

Weiterbildung

Wundmanager 2010

Tumorwunden

vorgelegt von

Rheinberger Daniel

Räterstrasse 4

6830 Rankweil

Email: daniel.rheinberger@aon.at

Rankweil, im August 2010

Vorwort

Durch meinen beruflichen Wechsel in die Hauskrankenpflege hatte ich schon öfter mit exulcerierenden Tumorwunden sowie mit dem diabetischen Fußsyndrom, Ulcus cruris venosum und Decubitis zu tun.

Gerade im ambulanten Bereich, bei der Behandlung von Wunden bzw. speziell Tumorwunden, ist es wichtig, ständig in Kontakt mit verschiedenen Berufsgruppen zu stehen.

Mir ist in den gut zwei Jahren, in denen ich nun in der Hauskrankenpflege tätig bin, besonders eine Person noch sehr gut in Erinnerung welche eine exulcerierende Tumorwunde hatte. Eine seltene Erbkrankheit namens Netherton Syndrom erschwerte diesem Patient sein ganzes Leben.

Sein soziales Umfeld und seine Kontakte zur Außenwelt beschränkten sich in den letzten Jahren zum Grossteil auf das Krankenhaus und das mobile Pflegepersonal.

Mein persönliches Interesse liegt darin, dass solche Patienten möglichst lange in ein soziales Umfeld integriert werden, da dies heutzutage mit einer guten Schmerztherapie und speziellen Verbandsmaterialien möglich ist.

Inhaltsverzeichnis

<i>1 Einleitung</i>	<i>1</i>
<i>2 Lebensqualität</i>	<i>1</i>
<i>3 Interdisziplinäre Zusammenarbeit</i>	<i>2</i>
<i>4. Schmerz</i>	<i>2</i>
<i>4.1 Schmerzarten</i>	<i>2</i>
<i>4.2 Schmerzerfassung</i>	<i>3</i>
<i>4.3 Schmerztherapie</i>	<i>3</i>
<i>5 Grundlagen bei der Versorgung von Tumorwunden</i>	<i>4</i>
<i>5.1 Atraumatisches Entfernen des Verbandes</i>	<i>4</i>
<i>5.2 Exudatmanagement</i>	<i>5</i>
<i>5.3 Geruch</i>	<i>5</i>
<i>5.3.1 Geruchsminderung</i>	<i>6</i>
<i>6 Wunddokumentation</i>	<i>6</i>
<i>7. Psyche</i>	<i>7</i>
<i>8 Patientenbeispiel</i>	<i>7</i>
<i>9 Zusammenfassung</i>	<i>11</i>
<i>10 Schlussfolgerung</i>	<i>11</i>
<i>12 Literaturverzeichnis</i>	<i>12</i>
<i>12.1 Selbständige Buchveröffentlichungen</i>	<i>12</i>
<i>12.2 Sammelbände</i>	<i>12</i>
<i>12.3 Internet</i>	<i>12</i>
<i>12.4 Unveröffentlichte Arbeiten</i>	<i>13</i>
<i>13 Anhang</i>	<i>13</i>

1 Einleitung

Die Palliativmedizin und Pflege hat in den letzten Jahren vermehrt an Bedeutung gewonnen. Das mobile Palliativteam in Vorarlberg war im Jahr 2008 nur im Raum Bregenz bis Feldkirch tätig, derzeit umfasst das Einsatzgebiet das ganze Land.

Patienten mit malignen Wunden möchten solange wie möglich zuhause in ihrer vertrauter Umgebung bleiben. Daher ist es wichtig, dass diese Patienten die höchstmögliche Lebensqualität zuhause erfahren können.

Mit dieser Arbeit möchte ich dem Leser einen Einblick in die Wundversorgung von Tumorwunden geben. Weiters möchte ich über die Verbesserung der Lebensqualität durch adäquate Schmerztherapie, Exudatmanagement und Geruchsminderung berichten.

Für die Umsetzung in der Praxis sind dazu Schulungen sowie der ständige Kontakt mit verschiedenen Berufsgruppen notwendig

Anhand eines Patientenbeispiels möchte ich erläutern, wie wichtig die oben genannten Punkte sind.

2 Lebensqualität

Die WHO definiert Lebensqualität als „die Vorstellung eines Individuums von seiner Stellung im Leben in Zusammenhang mit der Kultur und dem Wertesystem, in dem es lebt, und in Beziehung zu seinen Zielen, Normen und Belangen“.

Die Definition umfasst sechs große Bereiche: körperliche Gesundheit, seelischer Zustand, Unabhängigkeitsgrade, soziale Beziehung, Umgebungsmerkmale und spirituelle Belange.

Lebensqualität ist etwas sehr persönliches, für jeden Mensch hat Lebensqualität eine andere Bedeutung (Tüchler, 2004).

Tumorwunden lassen sich in den meisten Fällen nur kurativ behandeln, es ist hierbei wichtig den Patienten in seiner Gesamtheit zu sehen, um so seine Lebensqualität zu fördern. (Vgl. Danzer 2009)

3 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Durch ein gut funktionierendes Netzwerk und die Zusammenarbeit mehrerer Berufsgruppen wird es versucht, die Wünsche der betroffenen Menschen zu erfüllen. Arbeitet die Hauskrankenpflege mit den Hausärzten, Fachärzten sowie den mobilen Palliativteams und der Hospiz zusammen, so kann es ermöglicht werden, den Wunsch des Patienten zuhause zu sterben zu erfüllen. Dies gilt nicht nur für die palliative Versorgung, sondern auch für die chronischen Wunden welche in häuslicher Umgebung versorgt werden. Durch den Verbleib in der gewohnten Umgebung steigt die Lebensqualität.

4. Schmerz

Definition von Schmerz:

Schmerz ist das, was der Betroffene über die Schmerzen mitteilt. Sie sind vorhanden, wenn der Patient mit Schmerzen sagt, dass er Schmerzen hat (Vgl. Nestler, Osterbrink 2010)

4.1 Schmerzarten

Nozizeptiver Schmerz:

Nozizeptiver Schmerz entsteht durch Verletzung der Haut, Muskeln, Sehnen oder Bänder (somatischer Schmerz). Viszeraler Schmerz durch Schädigung der Eingeweide. (Vgl. Nestler, Osterbrink 2010)

60% – 90% der Schmerzursachen bei tumorbedingten Schmerzen sind unter anderem in den Bereich Tumornekrosen an Schleimhäuten mit Ulceration und Perforation zu kategorisieren. (Vgl. Tumorschmerzen, Therapieempfehlung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, 3. Auflage 2007)

Neuropathischer Schmerz:

Der neuropathische Schmerz entsteht wenn Nervenstrukturen gereizt oder geschädigt werden

Sind bei Wunden Weichteile und Nerven verletzt treten Kombinationen des neuropathischen und des nozizeptivem Schmerz auf. Dies ist in der Praxis häufig der Fall. (Vgl. Nestler, Osterbrink 2010)

4.2 Schmerzerfassung

Der Schmerzzustand muss wiederholt beobachtet und erfasst werden, nur so ist eine Beurteilung des Schmerzes möglich. Bei der Schmerzerfassung ist zu beachten, dass es sich bei Schmerzen um ein subjektives Empfinden handelt und dabei unterschiedliche Faktoren wie Angst, Stress oder der emotionale Zustand die Schmerzwahrnehmung beeinflussen.

Die Schmerzstärke kann mittels Schmerzskaalen numerisch oder visuell erhoben werden.

4.3 Schmerztherapie

Um eine adäquate Schmerztherapie bei Patienten, die Schmerzen von verschiedener Herkunft haben, zu gewährleisten gibt es eine Empfehlung der WHO.

Die WHO beschreibt ein Stufenschema, dieses geht von 3 Stufen aus.

Stufe 1 beinhaltet nichtseroide Analgetikas mit oder ohne Adjuvantien

Stufe 2 wird bei gleichbleibendem oder stärkerem Schmerz angewendet, dabei kommt ein schwaches Opioid in Kombination mit einem NSAR mit oder ohne Adjuvantien

Stufe 3 wird wiederum bei gleichbleibendem oder stärkerem Schmerz angewendet. Nun kommt ein starkes Opioid in gleicher Kombination wie in Stufe 2 beschrieben zur Anwendung.

Als Adjuvantien werden Medikamente angewendet welche die Schmerzmittelnebenwirkungen aufheben bzw. verringern (Magenschutz oder Laxantien). Auch Psychopharmaka können schmerzlindernd wirken.

Einfühlungsvermögen sowie ein wertschätzender Umgang und eine gute Vertrauensbasis sind Grundlagen für eine erfolgreiche Schmerztherapie. (Vgl. Protz 2/2009)

5 Grundlagen bei der Versorgung von Tumorwunden

Bei Tumorwunden steht nicht die moderne Wundversorgung im Vordergrund, da meist keine kurative Behandlung möglich ist. Es wird hier versucht, einen möglichst atraumatischen Verbandswechsel sowie ein gutes Exudatmanagement zu erzielen. Weiters steht die Geruchsminderung sowie die Defektabdeckung im Vordergrund.

5.1 Atraumatisches Entfernen des Verbandes

Um einen atraumatischen Verbandswechsel durchzuführen, sollte dem Patienten ca. 30 – 60 Minuten vor dem Wechsel ein nicht retardiertes Schmerzmittel verabreicht werden. (Vgl. Hintner 2010)

Falls es möglich, ist sollte der Patient beim Verbandswechsel mit einbezogen werden.

Sollte die zu entfernende Wundauflage noch an der Wunde haften, empfiehlt es sich diese mit einer angewärmten Lösung (NaCl 0,9%) anzufeuchten und dann vorsichtig zu entfernen. Diese Lösung kann auch zur Wundspülung verwendet werden.

5.2 Exudatmanagement

Da exulcerierende Wunden sehr oft stark nässen, arbeitet man bei diesen Wunden, falls der Patient sie verträgt, mit sehr saugfähigen Produkten.

Die psychische Belastung aufgrund vermehrten Exudates ist dabei erheblich. Daher steht bei dieser Art von Wunden die Symptombekämpfung im Vordergrund. Strategien zum Exudatmanagement:

- Zu bevorzugen sind Saugkompressen oder Vlieskompressen mit Superabsorbent (z.B. Sorbion ®)
- Treten beim Verbandswechsel Blutungen auf, ist der Einsatz von Alginaten angeraten. (Vgl. Protz 02/2009)
- Als Wundrandschutz kann je nach Stärke der Exudation eine Cavilon® Hautschutz Creme oder eine Zinccream verwendet werden.
- Besteht die Gefahr, dass Wundauflagen mit der Wunde verkleben, können Wunddistanzgitter (Adaptiv ®) angewendet werden.
- Als Sekundärverband können unter anderem Windelaufgaben oder Damenbinden verwendet werden. (Vgl. Hintner 2010)
- Als Fixation empfiehlt es sich, elastische Mullbinden oder selbsthaftende Fixierbinden (Peha- Crepp ®) zu verwenden

5.3 Geruch

„Ein häufiges Problem der Tumorzellen ist der Geruch, der durch den Zerfall in der Wunde und/oder durch Befall mit anaeroben Keimen entsteht und den Patienten stark belastet“ (Susanne Danzer 2009, S25)

Da der Patient meist die eigene Wunde riecht, bedeutet dies auch eine enorme psychische Belastung. Unangenehme Gerüche der Wunde verhindern oft auch soziale Kontakte. Werden diese Gerüche durch Dämmung, Beseitigung oder sogar einer Infektsanierung gemindert, kann dies die Lebensqualität daher erheblich steigern. (Vgl. Protz 2009)

5.3.1 Geruchsminderung

Mittel zur Geruchsminderung sind unter Anderem:

- Aktivkohle Verband, auch mit silver erhältlich (Actisorb ® bzw. Actisorb silver ®)
- Mertonidazol (z.B. Anaerobex ® bewirkt eine Geruchsminderung, Injektionslösung kann in eine Sprayflasche gefüllt werden und auf die Wunde gesprüht werden. (Vlg. Monique Weissenberger – Leduc 2008)
- Kompressen sollten wenn sie durchgenässt sind gewechselt werden
- Die Raumluft im Zimmer kann mit verschiedenen ätherischen Ölen in einer Duftlampe verändert werden. Weiters können auch Lavendel oder offenes Kaffeepulver dazu beitragen.

6 Wunddokumentation

Die Wunddokumentation dient zu Qualitätssicherung und zur Beobachtung des Heilungsverlaufes, sie sollte bei jedem Verbandswechsel erfolgen und von Therapiebeginn bis zum Ende durchgeführt werden. Durch eine lückenlose Fotodokumentation können Fortschritte oder Rückschläge erkannt werden, somit können Behandlungsmaßnahmen begründet geändert werden. Informationen für Ärzte und Pflegepersonen sind ersichtlich, dies dient zur konsequenten Durchführung der Maßnahmen auch bei einem Personalwechsel. Die Dokumentation gehört zum mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich und ist gesetzlich geregelt. Bei Tumorwunden ist davon auszugehen, dass eine kurative Heilung in den meisten Fällen nicht möglich ist.

7. Psyche

Menschen, die mit einer Tumorwunde leben, empfinden sich häufig als Monster und als entstellt, vor allem wenn sich diese Wunden im Gesichtsbereich oder an den Extremitäten befinden. (Vgl. Danzer 2009)

In diesen Situationen sollte man sich nicht vom Patienten abwenden auch wenn eine Heilung aussichtslos ist. Durch einen regelmäßigen Kontakt mit einer oder mehreren Pflegepersonen kann sich eine Beziehung zum Patienten aufbauen. So können sich Menschen an denen eine pflegerische Tätigkeit durchgeführt wird (z.B. Verbandswechsel) über Ihre Gefühle äußern. In solchen Situationen sollte man signalisieren dass die Person darüber sprechen kann und darf.

Das Gespräch sollte aber auch mit den Angehörigen gesucht werden, sie sollten auch miteinbezogen werden, wobei aber auch hier die Grenzen dieser erkannt und respektiert werden müssen. Es ist sinnvoll einen Psychologen oder falls dies die betroffene Person wünscht, einen Seelsorger mit ins Boot zu holen.

In der ambulanten Pflege wäre es gut, wenn nicht immer dieselbe Pflegefachkraft solche Patienten betreut, da dies auch für sie eine sehr hohe psychische Belastung darstellt.

8 Patientenbeispiel

Ich möchte in dieser Arbeit ein Patientenbeispiel einbringen, das mir in meiner Arbeit in der Hauskrankenpflege besonders in Erinnerung geblieben ist

Der mittlerweile Verstorbene, im Jahrgang 1955 geborene Herr R. hatte eine seltene Grunderkrankung namens Netherton Syndrom.

Dies ist eine vererbte Erkrankung der Haut und deren Anhangsgebilde, ausgelöst durch einen Gendefekt. Eine Rötung am ganzen Körper (Erythrodermie) ist die Folge sowie brüchige glanzlose Haare die aussehen wie Bambushaare. Im Verlauf

des Kindes- und Erwachsenenalters können bei diesen Personen Plattenepithelkarzinome entstehen, welches hier der Fall war. Deshalb konnte ich aus damaligen Gesprächen herausfinden, dass im frühen Kindesalter Teile der Hand und im späteren Verlauf der ganze linke Arm amputiert wurde. (Vgl. Univ.-Prof. Dr. Johann Bauer, Peter H. Höger 2005, 2007) Er habe sein halbes Leben im Krankenhaus verbracht, so die Aussagen des damaligen Patienten.

Seit Juni 2008 machte die Hauskrankenpflege regelmäßige Besuche, um die Körperpflege und den Verbandswechsel zu gewährleisten. Aufgrund der stark schuppigen Haut wurde bei jedem Besuch ein Vollbad mit Balneum Hermal durchgeführt und anschließend der ganze Körper mit kortisonhaltigen Cremes, welche vom Krankenhaus empfohlen wurden, eingecremt.

Die exulcerierende Wunde an der li. Amputationsstelle wurde mit Betaisodona Lösung gereinigt, Inadine ® auf den Wundgrund aufgebracht, mit Zetuvit ® Saugkompressen abgedeckt und mit Mefix ® fixiert. Die Wunde vergrößerte sich von Zeit zu Zeit und begann auch unangenehm zu riechen.



Amputationstelle li.



Anfang November 2008 wurde über eine Chemotherapie nachgedacht, welche dann auch nach einer Implantation eines Porth a cath begonnen wurde. Die Nebenwirkungen der Chemotherapie schlugen sich negativ auf die psychische Situation nieder, sodass sich die Angehörigen Sorgen machten. Es wurde ein Psychiater zugezogen.

Anfang Februar 2009 konnte durch die Chemotherapie auch die Wunde an der linken Amputationsstelle abheilen. Anfang Mai 2009 wurde nach mehreren Infektionen der Porth a Cath entfernt, die Wunde an der OP Stelle heilte relativ rasch ab. Im August des Jahres 2009 wurden wieder vermehrt Hautdefekte an der oben genannten Stelle entdeckt.

Hr R. überlegte zusammen mit dem Hausarzt, ob eine nochmalige Chemotherapie sinnvoll wäre oder nicht. Er kam zu dem Schluss, dass er keine Chemotherapie mehr wollte. Die Schmerzen wurden nun auch stärker und laut Aussage von Hr R. nahm er zweimal tgl. Novalgin® ein, das mobile Palliativteam wurde zur Schmerzeinstellung hinzugezogen.

Die Wunde war nun stark nässend und übel riechend, die Reinigung erfolgte mit angewärmtem NaCl 0,9%, Beläge wurden vorsichtig mit Wattestäbchen entfernt. Actisorb silver® wurde auf den Wundgrund appliziert und die Wunde mit Sorbion sachet® abgedeckt. Die Fixation erfolgte mit Gekalast® und Peha Haft® Hr. R. wurde aufgefordert, ca. 30 min vor dem Verbandswechsel ein Morphinpräparat einzunehmen. Er wurde ca. eine halbe Stunde vorher von der mobilen Pflegefachkraft informiert.

Anfang Dezember 2009 kam Hr. R. zur stationären Aufnahme auf die Palliativstation nach Hohenems. Nach 10 Tagen Krankenhausaufenthalt drängte Hr R. nachhause, die Morphinpräparate wurden erhöht, konnten jedoch noch oral eingenommen werden. Die Wunde vergrößerte sich zunehmend.



Lt. Aussage des Patienten wollte er nicht mehr ins Krankenhaus. Die Schmerzen verstärkten sich mit der Zeit, und es wurde über eine neuerliche Schmerzeinstellung nachgedacht. Lt. Arztverordnung konnte Hr R. nach Bedarf Schmerztabletten zu sich nehmen, bekam in der Ordination des Hausarztes auch s.c. Injektionen.

Anfang März 2010 verschlechterte sich der Allgemeinzustand, der Verband nässte sehr stark durch und musste öfter gewechselt werden. Nach Anordnung des Facharztes erhielt Hr R. eine Schmerzpumpe (gefüllt mit Vendal® , Ketanest® und Dormicum®), die subcutan angeschlossen wurde. Die Hauskrankenpflege wurde vom mobilen Palliativteam bezüglich der Schmerzpumpe geschult.

Die Angehörigen kamen an ihre Grenzen und so war ein neuerlicher Aufenthalt in der Palliativstation unumgänglich.



Die Wunde vergrößerte sich zunehmend, im Krankenhaus wurde der Verbandswechsel 2 mal täglich und nach Bedarf durchgeführt. Offenen Stellen wurden mit erwärmten NaCl 0,9% vorsichtig gereinigt, Wundränder mit Zinkcreme

abgedeckt, Adaptic® auf die nässenden und blutigen Stellen aufgebracht, mit Actisorb silver® und Vliwacell® abgedeckt und mit Watte und Peha Haft® fixiert. Hr. R. kam Anfang April 2010 wieder nach Hause, sein Allgemeinzustand hatte sich massiv verschlechtert, er war zeitlich u. örtlich zeitweise nicht mehr orientiert, hatte Wortfindungsstörungen und Wahnvorstellungen. Vor jedem Verbandswechsel wurde ein Bolus über die Schmerzpumpe verabreicht, zusätzlich nahm Hr. R. Vendal Saft® oral ein. Mitte April 2010 ist Hr. R. zuhause verstorben.

9 Zusammenfassung

Mit dieser Arbeit wurde ein Einblick in die Wundversorgung von exulcerierenden Tumorwunden gegeben. Es wurde hier erläutert wie wichtig die Schmerztherapie und der Verbandswechsel mit den richtigen Materialien sind.

Anhand eines Patientenbeispiels wurde aufgezeigt, dass die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen von großem Vorteil ist, sodass die Lebensqualität und die psychische Situation verbessert werden können.

10 Schlussfolgerung

Abschließend kann gesagt werden, dass die richtige Anwendung verschiedener Produkte eine wichtige Rolle spielt. Werden die Wunden richtig versorgt, kann sich der Patient, solange es sein Zustand zulässt, in seiner gewohnten Umgebung aufhalten.

Die Tumorwunden heilen in den meisten Fällen nicht ab, wird jedoch eine adäquate Schmerztherapie angewendet, ein gutes Exudatmanagement gewährleistet sowie der Geruch der Wunde gemindert, bedeutet dies eine erhebliche Steigerung der Lebensqualität.

Auch der ständige Kontakt zwischen verschiedenen Berufsgruppen, welche auch Psychologen mit einschließt, trägt dazu bei.

12 Literaturverzeichnis

12.1 Selbständige Buchveröffentlichungen

Kerstin Protz (2009) *Moderne Wundversorgung* München: Urban Fischer Verlag

Nadja Nestler, Jürgen Osterbrink in Panfil/Schröder (Hrsg.) (2010), *Pflege von Menschen mit chronischen Wunden* Lehrbuch für Pflegende und Wundexperten, Bern: Hans Huber Verlag

Peter H. Höger (2005, 2007) *Kinderdermatologie* Differentialdiagnostik u. Therapie bei Kindern und Jugendlichen, Stuttgart: Schattauer Verlag

Susanne Danzer (2009) *Chronische Wunden beurteilen und behandeln* Stuttgart: Kohlhammer Verlag

Monique Weissenberger –Leduc (1997, 2000, 2002, 2008) *Handbuch der Palliativpflege* Wien: Springer Verlag

12.2 Sammelbände

Susanne Danzer (04/2009) *Hauterkrankungen und Tumoren bei geriatrischen Patienten* in Hartmann Wundforum 2009 S. 21-24

12.3 Internet

Kerstin Protz (02/2009) *Aspekte der Wundversorgung in der Palliativbetreuung*

<http://www.werner-sellmer.de/Downloads/Protz/Protz%20Pflegelexikon%20Palliativ%2002.2009.pdf>

(02.09.2010, 11:00)

Univ. Prof. Dr. Johann Bauer (Jahr unbekannt) *Netherton Syndrom*

<http://www.genodermatosen.at/page.php?page=erkrankungen/verhornungsstoerungen/netherton-syndrom&range=erkrankungen&style=default>

(03.09.2010, 20:00)

Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (2007) *Tumorschmerzen*

<http://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/TE/Archiv/Tumorschmerzen.pdf>

(31.08.2010, 18:15)

12.4 Unveröffentlichte Arbeiten

Alexander Tüchler (2004) *Lebensqualität des Patienten mit einer chronischen Wunde unter Versorgung mittels V.A.C ®* Abschlussarbeit vorgelegt an der Österreichischen Gesellschaft für vaskuläre Pflege

Marianne Hintner (2010) *WM-Tumorwunden* Skript Wundmanagerausbildung

13 Anhang

Anhang : Authentizitätserklärung

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Daniel Rheinberber, erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die benutzten Quellen als solche kenntlich gemacht habe.

Innsbruck am: _____

Unterschrift: _____