



***Für die dunklen Stunden wünsch ich dir
die Eigenschaften der Sonnenblume,
die ihr Gesicht dem Licht zuwendet,
damit die Schatten hinter sie fallen.***

Weiterbildung Wundmanagement 2010

Projektarbeit

Exulcerierende Tumorwunden

Vorgelegt von:

Brigitte Fischler

Schwöllerbachweg 4

6112 Wattens

Gitti1209@gmx.at

Wattens, im Juli 2010

Vorwort

Da ich jetzt bereits seit 4 Jahren auf einer chirurgischen Abteilung arbeite, habe ich sehr viel mit Krebspatienten zu tun. Auch wenn Tumore dank der heutigen modernen Medizin zum größten Teil operiert werden können, gibt es immer wieder Patienten für die eine Operation zu spät kommt und sich im schlimmsten Fall exulcerierende Wunden entwickeln.

Ich habe häufig, auch bei mir selbst, die Erfahrung gemacht, dass man solche Wunden, vor allem dadurch, dass ich auf einer Allgemeinchirurgie arbeite, als „normale Wunden“ ansieht und sie einfach „irgendwie“ verbindet. Viele Pflegepersonen machen sich nicht die Mühe einen für die Wunde optimalen Verband zu finden bzw. verstehen es nicht auf die Bedürfnisse und Wünsche der Patienten einzugehen.

Viele Pflegepersonen wissen es sicher auch nicht besser, wissen nicht welche Verbandsmaterialien für welche Wunde geeignet sind, sind oft hilflos.

Dies war für mich der Grund, warum ich begann, mich genauer mit diesem Thema zu beschäftigen und ich hoffe, es gelingt mir in den folgenden Seiten ein paar Informationen und Alternativen zum Verbinden von exulcerierenden Tumorwunden zu geben.

Inhaltsverzeichnis

1	Definitionen _____	5
1.1	Tumor _____	5
1.2	Exulcerierende Tumore _____	5
2	Entstehung _____	6
3	Behandlungs- und Begleitungsansätze _____	7
3.1	Pflegeprobleme bei exulcerierenden Tumoren _____	7
3.1.1	Schmerz _____	8
3.1.2	Übler Geruch _____	10
3.1.3	Exsudat _____	11
4	Beispiele aus der Praxis _____	12
4.1	Beispiel 1 _____	12
4.2	Beispiel 2 _____	14
5	Zusammenfassung _____	16
6	Schlussfolgerung _____	17
7	Literaturverzeichnis _____	18
8	Abbildungsverzeichnis _____	19
9	Eidesstattliche Erklärung und Verwendung der Projektarbeit _____	20

1 Definitionen

1.1 Tumor

Als Tumor (lt. Schwellung) im weiteren Sinne versteht man in der Medizin zunächst jede Volumenzunahme eines Gewebes ohne Berücksichtigung ihrer Ursache. Im engeren Sinne versteht man darunter eine pathologische Zellansammlung (=Geschwulst = Neoplasie) durch überschießendes, ungehemmtes Wachstum körpereigener Zellen, wobei die Zellen unterschiedlich stark verändert sind.

Durch ihr biologisches Verhalten teilt man die Tumore in:

- benigne (gutartige),
- maligne (bösartige) und
- semimaligne („halb bösartige“) Tumore ein.

(vgl. Bäumer, R., 2008, S.90 ff.)

In meiner Arbeit werde ich vor allem auf die malignen, exulcerierenden Tumore eingehen, weil diese häufig ein Pflegeproblem darstellen.

1.2 Exulcerierende Tumore

Unter einem exulcerierenden Tumor versteht man den Zerfall von Geschwürbildungen, der meist mit schwerreichenden Komplikationen wie Blutungen, Sekundärinfektionen oder Sepsis einhergeht.

Exulcerierendes Tumorwachstum ist offensichtlich und führt daher unweigerlich zur (Zer) –Störung des äußeren und oftmals auch inneren Körperbildes. Die Krankheit breitet sich nicht nur innerlich aus, sie tritt „zutage“, sie „zeigt sich“ und wird äußerlich für jedermann sichtbar.

In Form von unkontrollierbaren Wucherungen durchbricht sie die natürliche Körpergrenze. Zusätzlich kann erhebliche Geruchsbelästigung auftreten, unter der die Patienten und ihr Umfeld stark leiden. Deshalb stellt die Pflege von Menschen mit exulcerierenden Tumoren eine besondere Herausforderung dar und verlangt viel Einfühlungsvermögen und Verständnis für den Patienten. (vgl. Kern, M., 2005, S.1)

2 Entstehung

Exulcerierende Tumore können auf unterschiedliche Weise entstehen:

- als Folge eines primären Hauttumors,
- durch direkte Tumordinfiltration der Haut aufgrund eines darunter liegenden Tumors oder durch
- Metastatische Aussaat eines entfernten Primärtumors

(vgl. Voggenreiter, G., 2009, S. 142)

Tumorarten, die häufig exulcerieren:

- Mammakarzinome (62%)
- Plattenepithelcarzinome
- Weichteiltumore bzw. Weichteilsarkome
- Hauttumore, T-Zell-Lymphome
- Lymphmetastasen
- Tumore im Bereich der Speicheldrüsen
- Urotheltumore, Anal- /Rektumkarzinome

(vgl. Skriptum Hintner, M.)

Meist treten exulcerierende Tumore bei älteren Patienten (>70 Jahren) im Endstadium der Erkrankung auf. (vgl. Voggenreiter, G., 2009, S. 142)

3 Behandlungs- und Begleitungsansätze

Aufgrund des äußerlich sichtbaren Befundes müssen sich Patienten mit exulcerierenden Tumoren mit der Veränderung und Entstellung ihres Aussehens auseinandersetzen und sind gleichzeitig mit den oft ablehnenden, schockierten Reaktionen der Mitmenschen konfrontiert. Dadurch kommt es häufig zu einer weitgehenden Isolation von der Umwelt.

Gerade deshalb ist in der Behandlung von Patienten mit exulcerierenden Wunden Individualität und Kreativität gefragt, um den Patienten ein Stück „Normalität“ zurück zu geben. (vgl. Kern, M., 2005, S. 3)

3.1 Pflegeprobleme bei exulcerierenden Tumoren

Vorrangiges Ziel bei der Versorgung von exulcerierenden Tumoren sollte die Verbesserung des Allgemeinzustandes und der Lebensqualität sein. Daher müssen Symptome die mit diesen Wunden einhergehen adäquat behandelt werden.

Hierzu gehören:

- Schmerzen
- Übler Geruch
- Exsudat
- Blutungen

(vgl. Voggenreiter, G., 2009, S. 142)

Natürlich leiden auch Pat. mit exulcerierenden Tumoren unter Übelkeit, Erbrechen, Gewichtsverlust und Immunsuppression. Ich möchte aber nun genauer auf die oben genannten 4 Punkte eingehen, da diese, was ich auch durch eigene Erfahrung erlebt habe, in der Praxis häufig zur „Hilflosigkeit“ unter den Pflegepersonen führen.

3.1.1 Schmerz

Definition:

„Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- oder Gefühlserlebnis, das mit tatsächlicher oder potentieller Gewebsschädigung einhergeht oder von betroffenen Personen so beschrieben wird, als wäre eine solche Gewebsschädigung die Ursache“ (vgl. International Association for the Study of pain)

Schmerz ist immer subjektiv und muss in jedem Fall ernst genommen werden, denn häufig löst allein der Gedanke an einen Verbandswechsel bei Patienten mit tumorwunden Schmerzen und somit Stress aus.

Grundlage für erfolgreiche Schmerztherapie sind Verständnis, Zuspruch und Einfühlungsvermögen, gesunde Vertrauensbasis und wertschätzender Umgang. (vgl. Skriptum Hintner M.)

Strategien zur Schmerzbekämpfung:

- Gabe von Schmerzmitteln, ca. 30 Minuten vor dem Verbandswechsel
- Patienten aufklären und in die Behandlung mit einbeziehen
- Schmerz ernst nehmen, Pausen einlegen und versuchen den Patienten abzulenken (z.B. mit Gesprächen)
- Vermeidung unnötiger Reize wie Luftzug, Anstoßen, Rubbeln
- Wundspülung in Körpertemperatur (Babyflaschenwärmer, Mikrowelle)
- Sanfte Wundbehandlung, Verband dem Wundtyp entsprechend, Wundauflagen ohne Kleberand, Silikonauflagen, ggf. Schaumstoffe mit Wirkstoffen z.B. Biatain Ibu
- Atraumatische Verbandswechsel, evtl. den Patienten selber abnehmen lassen
- Verband vor dem Wechsel anfeuchten/Wundbad
- Lokale Schmerzbehandlung mit Xylocain Gel, Emla Creme oder Lidocain 1% Lösung
- Schonendes Debridement z.B. mit Tender Wet oder Hydrogelen
- Austrocknung und Auskühlung der Wunde vermeiden
- Wundrandschutz, da durch eine starke Exsudation Mazerationsgefahr besteht z.B. mit Zinkcreme, Aquacel

Genauso hilfreich für die Schmerzbekämpfung können adjuvante Maßnahmen wie:

- schmerzlindernde Lagerungen,
- Kälte- und Wärmeanwendungen,
- gut sitzende Kleidung (kein Einschnüren),
- Akkupunktur,
- Laserbehandlungen,
- basale Stimulation,
- Massage-, Atem- und Entspannungstechniken,
- Musik,
- Lymphtherapie oder
- Aromatherapie (mit Zitrone, Apfel, Lemongras) sein.

(vgl. Skriptum Hintner, M.)

3.1.2 Übler Geruch

Der üble Geruch entsteht durch den Zerfall von Tumorgewebe und einer bakteriellen Infektion von nekrotischem Gewebe.

Der Wundgeruch ist meist das belastendste Problem für den Patienten und führt häufig zu einer zunehmenden sozialen Isolation und Depression.

Mögliche wundtherapeutische Maßnahmen zur Bekämpfung des Wundgeruches:

- Entfernung von nekrotischem Gewebe (Debridement), dies sollte jedoch aufgrund der Blutungsgefahr nicht chirurgisch durchgeführt werden. Bevorzugt wird ein autolytisches Debridement wie z.B. durch Hydrogele.
- Beim Auftreten von Wundinfekten sind auch silberhaltige Wundauflagen wie z.B. Actisorb silber indiziert. Sie enthalten zusätzlich Aktivkohle die den üblen Geruch bindet, was für den Patienten und dessen Angehörigen eine große Erleichterung ist.
- Ebenfalls hilfreich können Okklusivverbände in der Geruchsbekämpfung sein, die jedoch täglich gewechselt und nie bei infizierten Wunden verwendet werden dürfen. (vgl. Voggenreiter, G. 2009, S. 142)
- Medizinischer Honig – Keime zersetzen den Honig anstatt der Wunde
- Systematische AB-Gabe zur Bekämpfung von Anaerobiern bzw. Metronidazolgel oder -lösung für fünf bis sieben Tagen
- Nilodor (künstlicher Geruchsbinder – nur sparsam verwenden)

(vgl. Skriptum Hintner, M.)

3.1.3 Exsudat

Wichtig ist, dass die Wundauflage der Exsudatmenge angepasst wird, d.h.:

- Bei geringer Wundsekretion sollt man Wundauflagen mit geringer Sekretabsorbtion verwenden und somit ein zu trocken werden der Wunde verhindern (z.B. Hydrokolloidverbände)
- Die meisten exulcerierenden Tumorwunden produzieren jedoch eine erhebliche Menge an Wundsekret. Für solche Wunden benötigt man gut saugende Verbandstoffe wie:
 - Superabsorber (z.B. Sorbion sachet)
 - Alginate
 - Hydrofasern oder
 - Hydropolymerverbände wie z.B. Alione, das zusätzlich auch noch den Geruch mildert.
- Bei stark sezernierenden Wunden besteht außerdem die Möglichkeit, Drainage- oder Stomabeutel zu kleben (z.B. von Coloplast).
Eine weitere Möglichkeit bei stark sezernierenden Wunden wäre die VAC®-Therapie, wodurch Sekret kontinuierlich abgesaugt wird, wichtig dabei ist, die Verbandswechselintervalle „so häufig wie nötig, so wenig wie möglich“ anzusetzen da diese meist mit starken Schmerzen verbunden sind.
(vgl. Voggenreiter, G., 2009, S. 143)

Die Wundversorgung bei exulcerierenden Tumoren verlangt ein kompetentes und kreatives pflegerisches Denken und Handeln. Die Wundversorgung sollte unter Einbeziehung von symptomorientierten, praktischen und kosmetischen Gesichtspunkten stattfinden.

Voraussetzung für die Erreichung des angestrebten Pflegeziels ist eine ausführliche Wundanamnese sowie die Berücksichtigung der Wünsche und Hoffnungen des betroffenen Patienten. (vgl. Kern, M., 2005, S. 3)

4 Beispiele aus der Praxis

4.1 Beispiel 1

Anamnese:

78 jährige Patientin mit Mammacarcinom rechts (Erstdiagnose 12/2004) und Mammacarcinom links (Erstdiagnose 11/2005), zusätzliche Erkrankungen wie VHF – Sintromtherapie, Z.n. Pulmonalembolie, Z.n. mehrfachen Pleuraergüssen und Diabetes Mellitus.

Ernährungszustand der Pat. war bei ihrem letzten Aufenthalt schlecht, Pat. verliert an Gewicht, gibt an, keinen Appetit mehr zu haben.

Krankheitsverlauf:

2004, Erstdiagnose Mamma-Carzinom rechts, daraufhin erfolgt eine Port-Anlage mit neoadjuvanter Chemotherapie und schließlich eine MRM (=modifizierte radikale Mastektomie) mit Axilladisektion rechts. Postoperativ folgen 2 Zyklen Chemotherapie.

2005, Erstdiagnose Mamma-Carzinom links mit LK-Metastasierung, daraufhin erfolgt wieder eine Chemotherapie wodurch sich der Tumor in der linken Brust zuerst verkleinert, jedoch bei den darauffolgenden Kontrolluntersuchungen wieder zunimmt, Pat. lehnt zuerst eine operative Sanierung ab, es wird aber schließlich im Mai 2007 eine Mastektomie ohne Axilla durchgeführt.

Aktueller Status im Dezember 2007:

Ausgedehnte exulcerierende Hautmetastasierung im Narbenbereich rechts sowie rechts axillär, beginnende Hautmetastasierung im Narbenbereich links.



Abbildung 1: Frau W., Mammacarcinom
(Quelle: Stationsfotos Chirurgie 2, 2007)

Wundbeschreibung:

Diffuse exulcerierende Wunden im Bereich der rechten Mamma, Wundränder in Ordnung, keine Mazeration, übelriechendes, mäßiges Exsudat. Pat. hatte bei den Verbandswechseln keine Schmerzen.

Hauptproblem für die Patientin war der üble Geruch.

Verbunden wurde die Wunde auf unserer Station mit Actisorb silber, da dies durch den Kohleanteil den Geruch mindert sowie Superabsorber wie Sorbion sachet.

Eine weitere Möglichkeit wäre die Verwendung von medizinischem Honig welcher ebenfalls den Geruch mindern würde sowie einer Hydrofaser zum Aufsaugen des Exsudats und als Wundrandschutz um einer Mazeration vorzubeugen.

Die Pat. verstarb letztes Jahr im Kreise ihrer Familie.

4.2 Beispiel 2

Anamnese und Krankheitsverlauf:

94 jährige Patientin mit metastasierendem Analcarcinom (Erstdiagnose August 2009). Aufgrund der sehr guten körperlichen und geistigen Konstitution der Patientin entschied man sich eine OP durchzuführen, wobei eine distale Rektumresektion und eine breite perianale Excision erfolgte. Im späteren Verlauf kam es noch zu einer Lymphknotenmetastasenentfernung im Bereich der linken Leiste.

Wundbeschreibung:



Abbildung 2: Frau T., Analcarzinom, nach OP
(Quelle: Stationsfotos Chirurgie 2, 2009)



Abbildung 3: Wunde unter VAC®-Therapie seit 1 Woche
(Quelle: Stationsfotos Chirurgie 2, 2009)

Ca. 9x7cm große fibrinbelegte Wunde im Analbereich, Wundrand gerötet und leicht mazeriert. Die Verbandswechsel waren für die Pat. sehr unangenehm und schmerzhaft.

Die ersten Verbandswechsel wurden mit großen Suberabsorbent (Vliwacel) durchgeführt, wobei diese mind. 2-3x tägl. Aufgrund der massiven Exsudation gewechselt werden mussten. Außerdem war der üble Geruch für die Patienten extrem belastend, daher entschied man sich für die Anlage eines VAC®-Systems, wodurch das Exsudat kontinuierlich abgesaugt werden konnte und die Pat. nicht mehr mit dem Geruch konfrontiert und außerdem wieder mobiler wurde.



Wie man am Verlauf der Bilder erkennt haben sich die Wundverhältnisse deutlich gebessert.

Abbildung 4: Wunde nach weiteren 8 Tagen VAC®-Therapie
(Quelle: Stationsfotos Chirurgie 2)

Die Pat. wurde jedoch ohne VAC®-Therapie in eine häusliche 24-Stunden-Pflege entlassen. Die Pat. ist aufgrund ihrer Grunddiagnose nur kurze Zeit darauf zu Hause verstorben.

5 Zusammenfassung

Die Pflege von Patienten mit Tumorwunden ist eine große Herausforderung und erfordert viel Fachwissen, Einfühlungsvermögen und Kreativität von den einzelnen Pflegepersonen.

Wichtig ist, dass einem die Hauptprobleme dieser Patienten wie Schmerzen, übel riechende Wunden, starke Sekretion sowie vermehrte Blutungen und die daraus resultierenden Folgen wie Isolation und Depression bewusst werden. Diese Probleme müssen gezielt behandelt werden um so die Lebensqualität der Patientin zu verbessern.

6 Schlussfolgerung

Zuerst hatte ich etwas Angst, mich mit diesem Thema zu beschäftigen, weil das Thema Krebs auch in unserem Beruf häufig ein Tabuthema ist, über das niemand reden will. Ich habe das Gefühl, vor allem auf allgemeinen Stationen, dass Krebspatienten und ihre Chemotherapien, sowie Wundbehandlungen im „normalen“ Stationsalltag „mitlaufen“. Dies sollte jedoch nicht der Fall sein, denn vor allem diese Patienten brauchen besondere Aufmerksamkeit.

Durch das Schreiben dieser Arbeit aber vor allem auch durch den Wundmanagementkurs selbst konnte ich zahlreiche neue Erkenntnisse gewinnen, was ich bei einem Verbandswechsel beachten sollte, wie ich dem Patienten Angst und Schmerzen nehmen kann.

Vor allem die Hauptprobleme der Patienten mit exulcerierenden Wunden sind mir wieder bewusst geworden und ich werde in Zukunft sicher versuchen, mehr auf die Patienten einzugehen und ihren Bedürfnissen zu entsprechen.

7 Literaturverzeichnis

- Bäumer, R, Maiwald, A., 2008, Onkologische Pflege, Stuttgart, Georg Thieme Verlag KG
- Voggenreiter, G., Dold, C., 2009, Wundtherapie, Stuttgart, Georg Thieme Verlag KG
- Kern, M., Dörschug, D., 2005, Der offen-sichtliche Ausdruck einer Tumorerkrankung, www.dgpalliativmedizin.de (27.07.2010, 10.35)
- International Assosiation for the Study of pain

8 Abbildungsverzeichnis

- **Abbildung 1:** Frau W., Mammacarcinom (Quelle: Stationsfotos Chirurgie 2, 2007)
- **Abbildung 2:** Frau T., Analkarcinom, nach OP (Quelle: Stationsfotos Chirurgie 2, 2009)
- **Abbildung 3:** Wunde unter VAC®-Therapie seit 1 Woche (Quelle: Stationsfotos Chirurgie 2, 2009)
- **Abbildung 4:** Wunde nach weiteren 8 Tagen VAC®-Therapie (Quelle: Stationsfotos Chirurgie 2)

9 Eidesstattliche Erklärung und Verwendung der Projektarbeit

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre, dass die vorliegende Arbeit von mir selbst verfasst wurde und ich ausschließlich die von mir angegebenen Werke und Hilfsmittel verwendet habe.

Wattens, am 31. August 2010

.....

(Brigitte Fischler)

Verwendung der Projektarbeit

Ich bin damit einverstanden, dass meine Projektarbeit weiteren Personen zur Verfügung gestellt werden darf.

Wattens, am 31. August 2010

.....

(Brigitte Fischler)