

# Palliative Betreuung am Lebensende bei einer Patientin mit inoperablem Ileus bei fortgeschrittenem Ovarialkarzinom

Onkologisches Fachkrankenhaus  
Marienstift Schwarzenberg

## **Zusammenfassung**

### **Hintergrund**

Ca. 270 Patienten werden jährlich auf unserer Palliativstation betreut. Davon verleben ca. 20 - 30 Prozent ihre letzten Lebensstage bei uns.

In der Hoffnung, dass wir quälende Symptome am Lebensende lindern, wenden sich die Patienten und ihre Angehörigen vertrauensvoll an uns. Bei Patienten, die an einer Ileussympptomatik im inoperablen Zustand leiden, ist vor allem das Erbrechen (Miserere) eine unangenehme Begleiterscheinung. Hier kann eine als Ablaufkatheter genutzte PEG-Sonde diese Situation erträglicher gestalten.

### **Material und Methoden**

Anhand einer Kasuistik einer 50-jährigen Patientin mit einer ausgeprägten Peritonealkarzinose bei Ovarialkarzinom konnte dieser Aspekt besonders belegt werden.

### **Ergebnisse**

Die letzten 6 Wochen ihres Lebens war die Patientin frei von Erbrechen bei einer weit fortgeschrittenen intraabdominellen Metastasierung. Weiterhin stand in diesem Fall eine ausgeprägte Angstsymptomatik im Vordergrund. Medikamentöse Therapiekonzepte stießen bald auf ihre Grenzen und rein menschliche Zuwendung war das einzig wirksame Mittel.

### **Schlussfolgerungen**

Patientenorientierte Palliativmedizin ist immer ein Gemisch aus interdisziplinär diskutierten Therapieansätzen in Absprache mit dem Patienten und menschliche Zuwendung, die aus dem privaten sozialen Geflecht der Betroffenen und den organisatorischen Möglichkeiten des Personals einer Palliativstation getragen wird.

### **Schlüsselwörter**

**Anforderung an Palliativmedizin – symptomorientierte Therapie – Grenzen der modernen Medizin – menschliche Zuwendung**

## **Einleitung**

In Deutschland erkranken ca. 350 000 Menschen an Krebs. Ungefähr die Hälfte der Patienten wird daran versterben. In den nächsten 15 bis 20 Jahren werden die Malignome die Mortalitätsstatistik

anführen. Dies fordert der modernen Palliativmedizin auch in Zukunft einen hohen Anspruch ab. Jeder Einzelne ist gefragt, nicht nur bezüglich seiner fachlichen Kompetenz, sondern auch hinsichtlich seines menschlichen Verhaltens.

## **Patient und Methodik**

Anhand eines Fallberichtes einer 50-jährigen, an einem metastasiertem Ovarialkarzinom erkrankten Palliativpatientin, möchten wir einige Aspekte näher beleuchten:

Die Patientin erkrankte im Juli 1998 an einem primär metastasierten Ovarialkarzinom im Stadium pT3c N1 M1 mit Absiedlungen in die Magen hinterwand, das Sigma, die Zwerchfelle, den Douglas und das Blasenperitoneum, in die Netzlymphknoten sowie in die Pleura. Es erfolgte daraufhin eine abdominale Uterusexstirpation mit beiden Adnexen und eine Netzteilresektion sowie eine tiefe anteriore Rektumresektion und Anlage eines prophylaktischen Ileostomas. Histologisch handelte es sich um ein gering bis mäßig differenziertes papillär-seröses Adenokarzinom. Postoperativ wurden 6 Zyklen palliativer Chemotherapie mit Paclitaxel und Carboplatin durchgeführt. Darunter musste jedoch eine Progression (Pleura- und Peritonealkarzinose) verzeichnet werden. Die daraufhin eingeleitete Therapie mit Vepesid zeigte als Nebenwirkung eine ausgeprägte Myelodepression, so dass nach 2 Zyklen die Therapie abgebrochen werden musste.

Die Vorstellung in unserer Klinik erfolgte aufgrund der fortgeschrittenen ausgeprägten Ileussyndromatik mit Übelkeit, ständigem Erbrechen, abdominalen Schmerzen, innerer Unruhe und Schlaflosigkeit. Klinische Untersuchung bei Aufnahme: Reduzierter Allgemeinzustand, verlangsamte Bewegungen, gelblich belegte Zunge, hochstehende Lungengrenzen, tachykarde Herzaktion, Bauchdecke straff, Darmgeräusche positiv, Abdomen druckschmerzhaft und gebläht, Alopezie nach Chemotherapie.

Laborbefunde bei Aufnahme:

Unauffällig

Leukos, Thrombos, Kreatinin, GPT, Eisen, GOT, AP, Bili, Glukose.

Pathologisch

BSR 56/100 mm n.W.. Hb 10,1 g/dl. Hk 30 %. Harnsäure 6,9 g/dl. Natrium 134 mmol/l. Kalium 3,4 mmol/l. Ges.-Eiweiß 6,4 g/dl. G-GT 55 U/l. LDH 270 U/l. CA 125 5414 U/ml. Quick 30 %.

Therapie und Verlauf:

Als erste Maßnahme stand eine Erweiterung der bereits begonnenen Schmerzthe-

rapie im Vordergrund. Wir wechselten bald von Fentanylpflaster auf Morphin, welches letztendlich in einer subcutaninjizierenden Pumpe in Kombination mit Dexamethason verabreicht wurde. Zeitweise applizierten wir zusätzlich Metamizol, anfänglich i.v., später per os. Antiemetisch kamen Haloperidol, Alizaprid, später Ondansetron und vorübergehend Octreotid zum Einsatz. Des Weiteren stellten wir die Patientin auf ein GnRH-Monatsdepot ein. Abfuhrmittel wurden regelmäßig verordnet.

Nach anfänglichen Erfolgen rückten zunehmend eine innere Unruhe und vor allem nächtliche Angstattacken in den Vordergrund, die mit Schmerzen, Erbrechen und Übelkeit assoziiert waren. Die Verabreichung von Flunitrazepam, Diazepam und Morphin sowie Octreotid brachten wiederum nur vorübergehende Erleichterung.

Nach Korrektur der Gerinnungsparameter (Anhebung des Quick-Wertes auf 80 Prozent mittels Konaktion) und mehreren erläuternden Gesprächen stimmte die Patientin der Anlage einer PEG-Sonde zu. Damit erreichten wir eine hervorragende Symptomkontrolle des Erbrechens. Die Patientin klagte ab dem 8. Tag nach PEG-Anlage bis zu ihrem Tod nach weiteren 6 Wochen nie wieder über dieses äußerst belastende Symptom. Eine Reduktion der Antiemetikadosis ließ sich deutlich nachweisen.

Die neu hinzukommende massive Luftnot beeinträchtigte unsere Patientin deutlich. Klinische Untersuchung und Röntgenaufnahme bestätigten einen ausgeprägten linksseitigen Pleuraerguß bis in das Oberfeld. Dieser erforderte eine rasche Behandlung. Bezüglich der deutlichen Unruhe- und Angstzustände gelang uns vorerst keine durchgreifende Veränderung. In den fast täglich stattfindenden Gesprächen, die unsere Psychologin mit der Patientin führte, beschrieb sie ihre Ängste vor dem Sterben. Sie habe immer nur für die Arbeit gelebt und alles auf die Zeit danach verschoben, die nun nicht mehr kommen wird.

Außerdem sorgte sie sich, dass sie dem medizinischen Personal unangenehm zur Last fallen könnte durch einen unaufhaltsamen und mit furchtbaren Symptomen einhergehenden körperlichen Verfall. Sensibel beobachtete sie sich und ihr gesamtes Umfeld und klammerte sich an die freiwilligen Helfer, die Psychologin und Schwestern.

Wann immer es ihr möglich war, blieb die leibliche Schwester der Patientin auch nachts bei ihr. Wir verabreichten mit wechselndem Erfolg Chlorpromazin, Prothazin und Haloperidol zur Nacht.

Leider entleerte sich im weiteren Verlauf intermittierend Stuhlgang neben der PEG-Sonde. Eine erneute chirurgische Versorgung linderte dieses Problem.

In den ersten vier Wochen des Aufenthaltes erhielt die Patientin täglich zusätzlich 1000 ml Flüssigkeits- und Nährstoffsubstitution. Danach konnte sie ausreichend selbst essen und trinken.

Eine zweite Pleuradrainage machte sich notwendig. Außerdem fieberte die Patientin bis 39,8 °C. Ursache dafür war ein Abszess im linken Oberschenkel, der sich spontan entleerte. Die Antibiose mit Ceftriaxon i.v. zeigte rasch Wirkung.

Psychisch wurde die Patientin zusätzlich durch den plötzlichen Tod ihrer Mutter stark beeinträchtigt. Infolgedessen traten die Unruhe- und Angstzustände wieder massiv in den Vordergrund. Die Patientin wünschte ständige menschliche Begleitung an ihrer Seite sowohl tagsüber als auch nachts. Die Erfüllung dieses Wunsches, der die einzig wirksame Therapie gegen das massive Symptom Angst darstellte, oblag vorwiegend der leiblichen Schwester. Auch wir stellten, wann immer es möglich war, eine zusätzliche Nachtsitzwache zur Verfügung. Der Allgemeinzustand der Patientin hatte sich in den vergangenen 10 Wochen deutlich verschlechtert. 78 Tage nach Aufnahme verstarb die Patientin im Beisein ihrer Schwester.

#### Diskussion

Ein großes therapeutisches Problem und für den Patienten eine riesige Belastung

stellt bei massiver Peritonealkarzinose im Sinne einer inoperablen Metastasierung der chronische Ileus mit seinen zermürbenden Symptomen dar. Neben immensen Schmerzen sind sicher Übelkeit und Miserere am unerträglichsten. Ca. 50 bis 80 Prozent aller Tumorpatienten im fortgeschrittenen Stadium leiden an Schmerzen (Georgi, M.; Förster, F.; Mardo J., 1999, Georgi, M.; Förster, F.; Mardo J., 2000, Husebø S., Klaschik E., 1998). Neben dem Gewichtsverlust stellt Schmerz das häufigste Symptom bei Tumorpatienten überhaupt dar (Georgi, M.; Förster, F.; Mardo J., 2000, Georgi M.; Förster, F.; Schiwiek DR., 2001, Sebastian P.; Varghese L.; Sankaranarayanan R.; et al., 1993).

Mit dem WHO-Stufenschema zur Schmerztherapie ist uns – ausschöpfend angewandt – ein in den meisten Fällen ausreichendes Mittel in die Hand gegeben. In unserem Falle entschieden wir uns letztlich für eine subkutan angelegte Schmerzpumpe mit Morphin und Dexamethason in vorübergehender Kombination mit Metamizol per os.

Die Beeinflussung der Übelkeit ist ein weiteres wichtiges Anliegen der Symptomenkontrolle. Zur Verfügung stehen uns Antihistaminika, Neuroleptika, Anticholinergika, prokinetische Substanzen, 5-HT<sub>3</sub>-Rezeptorantagonisten und Glukokortikoide (Husebø S.; Klaschik E., 1998).

Eine Art Stufenschema bei Übelkeit, ursächlich bedingt durch gastrointestinale Obstruktionen, wird von Husebo S. und Klaschik E. (1998) empfohlen. Es umfasst als erstes spezifische Maßnahmen wie die Verabreichung von Octreotid, Scopolamin und Dexamethason.

Wir entschieden uns zur täglichen Gabe von 100 µg Octreotid s.c. Dexamethason wurde bereits über die Schmerzpumpe injiziert. Die effiziente Wirkung von Octreotid wurde wiederholt in der Praxis bestätigt. Die wirksamen Dosen lagen bei 100 – 300 µg/d (Andres J.; Jehser T.; Müller-Busch HC., 2000, Strohscheer J.; Huhn D., 2000). Als zweite Substanz wird Haloperidol vorgeschlagen, welches wir ebenfalls intermittierend applizierten. Weiterhin empfehlen die Autoren (Husebø S.; Klaschik E., 1998) Cyclizin, 5-HT<sub>3</sub>-Antagonisten und Levopromazin. Wir setzten Alizaprid und später Ondansetron ein. Nach Anlage der PEG-Ablaufsonde konnte jegliche Antiemese schrittweise abgesetzt werden. Da der mechanische Ileus medikamentös nicht zu beeinflussen war, schien die Anlage einer Ablaufsonde am sinnvollsten.

Die anfänglich nasal gelegte Sonde tolerierte die Patientin nur wenige Tage. In mehreren Gesprächen überzeugten wir die Patientin von der Anlage einer PEG-Sonde. Über diese konnte der Magen- und Darminhalt ablaufen. Nach dieser

Maßnahme sistierten allmählich Erbrechen und Übelkeit. Die Patientin konnte nun auch wieder ihr geschmacklich angenehme Dinge zu sich nehmen. Regelmäßigen Stuhlgang erreichten wir mittels Laxantiengaben. Eine Alternative zur PEG-Anlage könnte die von Amsler P. und Finlay J. (2000) mit Erfolg angewandte perkutane Dekompression sein. Sie nutzten diese Methode für Patienten, die für invasive Methoden zu schwach waren.

Eine Ergänzung in der Symptomenkontrolle sahen wir in der Gabe von GnRH-Analoga. Die Remissionsrate für diese endokrine Therapieform wird mit 12 Prozent angegeben (Adelson MD.; Reece MT., 1993, Du Bois; Lück HJ.; Meerpohl HG., 1997). Die mögliche Beeinflussung des Tumors, der der unheilbaren Patientin furchtbare Symptome auferlegt, sollte zumindest immer in Erwägung gezogen werden.

Eine Studie in den Niederlanden zeigte selbst eine Symptomverbesserung bei Patienten, die unter der Chemotherapie eine Tumorprogression erlitten (Aulbert E., 1998). Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen auch Doyle C. et al (2001). Sie fanden bei Patienten trotz Tumorvoranschreiten unter Chemotherapie eine verbesserte Lebensqualität.

Die Angst stellt bei Tumorpatienten ein nicht zu unterschätzendes Symptom dar.

Aulbert E. (1998) schreibt: „palliative care is total care of body mind and spirit“. Des Weiteren gibt er das Erreichen der bestmöglichen Quality of life für Patienten und Familie als das Hauptziel an.

In diesem Sinne spielt die psychosoziale Unterstützung von Patienten mit fortgeschrittenem Tumorleiden eine wichtige Rolle in der Behandlung von Angst und Depressionen (Aulbert E., 1998).

Stiefel F. und Guex P. (1997) betonen ebenfalls die physischen, sozialen, spirituellen und emotionalen Bedürfnisse von Tumorpatienten. Viele leiden neben schweren Symptomen unter sozialer Isolation, spiritueller Verlassenheit und Gefühlen wie Traurigkeit und Angst oder Gefühlen wie des Betrugs, der Hilflosigkeit, des Ärgers und der Schuld.

Wenn auch auf solche Bedürfnisse entsprechend eingegangen wird, dann sind die meisten Patienten innerlich dazu bereit, den Weg bis zum Ende zu gehen und auf diesem dem Leben noch einige wenige Dinge abzurufen (Downing SM.; Braithwaite OL.; Wilde JM., 1993). Eine Befragung unter 140 Aidspatienten in Großbritannien zeigte eine Verbesserung der Angstsymptomatik innerhalb des untersuchten Zeitraumes (32 Wochen) durch suffiziente Pflege und Therapie (Butters E.; Higginson I.; George R.; et al., 1992). Auch Payne SA. (1992) nennt Angst und Depressionen bei Patientinnen mit Mamma- und Ovarialkarzinom als wichtigsten Parameter hinsichtlich Negativbeeinflussung der Lebensqualität, wobei die älteren Frauen, über 60 Jahre, weniger psychische Probleme beklagten. Während die Schmerzen in 86 Prozent der Fälle zufriedenstellend beeinflusst werden können, konnte dies in Bezug auf die psychischen Symptome von Verger E. et al (1992) nur in 27 Prozent bestätigt werden. Die daraus gewonnenen Schlussfolgerungen besagten die unbedingte Einbeziehung des Patienten in jegliche Therapieentscheidung sowie ein gut aufeinander abgestimmtes interdisziplinäres Team.

227 Patienten und ihre Angehörigen, mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 71 Tagen, wurden mittels eines standardisierten Fragebogens von Higginson IJ. et al (1992) mit 17 Items befragt. Als Hauptproblem erwies sich die Angst rund um die Familie. Danach folgten Symptomkontrolle, Patientenangst, Kommunikationsprobleme zwischen Patienten und Familie. 15 der 17 Items konnten während des Aufenthaltes verbessert werden, jedoch die Familienangst und die spirituellen Bedürfnisse nicht.

Bis zum Tod blieben auch die Patientenangst und die Symptomkontrolle schwerwiegende und kaum gebesserte Probleme. Dabei beurteilten die Angehörigen durchweg die Situation des Patienten schlechter als der Patient selbst.

Diese Zahlen und Untersuchungen zeigten auf, dass die Ängste der Patienten oft vernachlässigt werden, sehr komplexer Natur sind und damit einer komplexen Therapie bedürfen. Von medikamentöser Seite stehen uns u.a. die Benzodiazepine, Neuroleptika, Antidepressiva und Opioide zur Verfügung (Husebö S.; Klaschik E., 1998).

Die Unruhe- und Angstzustände unserer Patientin traten nach wenigen Tagen besonders nachts auf. Wir verabreichten daher Flunitrazepam i.m. Bei Bedarf stand Lorazepam zur Verfügung. Nach 5 Wochen nahmen die Angstzustände unter dieser Medikation erneut nachts massiv zu. Daher verabreichten wir abends Chlorpromazin, Promethazin und Haloperidol. Bei Bedarf erfolgte die Gabe von Morphin und Lorezepam.

Unter dieser Medikation fand die Patientin nur wenige Nächte erneut Ruhe. Sie bat ihre Schwester, nachts bei ihr zu bleiben. Ihre Anwesenheit beruhigte unsere Patientin deutlich.

Nach Schwarz R. (2000) könnten psychotherapeutische Interventionen bei psychologisch determinierten Symptomen, wie beispielsweise Angst, in die Pflege einbezogen werden. Bei fortgeschrittenen Krankheitsstadien sind Ablenkungstechniken sinnvoll, d.h. die Auf-

merksamkeit des Patienten wird auf angenehme Empfindungen gerichtet. Dies setzt voraus, dass die Pflegekräfte unbedingt in die Diskussion über verbleibende Therapieoptionen einbezogen werden (Schröder C.; Schmutzer G.; Schröder H., 2000).

Infolge eines Spritzenabszesses mit Fieber bis 39,4 °C war eine intramuskuläre Medikamentengabe vorerst nicht möglich. Unsere Patientin erhielt Melperon und Zyklophosphid per os bzw. via Sonde, bei Bedarf ein Hydroxybuttersäurepräparat und Lorazepam. Darunter wurde die Patientin deutlich ruhiger. Ihr Sohn und ihre Schwester besuchten sie so oft wie möglich. Die letzte Woche vor ihrem Tod benötigte sie lediglich Melperon und Zyklophosphid bei laufender subkutaner Schmerzpumpe (Morphin und Dexamethason). Zu keinem Zeitpunkt des stationären Aufenthaltes äußerte die Patientin den Wunsch bzw. verneinte sie immer wieder das Angebot, für eine definierte kurze Dauer nach Hause entlassen zu werden. So starb sie 21/2 Monate nach Aufnahme auf unserer Palliativstation im Beisein ihrer Schwester.

### Schlussfolgerung

Diese Kasuistik unterstreicht die Notwendigkeit einer ganzheitlichen Betreuung mit sinnvoller Einbeziehung der Angehörigen bei Patienten in weit fortgeschrittenem Tumorstadium.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:

Frank Förster

Onkologisches Fachkrankenhaus Marienstift

Schwarzenberg

Tel.-Nr.: 03774/265-200

E-Mail: frank.foerster@ekmhmb.de