

Assessment und Therapie von Tumorwunden

Geruchsbekämpfung, Schmerzbehandlung & Blutungskontrolle Exulzierende Tumorwunden schockieren: Sie riechen, nassen, können schmerzen, ekeln und führen zur Vereinsamung des Patienten. Nicht zuletzt verursachen sie hohe Kosten. Die Versorgung der betroffenen Menschen ist eine große Herausforderung. Doch mittlerweile stehen zahlreiche Möglichkeiten zur Verfügung, das Leiden dieser Menschen zu lindern. ✍ Robert Zimmer

ZUSAMMENFASSUNG

Die Versorgung maligner Wunden ist ein Aspekt in der onkologischen Versorgung. Die Betroffenen leiden unter den Wunden, denn sie schmerzen, riechen unangenehm und erzeugen nicht selten Ekelgefühle. Um dennoch die Teilhabe am sozialen Leben für die Betroffenen zu ermöglichen, bedarf es eines guten Wundassessments. Die S3-Leitlinien geben hier eine gute Orientierung.

Schlüsselwörter: S3-Leitlinie, Palliativversorgung, Miefskala, Schmerztherapie, Wundauflagen

Die British Columbia Cancer Agency definiert eine onkologische Wunde als „maligne Läsion der Haut, verursacht durch einen primären Hauttumor, durch eine Hautmetastase oder durch den Durchbruch eines Tumors aus unten liegenden Gewebsschichten“. Über die Prävalenz von bösartigen Tumorwunden gibt es wenige verlässliche Zahlen. Sie können aber an allen Körperregionen auftreten: Brust (49,3%), Hals (20,9%), Thorax (17,6%), Extremitäten (16,6%), Genitalien (16,6%), Kopf (13,5%) und in der Achselhöhle (1,7%).

Aufgrund der demografischen Entwicklung ist zwischen 2010 und 2030 mit einem Anstieg der Krebsneuerkrankungen um bis zu 20% zu rechnen. Damit wird natürlich auch die Anzahl an onkologischen Wunden steigen. Zu den häufigen Tumorarten zählen Sarkome, Plattenepithelkarzinome, Hauttumore (z.B. Melanom, Basaliom), Lymphmetastasen, T-Zell-Lymphome (z.B. Mycosis fungoides), Urotheltumore, Anal-/Rektalcarcinom und das Ovarialkarzinom. Manche Tumorerkrankungen werden mit einem exulziierten Tumor diagnostiziert, bei anderen Tumorerkrankungen

entstehen im Verlauf exulziierte Metastasen. Auch wenn die chirurgische Versorgung eine wichtige Rolle spielt, ist diese nicht immer möglich.

Vorgehensweise und Wundassessment

Bei Patienten mit einer malignen Wunde sollte ein Experte hinzugezogen werden. Der Betroffene darf auf keinen Fall auf seine Wunde reduziert werden. Dazu bedarf es viel Empathie im therapeutischen Team. Der Expertenstandard „Die Pflege eines Menschen mit einer chronischen Wunde“ beschreibt es gut: „Es wird nicht nur die Wunde, sondern der ganze Mensch gesehen.“

Hilfreich beim Wundassessment sind Wunddokumentationsbögen und Bögen zur Messung der Lebensqualität, die sich an den Expertenstandard chronische Wunde und den S3-Leitlinien anlehnen. Dabei werden Therapiegrundsätze, die Linderung psychosozialer Belastungen und Schmerzlinderung bearbeitet. Die Zielgruppe der S3-Leitlinien Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung sind nicht Ärzte und das Pflegepersonal, sondern auch weitere Versorger im Gesundheitsberufen, Betroffene, Angehörige, Kostenträger und politische Entscheidungsträger.

Gerüche erfolgreich mindern

Merklich zu riechen ist eine große Schmach. Die Folgen sind Diskriminierung, Rückzug und Vereinsamung. Dabei kann dem Betroffenen mit oft einfachen Konzepten geholfen werden. Die Gerüche, die es zu bekämpfen gilt, befinden sich am Tumor, in der Atemluft, am Körper, in der Kleidung, in der Bettwäsche und in der Raumluft des Krankenzimmers oder der Wohnung. Es kostet schon Überwindung und viel Einfühlungsvermögen, den Patienten darauf anzusprechen. Doch in einem einfühlsamen Gespräch können Ursachen und Ziele bearbeitet werden. Verwenden Sie die „Miefskala“: 0 ist kein, 10 der maximal vorstellbare Geruch. Fragen Sie den Patienten, wie er den Geruch aktuell empfindet. Dies deckt sich

durchaus mit dem eigenen Empfinden. Die Reihenfolge bei der Geruchsbekämpfung beginnt beim Tumor, setzt sich dann bei möglichen Begleiterscheinungen wie Mund- und Körpergeruch sowie der Verbesserung des Raumklimas fort.

Geruchsbekämpfung am Tumor: Um die Geruchsbildung einer Wunde im Zaum zu halten, muss für jeden Patienten ein individuelles Konzept auf der Basis eines Wundassessments erstellt werden. Die wichtigsten Parameter sind

- die Wundart (Hautmetastase oder Fistel)
- die Größe der Wunde
- der Wundgrund (Fibrinbeläge, Nekrosen)
- die Wundumgebung
- lokale Entzündungszeichen

Um die vielen Möglichkeiten der Versorgung zu nutzen, bedarf es pflegerischer und ärztlicher Wundexperten.

Linderung durch geruchsbindende Wundauflagen und antiseptische Lösungen: In der Versorgung haben sich hypochlorige Lösungen (z.B. Actimaris®, Lavanox®), Antiseptika (auf Octenidin- oder Polyhexanid-Basis), Aktivkohle mit und ohne Silber, Schäume, Alginate, Hydrofaser mit Silber und hydrophobe Wundauflagen bewährt. Der Einsatz von lokaler Antibiose (Metronidazol) ist bei Tumorwunden sehr effektiv und gerechtfertigt. Ziel ist es, den Tumor sauber und keimarm zu bekommen. Maligne, exulzierende Tumore sollten bei jedem Verbandwechsel schonend gereinigt werden. Bewährt haben sich dafür antiseptische Lösungen mit Tensiden (z.B. Octenisept®). Dabei werden die darin getränkten Kompressen für eine Minute auf dem Tumor belassen und dieser so sorgsam gereinigt. Das reduziert Gerüche. Nach Möglichkeit sollten entfernbare Nekrosen chirurgisch abgetragen werden.

Mund- und Körpergeruch: Mund- und Körpergeruch können durch die Einnahme von chlorophyllhaltigen Dragees reduziert werden. Kleidung, Bettwäsche und das Lüften des Raumes sollten regelmäßig durchgeführt werden. Reichen die Maßnahmen gegen den lokalen Geruch nicht aus, kann der Verband für kurze Zeit, zum Beispiel für die Dauer eines Kinobesuchs, mit Klarsichtfolie abgedeckt werden.

Verbesserung des Raumklimas: Der Einsatz von künstlichen Geruchsbindern (z.B. Nilodor®) und das Aufstellen von Schälchen gefüllt mit Kaffeepulver ist eine Option zur Verbesserung des Raumklimas. Helfen kann auch ein Absorber wie Katzenstreu. Auch die Aromatherapie bietet Möglichkeiten. Dazu bedarf es allerdings viel Fachwissen, da Düfte unter Umständen nur den unangenehmen Geruch überlagern und dies zu Übelkeit und Erbrechen führen kann. Die Abgabe der Aromen kann über eine aufgebauchte Kompressen, Kräuterkissen und Vernebler bis zu strombetriebenen Lavalampen gehen. Die Verabreichung der Aromen geschieht dann wohl dosiert und berücksichtigt die Wünsche des Patienten.

Bei Blutungen schnell handeln

Starke Blutungen von Tumorwunden sind lebensbedrohlich und müssen sofort behandelt werden – wenn möglich durch eine Kompressionstherapie, Verschorfen im Operationssaal oder mit Medi-

kamenten (z.B. Gerinnungsfaktoren). Bei schwer oder nicht stillbaren Blutungen wird lokal Tranexamsäure (Injektionslösung, Gel) angewendet (Off-Label-Use). Dazu werden mit der Injektionslösung getränkte Kompressen auf die Blutungsquelle aufgelegt und gegebenenfalls leichter Druck ausgeübt. Reicht das nicht aus, kann Tranexamsäure intravenös verabreicht werden: Tranexamsäure (Cyclokapron® Filmtabletten und Ampullen) 3x 1g tgl., beim Auftreten von Blutungen evtl. 3x 1,5-2g bis zu 4x 2g tgl., 3-4x tgl. 10 mg/kg i.v. innerhalb von 5–10 Min (Erweiterte S3-LL- Palliativmedizin, Langversion, S. 351). Hat sich ein Konzept als hilfreich entpuppt, lohnt es, eine Notfallbox mit den erfolgreichen Verbandstoffen und Medikamenten bereitzuhalten.

Der atraumatische Verbandswchsel

Die Folgen eines traumatischen Verbandwechsels sind Blutungen, Schmerzen und der Vertrauensverlust des Patienten. Damit Verbände sich sanft entfernen lassen, ist die Auswahl des passenden Verbandes wichtig. Dabei müssen wir uns von der Größe und Exsudationsmenge der Wunde leiten lassen. Nässen Wunden stark (Lymphe), ist es unwahrscheinlich, dass der Verband an der Wunde festklebt. Im Fokus sind daher die schwach nässenden Wunden, die zu oberflächlichen Blutungen neigen. Hier haben sich silikonisierte Wundauflagen bewährt: Ein silikonisiertes Wunddistanzgit-



© KarenMover / Getty Images / iStock

Tumorwunden zu versorgen ist herausfordernd – im Fokus sollte dennoch der ganze Mensch und nicht die Wunde allein stehen.

ter, das über Tage belassen werden kann, schützt die empfindliche Tumoroberfläche. Als Sekundärverband dient beispielsweise eine Kohle- oder Saugkomresse. Folien, Hautschutzplatten oder Hydrokolloide am Wundrand können atraumatisch durch Überdehnen oder mit einem Pflasterlöser auf Silikonbasis gelöst werden. Auch die Pflege der wundumgebenden Haut bedarf großer Aufmerksamkeit. Hilfreich sind neben Filmbildnern (z.B. Cavilon®), schnell einziehende Cremes mit und ohne Wirkstoff. Wirkstoffe wie Fungizid bei Mykosen oder Cortison bei allergischer Reaktion sollten nur in Rücksprache mit dem Arzt eingesetzt werden.

Schmerztherapie bei Wunden

Bei Bedarf wird der Patient durch einen Mediziner nach dem WHO-Konzept systemisch behandelt. Schmerzlindernd wirken Kälte oder Ibuprofen-haltige Schäume. In den S3-Leitlinien werden zur schmerzbehandlung Morphingele 0,1%, und Lokalanästhetika empfohlen.

In der palliativen Situation ist alles gerechtfertigt, was dem Patienten hilft. Bei zu erwartenden Schmerzen beim Verbandwechsel sollte dem Patienten immer zuvor ein schnellwirksames Analgetikum gegeben werden.

Tab. 1: Einsatz von Wundauflagen bei exulzierenden Tumorzellen in der palliativen Situation

Wundzustand	Mögliche Wundauflagen	Hinweise
Tumor riecht nicht, ist trocken.	Salbengaze und textile Wundauflagen, silikonisierte Wunddistanzgitter und textile Wundauflagen, dünne silikonisierte Schäume	Salbengaze sollte täglich gewechselt werden, silikonisierte Wunddistanzgitter können mehrere Tage belassen werden.
Tumorzelle, nässt und schmerzt lokal	Ibuprofenhaltige Schaumauflagen, Einsatz von Morphingelen 0,1% und Lokalanästhetika	Zur Abdeckung der Morphingele 0,1% und Lokalanästhetika dienen neben textilen Wundauflagen auch moderne Wundauflagen wie Alginate, Schäume usw., die Auswahl richtet sich nach der Sekretion der Wunde (Off-Label-Use).
Tumor riecht wenig, nässt etwas	Silberhaltige Schäume, Alginate oder Hydrofaser, Hydrophobe Wundauflagen Einsatz von lokaler Antibiose (Metronidazol) Wundauflagen mit Polyhexanid Wundauflagen mit medizinischem Honig	Der Einsatz von lokaler Antibiose ist bei Tumorzellen gerechtfertigt, polyhexanidhaltige Wundauflagen sind als Schäume und Kompressen verfügbar.
Tumor riecht stark, nässt mäßig	Kohleauflage und eine Saugkomresse	Kohlekompressen gibt es in Kombination mit einer Saugkomresse oder einer Hydrofaser. In der Regel müssen sie mit einem Sekundärverband kombiniert werden
Tumor riecht und nässt stark	Kohleauflage und Superabsorber	Superabsorber sind mit und ohne Kleberand verfügbar, sehr schonend lassen sich silikonisierte Superabsorber einsetzen.
Tumor ist voller Nekrosen und riecht stark	Wunddistanzgitter und ein silberhaltiger Kohleverband	Wenn es möglich ist, sollten Tumornekrosen entfernt werden. Damit wird der Geruch vermindert. Hilfreich ist ein chirurgisches, enzymatisches oder autolytisches Debridement.
Tumoroberfläche blutet leicht	Alginate, Kollagenverbände, silikonisierte Wundauflagen, wenn Blutung gestoppt	Lokal werden bei Blutungen immer zuerst Blutstillende Präparate verwendet. Erst wenn diese versagen, Alginate oder Kollagenverbände nutzen.
Tumorzelle liegt unter Hautniveau, riecht und nässt	Einsatz von silberhaltigen Alginaten oder Hydrofaserverbänden als Wundfüller, als Sekundärverband Saugkompressen	Wundfüller bitte locker in die Wunde eingeben, nicht stopfen.
Tumorzelle riecht und nässt und liegt perianal	Kohleauflage und Saugkomresse	Zur Pflege der Region bietet sich das Ausduschen mit Leitungswasser an, einen Duschfilter benutzen.
Durch den Tumor entstehen enterocutane Stuhlfisteln.	Einsatz von Fistelbeuteln, Woundpouch, Vakuumtherapie	Der Fistelbeutel ist die erste Wahl. Erst wenn eine Versorgung so nicht mehr möglich ist, ist die Vakuumtherapie ein guter Weg. Verbandstechniken Schritt um Schritt unter diewundeverbindet.de
Es entstehen Lymphfisteln bei mäßiger Sekretion.	Superabsorberverbände, Beutelversorgungen	Versorgen der Fistel mit Beuteln ist möglich, aber schwer zu kleben.
Es entstehen Lymphfisteln mit sehr viel Sekretion.	Superabsorberverbände, Vakuumtherapie	Bitte größte Vorsicht bei der Anwendung der Vakuumtherapie. Es kann zu einer vermehrten Förderung der Lymphe führen, dann Vakuumtherapie beenden.

Arbeiten mit Wundauflagen

Bei der Auswahl der Wundauflage ist das Wundassessment sehr hilfreich. Bei Tumorwunden gilt die Regel: Tumorwunden können kurativ behandelt werden. In diesem Fall keine semiokklusiven Wundauflagen verwenden, da sie das Zellwachstum beschleunigen. Nicht haftende Wundauflagen werden mit sanft entfernbaren silikonisierten Pflastern fixiert. **Tabelle 1** beschreibt den Einsatz von Wundauflagen in der Palliativen Situation.

Fixiertechniken von Wundauflagen an schwierigen Körperflächen

Wundauflagen am Rücken, Bauch oder an den Extremitäten zu fixieren, ist in der Regel einfach. Problematisch wird es an den Gelenken, am Becken sowie im Leisten- und im Genitalbereich. Auch Fistelversorgungen können zeitraubend und schwierig sein.

- Gelenke: Für den Gelenkbereich sind vorgefertigte Heel-Verbände erhältlich. Zudem kann die Haftung der Wundauflage durch einen Zuschnitt verbessert werden. Zugeschnitten werden können Schäume, Alginate, Hydrofaserverbände und Folien. Nicht möglich ist dies bei Superabsorberverbänden oder Schäumen in Kombination mit Superabsorbieren. Der Verband wäre dann unbrauchbar.
- Becken: Eine einfache Möglichkeit ist die Fixierung von Wundauflagen mittels Verbandhose. Für den sicheren Toilettengang sollte die Wundauflage zusätzlich mit einem hautfreundlichen Pflaster fixiert werden. Hier haben sich silikonisierte Klebevliese (z.B. Fixomull skin sensitiv®) bewährt.
- Axilla: Weil sich der Verband durch die ständige Bewegung des Oberarmes lösen kann, bieten vorgefertigte Verbände mit Hafttrand Hilfe. Ein nichthaftender Verband kann mit einem Verbandhemd fixiert werden. Um ein Verbandhemd selbst herzustellen wird der Zwickel einer Verbandhose durchtrennt und die Hose wie ein Hemd angezogen.
- Leisten- und Genitalbereich: Neben der Fixierung der Wundauflagen mit silikonisierten Pflastern gibt es gute Erfahrungen zum Beispiel mit Fixomul sensitiv®. Bei guter Haftung lässt es sich atraumatisch entfernen. Das zusätzliche Fixieren mit einer Verbandhose sichert den Erfolg.
- Sehr nässende Tumorwunden an allen Körperstellen: Die einfachste Versorgung – aber nicht immer möglich – nässender Tumorwunden ist der Vakuumverband. Alternativ wird der Tumor mit einem silikonierten Wunddistanzgitter oder einem silikonierten durchlässigen Schaum (z.B. Mepilex transfer®) versorgt. Diese Verbände dürfen belassen bleiben. Gewechselt wird dreimal täglich oder nach Bedarf eine Saugkomresse oder Bauchtücher.
- Enterocutane Fisteln: Hier stehen uns Fistelbeutel in allen Größen zur Verfügung. Der Verbandwechsel erfolgt alle zwei bis drei Tage und nach Bedarf. Um den Fistelbeutel optimal zu kleben, sind eine gute Hautpflege, das Ausgleichen von Hautfalten mit alkoholfreier Stomapaste und das Mitbehandeln möglicher Hautirritation notwendig. Hier sollte ein Wund- oder Stomatherapeut hinzugezogen werden. Gelingt diese Versorgung nicht, wird eine Vakuumtherapie durchgeführt. Der Vakuumverband ist für den Patienten eine Belastung und sollte nach Möglichkeit nur kurz angewendet werden.

Wirtschaftliche Hilfen

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung vom 26.03.2007 wurde die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) eingeführt. Anders als die All-gemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV) gehört die SAPV nicht zur vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 SGB V, sondern ist als eigene Leistung ausgestaltet, die auch ärztliche Versorgung umfassen kann. Liegt die Genehmigung der SAPV für den Patienten vor, sind die Verordnungen von Heil-, Arznei-, Verbandmitteln, künstlicher Ernährung und Hilfsmitteln auf Muster 13 bzw. Muster 16 und zwingend die SAPV-Betriebsstättennummer zu verwenden. Damit können alle medizinisch notwendigen Leistungen außerhalb des Richtgrößenvolumens verordnet werden. ▶▶

FAZIT

Die Versorgung von Menschen mit exulzierenden Tumoren ist eine große Herausforderung. Es stehen heute jedoch zahlreiche Möglichkeiten zur Verfügung, das Leiden dieser Menschen zu lindern.

Leider erschließen sich nicht immer jedem Patienten diese Möglichkeiten. Deshalb brauchen wir in unseren Einrichtungen Fachpflegekräfte, die im therapeutischen Team eine kräftige Stimme haben.

Die Literaturliste finden Sie über das eMag der PflegeZeitschrift und auf springerpflege.de

Zur Homepage unseres Autors mit Filmen, Tipps und vielen Hinweisen zur Wundversorgung geht es über das PflegeZeitschrift eMag auf springerpflege.de

Autorenkontakt:

Robert Zimmer ist Stationsleiter an der chirurgischen Universitätsklinik Erlangen und Krankenpfleger für die Pflege in der Onkologie sowie Pflegetherapeut Wunde I.C.W.
E-Mail: Robert.Zimmer@UK-Erlangen.de