

Rehabilitation nach uroonkologischer Radikalintervention – Teil II

Vor spezifischen Folgen schützen

Jeder radikale Eingriff kann negative Auswirkungen auf Gesundheit und Lebensqualität des Patienten haben, die es zu minimieren gilt. In Teil II unseres Beitrags zur Rehabilitation geht es um Besonderheiten nach Zystektomie und Harnableitung sowie psychoonkologische, psychosoziale und allgemeine Versorgungsaspekte.



© DAK/van den Berg

Auch für die Rehabilitation gilt: Eine gute Arzt-Patient-Kommunikation ist Grundlage für den Erfolg, denn der Patient muss um alle Aspekte wissen.

Nach einer radikalen Zystektomie können spezifische zusätzliche Probleme auftreten. Spezielle Operationstechniken, aber auch die Verwendung von mehr oder weniger langen Darmsegmenten zur Harnableitung können zu veränderten Druckverhältnissen im Harntrakt führen. Hier gilt es, besonders den oberen Harntrakt vor typischen Folgeschäden (Infektionen, Reflux, Harnstauung, Stauungsnephropathie, progredienter Niereninsuffizienz) zu schützen.

Metabolische Störungen

Die veränderten pathophysiologischen Gegebenheiten durch die Verwendung von Darmschleimhaut können zu mitunter gravierenden metabolischen Veränderungen führen.

► Säure-Basen-Haushalt

Das Ausmaß der Veränderungen im Säure-Basen-Haushalt ist vor allem abhängig von

- der Größe der urinbenutzten Darmschleimhaut
- der Kontaktzeit des Urins mit der Darmschleimhaut
- der Zusammensetzung des Urins, aber auch
- der Art des gebildeten Neoreservoirs
- der Nierenfunktion und
- den Ernährungsgewohnheiten.

Daneben können auch die veränderten körperlichen Anforderungen in der frühen Phase der Rekonvaleszenz (steigende körperliche Belastbarkeit, dynamische Veränderungen der Katabolie, Wundheilung u.a.) zu starken Schwankungen führen. Über die aktive, energieverbrauchende Rückresorption von Chlorid-Ionen aus dem Urin durch die Darmschleimhaut der Neoblase, weniger häufig auch bei Conduits, werden aus Gründen der Elektroneutralität Protonen resorbiert und/oder Bikarbonat sezerniert (Abbildung 1). Der Basen-Exzess im Rahmen einer hyperchlorämischen Azidose kann mitunter erhebliche Ausmaße annehmen. Eine regelmäßige (mindestens wöchentliche, bei entsprechender Symptomatik situationsadaptierte) Blutgasanalyse ist als obligat zu betrachten. Die initial bewährte Gabe von 3x1g Natriumbicarbonat täglich wird dann abgelöst von einer bedarfsadaptierten Substitution.

► Malabsorption

Durch die Ausschaltung verschiedener Darmsegmente mit konsekutiver Entste-

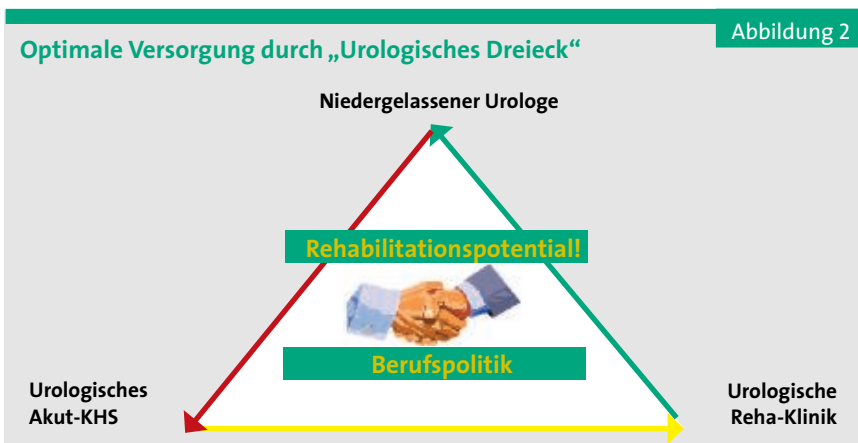
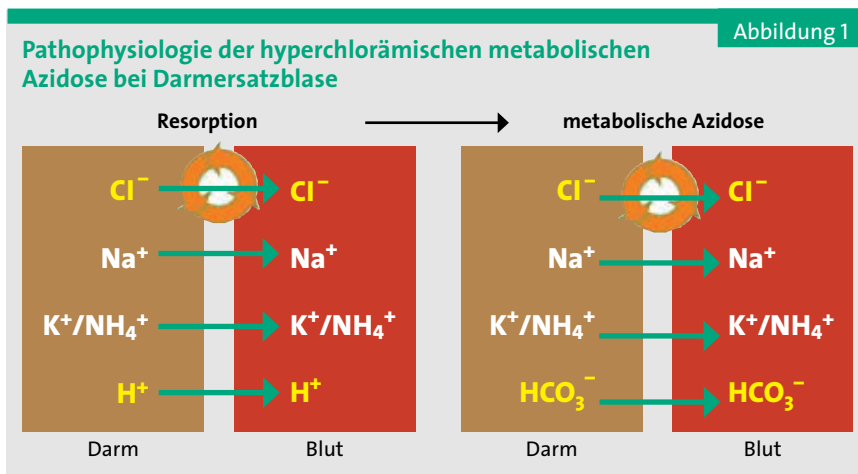
hung von Malabsorptionssyndromen (z.B. von Gallensäuren, Vitamin B12, Kalzium, Vitamin D u.v.a.m.) kann es zu Stoffwechselstörungen kommen. Noch immer fehlen ausreichende Langzeiterfahrungen und umfassende Studien, die sich mit derartigen Fragestellungen qualifiziert auseinandersetzen. Allerdings kann unter Berücksichtigung der teilweise wenig ausgewogenen Ernährung unserer Gesellschaft nicht von vorneherein von ausreichenden Substratspiegeln und gefüllten Nährstoffspeichern ausgegangen werden. Die Indikation einer entsprechenden „orthomolekularen Substitution“ stoffwechselrelevanter Nährstoffe sollte daher nach adäquater Diagnostik großzügig gestellt werden.

— Osmolaritätsausgleich intestinaler Harnreservoirs

Die pathophysiologischen Besonderheiten intestinaler Harnreservoirs umfassen auch den Osmolaritätsausgleich konzentrierten Urins. Im Darmlumen und damit auch in der Neoblase, kann im Vergleich zum Serum (ca. 280 mOsm/l) kein höherer Konzentrationsgradient als maximal 380 mOsm/l aufrecht erhalten werden. Bei Urinkonzentrationen um 1.000 mOsmol/l kommt es daher zu einer (starken) Sekretion von freiem Wasser durch die Schleimhaut des Harnreservoirs. Vor allem bei älteren Menschen mit reduziertem Durstgefühl besteht infolge der gesteigerten Flüssigkeitsausscheidung die Gefahr einer Exsikkose. Obligat gilt daher die Schulung hinsichtlich einer ausgewogenen Flüssigkeitsbilanzierung.

— Harnableitung bei Urostomie

Bei Anlage kontinenter Stomata (Pouchblasen) sollte die Durchführung des intermittierenden Katheterismus in ausreichender Frequenz und adäquater (steriler) Technik überprüft und ggf. bis zu sicherem Beherrschen nachgeschult werden. Durch die Bereitstellung verschiedener Kathetersysteme (Spitze, Beschich-



tung, Gleitmittelanwendung etc.) kann der Patient das für ihn individuell am besten geeignete System erproben.

Ebenso muss bereits in der frühen postoperativen Phase die selbständige Versorgung einer nassen Stoma-Anlage (z.B. Ileum-Conduit) trainiert und ggf. eine Optimierung auf das individuell aus Sicht des Patienten bestmögliche Versorgungssystem vorgenommen werden. Dabei hat sich die Beschäftigung einer unabhängigen und firmenneutralen Fachpflegekraft für die Stomaversorgung bewährt.

— Kontinenzversorgung bei orthotoper Neoblase

Auch bei der Anlage einer orthotopen Neoblase kann durch ein qualifiziertes Kontinenztraining rasch eine gute Tageskontinenz erreicht werden. Als stark störend wird eine mitunter jedoch länger persistierende nächtliche Inkonti-

nenz, u.a. infolge der fehlenden sensorischen Rückmeldung des Füllungszustandes und der nächtlichen Relaxation der Verschlussmuskulatur erlebt. Die noch immer weit verbreitete Praxis, in ein- bis zweistündlichen Intervallen die Blase zu entleeren, führt zu einer starken Beeinträchtigung des physiologischen Schlafverhaltens. Über die potentiellen Risiken und Komplikationen eines iatrogenen Schlafentzuges wird an anderer Stelle umfassend berichtet. Bei Männern empfiehlt sich nachts die Verwendung eines Kondomurinals. Mit zunehmender Beckenbodenkompetenz und Tageskontinenz verbessert sich auch die nächtliche Kontinenz. Im weiteren Verlauf kann in der Regel bald auf die Verwendung des Kondoms verzichtet werden. Ein negativer Einfluss auf die Trainingscompliance tagsüber musste bisher nicht festgestellt werden. Ein Pendant für die Anwendung bei der

Frau befindet sich derzeit in klinischer Erprobung.

— Schleimbildung intestinaler Harnreservoirs

Bei übermäßiger Schleimbildung, insbesondere bei Retention und konsekutiver Blasenentleerungsstörung, sollten regelmäßige Blasenspülungen (streng steril, Niederdruck, cave: Reflux kontaminierten Urins) und ggf. ein systemischer Schleimlöser (z.B. Acetylcystein) indiziert werden.

— Darmfunktionsstörung nach Anlage intestinaler Harnreservoirs

Nicht selten kommt es in den ersten Wochen nach Zystektomie und Unterbrechung der Darmkontinuität zu Störungen der Darmmotilität, gelegentlich mit den Symptomen eines Subileus oder Ileus. Nach Ausschluss einer mechanischen Ursache kann durch die Verabreichung cholinergischer Stimulantien (prä- oder postsynaptisch) meist eine rasche Linderung erreicht werden.

Durch frühzeitige manuelle und apparative Colonmassagen lassen sich ausgeprägtere Symptome eines Subileus oder Ileus meist sicher vermeiden.

— Lymphdrainage und komplexe physikalische Entlastungstherapie

Häufig werden im Rahmen radikaler Operationen im Bereich des kleinen Beckens Lymphknoten entfernt. Die konsekutive Beeinträchtigung der physiologischen Lymphabflusswege kann zu einem sekundären Lymphödem führen. Als Therapie der Wahl gilt die manuelle Lymphdrainage in Kombination mit komplexer physikalischer Entlastungstherapie (Kompression, Hochlagerung, Atem- und Bewegungstherapie). Nicht selten entstehen im operierten Bereich mitunter ausgedehnte lokale Lymphstauungen (Lymphozelen). Daher erfolgt ein regelmäßiges sonographisches Screening. Bei hämodynamisch relevanter Auswirkung auf den venösen Abstrom mit hohem Risiko einer tiefen Beinvenenthrombose und/oder subjektiv stark störender Beeinträchtigung (vor allem starken

FORTSETZUNG SEITE 54 —

Schmerzen), besteht die Indikation zur Einlage einer Drainage unter strengsten aseptischen Kautelen und sonographischer Kontrolle. Eine isolierte Punktion, ggf. mit simultaner Injektion verschiedener Pharmaka zur „Sklerosierung“ von Lymphgefäßen ist meist nicht effektiv und birgt ein hohes Infektionsrisiko. Bei persistierender Lymphorrhoe aus einer eingelegten Drainage besteht vielmehr die Indikation zur (laparoskopischen) peritonealen Fenestration.

Anastomosengenenge

Die narbige Abheilung der vesikourethralen Anastomose führt mit einer Häufigkeit von bis zu 30% der Patienten nach Prostatektomie oder Zystektomie zu einer Abschwächung des Harnstrahles, Dysurie und gelegentlich Restharnbildung. Wird durch das wiederholte Screening mittels Uroflowmetrie und sonographischer Restharnkontrolle eine Anastomosengenenge diagnostiziert, kann durch eine sorgfältige Bougierung in Lokalanästhesie die infravesikale Obstruktion beseitigt werden. Gelingt dies nicht, sollten keine weiteren Manipulationen vorgenommen und der Patient an die operierende Klinik zur Indikation einer Fadenlösung unter Sicht bzw. einer Urethrotomie zurück überwiesen werden.

Komplementärmedizinische Beratung

Oft besteht ein mitunter erheblicher Informationsbedarf hinsichtlich der erlittenen Krebserkrankung, der bislang durchgeführten Therapie und dem weiteren Procedere. Neben der Verminderung der bestehenden Informationsdefizite bietet sich in dieser Phase eine gute Möglichkeit der allgemeinen Aufklärung und Gesundheitsbildung (z.B. Ernährungsberatung, Gewichtsreduktion, Raucherentwöhnung u.v.a.m.).

Die überwiegende Mehrzahl krebserkrankter Menschen sucht, trotz nachweislich umfassender schulmedizinischer Betreuung, zusätzliche Hilfe bei Laien und alternativen Behandlungsstrategien. Um den Patienten vertrauensvoll in einer qualifizierten und wissenschaftlich orientierten urologischen Betreuung behalten zu können, sollte eine qualifizierte Beratung zu komplementären Behand-

lungsverfahren selbstverständlich sein. Nur dadurch kann auch langfristig sichergestellt werden, den Patienten, insbesondere in fortgeschrittenen Erkrankungsstadien, nicht an fragwürdige Therapeuten und Therapien zu verlieren.

Psychoonkologie

Die mehr oder weniger latente Angst des Patienten nach einer Krebsdiagnose erfordert eine psychoonkologische Begleitung, nicht zuletzt zur Stabilisierung der körpereigenen Immunität.

In Studien konnte bereits die signifikante Korrelation zwischen psychoonkologischer Betreuung und Zunahme der Überlebenszeit bei Mammakarzinompatienten dokumentiert werden. Dabei gilt es, durch geeignete Behandlungsverfahren Unruhe, Stressbelastung und Angst zu reduzieren. Infrage kommen z.B. psychologische Gespräche, autogenes Training, progressive Muskelrelaxation sowie Stressbewältigungs- und Entspannungstraining unter vegetativem Monitoring. Frühes Erkennen und Behandeln ungeeigneter Strategien zur Krankheitsbewältigung sind Ziel eines großzügig indizierten psychoonkologischen Screenings anlässlich der stationären urologischen Rehabilitation.

Sozialmedizinische Beratung und berufliche Rehabilitation

Viele Patienten sind über ihre soziale Sicherung nur unzureichend informiert. Umfassende Beratungsgespräche durch erfahrene Sozialarbeiter, können kompetent Fragen z.B. zum Renten- und Schwerbehindertenrecht klären helfen. Erforderliche Aktionen, z.B. die Beantragung eines Schwerbehindertenausweises, können im Bedarfsfall begleitet werden.

In Zusammenarbeit mit dem behandelnden Urologen müssen mit dem Betroffenen und den Mitarbeitern des Sozialdienstes auch Fragen zur weiteren Arbeitsfähigkeit, zur Rente wegen Erwerbsminderung, zu Hilfen am Wohnort (z.B. häuslicher Krankenpflege, Hilfe bei der Haushaltsführung, Essen auf Rädern), Fragen zum Arbeitsrecht und Hilfen für die Rückkehr an den Arbeitsplatz erörtert werden. Daneben stehen die Reha-Fachberater der Rentenversicherungen für

detaillierte Fragen der beruflichen Rehabilitation zur Verfügung.

Grundsätzlich sollte jedoch angestrebt werden, den Betroffenen schnellstmöglich wieder in sein soziales Umfeld, d.h. auch an den Arbeitsplatz zurückzuführen. Bei potentiell kurativer Intervention sollte dies innerhalb von spätestens drei bis sechs Monaten postinterventionell möglich sein.

Höchste Versorgungsqualität durch „Urologisches Versorgungsdreieck“

Der akut versorgenden Klinik sind für eine umfassende postoperative Versorgung sehr oft infrastrukturelle, personelle und administrative Grenzen gesetzt. Im Bereich der niedergelassenen Urologie sind es nicht zuletzt Budget-Probleme (Heilmittel!), die ein umfassendes, qualifiziertes Therapiekonzept ambulant nahezu unmöglich werden lassen. Diese Aufgabe obliegt einer urologisch qualifiziert personell und apparativ ausgestatteten Rehabilitationsklinik. In enger Zusammenarbeit mit der zuweisenden Akutklinik und dem einweisenden/weiterversorgenden niedergelassenen Urologen kann dieses „Urologische Dreieck“ eine an den Bedürfnissen des Patienten ausgerichtete, optimierte Versorgung sicherstellen. Die eingeleiteten Therapien können, im Bedarfsfall durch den betreuenden Niedergelassenen Urologen am Heimatort weiter verordnet, kontrolliert und im Rahmen der Nachsorge weiter betreut werden. Damit steht die fachspezifische urologische Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation nicht in Konkurrenz zu Akutklinik und niedergelassener Urologie, sondern ergänzt deren qualifiziertes Tun zu einem umfassenden und qualitätsorientierten Versorgungspaket. Dadurch wird nicht nur die bestmögliche Ausschöpfung des möglichen Rehabilitationspotentials erreicht, sondern auch die Abwanderung eines typischen urologischen Teilbereiches zu fachfremden Berufsgruppen verhindert (Abbildung 2).

Literatur beim Verfasser

Dr. med. Michael Zellner
Urologische Klinik
Reha-Zentrum Passauer Wolf
94086 Bad Griesbach