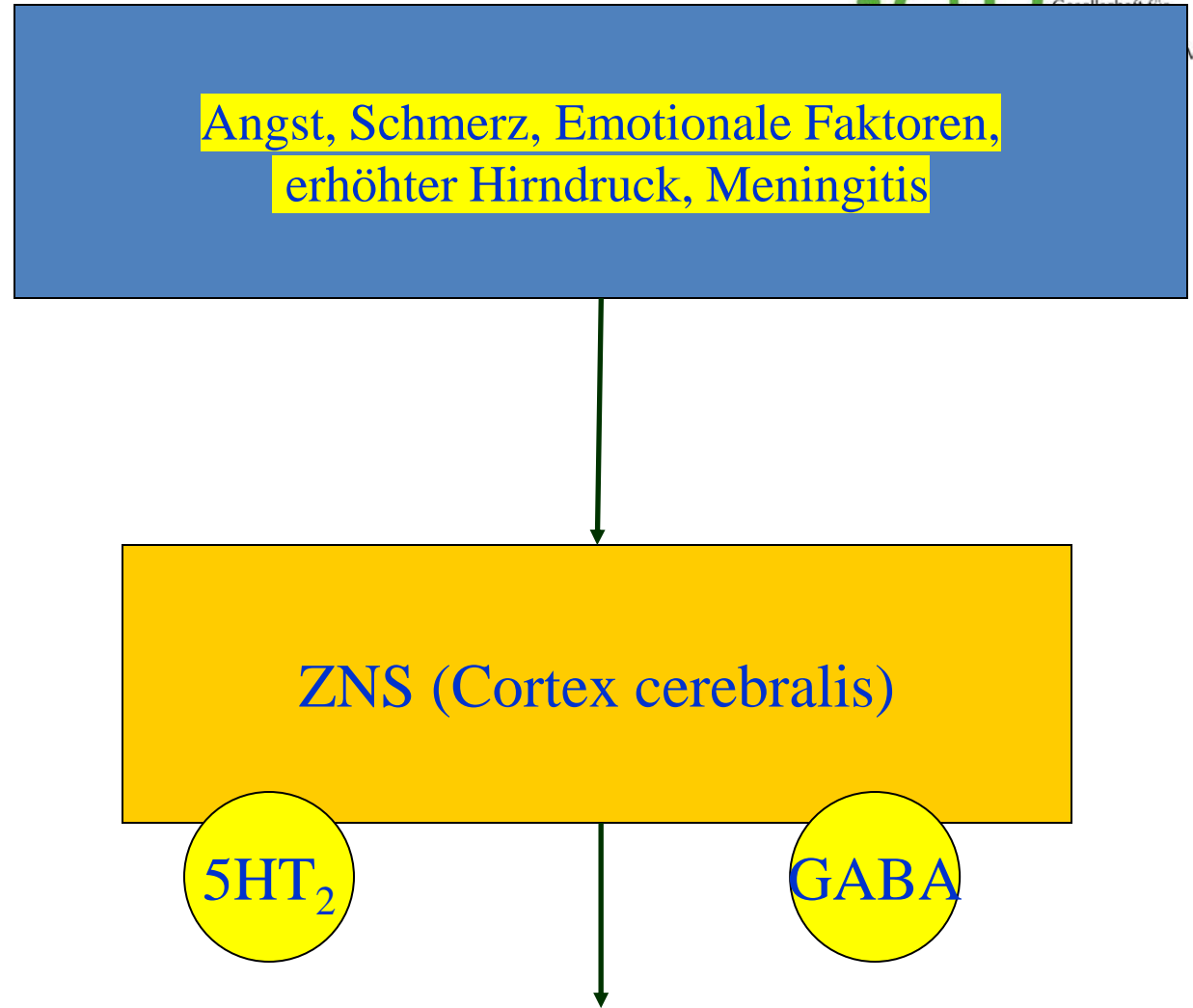
Angst, Schmerz, Emotionale Faktoren,  
erhöhter Hirndruck, Meningitis

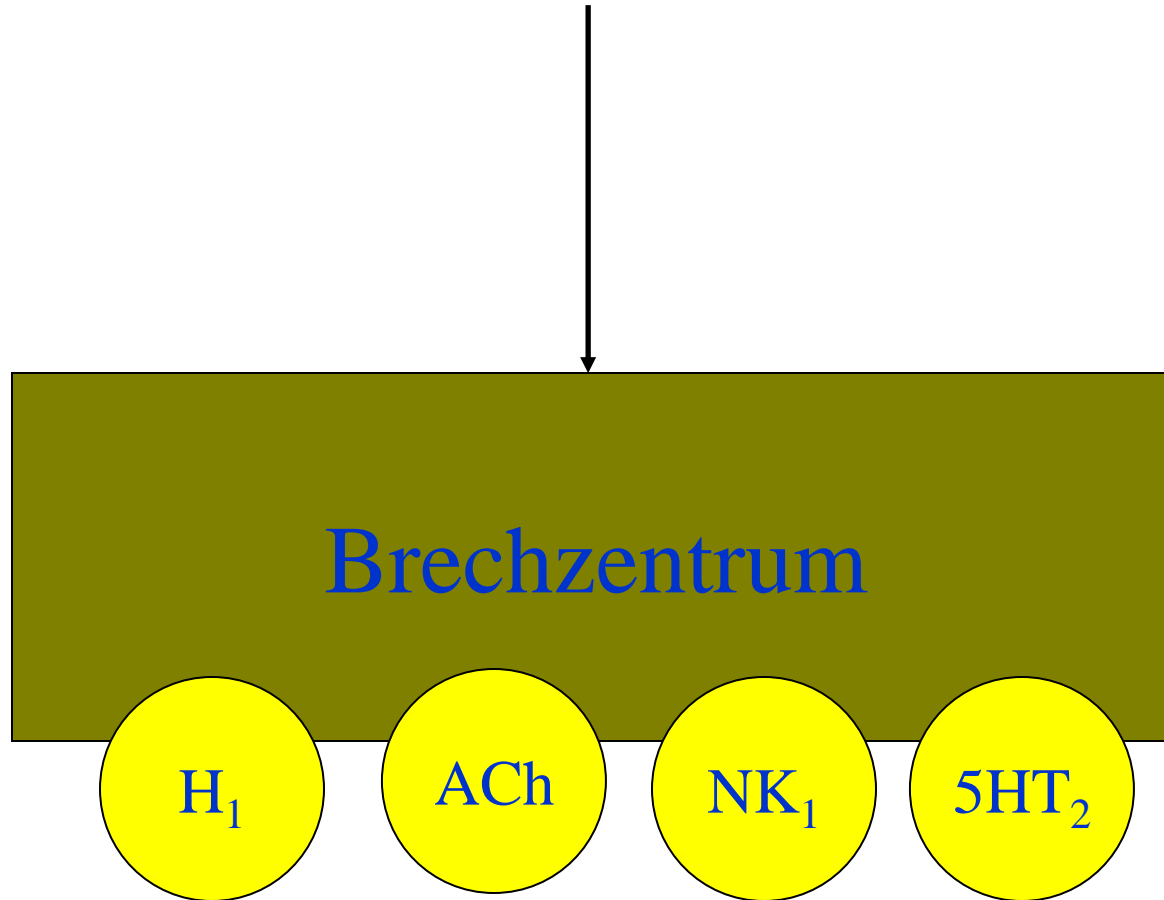
Verbindungs-  
weg  
(Pathway)

ZNS (Cortex cerebri)

5HT<sub>2</sub>

GABA







# Differentialdiagnostik: Übelkeit und Erbrechen in der Palliativmedizin

Medikamentöse Ursachen

Gastrointestinale Ursachen

- Gastrointestinale Passagestörung inkl. Obstipation
- Leberaffektion
- Vagusreiz
- Radiatio

Zentrale Ursachen

Metabolische Ursachen

- Leber
- Niere
- Tumortoxine
- Elektrolytentgleisung

Psychische Ursachen

# Anamnese

- Seit wann? Assoziation mit neuen Medikamenten?
- Obstipation?
- Linderung durch Erbrechen?

# Untersuchung

Klinisch (inklusive rektal/digital)

Sonographie (auch in der SAPV!)

Labor

## Vor der nichtmedikamentösen oder medikamentösen antiemetischen Therapie

- Maligne Obstruktion?
- Obstipation?
- Elektrolyte? Niere, Leber?
- Medikamente?
  - Absetzen?
  - Wechseln? (Opioidwechsel? Fentanyl!!!!!!)
  - Parenteralisieren? (z.B. Novaminsulfon)
  - Auch an intrathekale Therapie denken!

# Übelkeit & Erbrechen: nichtmedikamentöse Behandlungsstrategien

Jörg Hildebrandt

Fachkrankenschwester Onkologie & Palliative Care; Pain Nurse

Klinikinternes Palliativteam der Interdisziplinären Abteilung für Palliativmedizin

Universitätsmedizin Mainz

## Quellen:

- Leitlinien der DGP Sektion Pflege
- „Palliative Care – Kernkompetenzen für die Pflegepraxis“, Thieme Verlag 2023

## Ziele in Bezug auf die Reduktion von Übelkeit und Erbrechen

- Ekel, Angst und Scham in Bezug auf Übelkeit und Erbrechen kommunizieren, um möglicherweise den Umgang damit zu erleichtern.
- Kenntnisse über individuelle Strategien zur Linderung von Übelkeit/Erbrechen in der Therapie und Versorgung berücksichtigen.
- Schweregrad der Übelkeit einschätzen und dokumentieren, um eine Verlaufskontrolle zu erhalten.



## Nichtmedikamentöse Maßnahmen

### Zur Entspannung

- Für eine entspannte Atmosphäre sorgen
- Wünschen nach Ruhe nachkommen
- Entspannungsübungen
- Ablenkung
- Düfte und Gerüche eindämmen
- Raumdüfte zur Linderung anbieten
- Ausreichende Frischluftzufuhr

## Nichtmedikamentöse Maßnahmen

### Zur Entlastung

- Mundpflege
- Hilfsmittel möglichst außer Sicht bereitstellen
- Erbrochenes rasch entsorgen
- Lagerung nach Wunsch
- Wäschewechsel
- Gesicht/Hals kalt abwaschen
- Intimsphäre wahren!
- Ggf. Magensonde anbieten (im Verlauf Ablauf-PEG möglich)



## Nichtmedikamentöse Maßnahmen

### In Bezug auf die Ernährung

- Wunschkost
- Kleine, appetitliche Portionsgrößen anbieten
- Saure Lebensmittel anbieten
- Zitronen- oder Pfefferminzbonbons evtl. Eiswürfel lutschen
- Viel Flüssigkeit anbieten
- Trockene, leichte Kost anbieten
- Oberkörper hochlagern, auch nach dem Essen



## Nichtmedikamentöse Maßnahmen

### Ätherische Öle & komplementäre Ansätze

- Riechsalz
- Duftkompresse/Filzaufkleber
- Akupressurbänder



# Medikamentöse Therapiemöglichkeiten

Abb. 7.2 Antiemetika und ihre Wirkweise (GABA = Gamma-Aminobuttersäure, Ach = Acetylcholin, Ach<sub>m</sub> = Acetylcholin [muscarinartige Rezeptoren], D<sub>2</sub> = Dopamin, H<sub>1</sub> = Histamin H<sub>1</sub>, 5HT<sub>2/3/4</sub> = Serotoningruppe 2/3/4, CTZ = Chemorezeptortrigerzone) [L157]

**Tab. 7.3 Rezeptoraffinitäten unterschiedlicher Antiemetika**

	D <sub>2</sub> -R- Ant	H <sub>1</sub> -R- Ant	Ach <sub>m</sub> -R- Ant	5HT <sub>2</sub> -R- Ant	5HT <sub>3</sub> -R- Ant	5HT <sub>4</sub> -R- Ag
Metoclopramid	++	0	0	0	+	++
Domperidon <sup>1</sup>	++	0	0	0	++	0
Scopolamin	0	0	+++	0	0	0
Dimenhydrinat	0	++	+	0	0	0
Ondansetron	0	0	0	0	+++	0
Haloperidol	+++	0	0	0	0	0
Levomepromazin	++	+++	++	+++	0	0
Olanzapin	++	+	++	++	+	0

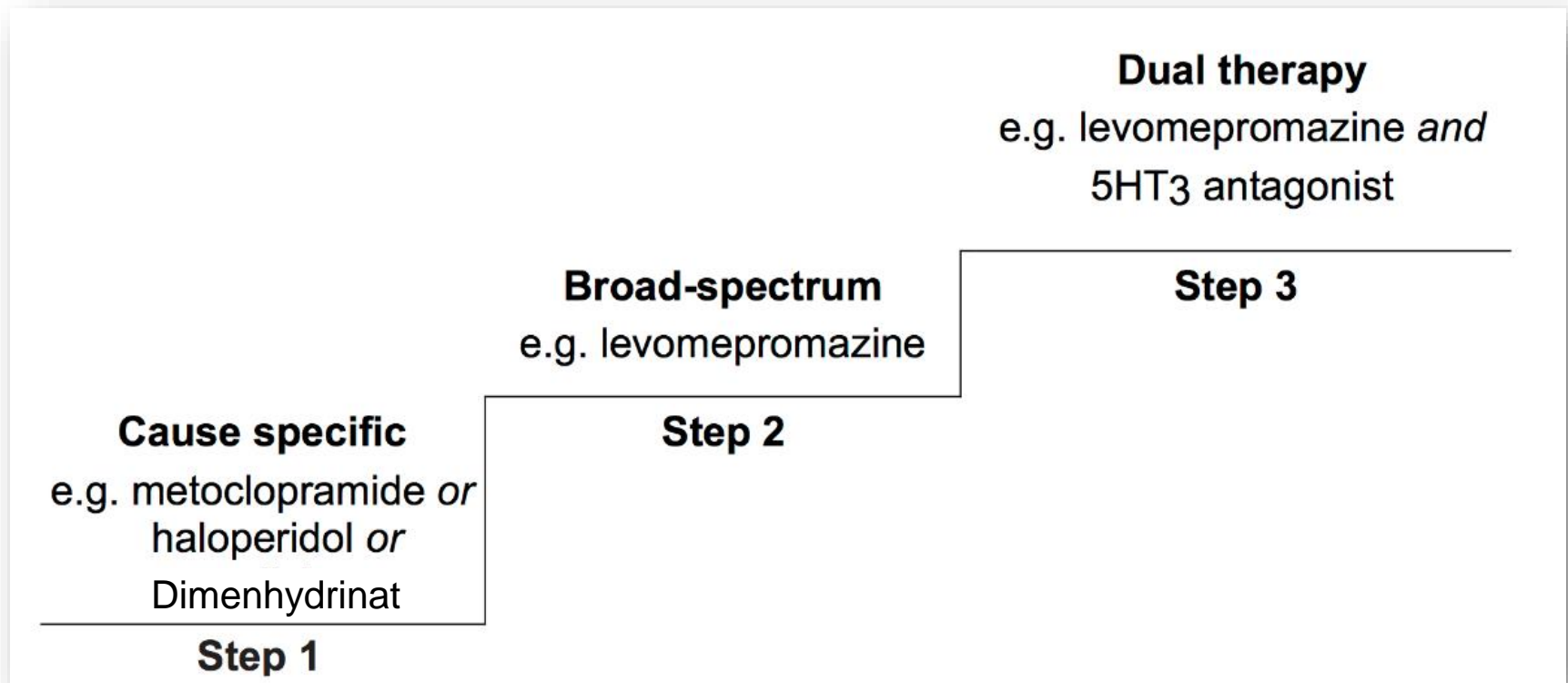
R = Rezeptor, Ant = Antagonist, Ag = Agonist

Neurotransmitter: D<sub>2</sub> = Dopamin, H<sub>1</sub> = Histamin H<sub>1</sub>, Ach<sub>m</sub> = Acetylcholin, 5HT<sub>2/3/4</sub> = Serotoningruppe 2/3/4

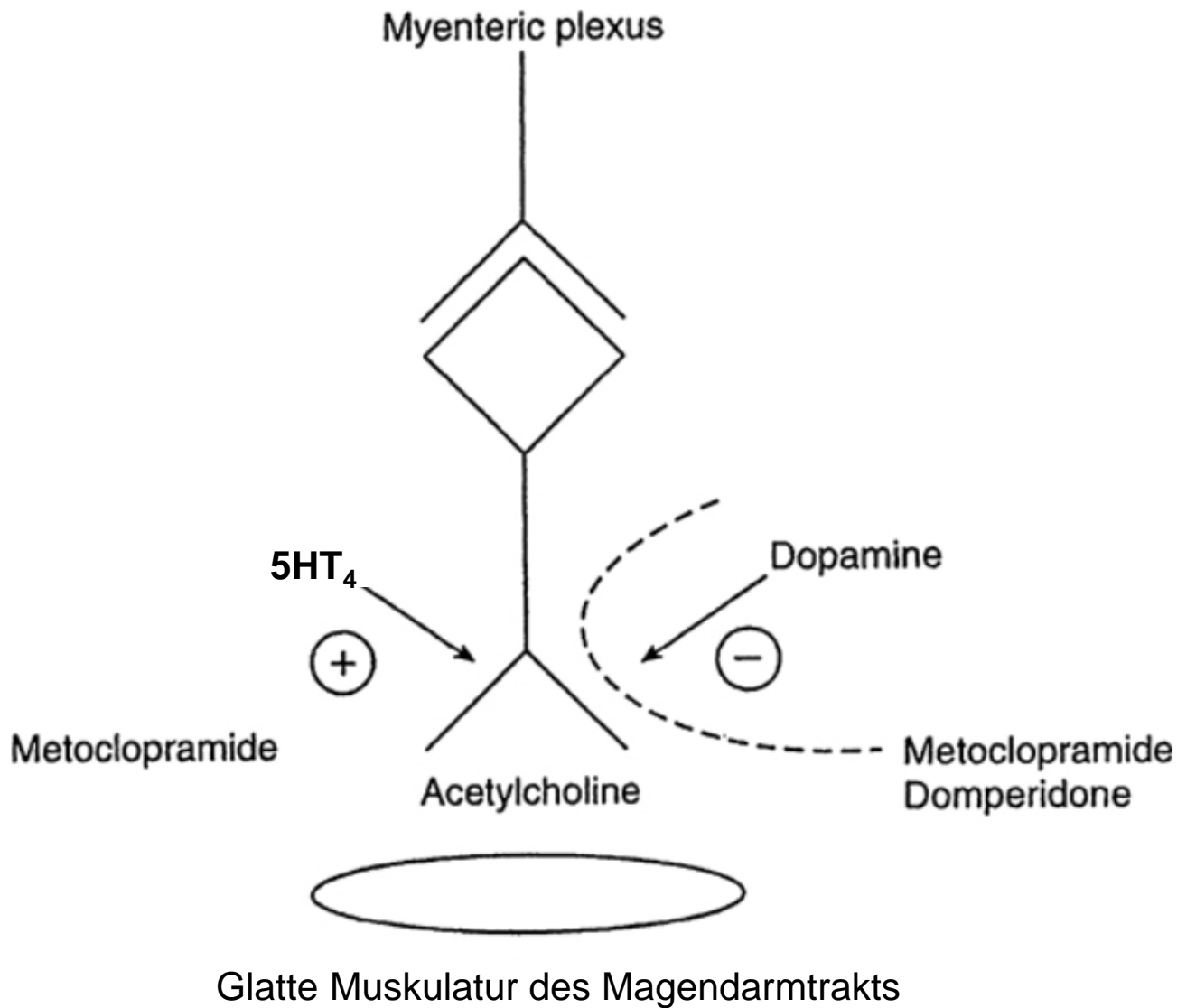
<sup>1</sup> Nur peripher und nicht zentral wirksam

Aus: Bausewein et al. Palliative Care Leitfaden 2021

Tab. 7.6 Medikamente und Dosierungen bei Übelkeit und Erbrechen			
Medikament	Oral	Subkutan für 24 h	Andere Applikation
Prokinetika			
Metoclopramid	10 mg/8 h	30 mg	10 mg/6–8 h rektal
Domperidon	10–20 mg/6–8 h	–	–
Antihistaminika			
Dimenhydrinat	50–100 mg/6–8 h	100–300 mg	150 mg/6–8 h rektal
Neuroleptika			
Haloperidol	1,5–3 mg abends oder 0,5–1 mg/8 h	3–5 mg	–
Levomepromazin	1–5 mg abends 1–5 mg/12 h	5–10 mg	–
Neuroleptika			
Olanzapin	1,25–2,5 mg z. N., ggf. bis 5 mg		
Anticholinergika			
Scopolamin	–	–	1 mg/72 h transdermal
5HT <sub>3</sub> -Antagonisten			
Ondansetron	8 mg/8–12 h	–	8 mg/8–12 h i. v.
Granisetron	2 mg p. o./d	1 mg i. v./s. c. 1 ×/d	
Steroide			
Dexamethason	2–8 mg/d	2–8 mg	2–8 mg/8–12 h i. v.
Cannabinoide			
Dronabinol (z. B. Tr.)	2,5–40 mg/6–12 h	–	–
Benzodiazepine			
Lorazepam	0,5–1,0 mg/8 h	–	–



Stufentherapie bei Übelkeit und Erbrechen (aus Palliative Care Formulary, 8. Auflage 2022)



Wirkweise der Prokinetika am Magendarmtrakt (aus Palliative Care Formulary, 8. Auflage 2022)

# Metoclopramid

- Kombination mit anticholinerg wirkenden Antiemetika vermeiden; antagonisiert Wirkung an der glatten Muskulatur!
- Cave Extrapyramidale Symptome (z.B. Schluckstörungen, Akathisie); deswegen Behandlung > 5 Tage Off-Label! Zugelassene Dosis 30 mg (in der Praxis bis 80 – 100 mg/d)
- Ggf. Wechsel auf Domperidon erwägen (cave: QT-Zeit Verlängerung; Max. Dosierung 30 mg, in der Palliativmedizin typische Dosierung 60 – 80 mg/d)
- Kein Einsatz bei Patienten mit Morbus Parkinson (dort generell Medikamente vermeiden, die D2-Antagonisten sind, also auch Haloperidol, Phenothiazine)