

# Palliative Strategie statt Operation in der Alterstraumatologie?

---



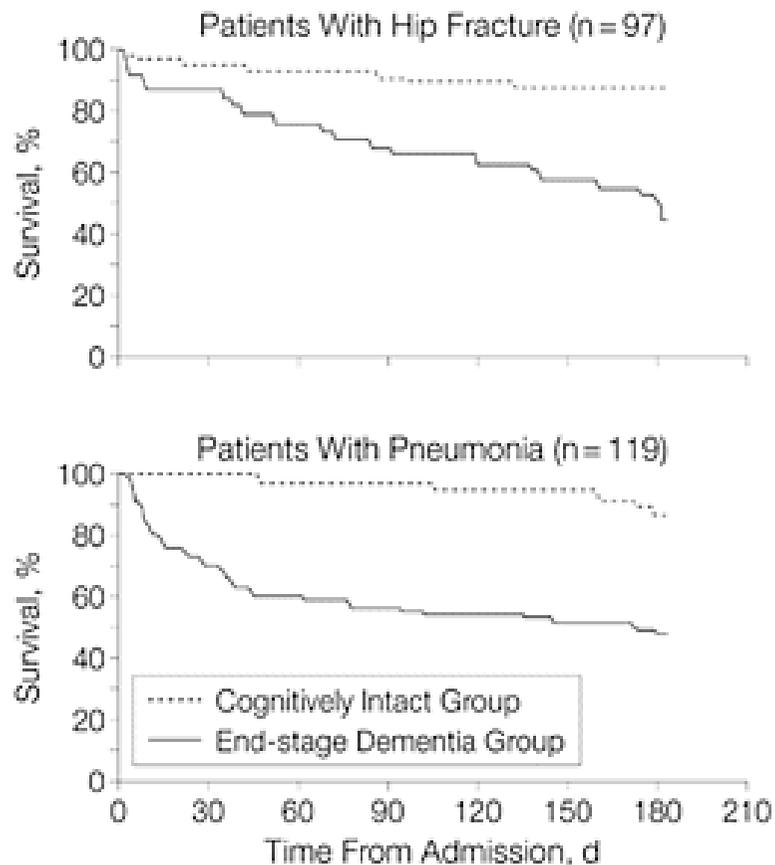
# Ausgangslage und -fragen

---

- Operative (frühe) Fixation einer Hüftfraktur bei Hochbetagten ist der Gold Standard
  - Frühe Mobilisation
  - Schmerzlinderung
  - Tiefere Mortalität
- Kaum Studien zum Management von Hüftfrakturen in Palliativsituationen wie fortgeschrittene Demenz, fortgeschrittene Krebserkrankungen
  - Ist die chirurgische Behandlung automatisch immer der adäquate Weg?
  - Woran messen wir die Outcome-Qualität?



# Morrison RS, Siu AL. JAMA 2000. Survival in end-stage dementia following acute illness



- Patienten mit Global Deterioration Scale 6-7
- Abhängig in allen ADL-Funktionen
- 6-Monats-Mortalität 55% nach Hüftfraktur (operiert)
- Keine Unterschiede im perioperativen Behandlungsprozedere im Vgl. zu kognitiv intakten Patienten
- Kein Einbezug von Palliative Care Teams (prä- und postoperativ)

# Warum sind bei Demenzpatienten palliative Strategien mitzudenken?

Table 3. Prevalence of Painful/Uncomfortable Procedures

Procedures	No. (%) of Patients Receiving Procedure			
	With Hip Fracture		With Pneumonia	
	Cognitively Intact (n = 59)	With End-Stage Dementia (n = 38)	Cognitively Intact (n = 39)	With End-Stage Dementia (n = 80)
Arterial blood gas measurement	15 (25)	12 (32)	6 (15)	9 (11)
Central line placement	2 (3)	1 (3)	2 (5)	4 (5)
Indwelling bladder catheter insertion*	33 (56)	23 (61)	4 (10)	46 (58)†
Intravenous catheter insertion (after admission)	44 (75)	31 (82)	32 (82)	65 (81)
Mechanical restraint use	1 (2)	12 (32)†	1 (3)	12 (15)‡
Nasogastric tube placement	1 (2)	1 (3)	0	4 (5)
Daily phlebotomy during ≥50% of hospital stay	33 (56)	27 (71)	19 (49)	36 (45)
Intravenous catheter present for entire hospital stay	24 (41)	25 (66)	25 (64)	44 (55)
Mechanical ventilation (not including that associated with general anesthesia)	1 (2)	0	0	2 (3)

\*Inserted at time of admission in pneumonia patients and 24 or more hours after surgery in hip fracture patients.  
 †P < .001.  
 ‡P = .04.

2.5 x weniger Opiate prä- und postoperativ

Nur 24% hatten fixe Schmerzmedikation!

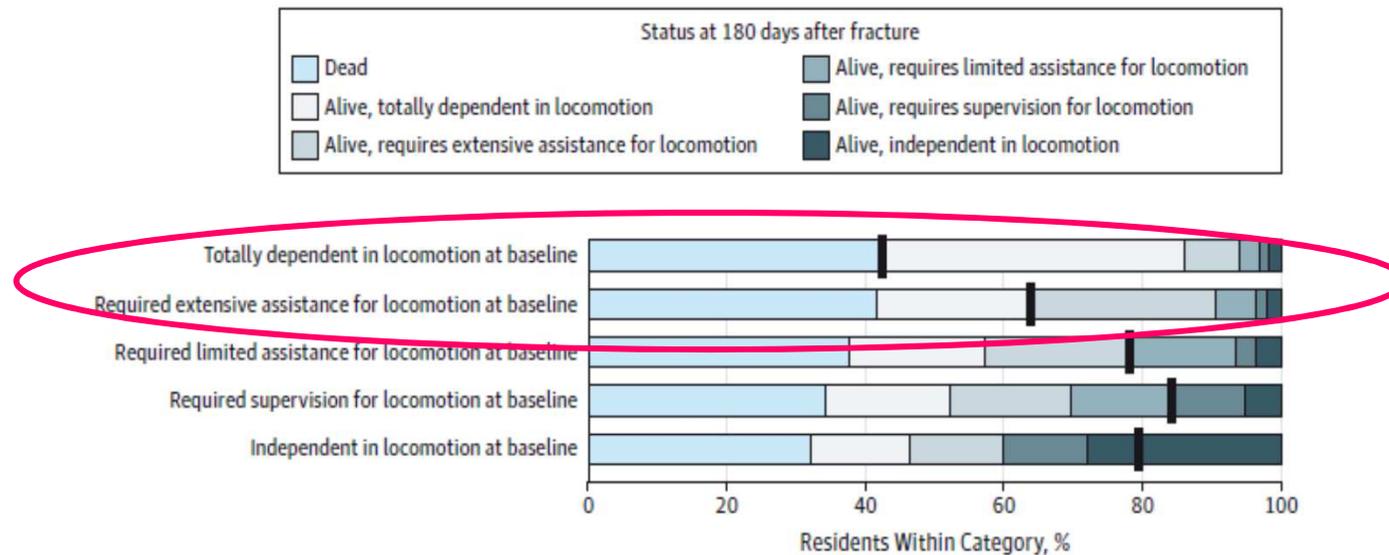
Keine Diskussion des "Goal of Care"

"These data suggest that advanced dementia is not viewed as a terminal diagnosis by physicians or families, perhaps because physicians and families may not be aware of the poor short-term prognosis for these patients."

Operations-Indikation immer richtig?  
 → Viele entsetzte Leserbriefe

# Abhängigkeit des Outcomes von Ausgangszustand

Figure 2. Survival to 180 Days and Within-Residents Changes in Locomotion Self-performance Among 59749 Nursing Home Residents Hospitalized With Hip Fractures Between July 1, 2005, and June 30, 2009

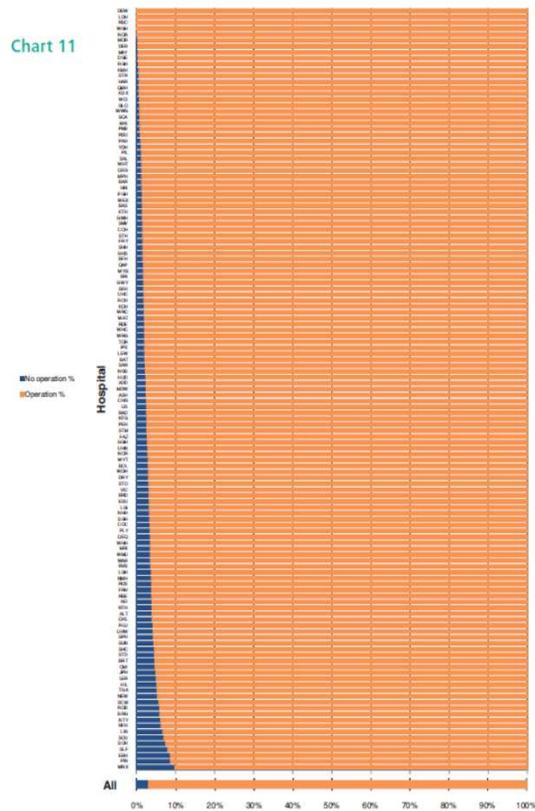


Neuman MD et al. JAMA Intern Med 2014 Survival and Functional Outcomes after Hip Fracture among Nursing Home Residents

# NHFD (National Hip Fracture Database) National Report 2010

## Patients treated without surgery

Chart 11



Copyright © The National Hip Fracture Database 2010. All rights reserved.

21

Very few hip fracture patients do not undergo surgery (Chart 11). However, very occasionally patients present with a fracture that is already healing; or are in such poor health that surgery would offer no benefits and an end of life care pathway may be preferable.

It is therefore encouraging that currently, only 3% of patients are having non operative treatment compared with 3.8% in the Preliminary National Report. However, the range varies from 0-10%. Hospitals having a high percentage of patients treated non-operatively should review their preoperative assessment process.



# Fortgeschrittene Demenz und Mortalität

Mitchell, Susan L. et al.: Dying with advanced dementia in the nursing home.  
Arch Intern Med 2013

---

- Patienten mit fortgeschrittener Demenz
  - Bei Eintritt haben die Pflegenden nur bei 1.1% mit dem Tod innert 6 Monaten gerechnet
  - Tatsächlich sind 71% in dieser Periode verstorben
  - Patienten mit fortgeschrittener Demenz wurden häufiger belastenden Interventionen zugeführt als Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen

→ Todesnähe wird bei fortgeschrittener Demenz vom Behandlungsteam und den Angehörigen zu wenig in Entscheidungsfindung einbezogen

# Wann operatives, wann konservatives Management?

---

- «Goal of Care» Approach (Waran E, William L. OMCR 2016)



- Goal of Care = functional ability: comprises the health related attributes that enable people **to be and to do what they have reason to value.** (WHO World Report on Ageing and Health 2018)

# Fallbeispiel 1

---

- Frau H. 91jährig
  - Mittelschwere Demenz
  - St. Nach CVI, Armschwäche re
- Sturz aus dem Bett
- die Patientin hat starke Schmerzen und ist immobil
- Assessment der LQ vor dem Sturz: mit dem Rollator durch die Abteilung fahren, essen, Besuche



Was tun?

---

# Und nun?

---



# Alternativen

1. Nur Schmerzmittel
  - Starke Analgetika notwendig
  - Bettlägrigkeit
2. Fremdmaterial entfernen
  - Weniger Schmerzen
  - Nur noch in Rollstuhl mobilisierbar
  - Kleines Operationsrisiko
3. Hüfttotalprothese
  - Grosses Operationsrisiko
  - Wieder volle Mobilität möglich



# Verlauf

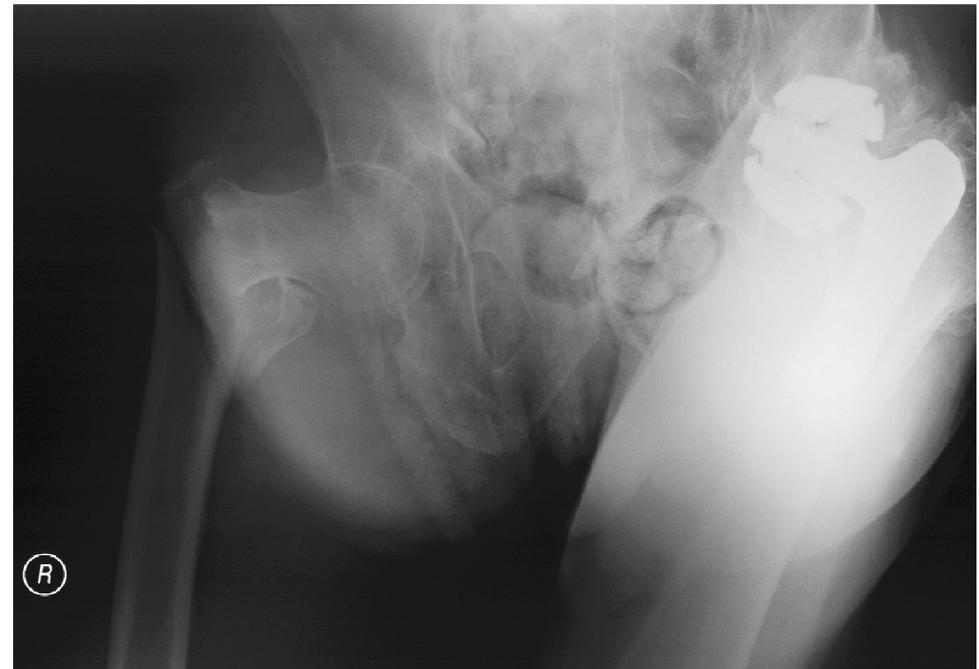
---

- Die Patientin ist am Rollator mobil und macht ihre täglichen Runden auf der Abteilung, geht mit dem Besuch ins Café.
- 3 Jahre später: akute Verschlechterung, Pneumonie, Patientin schluckt nichts mehr, ist somnolent. Nach Absprache mit Angehörigen Verzicht auf kurative Therapie, Pat. verstirbt innert 2 Tagen.

# Fallbeispiel 2

---

- Herr H. 75j.
- Diagnosen:
  - Schwere Alzheimerdemenz
  - St. Nach Hüft-TP li vor 6 Jahren
- ADL: völlig unselbständig, aber enormer Bewegungsdrang trotz Gehunfähigkeit und starker Kontrakturen
- Wirkt unglücklich, will ständig aufstehen
- Sturz aus Rollstuhl



# Abwägung Balance of Burden and Benefit



- Balance of Burden and Benefit:
  - Lebenserwartung so oder so massiv eingeschränkt
  - Operation: Stress, Delirrisiko, Komplikationen, keine Gehfähigkeit mehr möglich
  - Konservativ: Verbleiben in gewohnter Umgebung, wenig Stress, gute medikamentöse Schmerztherapie möglich
  
- Schmerztherapie mit Morphin sc (Perfusor), Mobilisation in Lehnstuhl möglich
  
- Todeseintritt nach 1 Woche

# Fazit

---

- Je schlechter die allgemeine Prognose, je fortgeschrittener die Demenz, umso besser muss die Indikation zur Operation begründet werden
- Das **Goal of Care** lässt sich nicht aus der Bildgebung herleiten: Gespräche mit Angehörigen, Betreuungsteam, ACP?
- Sterben in gewohnter Umgebung statt im perioperativen Setting ist ein gewichtiges Argument
- Der konsiliarische Beizug von Palliative Care Experten kann für die Entscheidungsfindung und das Schmerzmanagement sinnvoll sein