

N.N.

[Onk.pal.med.-Konf.](#)

Diagnose und Therapie häufiger Symptomkomplexe anhand von Fallbeispielen

Bearbeitet von
Kloke

1. Auflage 2004. Taschenbuch. 141 S. Paperback
ISBN 978 3 7691 1189 7
Format (B x L): 14,8 x 21 cm
Gewicht: 264 g

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Sonstige Medizinische Fachgebiete > Schmerztherapie, Palliativmedizin](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

The logo for beck-shop.de features the text 'beck-shop.de' in a bold, red, sans-serif font. Above the 'i' in 'shop' are three red dots of varying sizes, arranged in a slight arc. Below the main text, the words 'DIE FACHBUCHHANDLUNG' are written in a smaller, red, all-caps, sans-serif font.

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung [beck-shop.de](#) ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

1 Schluckstörung (Dysphagie)

Herr M. R., 55 Jahre

Hauptdiagnose

Mediastinales Lymphknotenrezidiv bei Ösophaguskarzinom nach Ösophagektomie.

Nebendiagnose

Chronischer Alkoholabusus.

Bisheriger Verlauf

- ▲ Präoperative Radio-Chemotherapie bei lokal fortgeschrittenem Ösophaguskarzinom (ohne Tumoransprechen).
- ▲ Sekundäre Ösophagektomie (komplette Resektion).
- ▲ 7 Monate später erstmals erneute Schluckstörung und retrosternale Schmerzen beim Schlucken. Endoskopisch Refluxösophagitis ohne Rezidivhinweis.
- ▲ Nach weiteren 2 Monaten zunehmende Dysphagie auch für pürierte Kost, deutlicher Gewichtsverlust. Die Diagnostik ergab ein Lokalrezidiv mediastinaler Lymphknoten mit hochgradiger Kompression der hohen ösophagogastralen Anastomose. V.a. zusätzliche pleurale Metastasen.
- ▲ Einleitung einer palliativen Chemotherapie bei dringendem Behandlungswunsch. Begleitende parenterale Ernährung, da die Anlage einer PEG abgelehnt wurde.

Aktuelle Situation

- ▲ Frührentner, geschieden, keine Kinder. Vier Geschwister, zu denen wenig Kontakt besteht. Lebensgefährtin seit ca. 10 Jahren, leben gemeinsam in der Eigentumswohnung des Patienten.
- ▲ Stationäre Aufnahme auf Drängen der Lebensgefährtin bei Chemotherapie-induzierter Mukositis und Leukopenie sowie Tumorprogress unter Chemotherapie mit kompletter Stenose im Bereich der Anastomose nach Ösophagogastrastomie. WHO PS Grad 3, starker Gewichtsverlust in den letzten Wochen (10% des KG).
- ▲ Dysphagie auch für Flüssigkeit.
- ▲ 2- bis 3-mal schmerzlose Diarrhoe mit flüssig-breiiger Stuhlkonsistenz.

Tab. 1.1: Schluckstörung

Symptome	Mögliche Ursachen	Ärztliche Intervention
Aufnahme		
<ul style="list-style-type: none"> Schmerzen beim Schlucken selbst von Speichel 	<ul style="list-style-type: none"> Chemotherapie-induzierte Mukositis Ösophagitis, Gastritis Duodeno-gastroösophagealer Reflux nach subtotaler Ösophagektomie und Magenhochzug 	<ul style="list-style-type: none"> Lokalanästhetika als Suspension in Kombination mit Säurebindern Transdermales Fentanyl in Kombination mit Morphin s.c. bei Schmerzspitzen (orale Aufnahme von Medikamenten wegen Stenose nicht möglich) Kurzfristig PPI i.v., dann H₂-Rezeptorenblocker s.l.
<ul style="list-style-type: none"> Intermittierend delirantes Durchgangssyndrom 	<ul style="list-style-type: none"> Alkoholentzugsdelir bei bekannter Alkoholabhängigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> Zugabe von Chlormethiazol
2 Wochen später		
<ul style="list-style-type: none"> Bronchiale Hypersekretion bei Bronchopneumonie infolge einer Aspiration 	<ul style="list-style-type: none"> Überlauf von Flüssigkeit vor der hochsitzenden Ösophagusstenose, eine ösophagotracheale Fistel durch Röntgen-Kontrast-Darstellung ausgeschlossen 	<ul style="list-style-type: none"> Antibiotische Therapie i.v. Verzicht auf Mukolytika wegen Verstärkung der Hypersekretion Antisekretorische Therapie bis zum Wirkeintritt von transdermalen Scopolamin-Pflaster mit Butylscopolamin 10 mg alle 2–3 h s.c.
3 Wochen später		
<ul style="list-style-type: none"> Dysphagie selbst für geringe Mengen an Flüssigkeit wegen Stenose von Restösophagus bzw. hochgezogenem Magen 	<ul style="list-style-type: none"> Stenose durch endoluminales Tumorrezidiv (endoskopisch ausgeschlossen) oder durch Kompression des Ösophagus von außen (Lymphknotenmetastasen) 	<ul style="list-style-type: none"> Empfehlung einer laparoskopisch angelegten Gastrostomie zur enteralen Ernährung (wird vom Pat. abgelehnt)
<ul style="list-style-type: none"> Nach 2 Tagen Aussetzens der TPE (Pat. war auf einer Familienfeier) deutliche Sedierung, Myklonien und Fieber, jedoch kein Durstgefühl 	<ul style="list-style-type: none"> Opioidtoxizität bei Exsikkose Exsikkosefieber 	<ul style="list-style-type: none"> Rehydrierung und Fortsetzung der parenteralen Ernährung über das vorhandene zentralvenöse Portsystem

Pflegerische Maßnahmen	Verlauf
<ul style="list-style-type: none">• Mundpflege 4–6 x täglich• Spuckgefäße bereitstellen, dabei auf hygienische Reinigung achten• Gewichtskontrolle	<ul style="list-style-type: none">• Keine wesentliche Wirkung der Lokalanästhetika gegen Schluckschmerzen• Gute Schmerzkontrolle unter Opioiden• Dosisreduktion möglich, nachdem sich innerhalb von 10 Tagen nach Absetzen der Chemotherapie die Mukositis gebessert und das Blutbild normalisiert hatte
<ul style="list-style-type: none">• Hochlagerung des Oberkörpers• Mundpflege optimieren, Mundbefeuchtung• Pat. anhalten, auf orale Aufnahme von Flüssigkeit zu verzichten• Bei Wunsch des Pat.: Mundspülungen mit Getränken nach Wunsch (Saft, Tee etc.)	<ul style="list-style-type: none">• Rasche Besserung unter stationärer Überwachung und intensiver Supportivtherapie• Nach Entlassung in häusliche Umgebung bei erneuter oraler Flüssigkeitsaufnahme Rückfall mit Aspirationskomplikationen
<ul style="list-style-type: none">• Versorgung des Portsystems einschließlich Wechsel der Portnadel alle 5 Tage• Anleitung des Pat. und der Lebensgefährtin zur nächtlichen parenteralen Ernährung	<ul style="list-style-type: none">• Fortsetzung der häuslichen parenteralen Ernährung über 2 Monate• Intermittierende Alkoholentzugserscheinungen konnten mit Clonidin leidlich kupiert werden

- ▲ Schmerzen selbst beim Schlucken von Speichel, dennoch Versuch des Patienten, die orale Ernährung fortzusetzen. Dabei wiederholte Aspiration von Flüssigkeit und Trinknahrung.
- ▲ Abbruch der tumorspezifischen Therapie.
- ▲ Autonomie und ambulante Behandlung als Vorgabe des Patienten.
- ▲ Ernährungssicherung durch PEG bei Tumorkompression der Sonde jetzt nicht mehr möglich. Laparoskopisch angelegte Ernährungssonde abgelehnt.

Therapieziele

- ▲ Der Patient möchte stationären Aufenthalt möglichst vermeiden. Daher Versorgung in der eigenen Wohnung unter starker Einbeziehung der Lebensgefährtin verabredet.
- ▲ Bei absehbar kurzer Lebenserwartung zunächst Beherrschung der Chemotherapie-induzierten Probleme. Ernährungssicherung, Supportivtherapie in Abhängigkeit der auftretenden Beschwerden.
- ▲ Wiederholte Frage der Lebensgefährtin nach tumorspezifischer Therapie (systemische Chemotherapie). Diese wird von onkologischer Seite bei refraktärem Tumor (s.o.) abgelehnt, da nicht sinnvoll.

Symptombezogene Vorbehandlung

Protonenpumpeninhibitor (1 Tagesdosis), 750 mg Metamizol-Tropfen bei Bedarf.

Verlauf

(s. Tab. 1.1, S. 4–5)

Synopsis

Bei dem Patienten kam es zu einer kompletten Schluckunfähigkeit durch ein Lokalrezidiv eines vorbehandelten Ösophaguskarzinoms. Eine palliative Chemotherapie hatte zu Nebenwirkungen in Form von Diarrhoe, Ösophagitis, Stomatitis und Leukozytopenie geführt, ohne einen weiteren Tumorprogress zu verhindern.

Die palliativmedizinischen Probleme konzentrierten sich in erster Linie auf:

- ▲ Schmerztherapie bei Schluckunfähigkeit.
- ▲ Bronchiale Hypersekretion bei Bronchopneumonien wegen rezidivierender Aspiration von Flüssigkeit.
- ▲ Alkoholabhängigkeit mit Entzugserscheinungen bei Schluckunfähigkeit.
- ▲ Ernährungssicherung bei dezidierten Vorstellungen und Verweigerungen medizinischer Maßnahmen durch den Patienten.

Während der (tagesstationären) Aufenthalte im Krankenhaus musste die wiederholte Forderung des Patienten nach einer tumorspezifischen Therapie in ausführlichen Gesprächen abgelehnt und die Konzentration auf die palliativmedizinischen Bemühungen betont werden. Der Patient äußerte diese Forderung, obwohl er bisher stets unter den deutlichen Nebenwirkungen der Chemotherapie gelitten und die zuletzt fehlende Wirkung selbst klar erkannt hatte.

Praktische Hinweise

- ▲ Lokalanästhetika beeinflussen bei **Stomatitis** nur den Ruheschmerz. Sie sind nur bei leichtgradiger Stomatitis geeignet. In der Regel ist eine systemische Analgesie notwendig. Wenn eine begleitende Ösophagitis/Gastritis (hier: Magenhochzug nach Ösophagektomie) vorhanden ist, sollte auch eine Blockade der Magensäure mit PPI oder H₂-Rezeptorenblockern (sublinguale Applikation möglich) erfolgen.
- ▲ Bei **Hypersekretion** (unabhängig davon, ob im Bronchialsystem oder im oberen Gastrointestinaltrakt) kein Einsatz von ACC, da dieses die Hypersekretion verstärkt. Stattdessen sind antisekretorische Medikamente (siehe oben) und ggf. eine antibiotische Therapie zu empfehlen.
- ▲ Als **Applikationswege für Opiode bei kompletter Schluckunfähigkeit** bieten sich die transdermale oder die s.c. bzw. i.v. Medikation an. Wichtig ist, dass die Resorption aus transdermalen Systemen bei hohem Fieber um bis zu 30% gesteigert wird. Eine sorgfältige Patientenbeobachtung kann daher erforderlich werden, bei einer Kontinua u.U. auch die Reduktion bzw. Entfernung der Pflaster. Bei starkem Schwitzen ist aufgrund des unzureichenden Kontaktes der Pflaster mit der Haut die Resorption nicht mehr gewährleistet.
- ▲ Im Fall einer akut auftretenden Schluckunfähigkeit ist bei „Indikator“karzinomen wie HNO-Tumoren immer mit der Gefahr des Alkoholentzugs zu rechnen.

Ausgang

Gut 2 Monate später wurde der Patient stationär aufgenommen, wegen rascher Verschlechterung des AZ, der eine adäquate medizinische Versorgung zu Hause auch mit Unterstützung der Lebensgefährtin und des Pflegedienstes unmöglich machte. Die Ursachen waren eine weitere Tumorprogredienz (lokal und in Form von rasch wachsenden Lungenmetastasen) und eine massive Antibiotika-assoziierte Diarrhoe.

Mit dem Patienten wurde ausführlich über das weitere Vorgehen und insbesondere den Sterbeort gesprochen. Erstmals wollte er nicht möglichst rasch wieder entlassen werden, sondern er bat ausdrücklich darum, „zunächst einmal“ (ohne zeitliche Festlegung) stationär gepflegt zu werden. Als Erklärung war eine starke körperliche und seelische Belastung der Lebensgefährtin anzunehmen. Der Patient verstarb 5 Tage später an respiratorischer Insuffizienz in Anwesenheit seiner Lebensgefährtin, nachdem er sich im Krankenhaus von seinen Brüdern verabschiedet hatte.