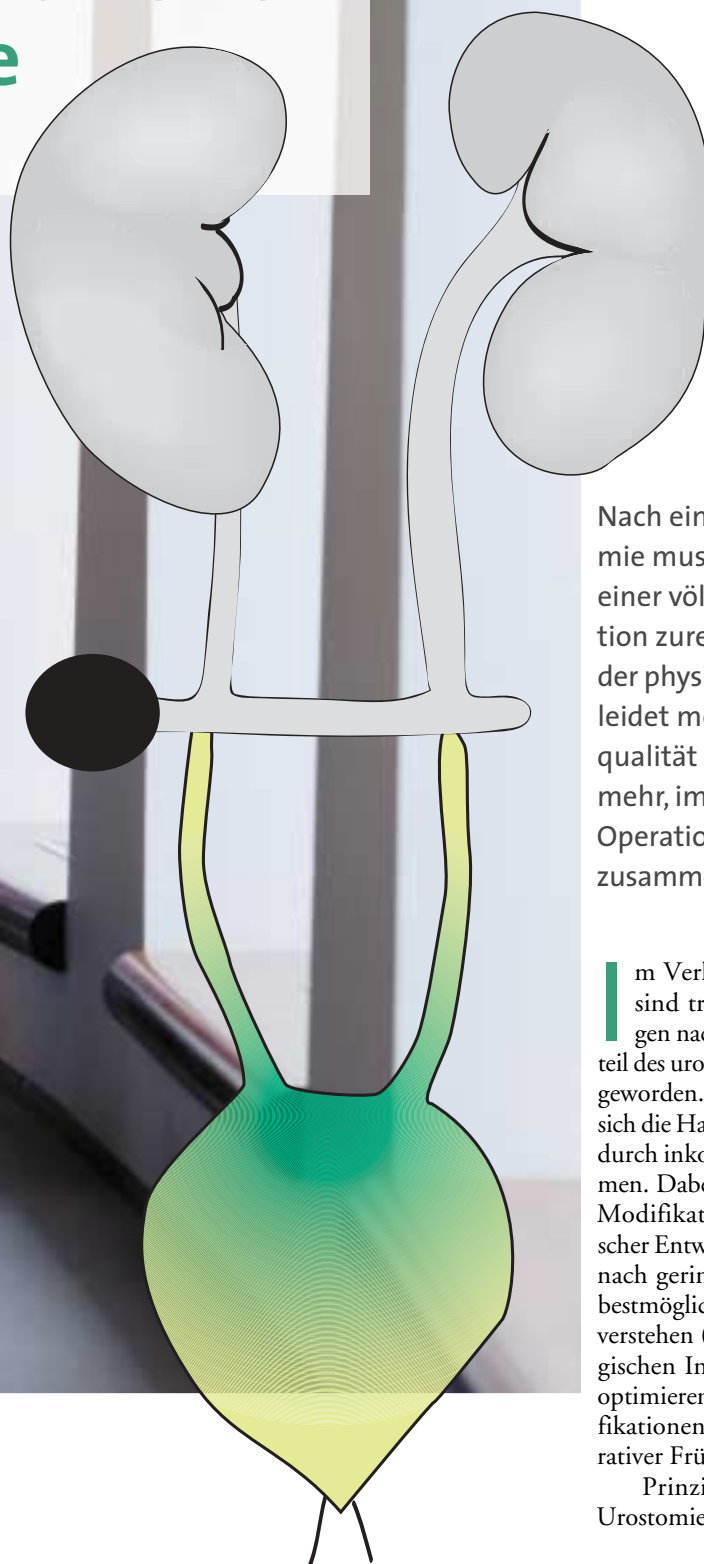


Lebensqualität und Rehabilitation
nach Zystektomie

Auf einmal fehlt die Blase

M. ZELLNER, R. RIEDL

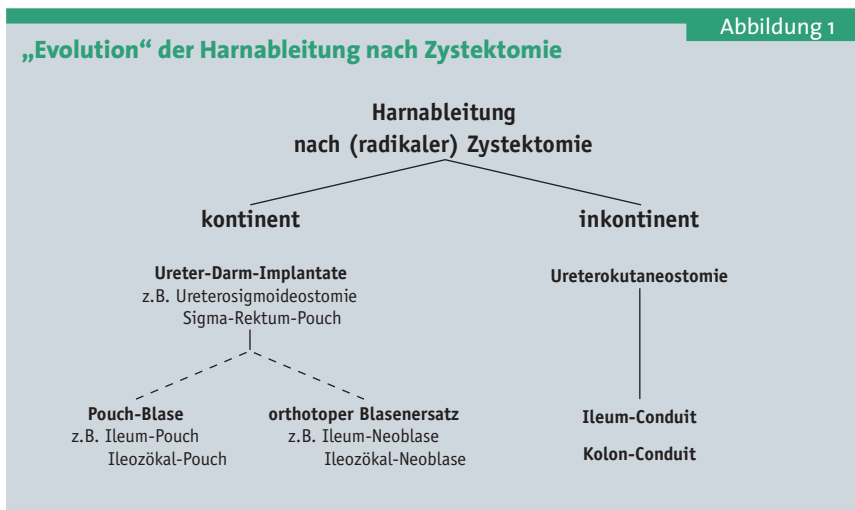
© Archiv



Nach einer radikalen Zystektomie muss sich der Patient mit einer völlig neuen Lebenssituation zurechtfinden. Neben der physischen Beeinträchtigung leidet meist auch die Lebensqualität merklich. Ein Grund mehr, im Anschluss an die Operation mit einer Reha-Klinik zusammenzuarbeiten.

Im Verlauf der letzten 10–15 Jahre sind transintestinale Harnableitungen nach Zystektomie fester Bestandteil des urologisch-operativen Repertoires geworden. Grundsätzlich unterscheidet sich die Harnableitung nach Zystektomie durch inkontinente und kontinente Formen. Dabei sind die aktuell zahlreichen Modifikationen durchaus als dynamischer Entwicklungsprozess auf der Suche nach geringstmöglicher Invasivität bei bestmöglicher funktionaler Effizienz zu verstehen (Abb. 1). Im Fokus des urologischen Interesses standen dabei meist optimierende operationstaktische Modifikationen zur Verminderung postoperativer Früh- und Spät komplikationen.

Prinzipiell sind die Anlage einer Urostomie, eines Pouches oder einer or-



thotopen Ersatzblase keine invalidisierenden Eingriffe. Selbst die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit sowie eine weitgehend unveränderte Freizeitgestaltung wären prinzipiell möglich. Dennoch darf – auch bei potenziell lebensrettender Zielsetzung – nicht übersehen werden, dass eine (radikale) Zystektomie mit jeder Form der Harnableitung einen massiven Eingriff in die physische wie auch psychische Integrität des Betroffenen darstellt. Beeinträchtigte Miktionsverhältnisse (oft in Kombination mit Inkontinenz und/oder gestörter Entleerung), Sexualfunktionsstörun-

gen und gestörtes Body-Image sowie mitunter beträchtliche Veränderungen des Metabolismus bedingen für den Betroffenen eine oft völlig neue Lebenssituation. Der nachfolgende Beitrag verschafft einen Überblick über den derzeitigen Kenntnisstand zur postoperativen Lebensqualität und die Notwendigkeit qualifizierter Rehabilitationsmaßnahmen.

Orientierung an der Lebensqualität

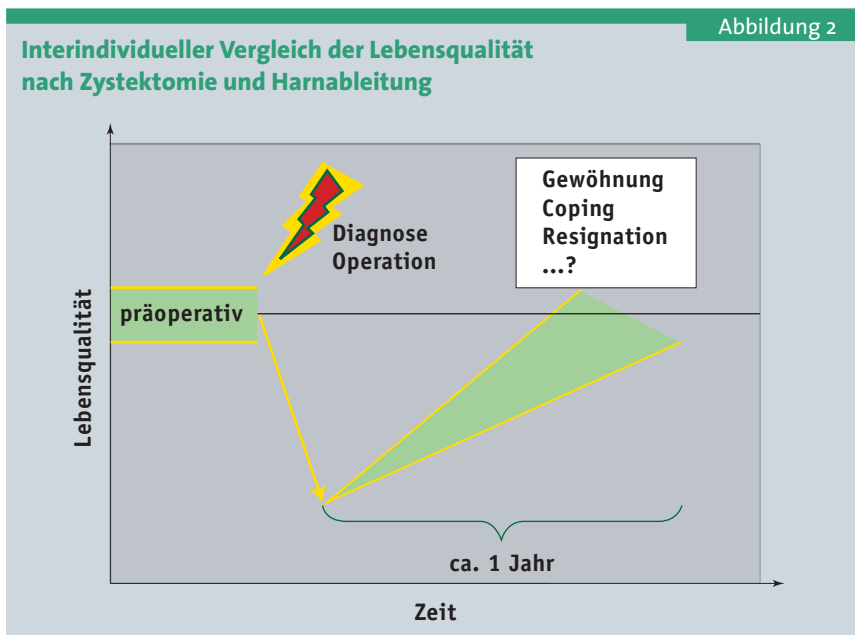
Neben dem onkologischen Ergebnis hat zwischenzeitlich auch die postinterventionelle Lebensqualität als Parameter für

die Bewertung von Therapieverfahren an Bedeutung gewonnen. Es gibt eine Reihe von Publikationen, die die prä- und postoperative Lebensqualität nach Zystektomie und verschiedenen Formen der Harnableitung miteinander vergleichen. In der überwiegenden Zahl der Arbeiten findet sich die beruhigende Aussage, dass sich nach etwa einem Jahr die postinterventionelle Lebensqualität nicht oder allenfalls marginal von dem präoperativen Status unterscheidet und dass sich die meisten Patienten erneut für denselben Eingriff entscheiden würden [3, 4, 6]. Bei kritischer Analyse der verfügbaren Daten zur Lebensqualität müssen jedoch Einschränkungen der Aussagekraft diskutiert werden. Zwar werden in den meisten Arbeiten die relevanten Bereiche Psyche, Physis und Soziales sehr detailliert und differenziert abgefragt. Allerdings bleibt die tatsächliche Beeinflussung oder Beeinträchtigung der Lebensqualität meist ungeklärt. Der Zusammenhang zwischen Lebensqualität und Harnableitung wird methodisch meist unzulänglich beschrieben. Auch der tatsächliche Einfluss von Komplikationen auf die Lebensqualität bleibt oft unberücksichtigt, das heißt Schlussfolgerungen zur Beeinflussung der Lebensqualität durch Komplikationen verschiedener Harnableitungen sind nicht möglich [1].

Fehlende objektive Parameter

Daneben wird in vielen Arbeiten keine Definition für den Begriff „Lebensqualität“ angegeben. Meist werden zur Erhebung der Lebensqualität nicht näher beschriebene und selbst entwickelte Fragebögen verwendet [3, 8, 14], sodass aufgrund unterschiedlicher Fragestellung eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse nur sehr eingeschränkt möglich ist. Erst wenige Arbeiten verwenden validierte Fragebögen oder Messinstrumente, beispielsweise den SF-36, EORTC-QLQ-C30 oder den FACT-B. Dennoch bleiben die Ergebnisse mitunter uneinheitlich – möglicherweise auch wegen der relativ geringen Fallzahl untersuchter Patienten (meist unter 50 Fälle je Harnableitung) [2, 4, 9, 15].

Während es zwischen kontinentem Reservoir und Neoblase keine relevanten Unterschiede hinsichtlich der postope-



tenem Blasen-tumor zystektomierte und mit kontinenter Harnableitung versorgte Patienten (Pouch oder Neoblase) wurden randomisiert zwei vergleichbaren Gruppen (hinsichtlich Geschlecht, Alter, Dauer des Follow-ups und der durchgeführten Harnableitung) zugeordnet. Die EORTC-Bögen QLQ-C30 und QLQ-BLM30 wurden einer Patientengruppe direkt durch die operierende Klinik, der anderen durch ein unabhängiges Institut zugeschickt. In den Antworten der „neutralen“ Befragung mit dem QLQ-C30 zeigten sich statistisch signifikant häufiger Darmbeschwerden als in den von der operierenden Klinik versandten Bögen. Unterschiede bestanden auch hinsichtlich emotionaler Funktionen, Dyspnoe und wirtschaftlicher Schwierigkeiten. Für den QLQ-BLM30 gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Bögen.

Als möglichen Grund einer Beeinflussung sehen die Autoren eine positive emotionale Arzt-Patienten-Beziehung. Möglicherweise können postoperative Beschwerden einer „neutralen“ Institution gegenüber ehrlicher artikuliert werden. Gründe wie Dankbarkeit für eine potenziell lebensrettende Operation, aber auch die Notwendigkeit einer fortgesetzten Tumornachsorge könnten zu einer positiveren Bewertung postoperativer Beschwerden führen. Die Tatsache, dass gerade Darmbeschwerden und finanzielle Schwierigkeiten der unbeteiligten Institution gegenüber deutlich negativer bewertet wurden, lassen darüber spekulieren, dass sich hier grundlegende Ge-

fühle wie Schuld und Scham widerspiegeln. Diese lassen sich einer unbeteiligten, unbekannteren, neutralen Partei gegenüber leichter artikulieren.

Schnellstmöglich Selbstständigkeit

Trotz einer mehr oder weniger ausgeprägten Lebensqualität, die früher oder später eventuell sogar wieder auf präoperativem Niveau liegt, handelt es sich bei jeder Zystektomie mit inkontinenter oder kontinenter Harnableitung um einen großen chirurgischen Eingriff mit unbestrittener Morbidität. Insbesondere die typischen Operationsfolgen (Urostomie, Inkontinenz und/oder Blasenentleerungsstörungen, Stoffwechselalterationen, aber auch Sexualfunktionsstörungen) können über eine verringerte Selbstständigkeit im täglichen Leben und vor allem bei höherem Lebensalter zu einer bedeutenden Einschränkung der Lebensqualität führen [13]. Vor allem in der frühen postoperativen Phase kommt daher einer qualifizierten, fachspezifischen urologischen Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation größtmögliche Bedeutung zu. Zunächst sollte bei inkontinenter Harnableitung schnellstens eine selbstständige Stomieversorgung beziehungsweise bei Reservoiren ein intermittierender Katheterismus ermöglicht werden. Ein multimodales Kontinenztraining (physiotherapeutisch geführt und apparativ unterstützt, gegebenenfalls ergänzt durch ein videoendoskopisch-optisches Biofeedback) kann bewirken, dass die (soziale) Kontinenz schneller wieder erreicht wird. Neben der Koordinationsoptimierung beteiligter Muskelgruppen und einer Kraftsteigerung des Beckenbodens ist es wichtig, ein zentrales „faulty-feedback“ durch Einsatz artifizierender Muskelgruppen zu vermeiden oder abzutrainieren [16]. Flankiert werden müssen die Maßnahmen durch eine individuell angepasste Hilfsmittelversorgung. Daneben erfordern potenzielle metabolische Veränderungen im Stoffwechsel (vor allem Wasser-, Säure-Basen-Haushalt, Gallensäure-, Knochen-, Fett-, Vitamin- und Mineralstoffwechsel) eine intensive Überwachung und Schulung der Patienten.

Trotz möglicherweise reduzierter sexueller Aktivität besteht ein hoher In-

formationsbedarf hinsichtlich postoperativer Behandlungsoptionen, vor allem bei erektiler Dysfunktion [16]. Nicht vergessen werden darf auch, dass diese Patienten einen nicht unerheblichen psychonkologischen Betreuungs- und Behandlungsbedarf mitbringen.

Geschnürtes Versorgungspaket aus Reha-Klinik und Praxis

Wesentlich für eine qualitativ hochwertige und langfristige den Patienten zufriedenstellende Behandlung ist die enge und kooperative Verzahnung von niedergelassenem Urologen, operierender Klinik und nachbetreuender urologischer Reha-Klinik. Gerade hinsichtlich der beschriebenen postoperativen Folgen auch anderer radikaler uro-onkologischer Eingriffe sind der akut operierenden Klinik sehr oft infrastrukturelle, personelle und administrative Grenzen gesetzt. Auch im Bereich der niedergelassenen Urologie sind es nicht zuletzt Budget-Probleme (Heilmittel!), die ein umfassendes, qualifiziertes Therapiekonzept ambulant nahezu unmöglich machen. Diese Aufgabe obliegt personell und apparativ darauf ausgerichteten, hauptberuflich urologisch geführten Reha-Kliniken. In enger Zusammenarbeit mit der operierenden Akutklinik und dem einweisenden/weiterversorgenden niedergelassenen Urologen kann dieses „urologische Dreieck“ (Abb. 4) eine an den Bedürfnissen des Patienten ausgerichtete, optimierte Versorgung sicherstellen. Die eingeleiteten Therapien werden durch den niedergelassenen Urologen am Heimatort kontrolliert und gegebenenfalls weiterverordnet. So konkurriert die fachspezifische urologische Rehabilitation nicht mit der Akutklinik oder dem niedergelassenen Urologen, sondern ergänzt vielmehr deren Angebot zu einem umfassenden und qualitätsorientierten Versorgungspaket. Entscheidend für die hohe Qualität und Effizienz der Versorgung in allen Phasen der Behandlung ist der Facharzt für Urologie.

Literatur beim Verfasser

Dr. med. Michael Zellner
Urologische Klinik, Klinikum Passauer
Wolf, 94086 Bad Griesbach,
E-Mail: zellner@k-pw.de



Schema zur optimalen Versorgungsqualität urologischer (Tumor-)Patienten