

Exulzierende Tumorwunden

## „Was zählt, sind die Wünsche des Patienten“

Tumorwunden sind für die Patienten nicht nur extrem belastend, sie führen auch die Angehörigen oft an die Grenze des Aushaltbaren. Wir sprachen mit Thomas Montag, leitende Pflegefachkraft des Palliativzentrums in Köln, was für den Patienten noch getan werden kann, wenn für die Wundheilung eigentlich nichts mehr getan werden kann.

Foto: Getty Images



### ? Herr Montag, warum sind exulzierende Tumorwunden für die betroffenen Patienten so belastend?

Durch die Exulzeration wird der Tumor nach außen sichtbar, und damit wird auch die Unheilbarkeit der Erkrankung offensichtlich. Der Patient sieht jeden Tag aufs Neue, wie die Krankheit voranschreitet, und das ist natürlich sehr belastend. Erschwerend kommt hinzu, dass diese Tumore meistens an öffentlich sichtbaren Stellen, zum Beispiel im Gesicht oder am Hals, vorkommen oder an anderen sensiblen Stellen, wie der Brust bei Mamma-Karzinom. 60 Prozent aller Patienten mit einer malignen Tumorwunde haben ein exulzierendes Mamma-Karzinom, 25 Prozent einen Tumor im Kopf-Hals-Bereich. Diese Veränderung des Körperbildes, aber auch die Wahrnehmung, wie andere darauf reagieren, ist für die Betroffenen sehr schwierig und führt teilweise bis zur sozialen Isolation.

### ? Wie sehen die Heilungschancen dieser Wunden aus?

Wir unterscheiden bei Palliativpatienten zwei Arten von Wunden: Das sind zum einen bei palliativen Grunderkrankungen heilbare Wunden, zum Beispiel eine sekundär verheilende OP-Wunde, bereits vorhandene chronische Wunden oder ein Dekubitus, bei dem Heilungschancen auch in einer Palliativsituation bestehen können, zum anderen unheilbare Wunden bei unheilbarer Grunderkrankung. Werden Tumorulzerationen durch unheilbare Erkrankungen hervorgerufen, sind diese nicht mehr heilbar. Es gibt wenige Fälle, in denen der Verlauf gestoppt werden kann oder die Wunde sich sogar zurückbildet, beispielsweise beim Mamma-Karzinom durch Bestrahlung. Das ist aber sehr selten und nur von kurzer Dauer. Die Regel ist: Diese Tumorwunden sind nicht mehr heilbar, auch nicht durch eine moderne Wundversorgung. Das Ziel der Wundversorgung ist

deshalb nicht mehr die Wundheilung. Die Behandlungsziele müssen damit ganz neu definiert werden.

### ? Wenn Heilung nicht mehr möglich ist, welche Ziele stehen dann im Vordergrund?

Die entscheidende Frage ist: Welche durch die Wunde hervorgerufenen Probleme sind für den Patienten am meisten belastend? Danach richtet sich dann auch die Versorgungsstrategie. Typische Probleme sind vor allem ein hohes Exsudataufkommen der Wunde, spontane Blutungen, Geruchsentwicklung, Schmerzen und die kosmetischen Effekte, das heißt, welche Entstellungen durch die Wunde entstehen. Diese Probleme müssen gemeinsam mit dem Patienten und aus dessen Sicht definiert werden. Wir fragen deshalb konkret nach: Was belastet Sie am meisten? Abgestimmt auf diese Probleme wählen wir dann die entsprechenden Maßnahmen aus. Stehen Schmerzen im Vordergrund, richtet sich das Behandlungsziel auf die Beseitigung der Schmerzen. Werden Gerüche als besonders belastend erlebt, richten sich die Maßnahmen vor allem auf die Reduzierung der Wundgerüche.

### ? Können Strategien der modernen Wundversorgung helfen, um den Problemen, die im Zusammenhang mit exulzierenden Tumoren entstehen, adäquat zu begegnen?

Die moderne Wundversorgung kann zwar nicht mehr heilen, aber sie kann helfen, die Symptome von Tumorwunden besser in den Griff zu bekommen, beispielsweise um Gerüche zu vermeiden oder auch im Hinblick auf das Exsudat-

management. Allerdings wird in der palliativen Wundversorgung manchmal auch bewusst von Strategien der modernen Wundversorgung abgewichen. So können zum Beispiel unter Umständen lokale Antibiotika wie Metronidazol (Clont®) zum Einsatz kommen, was erfahrungsgemäß gegen Wundgerüche hilft. Dieses ist aber in keinem Fall State-of-the-Art, weil möglicherweise Resistenzen geschaffen werden, und bleibt natürlich problematisch. Auch wenn nach der modernen Wundversorgung keine Folienverbände eingesetzt werden sollten, machen wir hin und wieder Ausnahmen. Ist ein Patient beispielsweise nachmittags zum Kaffee verabredet, verschließen wir seine Wunde schon mal mit einem Folienverband, da damit auch Gerüche eingeschlossen werden. Was zählt, sind also die Wünsche des Patienten und seine Lebensqualität.

### ? Gibt es Wundauflagen, die für Tumorwunden besonders geeignet sind?

Wundauflagen der modernen Wundversorgung können für Patienten mit Tumorwunden



**„Die entscheidende Frage ist: Welche durch die Wunde hervorgerufenen Probleme sind für den Patienten am meisten belastend?“**

Thomas Montag, leitende Pflegefachkraft des Palliativzentrums in Köln

### Zur Person

Thomas Montag ist leitende Pflegefachkraft des Zentrums für Palliativmedizin in Köln. Er ist Fachkrankenpfleger für Anästhesie und Intensivtherapie und Fachpflegekraft Palliative Care. Er ist Mitglied im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und Sprecher der Sektion Pflege. Seit 15 Jahren ist Thomas Montag im Bereich der Palliativversorgung tätig, vorher war er 17 Jahre in der Intensivmedizin beschäftigt. Er war am Aufbau der ersten Palliativstation Thüringens in Erfurt 1996 bis 2005 beteiligt. Seit 2005 ist er Pflegeteamleitung des Zentrums für Palliativmedizin an der Uniklinik Köln.

viel Sinn machen. Dazu gehören beispielsweise Wundauflagen mit Kohleabsorber, die Gerüche binden und Infektionen vermeiden. Auch Auflagen mit Superabsorber, die sehr viel Exsudat aufnehmen können, bedeuten eine Entlastung für die betroffenen Patienten. Hilfreich sind zudem Silikonwundauflagen mit Distanzgitter. Diese ermöglichen einen atraumatischen Verbandwechsel und verringern damit die Blutungsgefahr und auch Schmerzen. Bei der Auswahl der passenden Wundaufgabe kommt es natürlich immer darauf an, wie die Tumorstelle aussieht. Es gibt Tumorstellen, die sich stark vergrößern, und dann braucht man Wundaufgaben, die sich sehr gut anpassen, beispielsweise Alginatverbände. Es gibt aber auch Tumore, die eher Gewebe zerstören und eine Neigung zur Taschenbildung aufweisen. Hier braucht es Wundmaterial, das in Form von Tamponaden in die Wunde eingelegt werden kann.

#### ? Gibt es alternative Methoden, um dem Patienten Linderung zu verschaffen?

Es gibt einige alternative Verfahren, die wir nutzen, die aber alle nicht evidenzbasiert sind. Zur Wundspülung setzen wir beispielsweise Salbei- oder auch schwarzen Tee ein. Gerade schwarzer Tee kann Gefäße komprimieren, was sich positiv auf die Blutstillung auswirkt. Zur Geruchsbindung nutzen wir Chlorophyll, das ist ein grüner Pflanzenfarbstoff. Dieser kann in Tablettenform gegeben werden, aber auch als Flüssigkeit

direkt auf die Wunde aufgetragen werden. Dann können zur Geruchsbindung auch Hydrolate eingesetzt werden, das sind wässrige Lösungen, die in Spuren ätherische Öle enthalten. Überhaupt lässt sich natürlich das ganze Spektrum der Aromatherapie nutzen – wobei aber angemerkt werden muss, dass dieses wirklich nur von ausgebildeten Experten eingesetzt werden sollte. Zur Geruchsbindung im Raum können Schälchen mit Kaffee genutzt werden oder auch Nilidor®, das ist ein künstlicher Geruchsbinder. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass sich Patienten durch solche Hausmittel oft besonders gut versorgt fühlen und den Eindruck gewinnen: Die wollen mir wirklich etwas Gutes tun.

#### ? Häufig ist der Anblick einer solchen Tumorstelle für nahestehende Menschen sehr belastend. Wie können Angehörige begleitet werden?

Hier gibt es zwei wesentliche Hauptstrategien: Die eine ist Informationen geben, die andere, die Gefühle der Angehörigen ernst nehmen und thematisieren. Durch die Tumorstelle ist der Patient auch äußerlich nicht mehr derjenige, den man jahrelang gekannt hat. Das kann sich auf die Partnerschaft, Sexualität und Intimleben auswirken. Hier können Gespräche mit den Angehörigen, in denen sie offen ihre Gefühle wie Mitleid, Hilflosigkeit, Unbehagen oder Ekel zum Ausdruck bringen dürfen, sehr hilfreich sein. Zudem kann es sinnvoll sein, die Angehörigen von den Aufgaben der Wundver-

sorgung zu entlasten. Wir betreuen zum Beispiel eine Ehefrau, die sich sehr liebevoll um ihren tumorkranken Mann kümmert, die Wundversorgung aber komplett an das pflegerische Team abgeben konnte, dabei auch nicht anwesend ist und dennoch im Gespräch viel Unterstützung zu diesem Thema braucht.

Bei den Pflegenden können übrigens auch emotionale Belastungen im Zusammenhang mit der Wundversorgung auftreten. Auch hier braucht es Entlastung. Wir versuchen, im Team über diese Dinge offen zu sprechen und auch Erholungswünsche der Pflegenden zu berücksichtigen, zum Beispiel indem sie sich bei der Anlage des Verbandes abwechseln. Hilfreich kann auch ein Reinigungsritual sein, in dem Pflegenden bewusst ihren Ekel „abstreifen“ können. Zusätzlich bieten wir regelmäßige interdisziplinäre Besprechungen und Supervisionen für alle Teammitglieder an, in denen unter anderem thematisiert wird: Wie gehen wir mit den Belastungen um?

#### ? Welche Rahmenbedingungen benötigt eine gute palliative Wundversorgung aus Ihrer Erfahrung heraus?

Es braucht ein gut organisiertes und kompetentes Wundmanagement sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung, und es braucht Wundexperten, die sich sowohl mit der kurativen als auch mit der palliativen Wundversorgung auskennen. Darüber hinaus sind aber auch ausreichende zeitliche und personelle Ressourcen notwendig. Manchmal ist ein Verbandwechsel mit drei Personen erforderlich, der ein bis zwei Stunden dauern kann. Hier sind natürlich entsprechende Ressourcen obligat.

#### Vielen Dank für das Gespräch, Herr Montag.

*Das Interview führte  
Brigitte Teigeler.*