

Onkologie 2022 · 28:931–936
<https://doi.org/10.1007/s00761-022-01182-z>
 Angenommen: 20. April 2022
 Online publiziert: 9. Juni 2022
 © The Author(s), under exclusive licence to
 Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2022



Depression in der Palliativmedizin

Jacqueline Schwartz¹ · Martin Neukirchen¹ · Beate Hornemann² · Jan Gärtner³ · Carolin Wolf⁴ · Michael Thomas⁵

¹ Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland

² Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden, Deutschland

³ Palliativzentrum Hildegard, Basel, Schweiz

⁴ Apotheke, Universitätsklinikum Erlangen, Erlangen, Deutschland

⁵ Internistische Onkologie der Thoraxtumoren, Thoraxklinik am Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

Infobox 1

SOP (Standard operating procedure) aus der Reihe „SOPs zur palliativen Versorgung von Patienten im Netzwerk der deutschen Comprehensive Cancer Center“, erstellt von der Arbeitsgruppe (AG) Palliativmedizin der von der Deutschen Krebshilfe geförderten CCC.

Die SOP Depression soll eine kurz gefasste Handlungsempfehlung darstellen, um Patienten mit V.a. eine Depression diagnostizieren und adäquat behandeln zu können. Wichtig ist dabei die Abgrenzung zu anderen häufig vorkommenden Belastungen wie z. B. Angst und Trauer und die individuelle Abstimmung der Therapie im Hinblick auf die Prognose der Patienten. Im Folgenden sind die Handlungsempfehlungen dargestellt (▣ Abb. 1, 2 und 3; ▣ Tab. 1).

Korrespondenzadresse

Dr. med. Jacqueline Schwartz
 Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin,
 Universitätsklinikum Düsseldorf
 Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf, Deutschland
jacqueline.schwartz@med.uni-duesseldorf.de

Datenschutz- und Nutzungsbedingungen. Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zur Zeit der Drucklegung der SOP entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle

heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollen bitte im allgemeinen Interesse der OL-Redaktion mitgeteilt werden.

Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische und therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

Die SOP ist in allen ihren Teilen urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmung des Urhebergesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der AG Palliativmedizin unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung der AG Palliativmedizin reproduziert werden. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung, Nutzung und Verwertung in elektronischen Systemen, Intranets und dem Internet.

Erstellt: J. Schwartz. Geprüft: M. Neukirchen, B. Hornemann, J. Gärtner, C. Wolf, M. Thomas.
 Erstellt: 14.04.2021, Gültigkeit bis: 13.04.2024.

S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.0, 2019



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

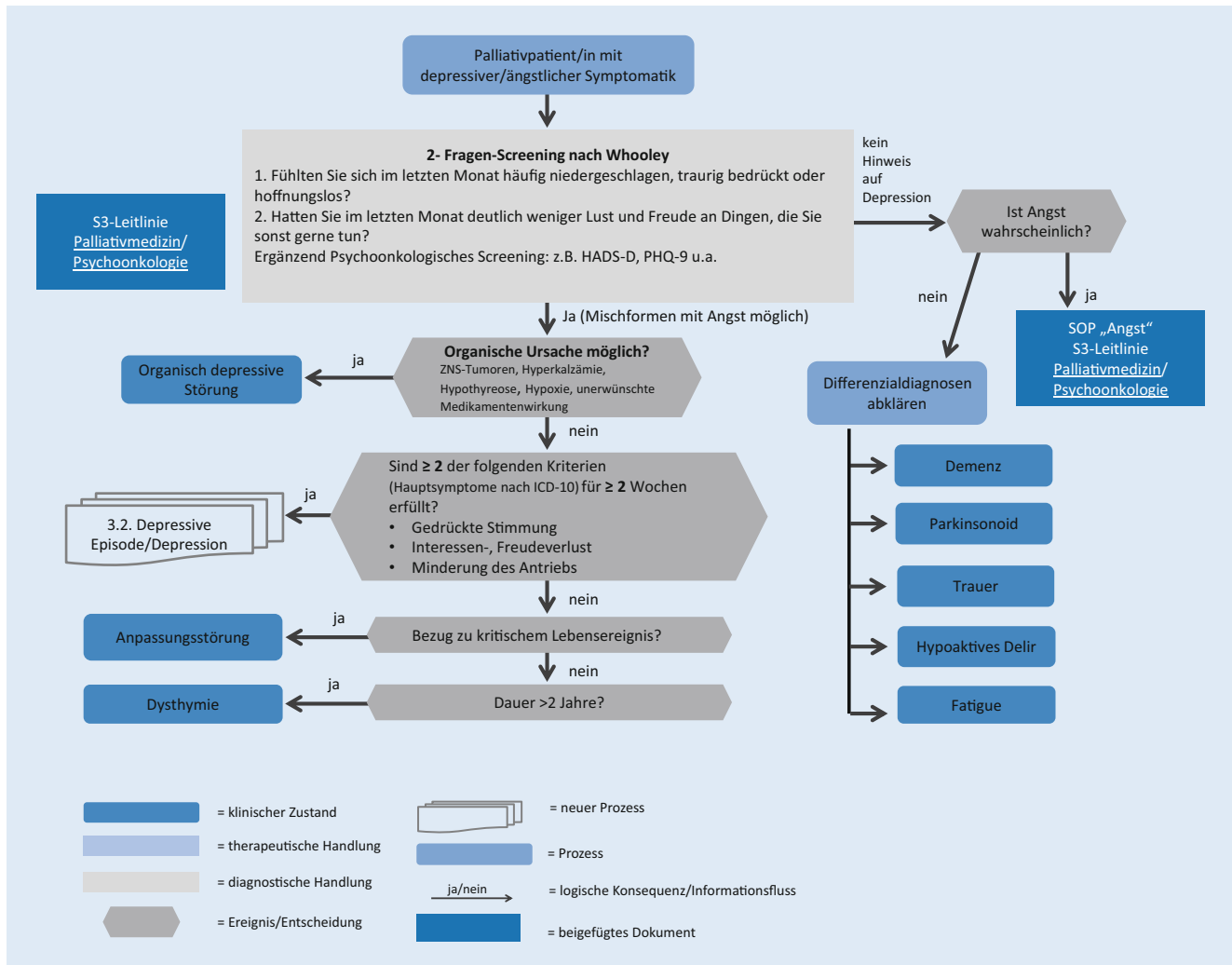


Abb. 1 ▲ Diagnostik I

Abkürzungen	
Abh.	Abhängig
b. Bed.	Bei Bedarf
Ggf.	Gegebenenfalls
HADS-D	Hospital Anxiety and Depression Scale Deutsch
HS	Hauptsymptom
i.v.	Intravenös
Kps.	Kapsel
Lsg.	Lösung
NaSSA	„Noradrenergic and specific serotonergic antidepressant“
NW	Nebenwirkungen
PHQ-9	Patient Health Questionnaire
p.o.	Per os
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SSNRI	„Selective serotonin-noradrenaline reuptake inhibitor“
SSRI	„Selective serotonin reuptake inhibitor“
Tbl.	Tablette
TZA	Trizyklisches Antidepressivum
u. a.	Und andere
z. N.	Zur Nacht



Galenus von Pergamon Preis

Michael Setzplandt

Galenus-von-Pergamon-Preis 2022 - die Kandidaten

Dostarlimab als erste Immuntherapie

Dostarlimab (Jemperli) von GlaxoSmithKline ist der erste Immuncheckpointinhibitor zur Therapie des schwer behandelbaren, rezidivierten oder fortgeschrittenen Endometriumkarzinoms mit Mismatch-Reparatur-Defizienz (dMMR) und hoher Mikrosatelliten-Instabilität (MSI-H). Es können hohe Ansprechraten induziert werden.

Indiziert ist Dostarlimab als Monotherapie für erwachsene Patientinnen mit rezidiviertem oder fortgeschrittenem Endometriumkarzinom mit dMMR/MSI-H, bei denen es während oder nach einer vorherigen platinbasierten Therapie zu einer Progression der Erkrankung kommt. Aufgrund des sehr hohen medizinischen Bedarfs bei dieser Indikation und der überzeugenden Wirksamkeitsdaten in der GARNET-Studie hat die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) eine bedingte Zulassung erteilt.

Bedingte Zulassung in der EU

In der multizentrischen, offenen Phase-I-Studie wurden Wirksamkeit und Sicherheit von Dostarlimab in mehreren Kohorten mit Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen soliden Tumoren untersucht. Darunter war eine Kohorte mit 129 Patientinnen mit rezidiviertem oder fortgeschrittenem dMMR/MSI-H-Endometriumkarzinom, die während oder nach einer platinbasierten Therapie eine Progression entwickelt hatten.

Diese Patientinnen, von denen 50% älter als 65 Jahre waren, erhielten 500 mg Dostarlimab alle drei Wochen für vier Zyklen, gefolgt

von 1.000 mg alle sechs Wochen in allen nachfolgenden Zyklen. Primäre Endpunkte der Studie waren die objektive Ansprechrate und die Ansprechdauer.

Objektive Ansprechrate von 43,5%

Nach einem medianen Follow-up von 16,3 Monaten betrug die objektive Ansprechrate unter Dostarlimab in der Kohorte mit dMMR/MSI-H 43,5%, wobei 10,2% dieser Patientinnen eine komplette Remission erreichten und 33,3% eine partielle Remission. Die mediane Ansprechdauer war noch nicht erreicht: 89,4% der Responderinnen waren zum Zeitpunkt des Datenschnitts im März 2020 weiter in Remission. 55,6% erzielten eine Krankheitskontrolle (d.h. eine komplette oder partielle Remission oder eine Stabilisierung).

Die Daten zum progressionsfreien Überleben (PFS) waren beim Datenschnitt ebenfalls noch unreif. In einer Subgruppe von 72 Patientinnen, die mindestens 13,5 Monate beobachtet worden waren, betrug das mediane PFS 12,2 Monate.

Therapiebedingte unerwünschte Wirkungen von Dostarlimab waren meist von Schwere-

grad 1 oder 2. Schweregrade ≥ 3 traten bei 13,2% der 129 Patientinnen auf. Dabei am häufigsten waren Anämie (3,9%) und erhöhte Lipasewerte (2,3%).

Infos zum Preis

Mit dem Galenus-von-Pergamon-Preis Deutschland werden seit 1985 jedes Jahr herausragende Arzneimittel-Innovationen ausgezeichnet, die in Deutschland auf den Markt gebracht worden sind. Zieldes von der Springer Medizin Verlag GmbH gestifteten Preises ist es, die pharmakologische Forschung für innovative Arzneimittel zu fördern. Vergeben wird der Galenus-von-Pergamon-Preis in den Kategorien „Primary Care“, „Specialist Care“ und „Orphan Drugs“. Über die Zuerkennung entscheidet eine unabhängige Expertenjury. Die Verleihung findet am 20. Oktober 2022 im Rahmen eines Festaktes in Berlin statt. (spg)

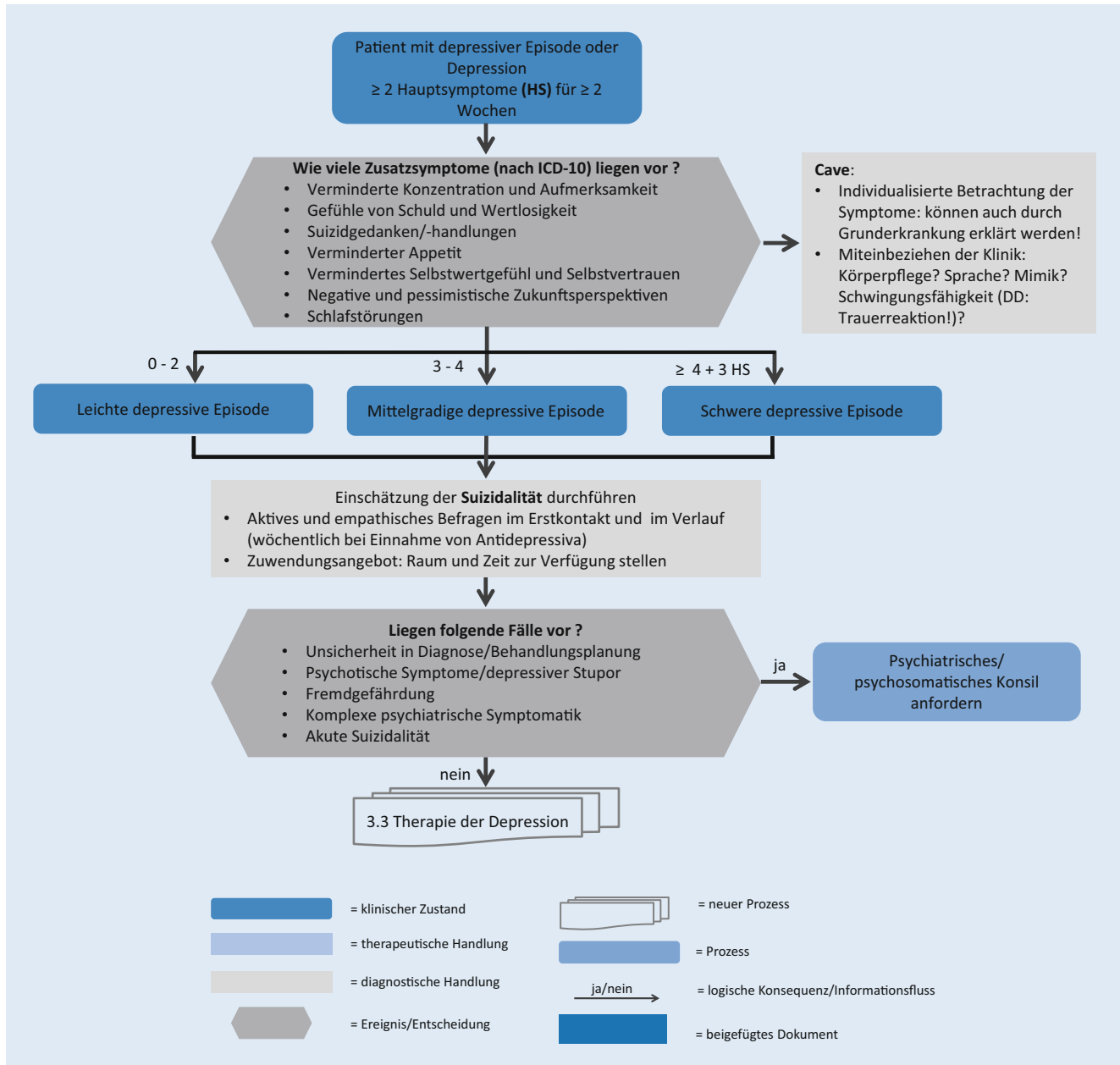


Abb. 2 ▲ Diagnostik II Depression [1, 2]

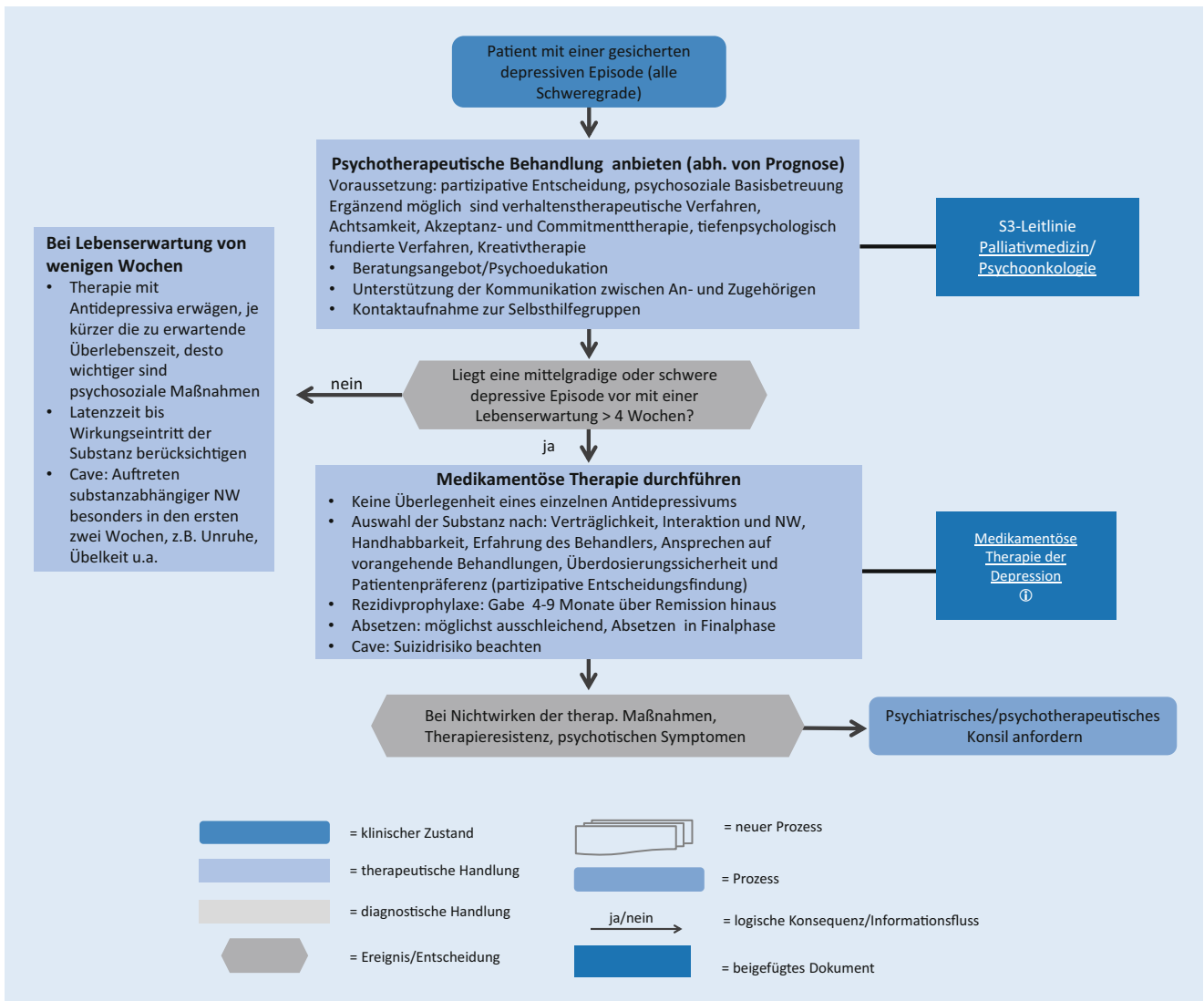


Abb. 3 ▲ Therapie der Depression [1, 2]

Tab. 1 Medikamentöse Therapie der Depression (Auswahl) [1–3]					
Antidepressivum (Auswahl)	Darreichung	Anfangsdosis	Tagesdosis	Bevorzugte Gabe	Hinweise
Citalopram (SSRI)	p.o./i.v.	10–20 mg	20–40 mg/d Max. 40 mg/max. 20 mg (Alter > 65, Leberinsuff.)	1-0-0	Aktivierend, NW: Unruhe/Übelkeit, Obstipation
Mirtazapin (NaSSA)	p.o. (Tbl., Schmelztbl.)	15 mg	15–45 mg/d	0-0-1	Sedierend (bereits ab 7,5 mg, dann aber ohne antidepressiven Effekt), appetitanregend
Sertralin (SSRI)	p.o.	50 mg	50–100 mg/d Max. 200 mg/d	1-0-0	Aktivierend, NW: Unruhe/Übelkeit
Amitriptylin (TZA)	p.o. (Tbl., Lsg.)	25–50 mg	75–150 mg/d (in Klinik bis max. 300 mg/d)	Hauptdosis abends	Bevorzugt b. neuropath. Schmerzen, NW: anticholinerg, sedierend
Duloxetin (SSNRI)	p.o. (Kps.)	60 mg	60–120 mg/d (kontraindiziert bei GFR < 30 ml/min)	1-0-0	Alternative zu Amitriptylin bei neuropath. Schmerzen, v.a. bei Älteren
Venlafaxin ret. (SSNRI)	p.o. (Tbl., Kps.)	37,5–75 mg	75–225 mg/d Max. 375 mg/d	1-0-0	–

SSRI Selective serotonin reuptake inhibitor, *p.o.* per os, *i.v.* intravenös, *NW* Nebenwirkungen, *Tbl* Tablette, *Lsg* Lösung, *Kps* Kapsel, *NaSSA* noradrenergic and specific serotonergic antidepressant, *TZA* Trizyklisches Antidepressivum, *SSNRI* selective serotonin-noradrenaline reuptake inhibitor, *GFR* glomeruläre Filtrationsrate, *d* day

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. J. Schwartz, M. Neukirchen, B. Hornemann, J. Gärtner, C. Wolf und M. Thomas geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

Verwendete Literatur

1. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.2, 2020, AWMF-Registernummer: 128/001OL, <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/> (abgerufen am: 13. Apr. 2021)
2. Bandelow B et al (2014) Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen (www.awmf.org/leitlinien.html)
3. Remi C, Bausewein C (2018) Arzneimitteltherapie in der Palliativmedizin, 3. Aufl. Urban & Fischer

Weiterführende Literatur

4. Andersen BL, DeRubeis RJ, Berman BS et al (2014) Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *J Clin Oncol* 32:1605
5. DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression*. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage. Version 5. 2015 [cited: 2021-04-13]. <https://doi.org/10.6101/AZQ/>

000364. www.depression.versorgungsleitlinien.de

6. Irwin S, Hirst J, Block S, Givens J, Friedman M UpToDate 9/2019. <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-anxiety-in-palliative-care>. Zugegriffen: 14.04.2021
7. S3 Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten, www.awmf.org/leitlinien.html, Version 1.1, Januar 2014
8. Schnell M, Schulz C (2019) Basiswissen Palliativmedizin, 3. Aufl. Springer, Berlin
9. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Lowe B (2006) A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med* 166:1092
10. Watson M, Lucas C, Hoy A, Wells J (2019) Oxford handbook of palliative care, 3. Aufl. Oxford University Press, Oxford