

Bigorio – 2013

„Fatigue“

Konsens zur „best practice“ für Palliative Care in der Schweiz – Expertengruppe von palliative ch

Ein Projekt im Rahmen der Qualitätsförderung von Palliative Care in der Schweiz

Einleitung

Im Rahmen des Bigorio-Prozesses erarbeitet palliative ch jedes Jahr Empfehlungen zu einem bestimmten Thema der Palliative Care. Am Treffen im Jahr 2013 wurde das Thema „Fatigue“ vertieft betrachtet.

Das vorliegende Dokument ist eine Zusammenfassung dessen, was in den fachübergreifenden Gruppen erarbeitet wurde, und der Diskussionen im Plenum. Die folgenden Empfehlungen basieren auf der Erfahrung und Expertise der Spezialisten in Palliative Care in der Schweiz sowie auf der aktuellen Literatur. Sie richten sich in erster Linie an Fachpersonen im Bereich der spezialisierten Palliative Care.

1. Was ist das Problem?

(WHAT?)

Fatigue zu definieren ist ein schwieriges Unterfangen. Einerseits liegt ein sprachliches Problem vor. Während der Begriff „Fatigue“ auf Französisch und Englisch existiert, gibt es in anderen europäischen Sprachen, insbesondere in der deutschen Sprache, keinen gleichwertigen Begriff, was in einem Land wie der Schweiz ein grosses Problem darstellt. Andererseits ist Fatigue ein multidimensionales Symptom, das sowohl eine körperliche als auch eine emotionale und eine kognitive Dimension hat.

In diesem Kontext ist es nicht einfach, einen Konsens zu erlangen. Die Expertengruppe für Palliative Care hat sich dazu entschieden, eine international kompatible Definition zu wählen, die wir in unseren Empfehlungen übernehmen:

Fatigue in Verbindung mit einer schweren, fortschreitenden Krankheit ist ein subjektives, beschwerliches und anhaltendes Symptom, das sowohl körperliche Wahrnehmungen (fehlende Kraft und Energie; erhöhtes Bedürfnis, sich auszuruhen) wie auch emotionale, kognitive und/oder spirituelle Wahrnehmungen beinhaltet.

Fatigue reicht von Müdigkeit bis hin zu Erschöpfung und beeinträchtigt den betroffenen Menschen in seinem Alltag.

Fatigue hat Auswirkungen auf die Lebensqualität. Sie wird durch Ruhe oder Schlaf nicht gelindert.

2. Warum ist dies ein Problem? (WHY?)

Fatigue ist zu wenig anerkannt

Fatigue wird im Verlauf einer chronischen Krankheit oder nach einer Behandlung, etwa einer onkologischen Therapie, häufig als normal betrachtet. Es handelt sich um ein stilles Symptom, das selten isoliert auftritt. Sie steht oft mit anderen Symptomen in Verbindung. Sie kann in allen Stadien vieler chronisch fortschreitenden Erkrankungen auftreten. Wird die Fatigue systematisch gesucht, ist sie beispielsweise bei 60 bis 97 Prozent aller Dialysepatienten, bei 80 Prozent aller Krebspatienten und bei mehr als der Hälfte aller HIV-Patienten festzustellen.

Fatigue wird unterschätzt

Fatigue wird weiterhin unterschätzt, denn sie wird im klinischen Alltag nicht spezifisch und systematisch erfragt und erforscht, obwohl sie Auswirkungen auf die Lebensqualität des kranken Menschen und seiner Angehörigen hat. Sie beeinträchtigt den betroffenen Menschen in seinem täglichen Leben und führt zu einer Umstellung von Alltagsaktivitäten und Aktivitäten des sozialen Lebens. Sie kann auch zum Abbruch medizinischer Behandlungen führen.

Fatigue wird zu wenig behandelt

Fatigue wird nicht als eigenständiges Symptom anerkannt und wird neben anderen, auffälligeren Symptomen wie Atemnot oder Schmerzen zu wenig wahrgenommen. Unter diesen Bedingungen werden verfügbare spezifische Behandlungen bei der Fatigue zu selten eingesetzt.

3. Assessment (HOW?)

Es gibt zurzeit keine Methode, mit der Fatigue objektiv gemessen werden kann. Der Bewertungsansatz basiert sowohl für die Diagnosestellung als auch für die Behandlung auf subjektiv Erlebtem. Er beruht auf der Feststellung der körperlichen und emotionalen Anzeichen sowie der kognitiven Aspekte, die anhand von validierten Selbstbeurteilungsfragebögen ermittelt werden.

Wir schlagen eine Beurteilung in mehreren Schritten vor:

1. Messung der Intensität der Fatigue mithilfe einfacher Fragen

Zu bevorzugen ist eine subjektive Beurteilung der Intensität der Fatigue durch den kranken Menschen mithilfe der Visuellen Analogskala (VAS) oder der Numerischen Rating-Skala (NRS) in Form von Antworten auf einfache und offene Fragen wie:

„Fühlen Sie sich müde?“
„Wie sehr stört Sie das?“

Wir empfehlen, die Bewertung der Fatigue mit der Bewertung anderer Symptome in Korrelation zu bringen, wie dies beim ESAS gemacht wird.

Wenn eine Selbstbeurteilung unmöglich ist, empfehlen wir, eine Fremdanamnese bezüglich Fatigue mit den Angehörigen durchzuführen. Eine solche Analyse beschränkt sich folglich auf die Beobachtung der Auswirkungen auf die Alltagsaktivitäten des Patienten sowie auf dessen Schläfrigkeit und/oder Schlafzeiten.

2. Detaillierte Anamnese

Wir empfehlen, die Anamnese mithilfe eines spezifischen Fragebogens zu vertiefen, wenn die Fatigue einen Wert von über 4 auf der VAS erreicht oder wenn sie als Hauptsymptom betrachtet wird. Dazu eignen sich mehrdimensionale Fragebögen, bei denen die verschiedenen Komponenten der Fatigue untersucht werden. In der Literatur existieren mehrere Fragebögen, die hierzu entwickelt wurden. Die meisten wurden jedoch für onkologische Patienten erarbeitet und sind fast ausschliesslich auf Englisch und ohne wissenschaftliche Validierung der deutschen, französischen oder italienischen Übersetzungen vorhanden

In diesem Kontext zu erwähnen sind einige der multidimensionalen Selbstbeurteilungsfragebögen, etwa das Brief Fatigue Inventory (BFI), die Piper Fatigue Scale (PFS), die Chalder Fatigue Scale (CFS) und das Multidimensional Fatigue Inventory (MFI).

Das BFI gibt es auf Deutsch und Französisch. Es ist praktisch und einfach in der Anwendung.

3. Die Ermittlung der auslösenden Faktoren sowie der Ursachen der Fatigue

- Mehr oder weniger umfassende klinische und paraklinische Untersuchung, je nach Lebensentwurf des erkrankten Menschen, Therapieplan und Prognose des Krankheitsverlaufes
- Spezifische entzündliche Ursachen der Fatigue bei Krebs (IL6, CRP)
- Metabolische, endokrine, ernährungsbedingte, psychiatrische, infektiöse und hämatologische Ursachen sowie Schlafprobleme
- Komorbidität mit bestehenden Krankheiten, Herzerkrankungen, Schilddrüsenfehlfunktionen, Atmungsinsuffizienz, Niereninsuffizienz und neurologischen Problemen
- Unerwünschte Wirkungen von Behandlungen, Schmerzmitteln und Chemotherapien
- Fortschreitende Dekonditionierung

4. Massnahmen

4.1. Information

Erhärtet sich durch die Zusammenschau von Anamnese, Assessments und situativ eingesetzter Diagnostik die Diagnose „Fatigue“, dann sollten Betroffene sowie Angehörige über die Fatigue als Krankheitsbild informiert sowie mögliche Behandlungsansätze aufgezeigt werden.

Ursächliche Faktoren und möglicher Verlauf sollen angesprochen werden. Im Weiteren sollen dann Erscheinungsformen (Erleben, Symptome, Auswirkungen), Umgang im Einteilen der Kräfte und der Energie, Nutzung von Ressourcen und Momenten mit viel Energie, sowie die dazu notwendige Flexibilität thematisiert werden.

4.2. Behandlungsansätze

4.2.1. Allgemeine Massnahmen

- Bedürfnisse der Betroffenen und Angehörigen erfassen
- Behandlungsmöglichkeiten aufzeigen und das weitere Vorgehen besprechen

- Den Druck auf die Betroffenen reduzieren, Erwartungen und Ziele dem aktuellen Befinden/ Zustand anpassen, d.h. Verkleinerung der Lücke zwischen aktuellem Zustand und Erwartungen oder Zielen (sog. „Calman gap“)
- Ressourcen erkennen, nutzen und fokussieren; „unwichtige“ Anstrengungen vermeiden
- Kleine Schritte unterstützen, Meilensteine definieren, Prioritäten setzen
- Eine Tagesstruktur definieren und das Energiemanagement abstimmen (Mass zwischen Bewegung und Ruhe finden)
- Den Betroffenen Raum geben, um Emotionen auszudrücken, und Hilfestellung geben, um die Fatigue zu akzeptieren
- Unterstützung in der Sinnfindung geben und mögliche Bedeutung der Fatigue zu erkennen helfen
- Selbstachtung fördern, die unabhängig vom derzeitigen Zustand ist
- Schlafrhythmus und Schlafhygiene erfassen, beachten und in Tagesstruktur integrieren
- Sozialberatung anbieten (Mithilfe bei Netzwerk-Planung, Arbeitsplatzproblemen, Sozialversicherungsfragen, finanzielle Sicherheit)
- Entlastungsdienste anbieten (Hospizdienst, Freiwillige)
- Den individuellen Bedürfnissen entsprechend psychologischen und/oder seelsorgerischen Support organisieren, sowie gegebenenfalls auch komplementäre Massnahmen (z.B. Akupunktur, Yoga, Atemtherapie, Kunsttherapie) einsetzen
- Bei der Verlaufsbeurteilung soll die Evaluation klar auf das Erleben der Fatigue sowie deren Veränderung und Auswirkungen im Alltag fokussiert sein und sich nicht primär an Labor- oder Kraftwerten orientieren

4.2.2. Ernährung

Mangelernährung ist eine von vielen möglichen Ursachen für Fatigue, hat jedoch eher eine Auswirkung auf die körperliche Kraft. Insgesamt wird die Wichtigkeit der Ernährung insbesondere durch die Angehörigen überbewertet. Diese soziale und emotionale Komponente ist nicht zu unterschätzen. Es empfiehlt sich deshalb eine Ernährungsberaterin beizuziehen. Einerseits soll die Ernährungsberatung bei Betroffenen bisherige Essgewohnheiten und Esskultur, sowie deren Stellenwert („solange ich esse, lebe ich“) erfassen und Erwartungen besprechen. Andererseits soll dann eine Beratung für Betroffene wie auch das Betreuungsteam erfolgen, gemeinsame Ziele formuliert und entsprechende ernährungstherapeutische Massnahmen eingeleitet werden.

Einen möglichen nachhaltigen Effekt bewirkt eine gute Information und Schulung der Angehörigen, damit sie sich in ihrem Verhalten anpassen können. Statt ständig den Betroffenen mit Druck zum Essen anzutreiben, sollen die Angehörigen vielmehr mithelfen, die Portionen an den Gesundheitszustand, und die Essenszeiten dem individuellen Appetit der Fatiguepatienten anzupassen. Weiter können die Betroffenen durch Förderung der individuellen Geschmacksvorlieben, wie zum Beispiel Wunschkost, unterstützt werden. Auch vertraute Gerüche und Düfte können die Vorfreude auf das Essen stimulieren, so zum Beispiel beim Backen von Zopf oder Weihnachtsgebäck, beim Grillieren oder beim Zubereiten von frischen Kräutern. Beachte: die Gerüche können auch das Gegenteil bewirken!

4.2.3. Bewegung (körperliches Training)

Strukturierte Bewegungseinheiten verbessern nachweislich Fatigue. Die Schwierigkeit besteht darin, die negative Spirale der zunehmenden Fatigue mit Aktivität zu durchbrechen.

Bewegungseinheiten können in Tagesstrukturen integriert werden. Auch kleinste Gehstrecken wie der Gang zum Esstisch, das Sitzen zu Essenszeiten oder das Aufsitzen beim Empfang von Besuch sind förderlich. Ebenso wirksam sind ein kleiner täglicher Spaziergang oder die regelmässige Mobilisation in einen Rollstuhl. Ein nachhaltiger Trainings-Effekt kann eintreten, wenn pro Woche 3-5 Bewegungseinheiten à 30-60 Minuten abgehalten wurden. Gerade zu Beginn einer Aktivierung sind solch intensive Trainings nicht möglich. Diese oben genannten Bewegungseinheiten sind effektiver in Form von körperlichem Ausdauertraining. Elemente aus dem Krafttraining können dazu kombiniert werden. Damit können Einschränkungen von Aktivitäten, wie erschwertes Aufstehen, Gehen, Treppensteigen oder schwierige Transfers, vermindert oder zumindest reduziert werden. Ausserdem wird durch das Training die Fatigue reduziert. Ein zusätzlicher stimulierender Faktor ist das Training in der Gruppe (in einer gemeinsamen Trainingstherapie oder in Form von Gruppentrainings), was wiederum einen psychosozialen stabilisierenden Effekt hat.

4.2.4. Psychosoziale Intervention

Die psychosozialen Interventionen bei Fatigue sind bisher noch wenig erforscht und entsprechend ist noch keine breite Datengrundlage vorhanden. Die Mehrheit der veröffentlichten Arbeiten hat psychosoziale Interventionen bei Fatigue in Zusammenhang mit einer Krebserkrankung (CRF: cancer related fatigue) untersucht. Dabei gab es Hinweise dass gewisse psychosoziale Interventionen zu einer Verringerung der Fatigue bei Krebspatienten führen können. Folgende Therapie-Ansätze sind verfolgt worden: Psychotherapie, Psychoedukation sowie auch Elemente wie Bildung, kognitive Umstrukturierung und Erlernen/Ändern von Bewältigungsstrategien. Im Weiteren werden auch Verhaltenstherapien und Selbsthilfe (selfcare) aufgeführt. Diese Therapie können individuell durchgeführt werden, in psychosozialer Hinsicht sind aber Gruppentherapien oder Selbsthilfegruppen gerade so wichtig.

4.3. Medikamentöse Behandlung

Die pharmakologischen Therapieansätze teilen sich grob in zwei Gruppen auf: Ursächliche Therapie, das heisst Linderung oder Elimination der auslösenden Faktoren, sowie unspezifische Therapiemassnahmen. Gerade in der zweiten Gruppe werden immer wieder neue medikamentöse Ansätze im Rahmen von Studienprotokollen geprüft. Gute Evidenz konnte nur in wenigen Studien und für wenige Substanzen gezeigt werden.

Auch in der medikamentösen Therapie der Fatigue gilt als wichtiger Grundsatz, dass mit den Betroffenen ein Behandlungsziel definiert werden soll. Nebst dem Behandlungsziel ist auch zu definieren, in welchen zeitlichen Intervallen die Intervention überprüft werden soll. Wird das definierte Ziel nicht erreicht, soll die Therapie konsequenterweise gestoppt werden.

4.3.1. Ursächliche Therapie

Fatigue-auslösender Faktor	Therapie-Ansatz
Hypoxämie	probatorisch Sauerstoff → falls keine Funktionsverbesserung (physisch, psychisch, kognitiv) innert Stunden eintritt, O2

	wieder stoppen
Anämie	Erythrozyten-Transfusion: → keine fixen Richtwerte , meist bei Hb < 80 g/l, bei Herzerkrankungen allenfalls schon bei <100g/l. Evaluation nach 3 Tagen
Fieber	Fiebersenkende Massnahmen, physikalisch (Wickel) und/oder medikamentös (Paracetamol, NSAR, Steroide)
Elektrolytstörung	Korrektur der Elektrolyte (V.a. Calcium, Natrium, Magnesium), z.B mit Bouillon, Salzstängeli
Dehydratation	da häufig multifaktorieller Ursache → keine gesicherte Evidenz für Hydratation
Infekt	Antibiotika, sofern ein Fokus eruierbar → keine Dauertherapie
Depression	Antidepressiva
Schlafstörungen	Schlafhygiene-Massnahmen Schlafmittel

4.3.2. Unspezifische medikamentöse Therapien

Insgesamt ist die Evidenz für unspezifische medikamentöse Therapien immer noch sehr dürrtig. Momentan können eigentlich nur 3 Substanzen empfohlen werden, für die positive Daten vorliegen: Steroide, Methylphenidat (Ritalin®) und Ginseng. Für alle weiteren Substanzen ist keine oder nicht genügend Evidenz vorhanden, respektive nur in sehr spezifischen Situationen ein Effekt zu erwarten, so dass von einem routinemässigen Einsatz abzuraten ist. Dazu zählen unter anderem Modafinil, Fischöl, Amantadin, Paroxetid, Remeron, Megestrol und L-Carnitin. Allgemein sollten Medikamente, die keinen Effekt zeigen, wieder abgesetzt werden.

Zu den Steroiden und Methylphenidat gelten folgende Dosierungsempfehlungen:

- **Steroide**

25 – 50 mg Prednison-Äquivalent oder 4 – 8 mg Dexamethason einmal täglich (single dose).

Falls kein Effekt nach 5 Tagen → Therapie wieder stoppen. Steroide sollen nur kurzzeitig während 2 bis maximal 3 Wochen für Fatigue verabreicht werden, anschliessend ist der Effekt nicht mehr bewiesen und Nebenwirkungen nehmen massiv zu (proximale Myopathie, Infektkomplikationen, Insulinresistenz etc.). Uneinigkeit besteht bei der Frage, ob und über wie lange die Steroide ausgeschlichen werden sollen. Nicht geklärt ist der Effekt einer Langzeittherapie.

- **Methylphenydat** (Ritalin®)

Mit einer morgendlichen Testdosis von 5mg beginnen und Verträglichkeit bezüglich Angst, Tachykardie oder Delir prüfen. Falls gut vertragen gleiche Dosis am Mittag verabreichen. Steigerung am 2. Tag um 5mg, ab 3. Tag in 10mg-Schritten, bis zu einer maximalen Tagesdosis von 60mg (eher selten).

Bei Therapiebeginn sollte eine Stunde nach Tabletteneinnahme Müdigkeit mit VAS gemessen werden. 80% der Patienten, die auf Ritalin ansprechen, tun dies bereits nach der ersten adäquaten Dosis nach einer Stunde. Die Therapie muss bezüglich Effektivität regelmässig (alle 1-2 Wochen) reevaluiert werden; falls keine Wirkung auf Fatigue, Ritalin absetzen (muss nicht ausgeschlichen werden).

Zu Ginseng gibt es Daten, die bei onkologischen Patienten unter Therapie eine Wirkung auf Fatigue gezeigt haben. Bei der besagten Studie wurde amerikanischer Ginseng (*Panax quinquefolius* oder Wisconsin-Ginseng) eingesetzt. Der Wirkstoff ist in der Schweiz nicht erhältlich und nicht zugelassen. In der Schweiz sind nur Produkte mit koreanischem Ginseng (*Panax ginseng*) erhältlich. Dazu liegen keine Daten vor. Wir sehen deshalb von einer Dosierungsempfehlung ab.

5. Zusammenfassung

Fatigue ist ein stilles und häufiges Symptom, häufiger als man gemeinhin denkt und in seiner Gesamtheit oft sehr invalidisierend.

Patienten sollten bezüglich Fatigue gezielter und besser erfasst und aufgeklärt werden. Ebenso wichtig ist die Aufklärung der Angehörigen, um Lücken zwischen Patienten- und Aussenwahrnehmung, bzw. allgemein zwischen einem erwünschten Soll- Zustand und der Realität zu verkleinern („Calman- Gap“).

Behebare oder zumindest korrigierbare Auslöser sollen gesucht und entsprechend behandelt, respektive behoben werden. Darüber hinaus brauchen Betroffene einen psycho-edukativen Approach. Der Fatigue soll mit leichter Aktivierung, im Sinne einer regelmässigen Bewegung, entgegengewirkt werden. Durch eine gute Struktur der Alltagsaktivitäten und kleinen „Highlights“ soll eine Überforderung vermieden werden. Medikamentös bieten sich nur beschränkt Optionen an, die einen nachgewiesenen Nutzen erbringen. Dazu zählen das Psychostimulans Ritalin, Steroide sowie Ginseng.

6. Referenzen

Horigan, A. E. Fatigue in hemodialysis patients: a review of current knowledge. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2012; 44(5): 715–24.
doi:10.1016/j.jpainsymman.2011.10.015

Minton, O., Berger, A., Barsevick, A., Cramp, F., Goedendorp, M., Mitchell, S. a, & Stone, P. C. Cancer-related fatigue and its impact on functioning. *Cancer* 2013; 119 Suppl (19), 2124–30. doi:10.1002/cncr.28058

Peuckmann, V., Elsner, F., Krumm, N., Trottenberg, P., & Radbruch, L. (2010). Pharmacological treatments for fatigue associated with palliative care. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, (11), CD006788. doi:10.1002/14651858.CD006788.pub2

Radbruch, L., Strasser, F., Elsner, F., Gonçalves, J. F., Løge, J., Kaasa, S., ... Stone, P.: Fatigue in palliative care patients -- an EAPC approach. *Palliative Medicine* 2008 ; 22(1), 13–32. doi:10.1177/0269216307085183

Simon, A., Ophthalmologie, F., & De, D. (2003). Cancer et fatigue, 14–22.

Yennurajalingam S, Frisbee-Hume S, Palmer JL, et al: Reduction of cancer-related fatigue with dexamethasone: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial in patients with advanced cancer. *J Clin Oncol* 2013; 31: 3076–82.

Stone PC: Methylphenidate in the management of cancer-related fatigue. J Clin Oncol 2013; 31: 2372–3.

Berger AM, Abernethy AP, Atkinson A, et al.: Cancer-related fatigue. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines TM) Version 1.2011

Barton DL1, Liu H, Dakhil SR, Linqvist B, Sloan JA, Nichols CR, McGinn TW, Stella PJ, Seeger GR, Sood A, Loprinzi CL.: Wisconsin Ginseng (Panax quinquefolius) to improve cancer-related fatigue: a randomized, double-blind trial, N07C2. J Natl Cancer Inst. 2013 Aug 21;105(16):1230-8. doi: 10.1093/jnci/djt181. Epub 2013 Jul 13.

Empfehlung: Fatigue. Palliativzentrum Kantonsspital St. Gallen. Schuler S, Büche D, Kegel Y, Mettler M, Strasser F. Mai 2013

Scott JA, Lasch KE, Barsevick AM, Piauult-Louis E: Patients' experiences with cancer-related fatigue: a review and synthesis of qualitative research. Oncol Nurs Forum 2011; 38: 191–203.

Bruera E: Cancer-related fatigue: a multidimensional syndrome. J Support Oncol 2010; 8: 175–6.

7. Dank

Diese Empfehlungen wurden durch die Hilfe und den Rat von Prof. Patrick Stone ermöglicht. Wir danken ihm herzlich für diesen wertvollen Beitrag.

Redaktionsteam:

Sophie Ducret, Fatoumata Diawara, Sandrine Jeanneret- Brand
Stefanie Schuler, Christoph Gugger, Manuel Jungi

Schlussredaktion:

Steffen Eychmüller, Christian Bernet; Claudia Gamondi, Christian Ruch

Weitere Teilnehmende Bigorio 2013:

Hans Neuenschwander

	Hengartner-
Valeria	Ponzio
Monica	Escher
Nathalie	Steiner
Heike	Gudat
	Balmer-
Eva	Tschudin
Christiane	Chabloz
Marianne	Lang
	Vayne-
Petra	Bossert
Cristian	Camartin
Markus	Minder

Anne	Vacanti-
Josiane	Robert
Barbara	Pralong
	Bucher