



UCCH Pathway

UCCH Guideline

Fatigue

Version März 2021

Guideline Fatigue
Version 02, März/2021

Geprüft von:

Dr. med. E. Jentschke (Universitätsklinikum Würzburg)
Dr. med. J. Hense (Universitätsklinikum Essen)
Dr. rer. nat. Carolin Wolf (Universitätsklinikum Erlangen)
Prof. Dr. med. Christoph Ostgathe (Universitätsklinikum Erlangen)

Modifiziert für das UCCH:

Prof. Dr. med. Karin Oechsle
+ alle Mitglieder der UCCH Task force Palliative Care

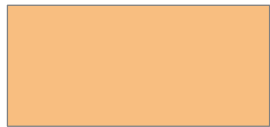
Erstellt von: Dr. H. Cuhls, Mochamat (Universitätsklinikum Bonn)
Dr. M. Mücke (Universitätsklinikum Bonn)
Dr. B. Jaspers (Universitätsklinikum Bonn)
Prof. Dr. L. Radbruch (Universitätsklinikum Bonn)

Adaptiert am: Juni/2018

Überprüft am: März 2021

Nächste geplante Überprüfung: **März/2023**

Legende



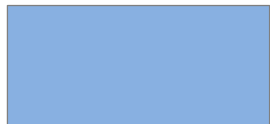
= (therapeutische) Handlung



= klinischer Zustand



= diagnostische Handlung



= klinische Studie



= unterstützende Maßnahmen



= Ereignis/Entscheidung



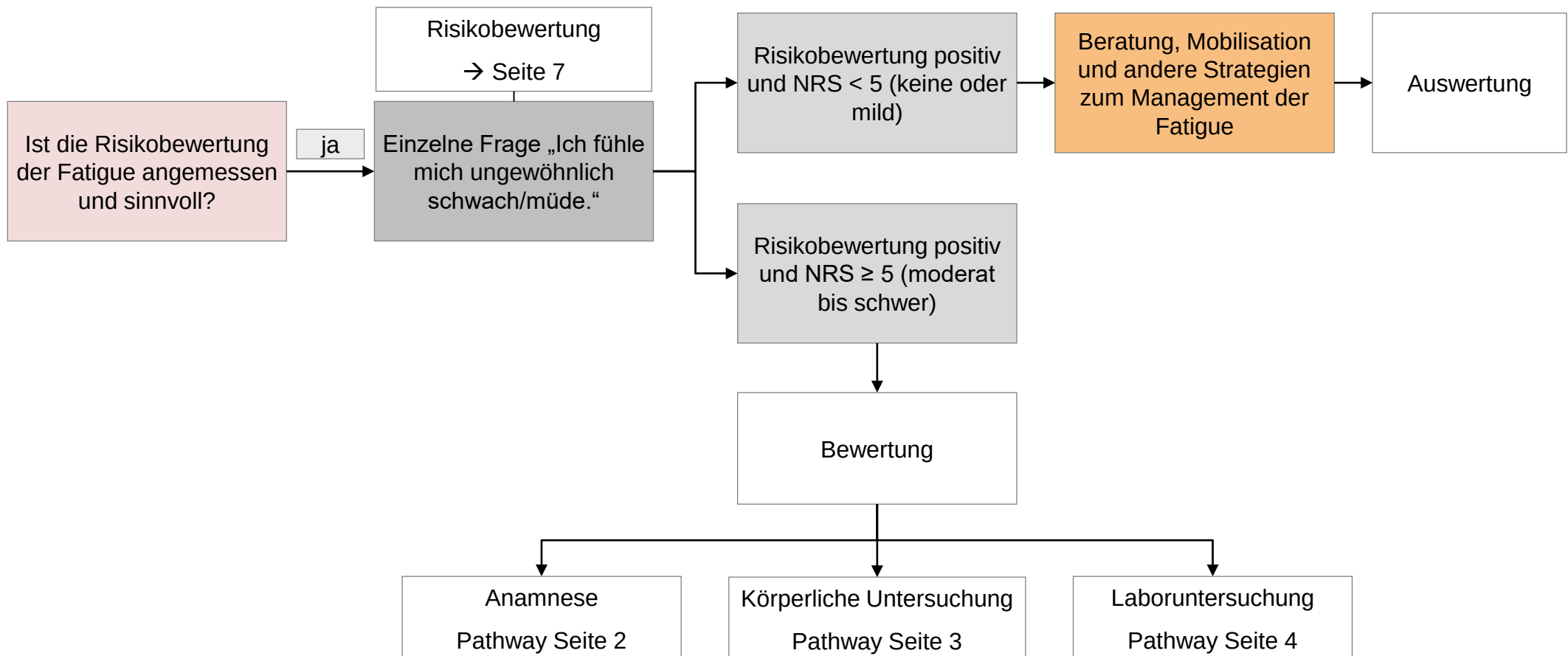
= Verweis

Abkürzungen

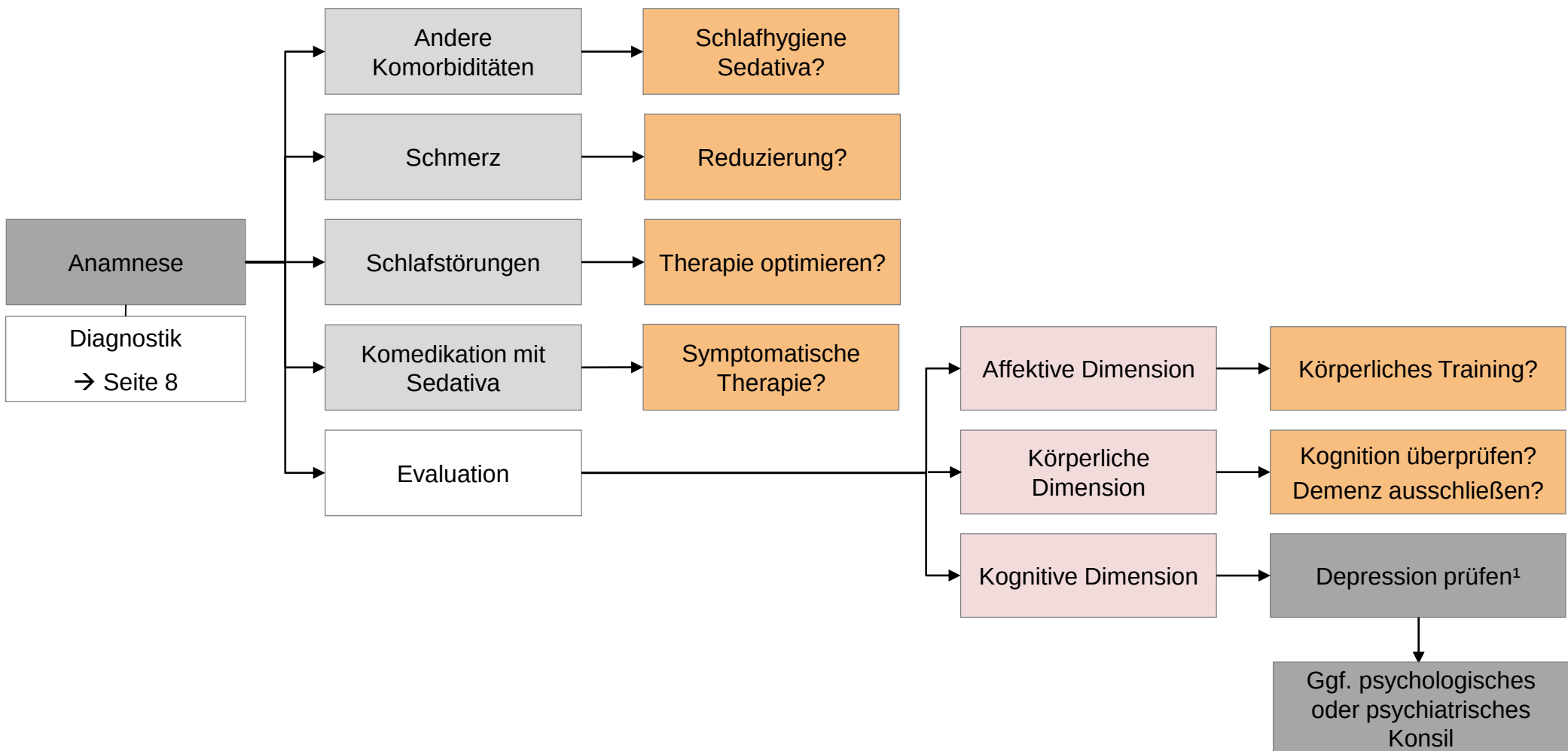
NRS	Numerische Ratingskala
------------	------------------------

VRS	Verbale Ratingskala
------------	---------------------

Pathway: Risikobewertung der Fatigue



Pathway: Anamnese

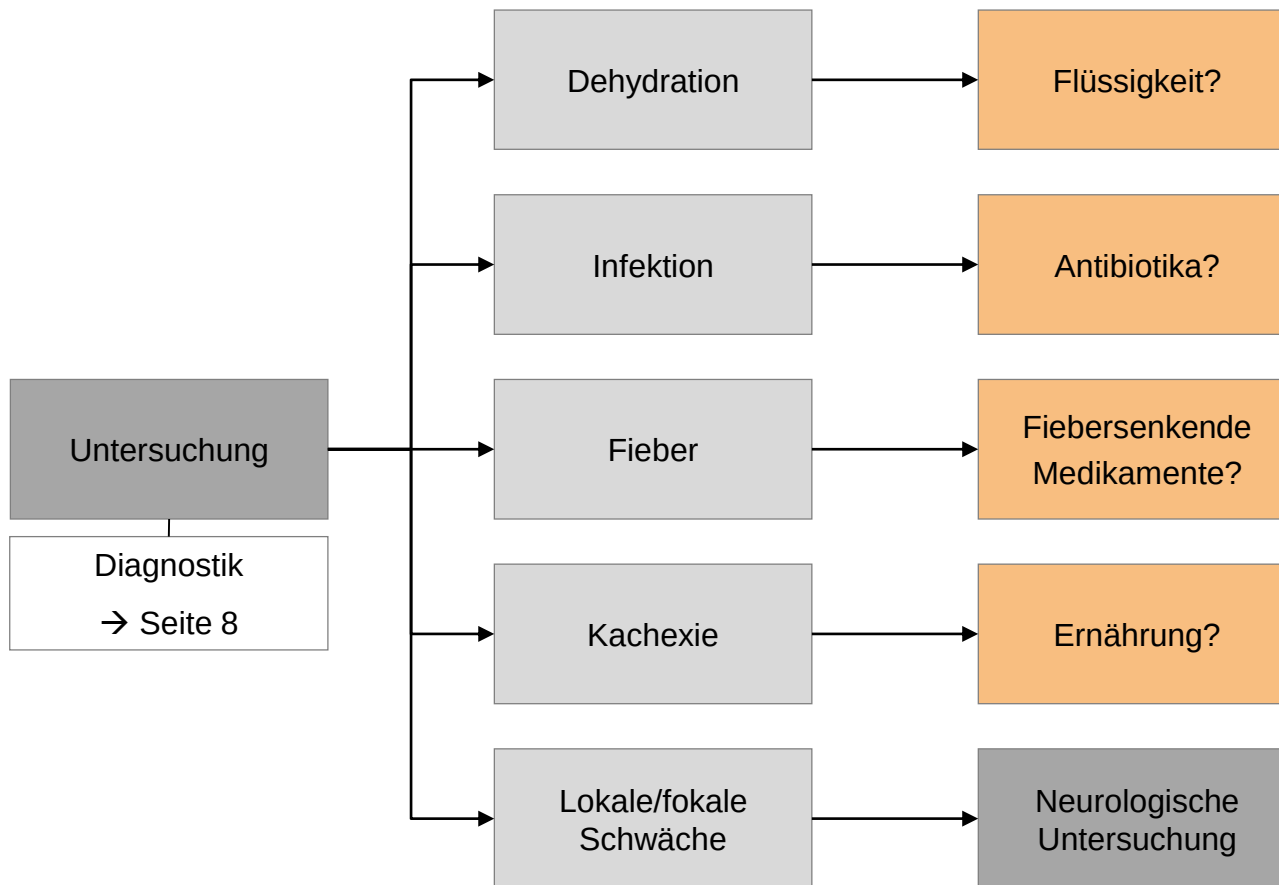


¹ 2-Fragen-Test:

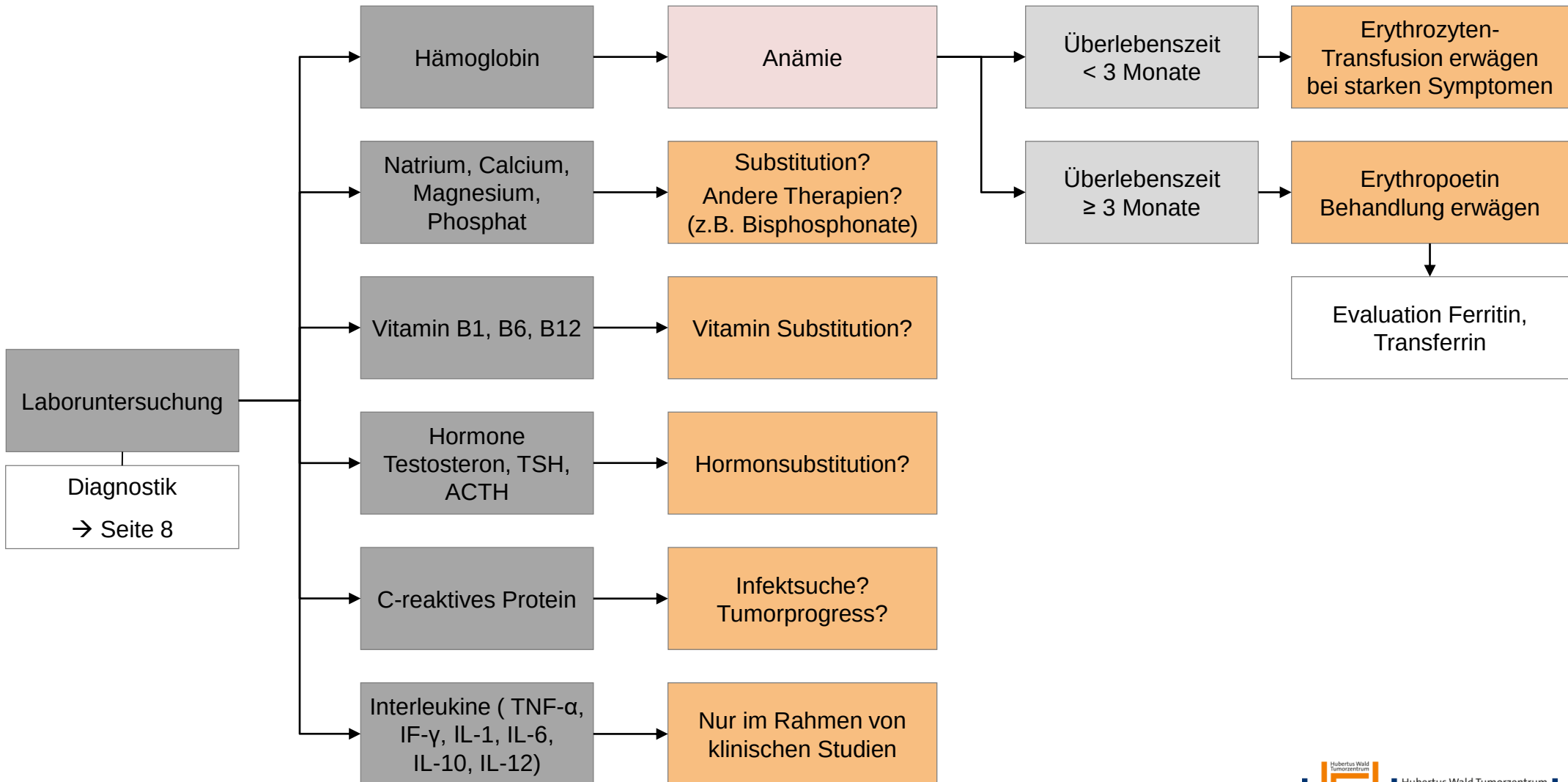
„Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos?“

„Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?“

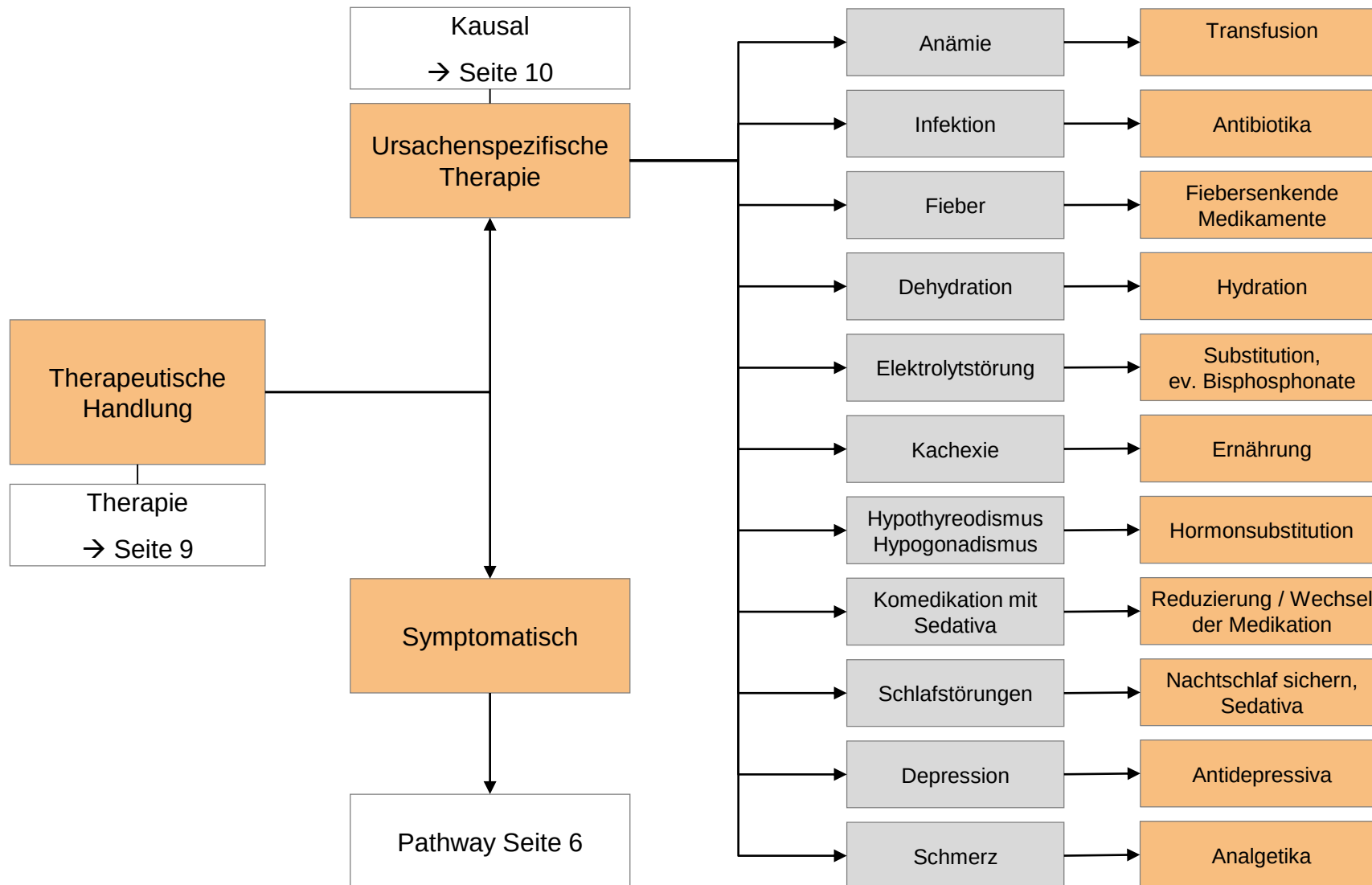
Pathway: Untersuchung



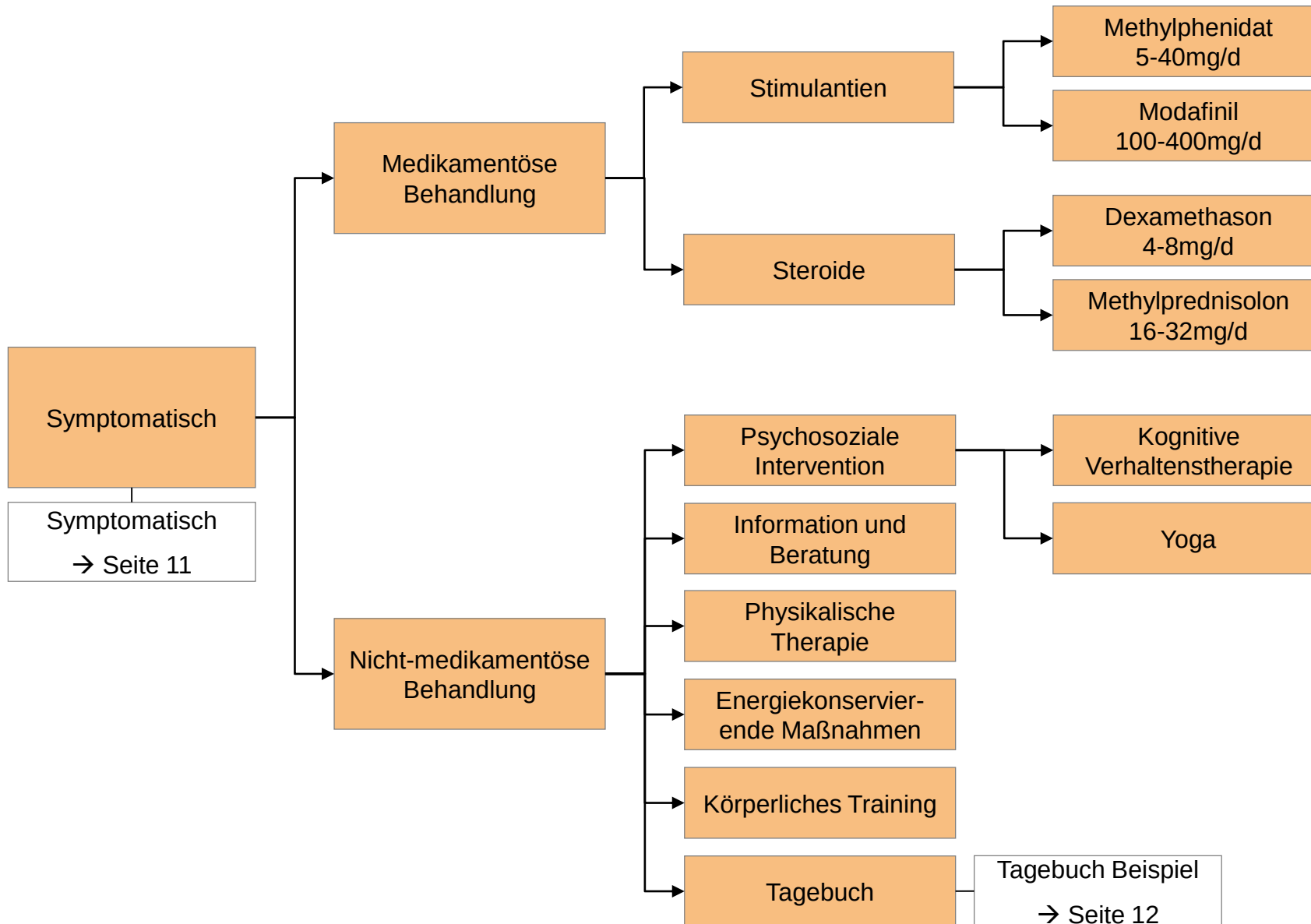
Pathway: Laboruntersuchung



Pathway: Therapeutische Handlung I



Pathway: Therapeutische Handlung II



Seite 7: Risikobewertung

1. Eine Risikobewertung kann nicht sinnvoll sein, wenn der Behandlungsschwerpunkt für den Patienten in einer kurativen Intention liegt, wenn der Patient bei fortgeschrittener Erkrankung unruhig oder agitiert ist oder wenn der Patient bereits in der Finalphase ist.
2. Als Screening ist ein einzelnes Item geeignet: „Ich fühle mich ungewöhnlich schwach/müde“.
3. Eine ausführliche Bewertung wird angeraten bei positiver Risikobewertung und mittlerer oder starker Intensität auf der Verbalen Ratingskala (VRS) oder >5 auf der Numerischen Ratingskala (NRS 0-10).
4. Bei positiver Risikobewertung und leichter Intensität (VRS) oder NRS <5 sollte eine Beratung und Steigerung der körperlichen Aktivität erfolgen.
5. Die Beratung umfasst Maßnahmen zur Steigerung der körperlichen Aktivität, zu Energieplanung (z.B. Tagebuch) und energiekonservierenden Maßnahmen (Tagesplanung, Delegation von Aufgaben) sowie eventuell weitere psychosoziale Behandlungsansätze (Psychoedukative Intervention, kognitive Verhaltenstherapie)

Seite 8: Diagnostik

1. Es stehen eine Reihe von validierten Fragebögen zur Erfassung von Fatigue zur Verfügung: Brief Pain Inventory, Fatigue Assessment Questionnaire, Functional Assessment of Cancer Therapy –Fatigue Scale, European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire – Fatigue und andere. Jedoch sind diese Instrumente für Patienten in der Palliativversorgung in der Regel zu umfangreich, so dass einfache Fragen nach der Intensität von Müdigkeit und Schwäche (“wie müde sind Sie”, “wie schwach sind Sie”) in der Routedokumentation ausreichen müssen.
2. Weitere Angaben zu Depression siehe SOP Depression
3. Weitere Angaben zu Kachexie siehe SOP Kachexie

Seite 9: Therapie

1. In der Finalphase kann Fatigue eine Abschirmung des Patienten vor Leid bewirken, und eine Behandlung von Fatigue kann deshalb in diesem Stadium unerwünscht sein. Das Erkennen des Zeitpunkts, an dem eine Behandlung von Fatigue nicht länger indiziert ist, ist deshalb wichtig.

Seite 10: Kausal

1. Bei der Behandlung von potentiellen Ursachen von Fatigue sollte Krankheitsstadium und Lebenserwartung berücksichtigt werden. Der potentielle Nutzen sollte in einem günstigen Verhältnis mit möglichen Belastungen und Komplikationen der kausalen Therapie stehen.

Seite 11: Symptomatisch

1. Die meisten Patienten mit Fatigue benötigen eine symptomatische Behandlung mit medikamentösen und nicht-medikamentösen Interventionen.
2. Die Studienlage zur Therapie mit Stimulantien ist widersprüchlich. Die Behandlung sollte als Therapieversuch erfolgen, mit regelmässiger Evaluation des Therapieerfolges. Der Therapieversuch sollte beendet werden, wenn der Patient durch Nebenwirkungen (Unruhe) zu stark belastet wird oder keine ausreichende Wirkung erzielt werden kann.
3. Die Therapie mit Corticosteroiden sollte mit einem initialen Therapiestoß erfolgen, danach sollte die Dosis schrittweise auf eine Erhaltungsdosis reduziert werden.
4. Nach mehreren Wochen Therapiedauer kann die Fatiguesymptomatik durch eine proximale Myopathie als Nebenwirkung der Steroide verstärkt werden. Die Corticosteroidtherapie sollte deshalb zeitlich begrenzt geplant werden.
5. Die medikamentöse Therapie sollte bei allen Patienten durch nichtmedikamentöse Maßnahmen begleitet werden.
6. Einbindung der Physiotherapie für leichtes körperliches Training (oder zumindest Mobilisation) ist notwendig.
7. Energieplanung (z.B. Tagebuch) und energiekonservierende Maßnahmen (Tagesplanung, Delegation von Aufgaben) sind sinnvoll.
8. Verhaltenstherapie und achtsamkeitsbasierte Verfahren (z.B. Yoga) können hilfreich sein.
9. Ausführliche Empfehlungen werden gerade für die S3- Leitlinie Palliativversorgung für Patienten mit Tumorerkrankungen (Teil 2) und für die überarbeitete Version der S3 Leitlinie Supportive Therapie erarbeitet.

Seite 12: Tagebuch Beispiel

Uhrzeit	Aktivität	Wie müde	Wie schwach	Kommentar
		0=kein, 1=leicht, 2=mittel, 3=schwer		

Quellenangaben

Hauptquellen:

- Berger AM, Mooney K, Alvarez-Perez A, Breitbart W, Carpenter K, Cella D, et al. NCCN Guidelines Version 1.2016 Panel Members Cancer-Related Fatigue. NCCN. 2016
- Radbruch L, Strasser F, Elsner F, Gonçalves JF, Løge J, Kaasa S, et al. Fatigue in palliative care patients -- an EAPC approach. Palliat Med. 2008 Jan;22(1):13–32.
- Mochamat, Cuhls H, Mücke M, Radbruch L: Non-pharmacological treatments for fatigue in advanced disease associated with palliative care: a systematic review (2017) in preparation
- Mücke M, Mochamat, Cuhls H, Peuckmann-Post V, Minton O, Stone P, et al. Pharmacological treatments for fatigue associated with palliative care. Cochrane Database Syst Rev. 2015;5:CD006788.
- Weis J, Horneber M: Cancer-related fatigue. Springer Healthcare, Tarpotray (2015)
- Escalante CP, Meyers C, Reuben JM, Wang X, Qiao W, Manzullo E, et al. A randomized, double-blind, 2-period, placebo-controlled crossover trial of a sustained-release methylphenidate in the treatment of fatigue in cancer patients. Cancer J Sudbury Mass. 2014 Feb;20(1):8–14.
- Yennurajalingam S, Frisbee-Hume S, Palmer JL, Delgado-Guay MO, Bull J, Phan AT, et al. Reduction of cancer-related fatigue with dexamethasone: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial in patients with advanced cancer. J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol. 2013 Sep 1;31(25):3076–82.
- Paulsen O, Klepstad P, Rosland JH, Aass N, Albert E, Fayers P, et al. Efficacy of methylprednisolone on pain, fatigue, and appetite loss in patients with advanced cancer using opioids: a randomized, placebo-controlled, double-blind trial. J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol. 2014 Oct 10;32(29):3221–8.
- Cramp F, Byron-Daniel J. Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. In: The Cochrane Collaboration, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012 [cited 2016 Oct 15]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006145.pub3>
- Horneber M, Fischer I, Dimeo F, Rüffer JU, Weis J. Cancer-Related Fatigue. Dtsch Arztebl Int. 2012;109(9):161–172.