

Wunden in der Onkologie – eine besondere Entität

N. Kolbig

Hintergrund

Rund 230.000 Frauen und 250.000 Männer erkrankten im Jahr 2013 neu an Krebs. Die Zahlen steigen weiter an. Dies zeigt, dass sich die Krebsneuerkrankungen seit dem Jahr 1970 verdoppelt haben.

Ein wesentlicher Faktor für den Anstieg der Erkrankungen ist die demographische Alterung der Bevölkerung, denn für die meisten Krebserkrankungen steigt die Erkrankungswahrscheinlichkeit mit dem Alter an [1]. Der Begriff „Krebs“ kennzeichnet eine heterogene Gruppe von Krankheiten, denen das unkontrollierte Zellwachstum gemeinsam ist [2]. Deutschland zählt zu den europäischen Ländern mit der höchsten Überlebensrate. Bei ungefähr 5–10% aller Menschen mit einer weit fortgeschrittenen Krebserkrankung treten exulzierende Wunden auf, die sich am ganzen Körper manifestieren können [3].

In der Onkologie kommen ebenso therapieassoziierte als auch durch die Bettlägerigkeit bei Fortschreiten der Erkrankung entstehende Wunden vor.

Exulzierende Tumorzellen

Eine exulzierende Tumorzelle ist als eine maligne Läsion der Haut durch einen primären Hauttumor, durch eine Hautmetastase eines anderen primären Tumors oder durch den Durchbruch eines Tumors aus tieferen Gewebeschichten definiert [4]. Besonders Tumoren, die von Drüsengewebe ausgehen, neigen zur Exulzation. 60% dieser Wunden sind lokalisiert im Thorax, 25% jeweils im Kopf- und Halsbereich (s. Abb. 1).

Zu den häufig exulzierenden Tumorzellen zählen Mamma-, Plattenepithelkarzinome, Weichteiltumore, Sarkome, Hauttumore, T-Zell-Lymphome, Lymphmetastasen, Urothel-, Anal- und Rektumkarzinome, sowie Tumoren der Speicheldrüsen.

Durch die Kombination aus ungehemmtem Zellwachstum und dem Zusammenbruch der tumoreigenen Blutversorgung entstehen massive Ge-

webeschädigungen. Das Durchbrechen eines Tumors macht das Fortschreiten der Tumorerkrankung für einen Patienten „sichtbar“. Dadurch kommt es unweigerlich zu einer Störung des Körperbildes und -gefühls. Starke Wundexsudation und zunehmender Wundgeruch belasten den Patienten und Angehörige in besonderer Weise. Die betroffenen Menschen schämen sich häufig und das Selbstwertgefühl nimmt stark ab. Die dauerhafte Präsenz des Tumors verstärkt die Angst. Auch die Angehörigen werden mit dem Fortschreiten der Krankheit konfrontiert. Sie fühlen sich oft überfordert und ekeln sich. Häufig distanzieren sie sich immer mehr von dem Erkrankten.

*„Es geht nicht darum,
dem Leben mehr Tage
zu geben, sondern
den Tagen mehr Leben ...“*

Medizinisches Personal benötigt zur Versorgung dieser Patienten eine hohe fachliche Kompetenz und eine hohe Kompensationsfähigkeit. Oftmals stößt es an die Grenzen seiner Möglichkeiten. *„Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben zu geben“* (Cicely Saunders). Dieses Zitat gibt die Ziele einer palliativen Wundversorgung vor. Hier geht es nicht mehr um Abheilung der Wunde, sondern um Lebensqualität. Durch die Behandlung soll die Lebensqualität nicht noch zusätzlich beeinträchtigt werden. Ein gezieltes Assessment erfasst alle Faktoren, die für den Erhalt oder die Verbesserung der Lebensqualität notwendig sind. Zu berücksichtigen ist hier insbesondere das subjektive Empfinden des Patienten. Ein solches Assessment muss sehr einfühlsam und verstehend erfolgen. Bei der Auswahl der indizierten Wundtherapie sind Nutzen und Belastung gegeneinander abzuwägen. Der Schwerpunkt der Wundtherapie liegt auf der Linderung von Symptomen un-

ter Wahrung der Würde und der Selbstbestimmung des Patienten [5].

Zur Erhaltung der Lebensqualität ist eine adäquate Schmerztherapie unerlässlich. Schmerzen empfinden Menschen unterschiedlich, daher ist auch hier ein individuelles Vorgehen erforderlich. Bereits kleinste Berührungen oder auch nur der Luftzug können äußerst schmerzhaft sein. Auch der bei einem Verbandswechsel entstehende Stress beim Patienten kann das individuelle Schmerzempfinden verstärken. Der durch eine bakterielle Besiedlung oder durch Tumorzerfall entstehende Wundgeruch ist für den Patienten, seine Angehörigen und für das Behandlungsteam belastend. Er macht Intimität, Nähe und Sexualität unmöglich. Oft kommt es zu einer übermäßig starken Exsudation, die zur Mazeration der Wundränder und der Umgebungshaut führt. Eine Mazeration begünstigt wiederum das Eindringen von Pilzen und Bakterien.

Bei zunehmender kutaner Infiltration klagen viele Erkrankte über Pruritus (Juckreiz). Invasives Tumorwachstum führt zu einer Infiltration der Gefäße mit nachfolgenden Spontanblutungen. Meistens handelt es sich hierbei um leichte Kontaktblutungen, es können aber auch terminale Blutungen auftreten, die nicht mehr beherrschbar sind (Abb. 2).

Exulzierende Wunden stellen eine besondere Herausforderung an Patient, Angehörige und an das therapeutische Team dar.

Therapieassoziierte Wunden

Eine Therapie mit Zytostatika bringt zahlreiche Nebenwirkungen mit sich. Häufig betreffen sie auch die Haut. So kommt es u. a. zur Hauttrockenheit (Xerosis Cutis), häufig begleitet von einem Ekzem mit Rötung, Schuppung und Pruritus. Die Hauttrockenheit führt zu Fissuren und Rhagaden, die schmerzhaft sind und eine Sekundärinfektion begünstigen. Äußerst schmerzhaft ist das Hand- und Fuß-Syndrom.

Dieses äußert sich durch schmerzhafte Hautrötungen an den Handflächen und Fußsohlen. Neben Hautrötungen mit ödematösen Schwellungen, die Blasen bilden, können auch oberflächlich Hautdefekte bis hin zu Ulzerationen entstehen.

Die Wundheilung kann durch die begrenzte Lebenserwartung ein unrealistisches Ziel sein.

Die Wundheilung ist durch die Therapie mit Zytostatika stark verzögert. Diese Wundheilungsverzögerung kann auch noch lange nach Abschluss der Chemotherapie bestehen.

Die Transplantat-gegen-Wirt-Reaktion (englisch: Graft versus Host Disease, GvHD) ist eine Reaktion, die speziell bei der allogenen Blutstammzelltransplantation vorkommt. Dabei greifen die transplantierten Immunzellen (T-Lymphozyten) des Spenders den Körper des Empfängers an. Etwa 20–40% der Menschen, die eine Stammzelltransplantation erhalten, sind betroffen. Häufige Lokalisationen sind die Augen, die Haut, die Mundschleimhaut, die Speicheldrüsen, der Darm, die Leber und die Lunge. Am häufigsten führt die GvHD jedoch

zu Schädigungen der Haut. Neben einer Austrocknung und Verfärbung der Haut kann es zu Ulzerationen kommen. Die Therapie basiert primär auf einer Immunsuppression [6].

Bei einer Strahlentherapie erleiden Patienten oft starke Hautirritationen bis hin zu offenen Wunden. Dies beeinträchtigt den Therapieverlauf und die Lebensqualität.

Die Verwendung von Korpuskularstrahlung (Alpha-Partikel, Elektronen, Protonen, Neutronen) und Photonenstrahlung führt zur Ionisierung biologischen Materials. Die Absorption der ionisierenden Strahlung führt unter anderem zu reversiblen und irreversiblen DNA-Veränderungen im Gewebe sowie Beeinflussung der Zellteilung. In der Haut werden die mitotischen Fähigkeiten der Stammzellen in der Basalzellschicht geschädigt, so dass die Zellerneuerung unterdrückt und die Hautintegrität geschwächt wird. Der Grad der Hautreaktion hängt von der Strahlendosis und vom Überleben der aktiv proliferierenden Basalzellen in der Epidermis ab [7].

Die Strahlendermatitis ist eine Folge der Bestrahlung. Die Hautreaktionen während oder kurz nach der Strahlentherapie können von einem milden Erythem über eine trockene bis zur konfluierenden feuchten Desquamation (Abschuppung) mit Blasenbildung reichen. Die gravierendste Form ist die Nekrose [7].

Die Hautveränderungen können stark jucken, nassen und schmerzen. Früher war den Patienten das Waschen der Haut strengstens verboten. Leider findet dieses Vorgehen in einigen Strahlenkliniken immer noch Anwendung. Inzwischen belegen viele Studien, dass eine schonende Hautreinigung keine negativen Schäden hat und das Wohlbefinden des Patienten verbessert [8]. Die Vielzahl der vorhandenen topischen Agenzien, wie Corticosteroide, Sucralfat-Creme, Aloe vera, Mandelöl, u. v. m. ergeben eine große Variantenvielfalt in der Behandlung der Strahlendermatitis und -ulzeration.

Wunden durch zunehmende Bettlägerigkeit bei Fortschreiten der Tumorerkrankung

Dekubitalulzera stehen oft im Zusammenhang mit dem sich verschlechternden Allgemeinzustand und dem Fortschreiten der Tumorerkrankung. Trotz intensiver Prävention sind diese im Final-Stadium oft nicht vermeidbar. Die Wundheilung kann durch die begrenzte Lebenserwartung und den reduzierten Gesundheitszustand ein unrealistisches Ziel sein. Bei der Therapie stehen auch hier die Lebensqualität und der Erhalt der Selbstbestimmung des Patienten im Vordergrund [9].

Zusammenfassung

Wunden in der Onkologie stellen eine besondere Herausforderung dar. Be-

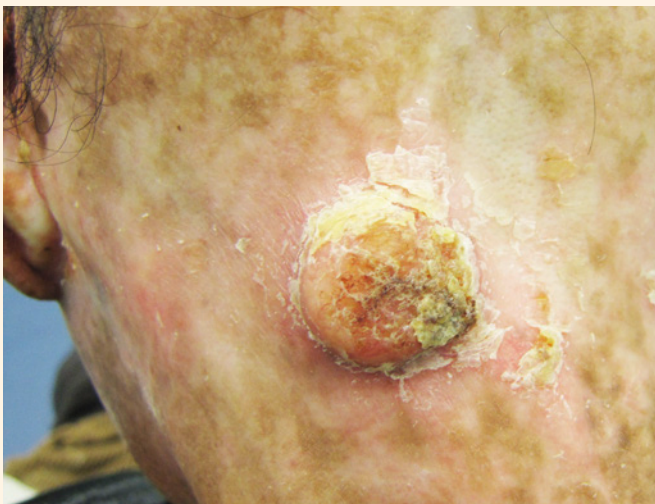


Abbildung 1: Exulzierender Weichteiltumor.



Abbildung 2: Exulzierende Lymphknotenmetastase an der Leiste.

sonders exulzierende Wunden belasten den Patienten und seine Angehörigen schwer. Auch das medizinische Behandlungsteam stößt an seine Grenzen und muss akzeptieren, dass eine Wundheilung nicht immer erreichbar ist. Viel mehr steht die Lebensqualität und die Erhaltung der Selbstbestimmung des Betroffenen im Vordergrund. Als Nebenwirkungen von Chemo- und Strahlentherapie können Wunden auftreten oder die Wundheilung verlangsamt sein. Durch das Fortschreiten der Tumorerkrankung und die zunehmende Bettlägerigkeit sind Dekubitalulzera nicht immer vermeidbar.

„Es geht nicht so sehr darum, etwas zu tun, sondern die andere Person wissen zu lassen, dass ihr Schmerz und ihr Leiden und ihre Angst zählen. Dass sie wirklich zählen.“ (Rachel N. Remen, amerikanische Autorin) [10].

Literatur

1. EPIDEMIOLOGISCHES BULLETIN, ROBERT KOCH INSTITUT 2017.
2. BARNES B, KRAYWINKEL K: Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016. Epid Bull 2017;5:43 – 48. DOI 10.17886/EpiBull-2017-005.
3. LEITLINIEN DER DGP SEKTION PFLEGE, 2014. <http://www.dgpalliativmedizin.de/pflege/pflegeleitlinien.html>
4. COLUMBIA CANCER AGENCY, Cancer report 2010, p. 9–10.
5. K. PROTZ: Grenzerfahrung exulzierender Wunden. pflegen: palliativ Nr. 12/2011
6. TALLEN, GESCHE et al Transplantat gegen Wirt-Krankheit, Vortragsscript 2013.
7. GOLDBERGER, ALFRED: Strahlentherapie pharmazeutische Betreuung bei Hautschädigungen, Pharmazeutische Zeitung 49/2006, S. 27–29. (Internet: <http://www.pharmazeutischezeitung.de/index.php?id=2330>, letzter Aufruf am 10.4.2017).
8. DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR RADIOONKOLOGIE E.V. (DEGRO): Supportive Maßnahmen in der Radioonkologie. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/052-014.html> (letzter Zugriff am 7.8.2017).
9. GEORG SATTELBERGER: Wundversorgung in der Palliativversorgung, Vortragsscript. www.palliativ-portal.de Hintergrund

Norbert Kolbig

Universitätsklinikum Düsseldorf,
Wundmanagement
Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf
E-Mail: kolbig@med.uni-duesseldorf.de

**WUND
LETTER**

JETZT ANMELDEN und immer informiert sein

- zu den aktuellen Themen der modernen Wundversorgung,
- zu Forschung und Entwicklung
- und Veranstaltungen

HIER ANMELDEN

www.wund-online.de