5 Kontrolle verschiedener Symptome

5.1 Probleme der Mundhöhle

Bernhard Uhl

5.1.1 Mukositis

Mundtrockenheit und Medikamente (Kortikosteroide, Antibiotika, Chemotherapeutika, insbesondere 5-Fluorouracil [5-FU] und Methotrexat [MTX]) sind die häufigsten Ursachen der Mukositis (WHO-Einteilung ▶ Tab. 5.1). Daneben spielen die Immunsuppression und Mangelerscheinungen (Vitamine, Anämie, Eiweißmangel) eine Rolle.

Zur Prophylaxe bei Risikopatientinnen sollten Verletzungen (z. B. durch zu harte Zahnbürsten) sowie Austrocknung vermieden werden. Zudem sind scharfe, saure und zu heiße Speisen meiden. Nikotin und Alkohol erhöhen das Risiko und beeinträchtigen den Heilungsverlauf. Glandomed-Lösung hilft sowohl in der Prophylaxe als auch bei der Therapie. Menthol- oder alkoholhaltige Spüllösungen (z. B. Salviathymol) sowie Kamillentee sind eher nicht geeignet, da sie die Mundschleimhaut reizen und austrocknen. Eine entsprechende Aufklärung zur Prophylaxe kann insbesondere bei Risikopatientinnen Leid ersparen.

Ein frühzeitiger Behandlungsbeginn ist durch eine gute Aufklärung der Risikopatientinnen über die Symptomatik und Notwendigkeit der Therapie anzustreben. Erste Maßnahmen sind die Intensivierung der Mundpflege und der Einsatz einer Spülung (▶ Tab. 5.2, ▶ Tab. 5.3) alle 2 Stunden für 2 Minuten. Eine ausreichende Schmerztherapie ist notwendig, um eine Gewichtsabnahme und Verschlechterung der Situation durch Mangelzustände zu vermeiden. Neben der Analgesie durch den Zusatz in der Spüllösung sind insbesondere bei Beteiligung des Ösophagus auch systemische Analgetika (evtl. auch Opioide) indiziert.

Rezepturen auf Basis der Herstellungsvorschriften unter http://www.mucositis.de [2].

Alternativ kann insbesondere bei radiogen bedingter Stomatitis Benzydamin (Tantum verde, 5 × /d mit 15 ml gurgeln) und zur Analgesie Anaesthesin-Pastillen eingesetzt werden. Antibakterielle Wirkung hat Chlorhexidin-Lösung. Eine virale Genese der Stomatitis wird mit Aciclovir (Creme 6 × /d und 5 × /d 200 mg oral für 5 Tage) behandelt. Salbeitee hat ebenfalls eine heilungsunterstützende Wirkung.

Tab. 5.1 WHO-Einteilung der Mukositis.

Grad	Symptomatik
I	Rötung und Wundgefühl
II	Ulzerationen (Aufnahme fester Nahrung nicht möglich)
III	fibrinöse Ulzerationen (Pseudomembranen, Ernährung nur flüssig möglich)
IV	massive Ulzeration und Inflammation (orale Nahrungsaufnahme nicht mehr möglich)

Tab. 5.2 Basisprophylaxe der Mukositis [1].

Aktion	Maßnahme
Zahnreinigung	weiche Bürste, jede Woche wechseln; Zahnseide vermeiden; keine aromatisierende Zahncreme
Mundspülung	nur Wasser; Wasser mit NaCl und Natriumbikarbonat (je einen Teelöffel auf einen Liter Wasser); Salbeitee; standardisierte Polymer-Bikarbonat-Lösung, z. B. Glandomed
Lippenpflege	Fettcreme oder Butter

Tab. 5.3 Therapie der Mukositis.

Mundprobleme	Zusatz zur Polymer-Bikarbonat-Lösung
beginnende Schleimhautrötung und beginnende Schmerzen im Mund	0,1 % Lidocain HCl oder 0,02 % Tetracain HCl
sehr starke Mundschmerzen	0,2 % Morphin HCl
bei Xerostomie (extreme Mundtrockenheit), wenn eine Restfunktion der Parotis besteht	0,05 % Pilocarpin HCl

aus: Uhl, Palliativmedizin in der Gynäkologie (ISBN 9783131716910) © 2014 Georg Thieme Verlag KG

5.1.2 Soor

Soor ist eine häufige Begleitinfektion oder auch Auslöser bei Problemen der Mundhöhle. Eine längere Antibiotikatherapie, Granulozytopenie unter Chemotherapie sowie eine Immunsuppression (z. B. durch Kortikosteroide) sind mögliche Ursachen. Es zeigen sich weißlich-gelbe Beläge, die bei Ablösung zu Blutungen, Rötungen oder Schwellungen führen. Diese sind nicht zu verwechseln mit Belägen, die durch fehlenden Abrieb bei Nahrungskarenz entstehen. Die Therapie kann mit Fluconazol-Suspension (50 mg/5 ml) erfolgen. Nach dem Spülen wird die Suspension geschluckt. Dosierung: Am 1. Tag 200–400 mg, dann 100–200 mg an den Folgetagen. Alternativ Moronal, 4 × /d 2–6 ml, oder Ampho-Moronal 4 × /d 1 ml (oder als Lutschtablette).

5.1.3 Mundtrockenheit

Ursachen der Mundtrockenheit sind eine verminderte Speichelsekretion, Erkrankungen der Mundschleimhaut (Soor, Mukositis), schnelles Verdunsten des Speichels (z. B. bei Fieber und Atmung mit offenem Mund), Nebenwirkung des Tumors bzw. seiner Metastasen, Nebenwirkungen von anticholinerg wirkenden Medikamenten (Opioide, Antidepressiva etc.), Flüssigkeitsmangel, Angst.

Zum Assessment gehören die Inspektion der Mundhöhle zum Erkennen von Ursachen und Folgen der Mundtrockenheit sowie das Erfragen von Vorlieben und Abneigungen der täglichen Mundhygiene (z. B. Abneigungen gegen bestimmte Mundpflegemittel).

Bei Mundtrockenheit sollte die Verweildauer von Flüssigkeiten im Mund erhöht werden. Dies ist z. B. durch gefrorene Flüssigkeiten gut möglich. Bei der Auswahl der Flüssigkeiten sollten die Vorlieben der Patientin erfragt werden. Auch Eiswürfel aus Campari Orange oder Bier sind machbar. Die Eiswürfel mit einem Hammer zerkleinern und bei bewusstseinseingeschränkten Frauen in eine Kompresse einwickeln und lutschen lassen. Die üblichen Glycerin-Stäbchen binden Wasser und wirken auf Dauer eher austrocknend. Der Speichelfluss kann mit sauren Bonbons, Zitronenölverdampfung mittels Aromalampe, sowie Hagebutten- oder Malventee angeregt werden. Pilocarpin HCl 0,05 % in einer handelsüblichen Polymer-Bikarbonat-Lösung (▶ Tab. 5.3) oder in Tablettenform (1 × 5 mg Pilocarpin) stimuliert ebenfalls die Speicheldrüsen. Die Erhöhung der Luftfeuchtigkeit mit einem Vernebler reduziert das Risiko der Austrocknung der Schleimhäute. Künstlicher Speichel kann z. B. mit 10 g Methylzellulose, 0,2 ml Zitronenauszug und 1 Liter Wasser hergestellt werden; Applikation 1 ml/h als Spray.

5.1.4 Dysphagie

Unter Dysphagie versteht man die Beeinträchtigung der oralen Nahrungsaufnahme. Störungen können im Bereich der Mundhöhle, des Pharynx und des Ösophagus auftreten. Die sorgfältige Untersuchung beginnt mit der Erfassung der Nahrungsaufnahme vom Teller zum Mund. Besteht hier eine Schwäche oder Unfähigkeit (Lähmung, Koordinationsstörung), kann die manuelle Nahrungsanreichung schon helfen. Die Inspektion der Mundhöhle und des Rachenraums gibt Hinweise auf eine behandlungsbedürftige Mukositis mit evtl. begleitender Ösophagitis. Durch eigene Beobachtung und Befragung der Patientin und der betreuenden Personen kann das Problem weiter eingegrenzt werden. Bestehen Schmerzen beim Schlucken, gibt es ein Fremdkörpergefühl, welche Speisenkonsistenz macht weniger Beschwerden beim Schlucken? Kommt es zu Aspiration?

Bei Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren kommen folgende Ursachen am ehesten in Betracht: Mukositis und Ösophagitis, medikamentös bedingte Dysphagie, neurologische Probleme bei Hirnmetastasen und Apoplex, große Lymphknotenmetastasen im Mediastinum, strahlenbedingt bei Radiatio des Mediastinums.

Je nach vermuteter Ursache erfolgt die weitere Diagnostik mittels Endoskopie, Bildgebung oder Videofluoroskopie des Schluckaktes. Insbesondere bei einer Verlängerung der oropharyngealen Transitzeit (OPT; Zeit vom Beginn der ersten Zungenbewegung bis zur letzten Kehlkopfbewegung; Erfassung, indem ein Finger unter das Kinn und ein anderer Finger an den Kehlkopf gelegt werden; OPT < 1 Sekunde ist normal) sollte ein Stimm- und Sprachtherapeut mit Spezialisierung auf Schluckbeschwerden hinzugezogen werden.

Die Behandlung der Ursache steht im Vordergrund (z. B. Mukositisbehandlung, Stenting einer Stenose im Ösophagus, evtl. Radiatio des Mediastinums). Zur Verbesserung der Situation können eine aufrechte Sitzposition und die Vermeidung der Kopfreklination beitragen. Die Speisen sollten ansprechend angereicht werden und eine schluckbare Konsistenz aufweisen (z. B. breiig). Eiswürfel

aus: Uhl, Palliativmedizin in der Gynäkologie (ISBN 9783131716910) © 2014 Georg Thieme Verlag KG

mit Geschmack (s. Kap. 5.1.3) sowie der Einsatz von Steroiden (Dexamethason 8–12 mg/d) wirken abschwellend. Dexamethason verbessert zudem die neurologische Situation bei perineuraler Tumorinvasion. Tritt innerhalb von 5 Tagen keine Wirkung ein, wird Dexamethason abgesetzt, um eine ungewollte Appetitsteigerung zu vermeiden. Ist eine orale Nahrungsaufnahme nicht möglich, ist die Anlage einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG) mit der Patientin, den Angehörigen und im Team zu diskutieren. Leider gibt es zu palliativmedizinischen Fragestellungen kaum Studien zur PEG. Die ethischen Fragen der Patientenautonomie, der Benefizienz (wird das Leben sinnvoll verlängert?), der Non-Malefizienz (Herauszögern eines Sterbeprozesses) und der Gerechtigkeit sind zu besprechen. Im Anorexie-Kachexie-Syndrom zeigt sich kein Vorteil durch eine PEG-Anlage. Bei reversiblen Schluckstörungen kann eine PEG zur Vermeidung des massiven Gewichtsverlusts hilfreich sein. Besteht ein Problem der Nahrungsaufnahme durch Koordinationsstörungen oder Lähmungen, ist die Nahrungsanreichung per Hand meist besser [3].

Präfinal besteht meist kein Hunger- oder Durstgefühl. Eine Intervention ist hier nicht sinnvoll. Wenn die Patientin durch Flüssigkeitsmangel in ein unruhiges Delir verfällt, kann Flüssigkeit subkutan gegeben werden.

5.2 Gastrointestinale Probleme

5.2.1 Appetitlosigkeit

Bernhard Uhl

Appetitlosigkeit gehört zu den häufigsten Symptomen von Tumorpatientinnen und ist eine der stärksten Prädiktoren für den Erkrankungsverlauf und die Überlebensprognose [4]. Die Ursachen der Appetitlosigkeit sind vielfältig: Probleme der Mundhöhle (s. Kap. 5.1), Übelkeit und Erbrechen, Stoffwechselstörungen, Geschmacksveränderungen (z. B. durch metabolische Veränderungen, Mangelerscheinungen wie Zinkmangel, Medikamente wie Zytostatika, Alter etc.) und psychisch-soziale Faktoren (Depression, Einsamkeit, Angst). Reicht die Nahrungsaufnahme nicht aus, kommt es zur Kachexie (= Gewichtsverlust > 2 % in 2 Monaten, oder Gewichtsverlust > 5 % in 6 Monaten) [5]. Anorexie ist die Unfähigkeit, zu essen.

Zum Assessment bei Appetitlosigkeit gehört die Dokumentation des Ernährungszustands, der Nahrungsaufnahme (Anzahl der Mahlzeiten, Menge, Uhrzeit), der Abneigungen, der notwendigen Hilfestellungen, der Probleme bei der Nahrungsaufnahme und die Beschreibung des Leidensdrucks für Patientin und Angehörige. Neben der ursächlichen Behandlung (z. B. Stomatitis-Behandlung) steht eine medikamentöse Appetitsteigerung zur Verfügung (▶ Tab. 5.4).

Der Gewichtsverlust im Rahmen des Anorexie-Kachexie-Syndroms ist mit einer erheblichen Morbidität und Mortalität verbunden. So ist die Gewichtserhaltung Ziel einer Ernährungsoptimierung. Tumorinduzierte metabolische Veränderungen führen jedoch zu einem suboptimalen Ergebnis. Proinflammatorische Zytokine durch tumorbedingte chronische inflammatorische Prozesse führen zu Gewichtsverlust durch Insulinresistenz mit Hyperglykämie und Eiweißverlusten. Das Ausmaß der Inflammationsreaktion korreliert mit der Nahrungsaufnahme, dem Gewichtsverlust und der Tumorprognose [6].

Ziel der Ernährung von Tumorpatientinnen sollte sein, einen Gewichtsverlust möglichst lange zu vermeiden. Die Kost sollte gut verträglich, schmackhaft, fettbetont und eiweißreich sein (Ernährungsberatung). Appetitbremser wie Depressionen, Angst und Schmerzen sind zu behandeln. Die Gabe von Indometacin 50 mg 2 × /d reduziert die systemische Inflammation und den Ruheener-

Tab. 5.4 Medikamentöse Appetitsteigerung.

Medikament	Dosierung	mögliche Probleme
Dexamethason	initial 4–12 mg morgens, schrittweise reduzieren	Übelkeit, Diabetes, Cushing-Syndrom
Megestrol	160–480 mg: Appetitsteigerung 800 mg: Gewichtssteigerung	Thromboembolierisiko
Cannabis	Startdosis 2,5 (–40) mg Tetrahydrocannabinol (THC) alle 6–12 h; individuelle Dosierung Cannabinol vernebelt wirkt besser als die orale Anwendung; auch bei Übelkeit	psychomimetische Nebenwirkungen, Fahrtüchtigkeit eingeschränkt bei Tumorpatienten weniger effektiv als Gestagene, daher Third-Line-Medikation

aus: Uhl, Palliativmedizin in der Gynäkologie (ISBN 9783131716910) © 2014 Georg Thieme Verlag KG

gieumsatz bei Tumorpatienten [7]. Muskeltraining mit einem festen Trainingsprogramm reduziert das Problem des Muskelverlusts und wirkt sich positiv auf die psychische Situation aus.

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin empfiehlt eine längerfristige parenterale Ernährung wenn folgende Kriterien erfüllt sind [8]:

- eine unzureichende orale oder enterale Ernährung
- eine erwartete Lebenszeit von mehr als 4 Wochen
- die mögliche Stabilisierung oder Verbesserung des Allgemeinzustands oder Parameter der Lebensqualität
- der Wunsch des Patienten

Bei refraktärer Kachexie sind Infusionslösungen allerdings nur selten hilfreich (außer bei Obstruktion; (s. Kap. 5.2.6).

Auch eine PEG sollte bei einem Anorexie-Kachexie-Syndrom nicht angeboten werden. Die Sondenernährung zeigt keinen Vorteil [9].

Das Symptom der Appetitlosigkeit und Anorexie wird von den Patientinnen dann häufig mit elementaren Problemen verbunden. Sätze, wie „ich kann mich nicht mehr richtig ernähren“ oder „ich habe Angst, zu verhungern“ sind nicht selten. Auch Angehörige haben Schwierigkeiten, die reduzierte Nahrungsaufnahme zu akzeptieren, insbesondere, wenn gut gemeinte Zuwendungen („ich habe dir dein Leibgericht gekocht“) abgewiesen werden. Angehörige und Patientin sollten darüber informiert werden, dass das Ritual Essensaufnahme von der lebensnotwendigen Nahrungsaufnahme getrennt werden sollte. „Du musst doch etwas essen“ meint eventuell „Es muss doch etwas getan werden“.

Das Angebot der Wunschkost und die Erlaubnis, nicht „essen zu müssen“ sind genauso hilfreich wie das Ausprobieren, was die Nahrungsaufnahme erleichtert (dünnflüssige Ernährung, passierte Kost, aufrechtes Sitzen beim Essen etc.). Ständige Gewichtskontrollen erhöhen nur den psychischen Druck. Insbesondere in der letzten Lebensphase wird die Aufmerksamkeit der Patientin und ihrer Angehörigen besser auf andere Schwerpunkte, wie Körperpflege, Spaziergänge und Gespräche gelenkt. Essen sollte nicht das zentrale Thema sein.

5.2.2 Singultus

Bernhard Uhl

Ursachen sind ein Vagus- oder Phrenicusreiz; meist durch eine Magenüberblähung. Bei gehäuftem Auftreten sollte nach Raumforderungen intrakraniell, am Hals oder im Mediastinum, subphrenisch (bildgebende Verfahren) oder toxischen und infektiösen Ursachen (Urämie, C-reaktives Protein [CRP]) gefahndet werden. Therapeutisch hilft eine Erhöhung des CO_2-Partialdrucks im Blut durch Rückatmung in eine Tüte. Medikamentös kann Haloperidol (Haldol 5–10 mg p. o. oder s. c.) zur zentralen Unterbrechung des Reflexes gegeben werden, alternativ Levomepromazin (Neurocil 10–25 mg p. o. oder 5–10 mg s. c., alle 8 h) oder Carbamazepin (Tegretal 200 mg p. o. 3 × /d).

5.2.3 Übelkeit /Erbrechen

Bernhard Uhl

Übelkeit und Erbrechen ist ein häufiges Symptom bei Tumorpatientinnen im fortgeschrittenen Stadium [10].

Negative Wirkungen auf das Brechzentrum können haben:

- Psychischer Stimulus (Kortex), z. B. Angst, Schmerz, Stress, antizipatorisch vor einer Chemotherapie.
- Bewegungsstimulus (vestibulär).
- Chemische Ursachen (Chemorezeptortriggerzone), z. B. Zytostatika, Opioide, Digitalis, Non-steroidal anti-inflammatory Drugs (NSAID), Antibiotika (z. B. Erythromycin), Östrogene, Theophyllin, Carbamazepin, metabolische Ursachen (z. B. Urämie, Hyperkalzämie → oft Ganzkörperschmerz, Hyponatriämie), Infektionen, Tumortoxine.
- Gastrointestinale Probleme (N. vagus), z. B. Magenentleerungsstörung durch Tumor oder Aszites, Ileus, Obstipation. Therapie bei gastrointestinaler Obstruktion siehe Kap. 5.2.6.
- ZNS-Pathologie, z. B. Hirnmetastasen, Meningeosis carcinomatosa. Intrakranielle Raumforderungen können strahlentherapeutisch oder in seltenen Fällen auch operativ angegangen werden. Im Vordergrund steht meist die Symptomkontrolle. Hier sind Risiken, Nebenwirkungen und Lebensqualitätsgewinn sehr genau mit der Patientin abzuwägen.

aus: Uhl, Palliativmedizin in der Gynäkologie (ISBN 9783131716910) © 2014 Georg Thieme Verlag KG

Die Erfassung der Symptomschwere erfolgt (insbesondere zur Therapiekontrolle) über Fragebögen (z. B. MIDOS, ▶ Abb. 8.7, oder HOPE). Da ein erheblicher Leidensdruck besteht, steht die symptomatische Therapie mit Antiemetika im Vordergrund. Die langfristige Therapie versucht neben dem körperlichen Aspekt auch den psychischen, sozialen und spirituellen Bereich anzusprechen. Hierzu gehören Essen in angenehmer Atmosphäre, kleine und häufigere Mahlzeiten, Vermeidung unangenehmer Essensgerüche, psychische Entspannungstechniken, Kunsttherapie. Schon die beruhigende Anwesenheit einer helfenden Person wirkt positiv. Nach dem Erbrechen erhöhen reinigende Maßnahmen, wie Mundspülung, Reinigung von Händen, Mund und Gesicht, Entfernung des Erbrochenen und Wechsel verunreinigter Wäsche das Wohlbefinden der Patientin. Die Auswahl des Antiemetikums erfolgt nach vermuteter Rezeptorenbeteiligung. Häufig sind 2 Medikamente notwendig. In der akuten Phase ist die orale Gabe wenig Erfolg versprechend und sollte vermieden werden. Die rektale oder parenterale Gabe ist sicherer. Besteht über 3 Tage eine Symptomkontrolle, kann auf eine orale Applikationsform gewechselt werden.

Je nach Rezeptorwirkung werden folgende Antiemetika unterschieden:

Prokinetika

Metoclopramid (MCP, z. B. Paspertin) wirkt als 5-HT_4-Agonist am Plexus myentericus (→ Acetylcholinfreisetzung → Stimulation der Peristaltik), gleichzeitig blockiert es die Dopaminrezeptoren in der Chemorezeptorentriggerzone und im unteren Gastrointestinaltrakt. Insbesondere bei gastrointestinaler Ursache ist Metoclopramid Mittel der 1. Wahl. Bei Übelkeit durch Opioide oder NSAID mindestens 30 Trpf. (12 Trpf. = 1 ml = 4 mg MCP) verabreichen. Problem: extrapyramidale Nebenwirkungen (Spätdyskinesien) insbesondere bei hoher Dosierung. Als Gegenmittel hilft 1 Amp. Biperiden (Akineton) i. v.

MCP-Dosierung: oral 10–20 mg alle 6 h; s. c. 40–100 mg/24 h. Anmerkung: MCP-Trpf. sind seit 4/2014 vorübergehend vom Markt genommen. Alternativ MCP-Tabletten kleinmörsern und auflösen.

Domperidon (Motilium) ist nur oral verfügbar, hat aber ein geringeres Risiko für extrapyramidale Nebenwirkungen. Dies ist insbesondere interessant, wenn andere Medikamente gegeben werden, die dieses Risiko ebenfalls erhöhen (z. B. bei Morbus Parkinson).

Domperidon-Dosierung: 10–20 mg alle 6–8 h.

5-HT_3-Antagonisten

5-HT_3-Antagonisten blockieren die 5-HT_3-Rezeptoren des Gastrointestinaltrakts und der Chemorezeptorentriggerzone. Hierzu gehören Ondansetron (Zofran; 8 mg alle 8–12 h p. o. oder i. v., alternativ Zofran Zydis lingual Schmelztabletten), Tropisetron (Navoban; 5 mg i. v.) und Granisetron (Kevatril; 2 mg i. v.; bis zu 3 × 3 mg/d i.v).

Cave

5-HT_3-Antagonisten: Vorsicht bei eingeschränkter Darmperistaltik, da diese zusätzlich gehemmt wird.

Neuroleptika

Neuroleptika haben eine breit gefächerte antiemetische Wirkung, da sie an mehreren Rezeptoren gleichzeitig wirken. Die Dosierung ist niedriger als in der antipsychotischen Therapie und damit weniger sedierend. Einsatz besonders bei metabolischen und chemischen Ursachen, sowie bei gastrointestinaler Obstruktion.

Haloperidol-Dosierung (z. B. Haldol): 0,5–1 mg alle 8 h oral oder 5 (–20) mg/24 h s. c.

Levomepromazin (z. B. Neurocil): breites Wirkspektrum durch Wirkung an verschiedenen Rezeptoren, einschließlich der 5-HT_2-Rezeptoren des Brechzentrums. Dosierung: oral 1–5 mg alle 8 h; s. c. 2,5–10 mg/24 h.

Antihistaminika

Antihistaminika blockieren den H_1-Rezeptor im Brechzentrum und Vestibularzentrum und wirken sedierend.

Dimenhydrinat (z. B. Vomex). Dosierung: oral 50–100 mg alle 6–8 h; s. c. 100–200 mg/24 h; Suppositorien 150 mg alle 6–8 h.

Promethazin (z. B. Atosil). Dosierung: 2 × 1 Tbl. oder 3 × 20–30 Trpf.; nur wenn andere Maßnahmen nicht möglich sind oder nicht geholfen haben.

Dexamethason

Dexamethason wirkt abschwellend, z. B. intrakraniell bei Hirnmetastasen oder bei gastrointestinaler Obstruktion. Zudem wirkt es auf den zerebra-

aus: Uhl, Palliativmedizin in der Gynäkologie (ISBN 9783131716910) © 2014 Georg Thieme Verlag KG

len Kortex und verstärkt die Wirkung der 5-HT_3-Antagonisten.

Dosierung: oral 2–8 mg/24 h; s. c. 2–12 mg/24 h.

Weitere, auf den zerebralen Kortex wirkende Medikamente

Lorazepam (z. B. Tavor) 0,5–1 mg alle 8 h; als Expidet auch sublingual wirksam.

Cannabis: sehr individuelle Dosierung; Tetrahydrocannabinol (THC) z. B. Dronabinol Tropfen: 2,5–40 mg alle 6–12 h.

5.2.4 Diarrhoe

Bernhard Uhl

Häufigste Ursachen einer Diarrhoe sind Antibiotika, Laxanzien, magnesiumhaltige Antazida, Zytostatika (z. B. 5-FU), NSAID, Eisen, Diuretika, orale Antidiabetika, Obstipation (paradoxe Diarrhö), Tumor, Malabsorption (z. B. nach Darmresektion) und Strahlenkolitis.

Die Rehydrierung der meist dehydrierten Frauen steht neben der Stuhlregulation im Vordergrund. Dann erfolgt weitere Diagnostik, einschließlich der mikrobiologischen Untersuchung des Stuhls.

Die Rehydrierung erfolgt entweder mit WHO-Lösung (2 g Salz und 50 g Zucker in 1 Liter Wasser) oder per Infusion mit Ringerlösung und Glukose 5 %ig. Evtl. sind bei anhaltender Diarrhoe bis zu 8 Liter in 24 Stunden zur Rehydrierung notwendig. Ein guter Anhalt ist die Urinproduktion mit regelmäßiger Miktion. Bei massiver Diarrhoe kann ein Analtampon oder ein Fäkalienkollektor angeboten werden. Zur Ernährung werden Zwieback, Toast und Reis als Kohlenhydrate empfohlen, sowie geriebener Apfel und lang gekochte Karotten. Milchprodukte sollten gemieden werden.

Symptomorientierte Medikation:

- Opiumtinktur 5–20 Trpf. (ggf. alle 4 h)
- Loperamid 1–2 Kps. nach jedem Stuhlgang (max. 6 Kps. = 12 mg)
- absorbierende oder adstringierende Medikamente
  - Kaoprompt-H Suspension (Kaolin + Pektin); 60–120 ml nach jedem Stuhlgang
  - Kohle-Compretten 2–4 Tbl. 3–4 × /d
  - Backhefe ½ Esslöffel/d
- Saccharomyces boulardii (z. B. Perenterol) 3 × 2 Kps./d
- Octreotid (z. B. Somatostatin) als Therapieversuch bei therapierefraktärer Diarrhoe [11]

Falls eine Ursache diagnostizierbar ist, erfolgt die ursachengerechte Therapie:

- Darmresektion in der Vorgeschichte:
  - Ileumresektion (→ Gallensäuren reizen das Kolon): Cholestyramin (z. B. Quantalan) 3–4 Beutel/d; ggf. Dosis steigern (max. 24 g = 6 Beutel); Ranitidin oder Pantoprazol zur Prophylaxe von Sodbrennen
  - Blinde Schlinge mit bakterieller Überwucherung: Tetrazyklin oder Metronidazol über 2–4 Wochen
- Fistel zwischen Blase und Kolon oder Rektum:
  - Harnableitung suprapubisch oder transurethral
  - Desmopressin (100–400 µg oral oder 10–40 µg als Nasenspray) vor dem Schlafen zur Reduktion der nächtlichen Urinproduktion (nur bei unauffälliger Nierenfunktion)
- Antibiotikainduzierte Diarrhoe (→ Clostridium difficile durch Toxinnachweis im Stuhl sichern):
  - Metronidazol 3 × 400 mg oral
  - Vancomycin 4 × 250 mg oral (z. B. Vancomycin Enterocaps)
- Strahlentherapie:
  - ASS 300 mg 6 × /d, Steigerung bis 4 g/d; Risiko der gastrointestinalen Blutung!
  - Lactobacillus acidophilus als Probiotika im Handel erhältlich
  - 5-HT_3-Antagonisten; z. B. Ondansetron (z. B. Zofran) 4–8 mg oral oder s. c.
  - Bestrahlung im kleinen Becken: Colifoam-Schaum rektal 1–2 × /d
- Pankreasinsuffizienz (→ Steatorrhoe): 2–8 Kps. Kreon
- Obstipation (→ paradoxe Diarrhoe durch bakterielle Zersetzung des Darminhalts oberhalb der Darmobstruktion durch Kotsteine; evtl. sind harte Kotballen abdominal – meist links unten – oder rektal tastbar): abführende Maßnahmen (s. Kap. 5.2.5)

5.2.5 Obstipation

Bernhard Uhl

Weniger als 3 Stuhlgänge pro Woche sollten beachtet werden. Die Obstipation ist eine häufige Nebenwirkung der Opiattherapie (hier sollte die Gabe eines Laxans bereits prophylaktisch erfolgen und ist rezept- und erstattungsfähig). Aber auch Elektrolytstörungen (Hyperkalzämie, Hypokaliämie), Flüssigkeitsmangel, Bewegungsmangel, zu wenig Ballaststoffe zur Wasserbindung und Medika-

aus: Uhl, Palliativmedizin in der Gynäkologie (ISBN 9783131716910) © 2014 Georg Thieme Verlag KG

mente (anticholinerg wirkende Medikamente wie Opiate und Antidepressiva; sowie andere Medikamente) kommen als Ursache infrage.

Symptome sind Unwohlsein, Völlegefühl, kolikartige Schmerzen, Gefühl der unvollständigen Entleerung, Blähungen, Übelkeit und Erbrechen und ggf. auch eine paradoxe Diarrhoe (s. Kap. 5.2.4). Es besteht das Risiko der kompletten Obstruktion und des Ileus.

Die Obstipation stellt nicht selten eine erhebliche psychische Belastung für die betroffenen Frauen dar. Eine erniedrigte Stuhlfrequenz bei fortgeschrittener Erkrankung ist hingegen normal. Hier sollten die Patientinnen beruhigt werden.

Allgemeine Maßnahmen sind ausreichende Flüssigkeitszufuhr, Medikamentenwechsel (kann auch im Sinne einer Opiatrotation in der Schmerztherapie hilfreich sein), ballaststoffreiche Ernährung (nur mit ausreichender Flüssigkeitszufuhr und nicht bei V. a. stenosierende Problematik), angenehme Atmosphäre zur Stuhlentleerung (Begleitung zur Toilette statt Toilettenstuhl im Mehrbettzimmer). Ausschluss einer mechanischen Obstruktion, Korrektur des Elektrolythaushalts und Behandlung anderer Ursachen, z. B. Schmerzen beim Stuhlgang durch Analfissur oder Tumor (rektale Untersuchung obligat), Depression, Hypothyreose etc. Helfen können auch Kolonmassage, abführende Säfte (Sauerkraut, Pflaumen, Rhabarber).

Cave

Vorsicht bei der Gabe von Quellmitteln wie Weizenkleie oder Flohsamen. Bei Flüssigkeitsmangel oder stenosierendem Prozess besteht die Gefahr der Obstruktion.

Laxanzien wirken meist gut und können als Dauertherapie eingesetzt werden. Probleme der Langzeittherapie spielen bei Palliativpatientinnen eher keine Rolle. Die benötigte Menge muss meist individuell austitriert werden. Die Kombination zweier verschiedener Wirkgruppen wirkt oft besser. Bei einer Koprostase ist die digitale Ausräumung des Rektums oder des Stomas unter Sedierung mit Midazolam oft nicht zu umgehen. Alternativ kann der Versuch mit Macrogol 2 Beutel in 250 ml alle 6 h über 1–3 Tage unternommen werden.

Medikamentöse Therapie der Obstipation:

- Osmotische Laxanzien sind insbesondere bei der Opiattherapie Mittel der 1. Wahl. Wirkung über vermehrte Wasserbindung und damit mechanische Reizung des Darms.
  - Macrogol (z. B. Movicol): 1–3 Beutel in 125 ml Flüssigkeit pro Beutel. Das Einhalten der notwendigen Trinkmenge (ohne die es evtl. zu einer obstipierenden Wirkung kommt) ist manchmal ein Problem
  - Laktulose: 10–20 ml. Mittel der 2. Wahl wegen der häufigen Blähungen
- Stimulierende Laxanzien sind Mittel der 2. Wahl. Diese sollten bei gastrointestinaler Obstruktion nicht gegeben werden.
  - Natriumpicosulfat (z. B. Laxoberal): 10–40 Trpf.
  - Bisacodyl (z. B. Dulcolax): 10 mg = 2 Dragees oder 1 Suppositorium
- Mittel der 3. Wahl sind Klistiere, z. B. Microklist mit Sorbit oder hohe Einläufe mit Darmrohr
- Als Ultima Ratio:
  - 30–100 ml Gastrografin (jodhaltig, daher vorher TSH bestimmen!)
  - Neostigmin (z. B. Prostigmin) 1–3 mg/d in 100 ml Glukose 5 % i. v. (mechanische Obstruktion muss sicher ausgeschlossen sein)

Praxistipp

Vorgehen bei therapieresistenter opioidinduzierter Obstipation

- Opiatrotation
- Zugabe von Naloxon (10 % der Morphinäquivalentdosis; max. 5 mg alle 8 h). Es gibt entsprechende Zubereitungen; z. B. Targin (Oxycodon/Naloxon)
- ggf. Methylnaltrexon (Relistor):
  - verändertes Naloxon (Opiatantagonist)
  - passiert nicht die Blut-Hirn-Schranke → zentrale Opioidwirkung bleibt erhalten
  - Dosierung 0,4 mg/kg Körpergewicht s. c.
  - Wirkung nach 30–60 min; oder evtl. gar keine Wirkung
  - **Cave:** bei bestehendem Perforationsrisiko steigt dieses an
  - Gabe jeden 2. Tag; andere Laxanzientherapie bleibt bestehen
  - (teuer)

aus: Uhl, Palliativmedizin in der Gynäkologie (ISBN 9783131716910) © 2014 Georg Thieme Verlag KG

5.2.6 Gastrointestinale Obstruktion

Bernhard Uhl

Eine gastrointestinale Obstruktion und konsekutiver Ileus (häufigste Todesursache beim Ovarialkarzinom) treten meist in der Endphase maligner Erkrankungen mit Peritonealkarzinose auf. Symptome sind abdominale Schmerzen, gespanntes Abdomen und Miserere. Die Unterscheidung zur Obstipation (z. B. stuhlgefülltes Rektum, typische Risikofaktoren für Obstipation, Stuhlanamnese) ist wichtig.

Zur Minderung des Erbrechens kann zunächst eine Magensonde gelegt und bei unvollständiger Obstruktion hochdosiert (bis zu 60 mg als Einmaldosis; 60–240 mg in 24 h) MCP s. c. oder i. v. gegeben werden. Da MCP die Peristaltik anregt, kann es zu einer Verstärkung der Schmerzsymptomatik kommen. Dann kann ggf. ein Opioid gegeben werden (opiatnaive Patientin: 30 mg/d Morphin oder Äquivalent oral oder s. c.); bei Koliken Butylscopolamin (Buscopan) i. v., Metamizol 4 g/d und 30 mg/d Morphin s. c. (wirkt am Plexus myentericus und submucosus anticholinerg → Reduktion der Motilität und Sekretion, Steigerung der Rückresorption).

Alle Medikamente wirken wegen der fehlenden Resorption meist nur parenteral. Viele Medikamente sind für die subkutane Gabe nicht zugelassen. Zugelassen für die subkutane Gabe sind:

- Buscopan: Entspannung der glatten Muskulatur; initial 40–80 mg/d, maximal 120 mg/d
- Novaminsulfon: viszerale Schmerzen; 1000–6 000 mg/d
- Haloperidol: Übelkeit; 5–20 mg/24 h
- Alternativ bei Übelkeit: Dimenhydrinat (Vomex) 150 mg rektal oder 100–200 mg s. c.
- Dexamethason: 8–16 mg s. c. bewirkt eine Abschwellung des peritumoralen Ödems (Reduktion der Passagebehinderung) und wirkt antiemetisch

Cave

Da es sich oft um einen funktionellen und mechanischen Ileus handelt, sind Peristaltika bei V. a. eine vollständige Obstruktion wegen der Perforationsgefahr kontraindiziert.

Im Ultraschall sind gestaute Darmschlingen mit Pendelperistaltik erkennbar, die Abdomenübersicht zeigt im Röntgen die typische Spiegelbildung. Wichtig ist die frühzeitige richtige Einschätzung der Entwicklung in Richtung Ileus, um evtl. das Vollbild des akuten Abdomens zu verhindern. Weitere belastende Diagnostik ist nur bei einer möglichen therapeutischen Konsequenz (Operation oder Stenting) sinnvoll.

Ist die Obstruktion unvollständig, kann ein Versuch mit stimulierenden Laxanzien, z. B. Bisacodyl (u. a. Dulcolax) oder Natriumpicosulfat (u. a. Laxans) in Kombination mit MCP die Entwicklung eines vollständigen Ileus abwenden.

Bei einer vollständigen Obstruktion, die nicht durch eine lokale Blockade, welche operativ (oder im Bereich des Magenausgangs oder Duodenums durch Stenting) zu entlasten wäre, bedingt ist, steht die Sekretreduktion und Ruhigstellung des Darms im Vordergrund. MCP muss abgesetzt werden. Als Medikation kommen Glycopyrroniumbromid (Robinul; Anticholinergikum) 0,2 mg s. c. 3 × /d, Octreotid (z. B. Sandostatin) 100 µg s. c. 3 × /d in Frage. Zur Reduktion der Darmperistaltik und Analgesie sollte ein parenterales Opiat subkutan oder transdermal eingesetzt werden (bei opiatnaiven Patientinnen Morphin 10–20 mg/d s. c.). Alternativ kann auf ein transdermales System (Durogesic) gewechselt werden.

Cave

Bei vollständiger gastrointestinaler Obstruktion sind Laxanzien kontraindiziert! Ggf. absetzen.

Auf Wunsch kann eine weitere orale Ernährung erfolgen. Dies wird von manchen Frauen trotz Erbrechen gewünscht. Zur Sekrethemmung des Magens kann Ranitidin als subkutane Dauerinfusion gegeben werden. Zur Entlastung und Vermeidung von Erbrechen ist eine Magensonde (belastend) oder alternativ eine Entlastungs-PEG möglich.

Auch die Zufuhr von Nährstoffen muss mit der Patientin ausführlich besprochen werden. So sehen die einen den Ileus als Beginn des Sterbeprozesses und wünschen nur noch die Symptomreduktion und parenterale Flüssigkeitszufuhr, andere erwarten noch eine komplette parenterale Ernährung, z. B. mit Nutriflex. Unter dem Regime mit Sekrethemmung, Entlastungsableitung, Opiatgabe und parenteraler Ernährung ist eine Lebensspanne von Wochen und Monaten trotz Ileus möglich. In Zusammenarbeit mit einem Palliativmediziner

aus: Uhl, Palliativmedizin in der Gynäkologie (ISBN 9783131716910) © 2014 Georg Thieme Verlag KG

und einem palliativmedizinischen Pflegedienst, idealerweise im Rahmen einer SAPV, ist die Betreuung ambulant möglich. Ist die Symptomatik des Ileus nicht beherrschbar und unerträglich, ist auch die palliative Sedierung als Option im Team und mit der Patientin und den Angehörigen zu diskutieren.

Fallbeispiel

B

Frau W. (55 Jahre) kommt 2008 wegen ständigen Erbrechens und Gewichtsabnahme zur Aufnahme. Die Diagnostik ergibt ein ossär metastasierendes Mammakarzinom mit Peritonealkarzinose und Duodenalstenose. Die Duodenalstenose als Ursache des Erbrechens und der Gewichtsabnahme wird operativ durch eine gastrointestinale Anastomose umgangen. Danach ist eine normale Ernährung möglich und die Patientin erreicht wieder ihr normales Gewicht. Unter mehrfacher Chemotherapie und antihormoneller Therapie kommt es zur Remission und zu einer guten Lebensqualität. Die Patientin macht mehrere Reisen, u. a. auch Kreuzfahrten. 2011, also nach 3 Jahren, kommt es zum massiven Tumorprogress mit Lebermetastasierung und in den Spinalkanal einwachsender Wirbelmetastase. 3 Monate später kommt es aufgrund der Peritonealkarzinose zum funktionellen Ileus mit schwallartigem Erbrechen. Vor Ausbildung eines akuten Abdomens bekommt die Patientin zur Sekrethemmung Glycopyrroniumbromid (Robinul) 0,2 mg und Octreotid (Sandostatin) 100 µg s. c.; beides 3 × /d. Die bereits zur Schmerztherapie begonnene Opiatgabe wird auf 75 µg Fentanyl (Durogesic) und Morphin (MSI) 10 mg s. c. bei Bedarf gesteigert. Die Patientin ist mit der bestehenden Lebensqualität zufrieden und wünscht bis zu einer eintretenden Verschlechterung die parenterale Ernährung. Es erfolgen Gespräche über die Verlegung in ein Hospiz. Dies wird von der Patientin aber erst einen Monat später bei zunehmender Verschlechterung des Allgemeinzustands gewünscht. Gleichzeitig erfolgt der gemeinsame (Patientin, Familie, Team) Entschluss zum Verzicht auf die weitere parenterale Ernährung. Nach Verlegung ins Hospiz werden die Schmerztherapie und die sekrethemmende Therapie fortgesetzt. Die Flüssigkeitsgabe erfolgt subkutan. 2 Wochen später verstirbt Frau W.

5.2.7 Aszites

Sabine I. Schnohr

Die häufigste Ursache für malignen Aszites ist die Peritonealkarzinose. Bei malignem Aszites handelt es sich um ein Exsudat im Gegensatz zum Transsudat bei Herz-, Leber- und Nierenerkrankungen. Tumoren, die häufig mit Aszitesbildung einhergehen sind das Ovarial- und das Mammakarzinom neben den gastrointestinalen Tumoren.

Klinisch imponieren ein Blähbauch bis Subileussymptomatik, deutliche Zunahme des Bauches, Übelkeit, Appetitlosigkeit, abdominelle Schmerzen und Luftnot.

Die Diagnostik erfolgt durch Palpation und Auskultation des Abdomens (undulierende Welle) sowie Sonografie (▶ Abb. 5.1). Wie auch beim Pleuraerguss sollte das Punktat immer zytologisch untersucht werden.

Nach Ablassen des gesamten Aszites ist eine Instillation von Zytostatika möglich. Folgende Medikamente stehen zur Verfügung:

- Mitoxantron 30 mg absolut
- Cisplatin 70 mg/m²
- Carboplatin 250 mg/m²
- Bleomycin 30–60 mg absolut
- 5-FU 1000–1500 mg/m²
- Interferon, Interleukin, Tumornekrosefaktor (TNF-α): hohes Nebenwirkungspotenzial!
- Catumaxomab (Removab) d1 10 µg, d3 20 µg, d7 50 µg, d10 150 µg

Abb. 5.1 Aszitesnachweis mittels Sonografie.

aus: Uhl, Palliativmedizin in der Gynäkologie (ISBN 9783131716910) © 2014 Georg Thieme Verlag KG

Mit dem trifunktionalen Antikörper Catumaxomab steht erstmals eine zielgerichtete Behandlung zur Verfügung, die direkt die Aszitesbildung hemmt [12], [13]. Dadurch wird das Punktionsintervall deutlich verlängert, was wiederum zur Verbesserung der Lebensqualität beiträgt. Als Ko-Medikation sollten immer Analgetika/Antipyretika eingesetzt werden. Die Erfahrungen sind gut, insbesondere auch bei multimorbiden Patientinnen, die eine Chemotherapie nicht tolerieren oder nicht wünschen.

Nach Gabe von Cisplatin und Mitoxantron erfolgt die Spülung des Bauchraums mit angewärmter Kochsalzlösung (hohe Eiweißbindung der Zytostatika).

Praxistipp

Praktische Vorgehensweise bei Entlastungspunktion
Rückenlagerung der Patientin, unter sonografischer Kontrolle nach Lokalanästhesie Legen des Trokarsystems (z. B. Cystofix) und Ablassen aller Flüssigkeit, Instillation des ausgewählten Medikaments. Bei der Applikation von Catumaxomab empfiehlt sich die Verwendung eines Systems, das längere Zeit verbleiben kann, z. B. AszitesPlus (nach Schlotmann, Fa. Peter Pflugbeil GmbH). Nach Entlastungspunktion und lokaler Applikation von Zytostatika oder Catumaxomab kann im Intervall auch eine palliative systemische Therapie erwogen werden.

Merke

- Bei Aszites ist bei quälender Symptomatik eine Entlastungspunktion notwendig.
- Ursache: Peritonealkarzinose. Behandlung: Instillation von Zytostatika oder Antikörpern.
- Neben der lokalen kann auch eine systemische Wirkung und Toxizität auftreten.
- Bei ausreichender Leberfunktion ist eine Albumingabe nicht notwendig.
- Eiweißreiche Kost ist bei fortgeschrittenem Karzinom dennoch zu empfehlen.

5.2.8 Rektovaginale Fistel, Kloakenbildung

Sabine I. Schnohr

Offene Verbindungen zwischen Darm und Scheide können sowohl tumorbedingt als auch therapiebedingt sein. Fortgeschrittene Rektum- und Sigmakarzinome können in die Scheide einwachsen wie umgekehrt auch Vaginal- und Uterusmalignome in den Darm. Wenn therapiebedingt eine Tumorrückbildung eintritt oder ein fortschreitender nekrotischer Tumorzerfall einsetzt, kann eine Fistel resultieren. Auch nach Strahlentherapie der genannten Karzinome können Fisteln auftreten. Folge ist eine Wind- und Stuhlinkontinenz mit ständigem Stuhlabgang durch die Scheide. Von einer Kloake (▶ Abb. 5.2) spricht man, wenn – bedingt durch Defekte in Blase, Ureter und/oder Urethra – zusätzlich noch Urin über die Scheide abläuft. Erschwerend kommt oft eine enorme Geruchsbelästigung hinzu.

Für die Patientin stellen diese Situationen eine massive Beeinträchtigung der Lebensqualität und eine erhebliche psychische Belastung dar. Die Teilnahme am sozialen Leben ist stark eingeschränkt bzw. unmöglich. Oft ist eine vollständige Isolation die Folge, was jedoch unbedingt vermieden werden muss. Die Betreuung dieser Patientinnen ist eine enorme Herausforderung, da eine kausale Besserung der Situation oft nicht möglich ist. Nach

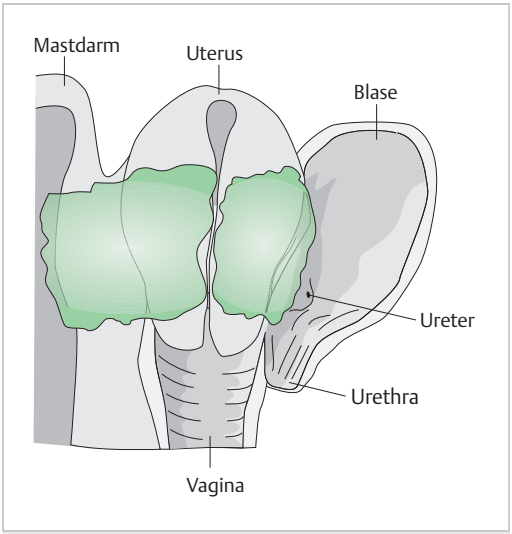

Abb. 5.2 Schematische Darstellung einer Kloake.

aus: Uhl, Palliativmedizin in der Gynäkologie (ISBN 9783131716910) © 2014 Georg Thieme Verlag KG

Diagnostik einschließlich Koloskopie, Zystoskopie, CT und Kontrastmitteluntersuchungen muss eine sorgfältige Prüfung kausalchirurgischer Möglichkeiten erfolgen. In der Regel sind diese jedoch nicht gegeben. Dann sollten Maßnahmen zur „Trockenlegung“ wie die Anlage eines Stomas und/oder die perkutane Nephrostomie erwogen werden. Gleichzeitig muss auf eine kontinuierliche lokale Pflege geachtet werden. Intravaginal können Estrogen- sowie Dexpanthenolsalben zur Anwendung kommen. Für die Vulva sollten zusätzlich fett- und harnstoffhaltige Cremes sowie zinkhaltige Emulsionen oder Pasten Anwendung finden. Bei massivem Fluor wäre eine mikrobiologische Untersuchung ratsam, um gezielt antibiotisch oder antimykotisch behandeln zu können. Daneben sollten Antiinfektika wie Leukase als Kegel oder Puder, Hexiditin (Vagi-Hex) und Dequaliniumchlorid (Fluomycin) intravaginal die Therapie ergänzen. Zur Geruchsreduktion eignet sich sehr gut Metronidazol oral, intravaginal oder als Spray aus Infusionslösung sowie Chlorophyll (Stozzon Chlorphyll-Dragees). Neben all diesen Maßnahmen ist eine liebevolle, empathische Begleitung der Patientin und ihrer Angehörigen ein wesentlicher Punkt der Betreuung.

Merke

Die Ausbildung einer rektovaginalen Fistel oder einer Kloake ist eine erhebliche Belastungssituation für Patientin und Angehörige.
Gefahr der sozialen Isolation.
Therapiemöglichkeiten:
- chirurgische Maßnahmen: Anus praeter, Nephrostomie bds.
- lokale Pflege: Estriolsalbe, Dexpanthenolsalbe, fett- und harnstoffhaltige Salben, Zinkpasten oder -emulsionen
- gezielte Antibiose/Antimykose
- ungezielt Antiinfektika: Leukase, Vagi-Hex, Fluomycin
- Geruchsreduktion: Metronidazol, Chlorophyll

Empathische Betreuung!

5.3 Pulmonale Probleme

Sabine I. Schnohr

5.3.1 Dyspnoe

Luftnot tritt in bis zu 40 % aller fortgeschrittenen Karzinome auf. Dieses Symptom kann sehr quälend sein und beeinträchtigt sowohl die Lebensqualität als auch die Akzeptanz des Krankheitsverlaufs. Soll eine wirksame Symptomkontrolle erreicht werden, muss die Ursache der Atemnot geklärt und eine wenn möglich kausale Therapie durchgeführt werden.

Folgende Ursachen können Dyspnoe zur Folge haben [14]:
- pulmonal: Metastasen, Lymphangiosis carcinomatosa, Pleuraerguss, Pneumonie, Embolie, Atelektasen, Pneumothorax, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Fibrosen nach Strahlentherapie
- kardial: Linksherzinsuffizienz, Perikarderguss, obere Einflussstauung
- neuromuskulär: muskuläre Schwäche bei Kachexie, amyotrophe Lateralsklerose
- andere: Anämie, Aszites, Hepatomegalie, Fieber, Angst

Nach Ursachenklärung sollte, wenn immer möglich, die kausale Therapie erfolgen. Das schließt auch antitumorelle Maßnahmen ein. Beim Nachweis von pulmonalen Metastasen stehen verschiedene Optionen zur Disposition:
- chirurgische Entfernung
- Chemotherapie
- rein symptomatische lindernde Maßnahmen

Die operative Entfernung erscheint dann angezeigt, wenn es sich um solitäre Metastasen handelt und der bisherige Krankheitsverlauf vermuten lässt, dass durch diese Therapie eine weitere langfristige Stabilisierung erreicht werden kann. In der Regel verursachen jedoch solitäre Metastasen keinerlei Symptomatik, so dass dieser Fall fast einer rein theoretischen Erörterung gleichkommt. In jüngster Zeit häufen sich Einzelfallberichte über minimal invasive laserchirurgische Methoden zur Beseitigung von multiplen pulmonalen Herden mit langer Remission, wobei bislang keine größeren Studienergebnisse vorliegen. Dennoch kann dieses Verfahren im Einzelfall Berücksichtigung finden. Mittel der Wahl bei multiplen Rundherden ist jedoch die Chemotherapie (s. Kap. 5.9). Eine

aus: Uhl, Palliativmedizin in der Gynäkologie (ISBN 9783131716910) © 2014 Georg Thieme Verlag KG