

Journal für Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

Tabelle 2: Postoperative Ergebnisse.

	PDK-Gruppe	Nicht-PDK-Gruppe
Schmerzintensität auf NRS	3,35	6
Opioidverbrauch	10 %	83 %
Zeitpunkt des ersten Stuhlgangs postoperativ (Tage)	2,1 ± 0,3	2,5 ± 0,6

Einfluss der periduralen Schmerztherapie auf postoperative Schmerzen und Darmtätigkeit bei Patienten nach offener Nephrektomie, Teilnephrektomie oder Nephroureterektomie

O. Rud, C. Konopka, K. Schaarschmidt, S. Mescha, M.-O. Grimm, M. Horstmann

25. Jahrestagung der Medizinischen Kontinenzgesellschaft Österreich Abstracts von Vorträgen

RUBRIKEN

Pharma-News

www.kup.at/urologie

Indexed in EMBASE/Excerpta Medica/Scopus

Member of the



Krause & Pachemegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031116M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Mozartgasse 10 Preis: EUR 10,-

CT

THT Targeted Hormone Therapy

Der Weg zu 34,7 Monate Gesamtüberleben bei mCRPC**

ADT

Ref. siehe Seite 11 | PHAT/ZYT/0215/00016(1)
** metastasiertes kastrationsresistentes Prostatakarzinom

Einfluss der periduralen Schmerztherapie auf postoperative Schmerzen und Darmtätigkeit bei Patienten nach offener Nephrektomie, Teilnephrektomie oder Nephroureterektomie	3
O. Rud, C. Konopka, K. Schaarschmidt, S. Mescha, M.-O. Grimm, M. Horstmann	

25. Jahrestagung der Medizinischen Kontinenzgesellschaft Österreich Abstracts von Vorträgen	7
--	----------

RUBRIKEN

Pharma-News	17
--------------------	-----------

Impressum	16
------------------	-----------

Titelbild: Postoperative Ergebnisse. Aus O. Rud et al., Tabelle 2, Seite 4.

Wir bedanken uns bei unseren Reviewern 2015!

R. Oismüller, Wien	P. Schramek, Wien
M. Rauchenwald, Wien	W. Stackl, Wien

Herausgeber:

F. Fischl, Wien

Redaktion Urologie:

H. Heidler, Linz
T. Klotz, Weiden
M. Rauchenwald, Wien

Redaktion Urogynäkologie:

E. Hanzal, Wien
H. Kölbl, Wien

Schriftleitung Schweiz:

H. John, Winterthur

Editorial Board:

W. A. Hübner, Korneuburg	A. Ponholzer, Wien	W. Stackl, Wien
H. Madersbacher, Innsbruck	G. Ralph, Leoben	H.-P. Schmid, St. Gallen
E. Petri, Greifswald	P. Riss, Mödling	V. Viereck, Frauenfeld

Einfluss der periduralen Schmerztherapie auf postoperative Schmerzen und Darmtätigkeit bei Patienten nach offener Nephrektomie, Teilnephrektomie oder Nephroureterektomie

O. Rud¹, C. Konopka², K. Schaarschmidt², S. Mescha³, M.-O. Grimm², M. Horstmann²

Kurzfassung: *Einleitung:* Wir untersuchten prospektiv den Einfluss der periduralen Schmerztherapie auf postoperativen Schmerz und Darmtätigkeit bei Patienten nach elektiver offener Nephrektomie, Teilnephrektomie oder Nephroureterektomie.

Patienten und Methoden: Es wurden 38 konsekutive Patienten (mittleres Alter 62,39 ± 16,09 mit einem mittleren Body-Mass-Index von 27,33 ± 3,77) untersucht, die sich zwischen Januar und Dezember 2013 in unserer Klinik einer offenen Nephrektomie, Teilnephrektomie oder Nephroureterektomie unterzogen hatten. Zur postoperativen Schmerztherapie wurden 20 (52,63 %) Patienten präoperativ mit einem Periduralkatheter (PDK) versorgt. Die Angabe der Schmerzintensität erfolgte anhand einer numerischen Ratingskala (NRS) von 0–10. Zudem wurden der „postoperative Opioidverbrauch“ und der „Zeitpunkt des ersten Stuhlgangs“ zwischen beiden Gruppen auf signifikante Unterschiede mittels T-Test überprüft. Die Patienten mit PDK wurden hinsichtlich sensomotorischer Defizite und Kraftminderung untersucht.

Ergebnisse: Die Patienten mit PDK hatten im Vergleich zu den Patienten ohne PDK signifikant weniger Schmerzen (maximaler Schmerz 3,35 vs. 6 Punkte auf der NRS), weniger Opioidverbrauch (2 von 20 Pat. in der PDK-Gruppe und 15 von 18 Pat. in der Gruppe ohne PDK) und früher ersten Stuhlgang ($p = 0,014$). 6 von 20 Patienten gaben am 1. postoperativen Tag Parästhesien in Ober-

und/oder Unterschenkel an. Bis zum 3. postoperativen Tag waren sie bei allen Patienten nicht mehr nachweisbar.

Schlussfolgerung: In unserer kleinen Studie zeigte sich ein positiver Einfluss der periduralen Analgesie auf die postoperativen Schmerzen, den Opioidverbrauch sowie auf die Darmtätigkeit. Dieses Verfahren soll gegenüber möglichen Komplikationen abgewogen werden. Hierzu sind Studien mit größerer Fallzahl notwendig.

Schlüsselwörter: Nephrektomie, Schmerzen, Periduralkatheter

Abstract: Influence of the Epidural Analgesia on Postoperative Pain in Patients after Nephrectomy, Nephroureterectomy, or Nephron-Sparing Surgery. *Introduction:* We prospectively examined the effects of epidural pain therapy on postoperative pain and bowel function in patients after elective open nephrectomy, nephron-sparing surgery, or nephroureterectomy.

Patients and Methods: 38 consecutive patients (mean age 62.39 ± 16.09, mean body mass index 27.33 ± 3.77) were examined, who had undergone open nephrectomy, nephron-sparing surgery, or nephroureterectomy in our clinic between January and December 2013. For postoperative analgesia, 20 (52.63 %) patients were preoperatively supplied with an epidural catheter. Postoperative pain was measured using the QUIPS questionnaire. The measurement of pain intensity was based on a numerical rating scale (NRS) from 0 to 10. Additionally, postoperative opioid consumption and time of first defecation were evaluated in both groups and tested for significant differences by means of a T-test. Patients with an epidural analgesia were examined for neurological deficits.

Results: Patients with epidural analgesia compared to patients without epidural analgesia had significantly less pain (3.35 vs. 6 points on the NRS), less opioid consumption (2 out of 20 pat. in the group with epidural analgesia and 15 out of 18 pat. in the group without epidural analgesia had opioid consumption), and earlier first defecation ($p = 0.014$). 6 out of 20 patients reported paresthesia in their legs or feet on the first postoperative day. These symptoms disappeared completely until the third postoperative day in all patients.

Conclusion: A positive influence of epidural analgesia was shown in our investigation on postoperative pain, opioid consumption, and the intestinal activity in our investigation. The use of this tool should be weighed against its complications. Therefore investigations with larger number of patients are necessary. **J Urol Urogynäkol 2015; 22 (4): 3–6.**

Key words: nephrectomy, pain, epidural analgesia

■ Einleitung

Nach offenen abdominalen Eingriffen treten in den ersten postoperativen Tagen häufig Schmerzen auf [1]. Eine adäquate Schmerzkontrolle ist ein wichtiger Teil der postoperativen Patientenversorgung [2]. Nach dem WHO-Schema werden Patienten bei starken Schmerzen unter anderem mit Opioiden therapiert. Die periphere analgetische Therapie mit systemisch wirksamen Morphinderivaten kann allerdings zu einer verzögerten postoperativen Aufnahme der Darmtätigkeit führen [3]. Eine kontinuierliche postoperative Periduralanalgesie (PDA) bzw. eine patientenkontrollierte Periduralanalgesie (PCEA) können die postoperative Schmerzsymptomatik suffizient reduzieren und im Vergleich zu einer peripheren Schmerztherapie zu einer schnelleren Aufnahme der Darmtätigkeit führen [4, 5].

Die PDA gilt als Goldstandard der Schmerztherapie nach abdominalen Eingriffen [6]. Diese Studie vergleicht die Effektivität der Schmerztherapie und die Darmtätigkeit bei Patienten nach elektiver offener Nephrektomie, Teilnephrektomie oder Nephroureterektomie mit und ohne PDA.

■ Patienten und Methoden

Es wurden 38 konsekutive Patienten untersucht, die sich zwischen Januar und Dezember 2013 in unserer Klinik einer offenen Nephrektomie, Teilnephrektomie oder Nephroureterektomie unterzogen hatten. Ein Teil der Patienten wurde präoperativ mit einem Periduralkatheter (PDK) zur perioperativen Schmerztherapie versorgt. Kontraindikationen für eine PDK-Anlage waren Wirbelsäulendeformationen, perioperativ nicht absetzbare Thrombozytenaggregationshemmung und Therapie mit unfractioniertem oder niedermolekularem Heparin in therapeutischer Dosierung. Die Patienten willigten präoperativ in die PDK-Einlage ein. Der PDK wurde in den unteren thorakalen Bereich zwischen Th6/7 und Th11/12 gelegt. Die PDK-Infusion enthielt insg. 150 µg Sufentanil (0,75 µg/ml)

Eingelangt am 29. Juli 2015; angenommen am 4. Oktober 2015

Aus der ¹Abteilung für Urologie, LKH Feldkirch, Österreich; der ²Urologischen Klinik und Poliklinik und der ³Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Universitätsklinikum Jena, Deutschland

Korrespondenzadresse: Dr. med. Oleg Rud, Abteilung für Urologie, LKH Feldkirch, A-6807 Feldkirch, Carinagasse 47; E-Mail: oleg.rud@vlkh.net

Tabelle 1: Deskriptive Statistik.

	PDK-Gruppe	Nicht-PDK-Gruppe
Alter	62,25 ± 12,23	62,55 ± 19,9
BMI	26,94 ± 2,81	27,75 ± 4,65
Männlich/weiblich	12/8	14/4
Abdominelle Voroperationen	40 %	33 %

und 400 mg Ropivacainhydrochlorid (2 mg/ml). Die Infusionsgeschwindigkeit lag am 1. postoperativen Tag bei 6 ml/Stunde, am 2. postoperativen Tag bei 4 ml/Stunde und am 3. postoperativen Tag bei 2 ml/Stunde. Bei Schmerzen über 3 auf der numerischen Ratingskala (NRS) wurde den Patienten zusätzlich subkutan ein opioidhaltiges Analgetikum appliziert. Die Analgetikagabe wurde dokumentiert und alle Patienten mit PDK täglich von Anästhesisten visitiert. Bei neurologischen Auffälligkeiten (Kraftminderung in den unteren Extremitäten unter Grad 3 und Parästhesien) wurde die PDK-Infusion reduziert bzw. abgesetzt.

Im Rahmen des gemeinsamen QUIPS-Projektes (QUIPS: Qualitätsverbesserung in der postoperativen Schmerztherapie) mit der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin wurden die Patienten am 1. postoperativen Tag mithilfe eines standardisierten Fragebogens über die Schmerzintensität, Stimmung sowie Zufriedenheit mit der Schmerztherapie (insg. 14 Fragen) befragt. Das QUIPS-Projekt stellt eine internetbasierte multizentrische Plattform dar, die es erlaubt, die Daten anonymisiert zu erfassen und sie mit anderen Kliniken zu vergleichen und zu evaluieren.

Die Datenverwaltung bzw. Auswertung der deskriptiven Statistik erfolgte mit Microsoft Excel Version 14.0 (Microsoft; Redmond, WA, USA). Für die deskriptive Statistik wurden Mittelwerte und Standardabweichungen herangezogen. Die Signifikanzprüfung erfolgte mit SPSS 14.0 (IBM; Armonk, USA). Hierbei wurde für nominalskalierte Variablen ein doppelseitiger T-Test für unverbundene Stichproben gewählt. Die Nullhypothese wurde bei einem Alpha-Wert < 0,05 verworfen.

■ Ergebnisse

20 Patienten (52,63 % aller Patienten) erhielten präoperativ einen PDK. Das mittlere Alter lag in der PDK-Gruppe bei 62,25 ± 12,23 und der Body-Mass-Index bei 26,94 ± 2,81. 12 Patienten waren männlich und 8 weiblich. In der Nicht-PDK-Gruppe lag das mittlere Alter bei 62,55 ± 19,9 Jahren, der BMI bei 27,75 ± 4,65. 14 Patienten waren männlich, 4 weiblich. In der PDK-Gruppe hatten 8 Patienten bereits abdominelle Voroperationen, in der Nicht-PDK-Gruppe 6 Patienten (Tab. 1). In der PDK-Gruppe erhielten 8 (40 %) Patienten eine lumbale Nierenteilresektion, 11 (55 %) eine lumbale Nephrektomie und 1 (5 %) eine Nephroureterektomie. In der Nicht-PDK-Gruppe waren es 8 (44 %), 7 (39 %) und 3 (17 %).

Schmerzen

Die Schmerzintensität wurde anhand einer NRS ermittelt. Die Patienten in der PDK-Gruppe hatten hiernach weniger

Tabelle 2: Postoperative Ergebnisse.

	PDK-Gruppe	Nicht-PDK-Gruppe
Schmerzintensität auf NRS	3,35	6
Opioidverbrauch	10 %	83 %
Zeitpunkt des ersten Stuhlgangs postoperativ (Tage)	2,1 ± 0,3	2,5 ± 0,6

Schmerzen – 3,35 (min. 0, max. 9) vs. 6 (min. 2, max. 10) Punkte in der Nicht-PDK-Gruppe. Sie waren in ihrer Mobilität weniger durch Schmerzen eingeschränkt als Patienten der Nicht-PDK-Gruppe (50 % vs. 83 %). Außerdem gaben die Patienten der PDK-Gruppe an, weniger häufig schmerzbedingt nachts aufgewacht zu sein (10 % im Vergleich zu 39 % in der Nicht-PDK-Gruppe).

Opioidverbrauch

Es zeigte sich ein signifikant höherer peripherer Opioidverbrauch in der Nicht-PDK-Gruppe als in der PDK-Gruppe (15 Patienten der Nicht-PDK-Gruppe [83 %] und 2 Patienten der PDK-Gruppe [10 %] nahmen postoperativ Opioide zu sich; $p = 0,000001$).

Stuhlgang

Der Zeitpunkt des ersten Stuhlgangs war in der PDK-Gruppe nach 2,1 ± 0,3 Tagen signifikant früher ($p = 0,01$) als nach 2,5 ± 0,6 Tagen in der Nicht-PDK-Gruppe (Tab. 2).

Komplikationen

30 % der Patienten in der PDK-Gruppe gaben am ersten postoperativen Tag Parästhesien in den unteren Extremitäten an. Bis zum 3. postoperativen Tag waren diese bei keinem der Patienten mehr nachweisbar. Bei 20 % der Patienten trat eine leichte Kraftabschwächung der unteren Extremitäten von Grad 5 auf Grad 4 auf. Diese waren im Verlauf ebenfalls komplett rückläufig. Schwere sensomotorische Defizite traten bei keinem der Patienten auf. Lokale Infektionen im Bereich der PDK-Einstichstelle oder Hinweise auf Einblutungen wurden nicht beobachtet.

■ Diskussion

Eine Befragung aus dem Jahr 2010 an 25 deutschen Krankenhäusern von insg. 2252 Patienten ergab, dass 36,8 % der Patienten postoperativ unter starken Schmerzen litten und nur 12,4 % der Patienten schmerzfrei waren. Daher wurde die Suffizienz der Schmerztherapie von 55 % der Patienten als schlecht bewertet [7].

In unserer Untersuchung gaben die Patienten in der PDK-Gruppe im Mittel einen maximalen Schmerz von 3,35 auf der NRS im Vergleich zu 6 in der Nicht-PDK-Gruppe an. Die Patienten der PDK-Gruppe hatten einen signifikant niedrigeren zusätzlichen peripheren Opioidverbrauch ($p = 0,000001$). Im Allgemeinen werden in der Literatur Schmerzen < 3 auf der NRS als gering, 3–5 als mittelstark und > 5 als stark eingestuft. Entsprechend der ermittelten Schmerzwerte und der hohen Schmerzakzeptanz kann in der PDK-Gruppe von einer suffizienten postoperativen Schmerztherapie ausgegangen

werden. Zudem waren die Patienten in der PDK-Gruppe weniger schmerzbedingt in ihrem Schlaf gestört und in ihrer Mobilität eingeschränkt.

Vergleichbare Ergebnisse wurden in der Studie von Mann et al. bei älteren Patienten gezeigt. Hier lag der maximale Schmerz in der PDK-Gruppe bei 3 und in der Nicht-PDK-Gruppe bei 4 [3].

Als ein limitierender Faktor der Studie kann die klinikinterne Datenerhebung angesehen werden, da die Datenerhebung durch das Behandlungsteam durchgeführt wurde [8]. Allerdings wurden die Studiendaten prospektiv mittels eines standardisierten Fragebogens im Rahmen des anästhesiologischen Routineverfahrens erfasst.

Einen weiteren limitierenden Faktor stellt die relativ geringe Fallzahl unserer unizentrischen Studie dar, obwohl sie auch in den anderen publizierten Studien nicht höher ist [9].

Eine alters- bzw. geschlechtsspezifische Analyse war aufgrund der Gruppengrößen nicht sinnvoll.

Eine ungenügende Schmerztherapie stellt einen Risikofaktor für Komplikationen bzw. chronische Schmerzen dar [10]. Ein positiver Einfluss auf die perioperative Mortalität ist allerdings nicht bewiesen [11].

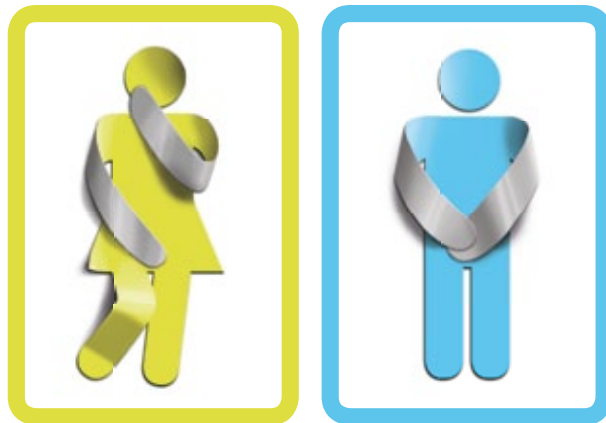
In der Nicht-PDK-Gruppe kam es zu einer signifikant langsameren Aufnahme der Darmpassage, was als Nebenwirkung der peripheren Opioidgabe gewertet werden kann. Eine schnelle Aufnahme der gastrointestinalen Funktion ist allerdings ein wichtiger Baustein der multimodalen postoperativen Rehabilitation, sodass dieser Effekt ein weiterer Vorteil der periduralen Anästhesie ist. Ziel der postoperativen Schmerztherapie ist nicht nur die postoperative Schmerzreduktion, sondern insgesamt eine schnelle Rekonvaleszenz durch eine frühzeitige Mobilisierung und enterale Ernährung zu ermöglichen [12].

Als schwerwiegende Komplikation nach einer PDK-Anlage gelten bleibende neurologische Ausfälle z. B. aufgrund einer rückenmarksnahen Blutung bzw. eines Abszess [13]. Die meisten sensomotorischen Defizite sind jedoch passager. In unserer Gruppe traten keine dauerhaften neurologischen Ausfälle oder schwerwiegende Komplikationen durch einen PDK auf.

■ Relevanz für die Praxis

- Die peridurale analgetische Therapie ist eine etablierte Therapieoption im postoperativen Setting bei Patienten nach Nierenoperationen.
- In unserer Studie zeigte sich ein positiver Einfluss der periduralen Schmerztherapie auf die postoperativen Schmerzen, den postoperativen Opioidverbrauch sowie auf die postoperative Darmtätigkeit im Vergleich zur peripheren Schmerztherapie ab.
- Die Vorteile dieses Verfahrens müssen gegenüber möglichen Komplikationen gut abgewogen werden.

uriVesc®



... entspannt den Drang!

uriVesc®
60 mg retard

Grüne Box

- 1 x täglich bei überaktiver Blase
- Keine Liquorgängigkeit¹
- Empfohlen speziell für geriatrische Patienten²



Fachkurzinformation siehe Seite 6

Wirkstoff: Trospiumchlorid

1) Staskin et al., Int J Clin Pract, August 2010, 64, 9, 1294-1300

2) Holt S. et al.: Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS Liste, Deutsches Ärzteblatt 2010, 107 (31-32) 543-551

■ Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Literatur:

1. Popping DM, Zahn PK, Van Aken HK, et al. Effectiveness and safety of postoperative pain management: a survey of 18,925 consecutive patients between 1998 and 2006 (2nd revision): a database analysis of prospectively raised data. *Br J Anaesth* 2008; 101: 832–40.
2. Wu CL, Rowlingson AJ, Partin AW, et al. Correlation of postoperative pain to quality of recovery in the immediate postoperative period. *Reg Anesth Pain Med* 2005; 30: 516–22.
3. Mann C, Pouzeratte Y, Boccaro G, et al. Comparison of intravenous or epidural patient-controlled analgesia in the elderly after major abdominal surgery. *Anesthesiology* 2000; 92: 433–41.
4. Block BM, Liu SS, Rowlingson AJ, et al. Efficacy of postoperative epidural analgesia:

a meta-analysis. *J Am Med Assoc* 2003; 290: 2455–63.

5. Hudcova J, McNicol E, Quah C, et al. Patient controlled opioid analgesia versus conventional opioid analgesia for postoperative pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 4: CD003348.
6. Niraj G, Kelkar A, Jeyapalan I, et al. Comparison of analgesic efficacy of subcostal transversus abdominis plane blocks with epidural analgesia following upper abdominal surgery. *Anaesthesia* 2011; 66: 465–71.
7. Maier C, Nestler N, Richter H, et al. The quality of pain management in German hospitals. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107: 607–14.
8. Meissner W, Ullrich K, Zwacka S, et al. Quality management in postoperative pain therapy. *Anaesthesist* 2001; 50: 661–70.

9. Darnedde M, Stadler M, Bardiau F, et al. Comparison of 2 concentrations of levobupivacaine in postoperative patient-controlled epidural analgesia. *J Clin Anesth* 2005; 17: 531–6.
10. Carr DB, Goudas LC. Acute pain. *Lancet* 1999; 353: 2051–8.
11. Gauss A, Jahn SK, Eberhart LH, et al. Cardioprotection by thoracic epidural anes-

thesia?: meta-analysis. *Anaesthesist* 2011; 60: 950–62.

12. Meissner W. Quality in (acute) pain therapy: plea for a paradigm shift. *Schmerz* 2012; 26: 367–8.
13. Moen V, Dahlgren N, Irestedt L. Severe neurological complications after central neuraxial blockades in Sweden 1990–1999. *Anesthesiology* 2004; 101: 950–9.

Dr. med. Oleg Rud

Studium der Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität in München 2000–2007. Promotion an der LMU 2010. Facharzt seit 12/2012. Urologische Ausbildung an den Unikliniken Erlangen und Jena sowie in Straubing. Seit 07/2014 Facharzt in der Klinik für Urologie in Feldkirch.



Fachkurzinformation zum Inserat auf Seite 9

Inkontan 15 mg/30 mg Filmtabletten: Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 1 Filmtablette enthält 15 mg/30mg Trosipiumchlorid. Liste der sonstigen Bestandteile: Carboxymethylstärke-Natrium, mikrokristalline Cellulose, Lactose-Monohydrat, Maisstärke, Povidon K25, hochdisperses Siliciumdioxid, Stearinsäure (pflanzlich); E 171 (Titandioxid), Hypromellose. **Anwendungsgebiete:** Zur Behandlung der Detrusor-Instabilität oder der Detrusor-Hyperreflexie mit den Symptomen Pollakisurie, imperativer Harndrang und Dranginkontinenz bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff Trosipiumchlorid oder einen der sonstigen Bestandteile, Harnverhaltung, nicht ausreichend behandeltes oder unbehandeltes Engwinkelglaukom, Tachyarrhythmie, Myasthenia gravis, schwerer chronisch entzündlicher Darmerkrankung (Colitis ulcerosa und Morbus Crohn), toxischem Megakolon, dialysepflichtiger Niereninsuffizienz (Kreatinin-Clearance < 10 ml/min/1,73 m²). **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Andere Urologika, inkl. Spasmolytika, ATC-Code: G04B D09. **Inhaber der Zulassung:** Pharm. Fabrik Montavit Ges.m.b.H., A-6067 Absam/Tirol. **Abgabe:** Rezeptpflichtig, apothekenpflichtig. Informationen betreffend Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkung mit anderen Mitteln, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekte entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation. **Stand der Information: April 2014.**

Fachkurzinformation zum Inserat auf Seite 7

Direktan 25 mg-Kautabletten. Direktan 50 mg-Kautabletten. Direktan 100 mg-Kautabletten. Zusammensetzung: 1 Kautablette enthält 35,12 mg/70,24 mg/140,48 mg Sildenafilcitrat, das *in situ* zu 25 mg/50 mg/100 mg Sildenafil umgewandelt wird. **Sonstige Bestandteile:** Polacrilin-Kalium, Magnesiumstearat, hochdisperses Siliciumdioxid, Aspartam (E951; 2,15 mg/4,30 mg/8,60 mg), Croscarmellose-Natrium, Pfefferminzaroma, Lactose-Monohydrat (70,4575 mg/140,915 mg/281,83 mg), Povidon K-30. **Anwendungsgebiete:** Behandlung von Männern mit erektiler Dysfunktion. Das ist die Unfähigkeit, eine für einen befriedigenden Geschlechtsverkehr ausreichende Erektion zu erreichen oder aufrechtzuerhalten. Direktan kann nur wirken, wenn eine sexuelle Stimulation vorliegt. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Entsprechend seiner pharmakologischen Wirkung auf den Stickstoffmonoxidzyklischen-Guanosinmonophosphat- (cGMP) Stoffwechsel konnte gezeigt werden, dass Sildenafil den blutdrucksenkenden Effekt von Nitraten verstärkt. Daher ist die gleichzeitige Gabe mit Stickstoffmonoxid-Donatoren (wie beispielsweise Amylnitrit) oder jeglichen Nitraten kontraindiziert. Bei Patienten, die aufgrund einer nicht arteriellen anterioren ischämischen Optikusneuropathie (NAION) ihre Sehkraft auf einem Auge verloren haben, ist Sildenafil kontraindiziert, unabhängig davon, ob der Sehverlust mit einer vorherigen Einnahme eines PDE5-Hemmers in Zusammenhang stand oder nicht. Mittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion wie auch Sildenafil sind bei Patienten, denen von sexueller Aktivität abzuraten ist (z. B. Patienten mit schweren Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie instabiler Angina pectoris oder schwerer Herzinsuffizienz), nicht anzuwenden. Bei folgenden Patienten wurde die Sicherheit von Sildenafil nicht untersucht, daher ist die Anwendung kontraindiziert: schwere Leberinsuffizienz, Hypotonie (Blutdruck < 90/50 mmHg), Patienten mit kürzlich erlittenem Schlaganfall oder Herzinfarkt sowie mit bekannter erblich bedingter degenerativer Retinaerkrankung wie beispielsweise Retinitis pigmentosa (eine Minderheit dieser Patienten hat eine genetisch bedingte Störung der retinalen Phosphodiesterasen). **Wirkstoffgruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: Arzneimittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion. ATC-Code: G04BE03. **Inhaber der Zulassung:** G.L. Pharma GmbH, 8502 Lannach. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Packungsgrößen:** *Direktan 25 mg-Kautabletten:* 4 Stk. *Direktan 50 mg-Kautabletten:* 4, 12 und 40 Stk. *Direktan 100 mg-Kautabletten:* 2, 4, 12 und 40 Stk. **Stand der Information:** Juli 2013. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie Angaben über Gewöhnungseffekte entnehmen Sie bitte den veröffentlichten Fachinformationen!

Fachkurzinformation zum Inserat auf Seite 5

Urivesc 60 mg Retardkapseln. Zusammensetzung: Jede retardierte Hartkapsel enthält 60 mg Trosipiumchlorid. **Wirkstoffgruppe:** Urologisches Spasmolytikum; ATC-Code: G04BD09. **Anwendungsgebiete:** Zur symptomatischen Behandlung der Dranginkontinenz und/oder häufigem Wasserlassen und Harndrang bei Patienten mit dem Syndrom der überaktiven Blase. **Gegenanzeigen:** Trosipiumchlorid ist kontraindiziert bei Patienten mit Harnretention, schweren gastro-intestinalen Störungen (einschließlich toxischem Megacolon), Myasthenia gravis, Engwinkelglaukom und Tachyarrhythmien. Trosipiumchlorid ist ebenfalls kontraindiziert bei Patienten mit Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der sonstigen Bestandteile. **Sonstige Bestandteile:** Kapselinhalt: Saccharose, Maisstärke, Methylacrylat-Methylmethacrylat-Methacrylsäure-Copolymer, Natriumdodecylsulfat, Ammoniumhydroxid, mittelkettige Triglyceride, Ölsäure, Ethylcellulose, Titandioxid (E 171), Hypromellose, Macrogol 400, Polysorbat 80, Triethylcitrat, Talkum; Kapselhülle: Gelatine, Titandioxid (E 171), Eisenoxid gelb (E 172), Eisenoxid rot (E 172); Druckertinte: Schellack (20 % verestert), Eisenoxid schwarz (E 172), Propylenglycol. **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig. **Zulassungsinhaber:** MADDAUS GmbH 51101 Köln, Deutschland. **Stand der Information:** Januar 2012.

Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen sowie zur Anwendung in Schwangerschaft und Stillzeit sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

25. Jahrestagung der Medizinischen Kontinenzgesellschaft Österreich

2.–3. Oktober 2015, LFI Oberösterreich, Linz

Abstracts von Vorträgen

FREITAG, 2. OKTOBER 2015

■ Pathophysiologie der Inkontinenz nach Tumorthherapie

Pathophysiologie der Inkontinenz nach Tumorthherapie – Sicht der Chirurgie

I. Haunold

Chirurgische Abteilung, KH der Barmherzigen Schwestern Wien

Einleitung Tumoroperationen im kleinen Becken können durch Präparation und Resektion unterschiedlich schwere Auswirkungen auf Kontinenz, Blasenentleerung und Sexualfunktion haben.

Alle Darmentleerungsstörungen, die nach tiefer vorderer Rektumresektion auftreten und die Lebensqualität beeinträchtigen, werden als vorderes Resektionssyndrom zusammengefasst. Übersetzt spricht man im Englischen vom „low anterior resection syndrome“, weshalb in der Literatur der Begriff LARS etabliert ist.

Material Kolorektale Karzinome gehören bei Frauen zu den zweithäufigsten und bei Männern zu den dritthäufigsten Tumoren. Um eine Heilung herbeizuführen, müssen diese reseziert oder je nach

Stadium und Lokalisation auch mittels kombinierter Radio-Chemotherapie vorbehandelt werden. All diese Verfahren können die Kontinenz beeinflussen.

Prinzipiell sind für die Dichtigkeit des Anus folgende Bereiche verantwortlich, deren fehlerfreies Zusammenspiel gewährleistet sein muss:

- Die Ampulla recti als Reservoir
- Die Muskulatur des Beckenbodens – hier vor allem der Musculus sphinkter ani internus und externus
- Der extrinsische und intrinsische Nervenplexus

Eine Darmresektion im kleinen Becken kann auf alle oben genannten Bereiche Auswirkungen haben. Je tiefer (also näher dem Schließmuskel) die Tumorlokalisierung ist, desto größer die zu erwartende Funktionseinbuße.

Beindet sich der Tumor im unteren Rektumdrittel, muss das gesamte Rektum bis zur Linea dentata entfernt werden. Dies führt zu einem Verlust des natürlichen Reservoirs, womit sich die rektale Kapazität reduziert. Das heißt, es kommt zum Stuhlverlust, sobald das Fassungsvermögen (das maximal tolerable Volumen, das gehalten werden kann) erreicht ist.

Direktan®

Sildenafil

Referenzprodukt: Viagra®

Regt direkt an

Österreichs meistverordnetes Sildenafil¹



- mit Minzgeschmack²
- *25 mg, 50 mg und 100 mg
- auch als 40-Stück Packung erhältlich³

Servus Österreich!

GEROT LANNACH

Sogar ultratiefe Tumoren, die den Musculus sphinkter ani internus im oberen Anteil infiltrieren, können sphinktererhaltend operiert werden. Wird dieser für den Ruhedruck verantwortliche Muskel im Rahmen einer intersphinkteren Resektion teilweise entfernt oder wird er bei der Anastomosierung durch Staplerklammern direkt geschädigt, sinkt der Ruhedruck und es kommt zur passiven Inkontinenz.

Der Musculus sphinkter ani externus wird bei einer tiefen vorderen Resektion zwar nicht morphologisch geschädigt, aber es kann im Rahmen der Präparation die Innervation des intramuralen Plexus gestört werden. In diesem Fall resultieren imperativer StuhlDrang und konsekutive Inkontinenz.

Die Operation kann weiters das autonome Nervensystem in und um die Darmwand beeinflussen. Die Peristaltik der deszendierenden Darmwand nach Resektion ist nachgewiesenermaßen beeinträchtigt. Noch nicht restlos geklärt, aber wahrscheinlich auch auf die gestörte Innervation zurückzuführen, ist eine spastische Wellenperistaltik und somit Dysfunktion des Neorektems.

Neben diesen durch die Resektion direkt verursachten Gründen kann eine ergänzende Bestrahlung oder Chemotherapie eine Inkontinenz ebenfalls verursachen oder verschlechtern: Die Bestrahlung kann dauerhafte Schäden an der Muskulatur hinterlassen. Chemotherapeutika können sich auf die Stuhlkonsistenz und -frequenz auswirken und somit indirekt die Kontinenz beeinflussen.

Ergebnisse Die allermeisten Patienten leiden nach erfolgreicher Behandlung eines Rektumkarzinoms an einem vorderen Resektionssyndrom. Die wichtigsten Symptome und deren Häufigkeit sind:

- Stuhlinkontinenz: 6–87 %
- Dranginkontinenz: 5–87 %
- Häufige Stuhlfrequenz: 8–75 %

Dies sollte bereits in der präoperativen Aufklärung Thema sein.

Intraoperativ muss vom Chirurgen bei aller onkologischer Radikalität auf richtige Schichtfindung und Nervenschonung geachtet werden.

In der postoperativen Betreuung des Patienten sollten das funktionelle Outcome und somit die Lebensqualität des Patienten eine ebenso große Rolle spielen wie das onkologische Outcome.

Weiterführende Literatur:

Emmertsen KJ, Laurberg S. Low anterior resection syndrome score: development and validation of a symptom based scoring system for bowel dysfunction after low anterior resection for rectal cancer. *Ann Surg* 2012; 255: 922–8.

Juul T, Ahlberg M, Biondo S, et al. Low anterior resection syndrome and quality of life: an international multicenter study. *Dis Colon Rectum* 2014; 57: 585–91.

Pucciani F. A review on functional results of sphincter-saving surgery for rectal cancer: the anterior resection syndrome. *Updates Surg* 2013; 65: 257–63.

Pathophysiologie der Inkontinenz nach Tumortherapie – Sicht der Urologie

K. D. Sievert

Universitätsklinik für Urologie und Andrologie, Landeskrankenhaus Salzburg

Im Bereich der Inkontinenz als Folge der Tumorchirurgie sind selbstverständlich vornehmlich die urologischen Tumoren zu nennen. Hierunter fallen in erster Linie das Prostatakarzinom und das Harnblasenkarzinom. In seltenen Fällen ist sicherlich auch das Übergangskarzinom der Harnröhre zu nennen.

Die in erster Linie auftretende Belastungsinkontinenz nach radikaler Prostatovesikulektomie ist mit Sicherheit die wichtigste Form der Inkontinenz, die durch den Operateur (Urologen) hervorgerufen wird und ggf. therapiert werden muss.

Je nach Ausdehnung des Harnblasenkarzinoms ergibt sich die Folge einer entsprechenden Versorgung. Obwohl die „trockene“ Harnableitung in den letzten Jahren deutlich abgenommen hat, darf die möglicherweise in Zusammenhang stehende Belastungsinkontinenz nicht unterschätzt werden. Darüber hinaus liegt in erster Linie bei Frauen eine entsprechende Retention vor, die eines Selbstkatheterismus bedarf. Die (darüber hinaus) in der erweiterten Tumorchirurgie resultierende Inkontinenz kann ggf. auch im gynäkologischen bzw. chirurgischen Bereich zu suchen sein. Hierfür bieten sich je nach Ursache unterschiedliche Therapieverfahren an.

Grundsätzlich finden sich bei allen genannten tumorchirurgischen Ursachen entsprechend ähnliche Gründe. Diese sind in erster Linie durch periphere Nervenverletzungen bedingt bzw. unmittelbar in einer muskulären Sphinkterverletzung zu suchen. Anhand der neuromuskulären Ursache lässt sich die entsprechende Therapieform ableiten. Durch die mittlerweile mannigfaltigen Therapieansätze sind hier entsprechende Lösungen für die Patienten vorhanden.

Pathophysiologie der Inkontinenz nach Tumortherapie – Sicht der Strahlentherapie

A. U. Schratzer-Sehn

Institut für Radioonkologie, Sozialmedizinisches Zentrum Süd/Kaiser-Franz-Josef-Spital, Wien

Einleitung Inkontinenz wird oft durch ein multimodales Therapiemanagement verursacht. In der Strahlentherapie muss die genaue Dosimetrie in für die Inkontinenz verantwortlichen Regionen identifiziert werden.

Methode Im Institut für Radioonkologie werden jährlich etwa 1200 Patienten bestrahlt. Davon erhalten 35 % eine Bestrahlung im Genito-Urethral-Bereich. Patienten, die vor Bestrahlung alters-, krankheits- oder therapiebedingt an einer Inkontinenz leiden, werden erfasst. Die Ursachen von inkontinenzverstärkender und neu auftretender Inkontinenz nach Strahlentherapie werden evaluiert. Inkontinenzursachen bei Dosisescalationen und Hypofraktionierung werden anhand der Literatur diskutiert.

Ergebnisse Bei Patienten mit präexistenter Inkontinenz vor Strahlentherapie kann es zu einer Aggravierung dieser kommen. Neu aufgetretene Inkontinenz kann durch akute Strahlenreaktionen auftreten, vor allem bei älteren Patienten und bei Patienten mit präexistenter latenter Inkontinenz sowie bei Rückbildung von Tumoren im Urogenitalbereich nach Bestrahlung. Inkontinenz als Spätfolge wird bei Dosierungen > 50 Gy im Bereich beider Nervi pudenda diskutiert.

Zusammenfassung Prävalenz- und Inzidenzanalysen von Inkontinenzsymptomen werden anhand bekannter Inkontinenzfaktoren nach multimodalem Therapiemanagement und anhand von Bestrahlungsplänen mit Dosimetrien in kritischen Organbereichen dargestellt.

■ Evaluierung und konservatives Management des inkontinenten Tumor-Patienten

Evaluierung und konservatives Management des inkontinenten Tumor-Patienten nach Rektumresektion

C. Kopf

Chirurgische Abteilung, LKH Schärding

Einleitung In den vergangenen Jahrzehnten konnte durch die Implementierung multimodaler Therapiekonzepte und durch die Verbesserung der chirurgischen Technik (Weiterentwicklung der Staplertechnik, totale mesorektale Exzision, Verbreiterung der intersphinkteren Rektumresektion) die Prognose der Patienten mit Rektumkarzinom deutlich verbessert werden. Wurden bis vor Kurzem vor allem die prozedurale Morbidität und Letalität sowie der onkologische Outcome als Qualitätsparameter erfasst, so wird heutzutage zunehmendes Augenmerk auf langfristige postoperative Funktionseinschränkungen und Folgekrankheiten sowie die damit verbundenen Lebensqualitätseinbußen gelegt.

Die Funktionsstörungen nach tiefer Rektumresektion werden auch als „low anterior resection syndrome“ (LARS) zusammengefasst. Dabei handelt es sich um ein klinisches Mischbild funktioneller Störungen, welches durch verschiedene Faktoren (Anastomosenhöhe, -technik, und -komplifikationen, Resektionsausmaß) beeinflusst und durch die neoadjuvante Bestrahlung aggraviert werden kann. Störungen der Blasen- und Sexualfunktion sind davon unabhängige Probleme.

Unter dem „Low Anterior Resection Syndrome“ werden folgende Symptome subsumiert:

Tabelle 1: Diagnostik der Funktionsstörungen nach kolorektaler Resektion.

Diagnostik	Fragestellung
Basisdiagnostik	
Anamnese	Inkontinenz, Urgency, Stuhlkonsistenz, Entleerungsstörungen, Score
Klinische Untersuchung	Perianale Hautveränderungen, Sphinktertonus, Stenose, Rektozele
Endoskopie	Rezidiv, Entzündung, Fistel, Pouchbeurteilung
Spezialdiagnostik	
Endosonographie	Rezidiv, Fistel, Abszess, Sphinkterdefekt
Computertomographie	Insuffizienz, Abszess, Rezidiv
MRT	Fistel, Abszess, Rezidiv
Zusatzdiagnostik	
Nervus-pudendus-Latenzzeit	Nervenschädigung, Degeneration
Defäkographie	Prolaps, Rektozele, Enterozele
Sphinktermanometrie	Sphinkterschaden
Elektromyographie	Sphinktermapping, Degeneration

- Inkontinenz für Winde und flüssigen Stuhl
- Erhöhte Stuhlfrequenz
- Urgency (schmerzhafter Stuhldrang)
- Fragmentierte unvollständige Stuhlentleerung

Die Häufigkeit des LARS schwankt in Abhängigkeit der genauen Syndrom-Definition zwischen 25 und 75 %, womit es eine wesentliche Determinante der postoperativen Lebensqualität der Patienten nach Rektumresektion ist.

Diagnostik Bei der Diagnostik (Tab. 1) nimmt die ausführliche Anamnese die zentrale Stellung ein, bei der die im Vordergrund stehenden Symptome wie Inkontinenz (Häufigkeit, tags/nachts), unvollständige Stuhlentleerung, Defäkationsschmerzen, Stuhldrang sowie -konsistenz erfragt werden müssen. Es muss auch an pathologische postoperative Zustände (Anastomoseninsuffizienz, Fistel, Stenose, Rezidiv) gedacht werden, die einer spezifischen Therapie zugänglich sind.

Zur besseren Quantifizierung der durch LARS verursachten Beeinträchtigungen wurde von Emmertsen 2012 ein eigener Score entwickelt und publiziert, welcher eine Einteilung in kein (0–20 Punkte), Minor- (21–29 Punkte) und Major-LARS (30–40 Punkte) trifft (Tab. 2). Die Spezifität und Sensitivität betragen 83 bzw. 73 %.

Bei der Inspektion lässt sich ein perianales Ekzem als Zeichen des Stuhlschmierens erkennen, was Rückschlüsse auf die Kontinenzfunktion und die Stuhlkonsistenz erlaubt. Der Anokutanreflex gibt Hinweise auf die Sensibilität der Perianalhaut.

Die digital-rektale Untersuchung ermöglicht eine Einschätzung des Sphinktertonus. Außerdem lassen sich größere Sphinkterdefekte und Stenosen feststellen.

Die Endoskopie ist die erste ergänzende Untersuchung (Tab. 1). Sie wird am besten – weil am wenigsten unangenehm für den Patienten – als Sigmoidoskopie mit dem flexiblen Gerät durchgeführt. Die Proktoskopie wiederum kann zur Identifikation von Pathologien im Analkanal essenziell sein. Zu den

pathologischen Befunden, die mittels Endoskopie diagnostiziert werden können, zählen (klinisch inapparente) Anastomoseninsuffizienzen, Fisteln, Anastomosenrezidive, Entzündungen (Pouchitis) und Stenosen.

Anastomosenstenosen können in gleicher Sitzung mittels Ballondilatation oder Bougierung unter Verwendung von Hegarstiften behandelt werden.

Zu den bildgebenden Verfahren gehören die anorektale Endosonographie, die Computertomographie, die Magnetresonanztomographie und, in seltenen Fällen, die perianale Kontrastmitteldarstellung. Mittels dieser Verfahren lassen sich die Ausdehnung von Anastomoseninsuffizienzen und die Lokali-

Tabelle 2: „Low Anterior Resection Score“ nach Emmertsen 2012.

	Score
Inkontinenz für Winde	
Nie	0
< 1x/Woche	2
≥ 1x/Woche	4
Inkontinenz flüssiger Stuhl	
Nie	0
< 1x/Woche	3
≥ 1x/Woche	3
Stuhlfrequenz	
> 7x/Tag	4
4–7x/Tag	2
1–3x/Tag	0
< 1x/Tag	5
Gehäufte Stuhlentleerung	
Nie	0
< 1x/Woche	9
≥ 1x/Woche	11
Stuhldrang	
Nie	0
< 1x/Woche	11
≥ 1x/Woche	16

LARS-Score: 0–20 Punkte: kein LARS; 21–29 Punkte: Minor-LARS; 30–40 Punkte: Major-LARS

Wirkstoff:
Trosipiumchlorid

Inkontan passt!

green
box

- + Nicht liquorgängig
- + Gut kombinierbar
- + Individuelle Dosierung durch Snap-Tab

www.montavit.com



Fachkurzinformation siehe Seite 6



Montavit

HARNINKONTINENZ INDIVIDUELL THERAPIEREN

sation pararektaler Abszesse und Fisteln sowie Lokalrezidive detektieren.

Spezielle Untersuchungen, wie z. B. Manometrie, EMG oder Pudenduslatenzzeitmessung, haben in der klinischen Routine kaum eine Bedeutung und sind eher von wissenschaftlichem Interesse.

Konservative Therapie Die Behandlung muss auf die Symptome des einzelnen Patienten individuell abgestimmt sein. Die therapeutischen Optionen entsprechen denen, die auch bei der Behandlung von Stuhlinkontinenz, Stuhlentleerungsstörungen und erhöhter Stuhlfrequenz anderer Genese zur Anwendung kommen.

Folgende konservative Maßnahmen werden angewendet:

- Diätetische Maßnahmen
- Medikamentöse Therapie
- Beckenbodengymnastik/Biofeedback/Elektrostimulation
- Kolonirrigation

Diätetische Maßnahmen: Bei milder Symptomatik kann eine Ernährungsumstellung (diätetische Beratung, ballaststoffarme Kost, Meiden bestimmter Speisen) ausreichend sein. Quell- und Faserstoffe (Kleie, Flohsamen) führen zu voluminöserem Stuhl, was bei Patienten mit sensorischer Einschränkung zu einer verbesserten Wahrnehmung einer vollen Ampulle führt.

Medikamentöse Therapie: Patienten mit breiig-flüssiger Stuhlkonsistenz und hoher Stuhlfrequenz werden mit Loperamid behandelt. Loperamid hemmt die Motilität und Sekretion des Darms und erhöht den Sphinkterdruck. Bei nicht ausreichender therapeutischer Wirkung können Opiate (Tinctura opii, Paracodein) und Gallensäurebinder zur Anwendung kommen. Amitryptilin, ein trizyklisches Antidepressivum, verbesserte bei 89 % der Patienten mit idiopathischer Inkontinenz die Symptome. Bei Stuhlentleerungsstörungen kann die Verwendung von Laxantien und/oder die Applikation von Suppositorien erforderlich sein.

Beckenbodengymnastik/Biofeedback/Elektrostimulation: Das Erlernen der Beckenbodengymnastik unter physiotherapeutischer Anleitung ist essenziell, um dem Patienten ein entsprechendes Körperbewusstsein und -wissen zu vermitteln.

Beim Biofeedback wird die willkürliche Sphinkteran- und -entspannung mittels optischer oder akustischer Rückkopplung sichtbar gemacht. Der Patient kann hierdurch das Ausmaß der Kontraktion erkennen.

Bei der Elektrostimulation soll es durch externe Stimulation der Beckenbodenmuskulatur zu einer Kontraktion und dadurch zu einer Stärkung der stimulierten Muskulatur kommen.

Eine Kombination der Verfahren ist der alleinigen Anwendung überlegen.

Kolonirrigation: Durch das tägliche Beeinflaufen wird bei etwa 60 % der inkontinenten Patienten nach tiefer anteriorer Rektumresektion eine Pseudoinkontinenz erzielt. Diese Methode ist jedoch zeitaufwendig und erfordert ein hohes Maß an Compliance. Bei Versagen der konservativen Therapie kann diese mit der sakralen Nervenmodulation oder der peripheren tibialen Nervenstimulation kombiniert werden. Eine Stomaanlage ist nur selten erforderlich.

Evaluierung und konservatives Management des inkontinenten Tumor-Patienten – Urologie

M. Rutkowski

Urologische Abteilung/Beckenbodenzentrum Korneuburg, Landeskrankenhaus Korneuburg

Einleitung Bei der Definition des harninkontinenten Tumor-Patienten müssen zunächst zwei Aspekte unterschieden werden:

Handelt es sich (a) um einen Patienten, der unter einer Inkontinenz leidet und zugleich eine (progrediente) Tumorerkrankung welcher Art auch immer hat, oder (b) wurde die Ursache der Inkontinenz durch das Tumorgeschehen selbst bzw. durch therapeutische Maßnahmen rund um diese Erkrankung ausgelöst?

In jedem Fall sollte aber außer Frage stehen, dass jeder Patient, der unter Harninkontinenz leidet, ein Recht auf eine suffiziente Behand-

lung hat, egal ob es sich um einen von der Grunderkrankung geheilten Patienten oder aber um einen progredienten Verlauf handelt.

Patienten aus der ersten Gruppe werden in der Regel mit den Standardtherapien für eine OAB wet bzw. Belastungsinkontinenz behandelbar sein, da sich die Inkontinenz nicht ursächlich aus der Tumorerkrankung ableitet.

Die zweite Gruppe, in der die Inkontinenz eine direkte oder indirekte Folge der Tumorerkrankung ist, zeichnet sich hingegen oft durch ein komplexes Zusammenspiel von Blasenentleerungsstörungen und gleichzeitiger Inkontinenz aus. Betroffen sind hier primär Patienten mit Tumoren des kleinen Beckens (Prostata, Uterus + Adnexe, Blase) bzw. des Rektums. Eine direkt tumorbedingte Inkontinenz ist selten, kann jedoch bei infiltrativem Wachstum in entsprechende Strukturen vorkommen.

Häufiger ist die Problematik auf die therapeutischen Maßnahmen zurückzuführen: Postoperativ kommen sowohl Nervenläsionen als auch myogene Schäden vor, aber auch strahlentherapeutische Maßnahmen können dasselbe Bild zeigen. Dazu kommen noch irritative Beschwerden, Abnahme des Blasenvolumens und rezidivierende Blutungen, z. B. bei Strahlenzystitis.

Essenziell für eine erfolgreiche Behandlung sind daher eine genaue Diagnostik, die Einbindung der Patienten in Vor- und Nachteile von einzelnen Behandlungsstrategien und individuelle Therapiekonzepte.

Evaluierung Wie immer steht natürlich eine genaue Anamnese und Statuierung der Patienten an erster Stelle. Voroperationen, Radiatio und Chemotherapien müssen bekannt sein, im Status müssen Parameter wie Restharnbildung, Hydronephrose, Harnbefund und eine evtl. Tumordinfiltration evaluiert werden, wobei hier auch immer an zusätzliche bildgebende Diagnostik gedacht und auch die Indikation zur flexiblen Zystoskopie großzügig gestellt werden sollte.

Essenziell ist – wie bei allen Patienten mit Harninkontinenz – ein zumindest für 2 x 24 h geführtes Miktionsprotokoll: Hier zeigen sich durch Miktionsfrequenz und -volumina erste Hinweise auf Blasenkapazität, Überaktivität oder Nykturie. Kombiniert mit einem 24-h-Pad-Test kann auch das Ausmaß der Inkontinenz gut abgeschätzt werden.

In weiterer Folge ist aber, da es sich meistens um komplexe Inkontinenzformen handelt, eine urodynamische Abklärung unumgänglich: Nur so kann z. B. eine Überlaufinkontinenz bei Obstruktion von einer hypotonen, denervierten Blase sicher differenziert werden. Gezielte Fragen nach Drang, Pressen beim Miktieren, Harnstrahlunterbrechung, rez. Harnwegsinfekten etc. können die Diagnostik erleichtern, sind aber auch notwendig, um z. B. auch einmal eine primäre Abklärung mittels Videourodynamik zu planen.

Konservatives Management Im konservativen Management von harninkontinenten Tumor-Patienten steht uns im Prinzip die gleiche Palette an Medikamenten und Hilfsmitteln zur Verfügung, die auch bei allen anderen, nicht komplexen Inkontinenzpatienten zum Einsatz kommt:

- Optimale Einlagenversorgung
- Anticholinergika, Botox sowie ein Beta-3-Adrenozeptorantagonist bei Drangsymptomatik
- Biofeedback, Alpha-Blocker, Botox und der intermittierende Selbstkatheterismus bei Entleerungsstörungen

Entscheidend ist die individuelle Kombination der unterschiedlichen Medikamente und Hilfsmittel, da gerade bei Tumor-Patienten der obere Harntrakt bereits in Mitleidenschaft gezogen sein kann und daher in besonderem Maße geschützt werden muss. Anzustreben ist daher immer folgende Situation:

- Möglichst willkürliche Blasenentleerung
- Möglichst drucklose Blasenentleerung (evtl. maximale Deobstruktion, Niederdrucksystem)
- Maximale Kontinenz des Patienten
- Infektfreiheit

In der Realität sind jedoch bei komplexen Blasenentleerungsstörungen nicht alle diese Forderungen mit konservativem Management alleine erfüllbar. Es sind häufig zusätzliche chirurgische Interventionen zur Deobstruktion (TURP, Stentimplantation) oder zur Gewährleistung der Kontinenz (artifizielle Sphinktersysteme) notwendig.

Evaluierung und konservatives Management des inkontinenten Tumor-Patienten – Psychoonkologie

A. U. Schratter-Sehn

Institut für Radioonkologie, Sozialmedizinisches Zentrum Süd/Kaiser-Franz-Josef-Spital, Wien

Patienten mit Inkontinenz leiden massiv unter diesem Symptom. Soziale Probleme mit erhöhter Selbstaufmerksamkeit und geändertem Sicherheits- sowie Sexualverhalten stellen oft die Folge dieses körperlichen Symptoms dar. Möglichkeiten der psychoonkologischen Intervention mit einer genauen Exploration und Ableitung eines individuellen Erklärungsmodells werden kognitiv erfasst. Soziales Vermeidungsverhalten wird evaluiert und individuelle Bewältigungsstrategien werden erarbeitet. Das Testen von Peinlichkeiten und das Verhalten in entsprechenden Situationen werden mit Kurzzeitinterventionen bearbeitet. Automatische negative Gedanken werden überprüft und kognitiv umstrukturiert, wodurch Veränderungen dysfunktionaler Grundüberzeugungen erfolgen können. Mithilfe von validierten Fragebögen können Therapieausgang und -verlauf erfasst werden.

■ Interdisziplinäre Therapie der Inkontinenz nach Tumorbehandlung

Chirurgische Therapieoptionen bei Stuhlinkontinenz nach Tumorthherapie

M. Lechner

Chirurgische Abteilung, KH Göttlicher Heiland, Wien

Die Funktion des Enddarmes ist sehr komplex. Einerseits ist es die Aufgabe des Enddarmes, die Kontinenz zu gewährleisten, d. h. bei ungetrübter Funktion soll es auch bei flüssiger Stuhlkonsistenz nicht zu einem ungewollten Stuhl- oder Windabgang kommen. Anderer-

seits soll auch die Entleerung zu einem definierten Zeitpunkt möglich sein und uns nur möglichst wenig von unseren täglichen Aktivitäten abhalten. Um diese Funktionen zu ermöglichen, bedarf es eines komplexen neuromuskulären Systems, das durch übergeordnete Zentren in Gehirn und Rückenmark gesteuert wird. Bei einer Operation oder Bestrahlung eines Prozesses im kleinen Becken besteht immer die Gefahr, dass das Gleichgewicht zwischen Kontinenz und Entleerung ins Wanken gerät.

Die Diagnose einer bösartigen Erkrankung ist für den Betroffenen eine einschneidende Erfahrung. Bei einer Tumorlokalisation im Rektum stellt sich außerdem die Frage, ob der Schließmuskelapparat und damit die Kontinenz erhalten werden können. Durch Verbesserung der chirurgischen Technik und auch der technischen Möglichkeiten konnte in den vergangenen Jahren die Rate der Rektumexstirpationen mit kompletter Entfernung des Schließmuskelapparates deutlich gesenkt werden. Auch Tumoren, die bis an die Linea dentata reichen oder sogar knapp darüber hinausgehen, können heute mit einer so genannten intersphinkteren Resektion mit koloanaler Anastomose sphinktererhaltend operiert werden. Wenn der Tumor zum Zeitpunkt der Erstdiagnose ein T3-Tumorstadium erreicht hat, d. h. es zu einer Überschreitung der Darmwand gekommen ist und/oder eine Infiltration perirektaler Lymphknoten besteht, so muss vor der Operation eine Bestrahlung durchgeführt werden. Erst danach wird die Operation durchgeführt. Dabei wird entweder ein Teil oder das gesamte Rektum mitsamt dem Mesorektum entfernt. Nur dadurch können die Tumorausdehnung und der Lymphknotenbefall vom Pathologen exakt beurteilt werden.

Die Rekonstruktion, d. h. das Wiederherstellen der Darmkontinuität erfolgt entweder, indem ein Klammernahtgerät durch den After eingebracht und anschließend dieses Gerät mit einem zweiten Teil, das im oberen Darmteil eingeknüpft wird, verbunden wird. Dann wird eine ringförmige Anastomose geklammert. Alternativ wird der Darm bei sehr weit distal gelegenen Tumoren mit der Hand zusammengeknüpft. Durch die Operation geht das Reservoir des Rektums verloren, die Dehnbarkeit des Kolons ist geringer als die des Rektums.



STILL EXPLORING

**34,7
MONATE**

GESAMTÜBERLEBEN¹

4,4 Monate signifikanter Überlebensvorteil¹
bei mCRPC** nach Versagen der Androgendeprivation

Zytiga[®]
Zeit ist Leben[®]

Our Commitment to Uro-Oncology

www.zytiga.at

¹ Johann S. De Bono et al. Abiraterone and increased survival in metastatic prostate cancer. N Engl J Med 2011; 364:1995-2000 | ² metastasiertes kastrationsresistentes Prostatakarzinom | 1. Charles J Ryan et al. Abiraterone acetate plus prednisone versus placebo plus prednisone in chemotherapy-naïve men with metastatic castration-resistant prostate cancer (COU-AA-302): final overall survival analysis of a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 study. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(14\)71205-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(14)71205-7). Lancet Oncology 2015 Jan 16.

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Es ist daher wichtig, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung in Bezug auf ZYTIGA[®] zu melden.

Janssen-Cilag Pharma GmbH

Janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF Johnson & Johnson

Aus diesem Grund versucht man, das Rektumreservoir durch einen so genannten Pouch zu ersetzen. Dabei wird das Kolon J-förmig ins Becken gebracht und mit dem distalen Rektum oder dem Analkanal vernäht bzw. zusammengeklammert. Schlechte Darmdurchblutung, ein zu kurzes Kolon oder ein sehr enges Becken können dazu führen, dass eine Pouchanlage nicht möglich ist.

Alle Patienten bekommen nach einer derartigen Operation ein passageres Stoma. 4–6 Wochen nach der Primäroperation wird mittels Koloskopie und evtl. Kontrastmitteleinlauf die Dichtigkeit der Anastomose überprüft. Bei intakter Anastomose kann das Stoma verschlossen werden. Anastomosendehiszenzen im kleinen Becken sind nicht selten. Die Häufigkeit wird in der Literatur mit 10–15 % angegeben. Abgesehen von der Operationstechnik ist das Auftreten einer Dehiszenz auch von vielen patientenbezogenen Faktoren abhängig, z. B. Alter, Geschlecht (häufiger bei Männern), Begleiterkrankungen (Diabetes, Gefäßerkrankungen, Adipositas) und Allgemeinzustand des Patienten spielen eine große Rolle, ebenso die Frage, ob eine Radiatio stattgefunden hat oder nicht. Letztere erhöht das Risiko einer Anastomosendehiszenz. Die Behandlung einer Dehiszenz im kleinen Becken kann fast immer konservativ erfolgen. Moderne Endovac-Systeme können innerhalb einiger Wochen eine Dehiszenz vollständig zur Abheilung bringen. Um die zu erwartende Kontinenz nach Stomaverschluss zu überprüfen, erfolgt standardmäßig ein sog. Retentionstest. Dabei wird mittels Einlauf ein gefärbter Grießbrei verabreicht. Der Patient geht anschließend einige Zeit spazieren und danach wird in der Vorlage überprüft, ob unwillkürlich Stuhl/Grießbrei abgegangen ist.

Inkontinenzbeschwerden nach tiefer vorderer Rektumresektion sind kein seltenes Problem, die Häufigkeit beträgt annähernd 50 %. Einerseits wird bei der Operation ein Teil oder das gesamte Reservoir entfernt, andererseits hat die Klammernahtreihe nicht die gleiche Elastizität wie die gesunde Rektumwand. Auch bei bestmöglicher „Nerve-sparing“-Operationstechnik können die Reflexe zwischen Sphinktermuskulatur, Darmwand und übergeordneten Zentren in Gehirn und Rückenmark beeinträchtigt sein. Bestrahlungen oder Anastomosendehiszenzen führen ebenfalls zu einer vermehrten Narbenbildung im kleinen Becken, die wiederum die Elastizität (Compliance) beeinflusst.

Beschwerden äußern sich durch gehäuftes Stuhldrang und häufige Entleerung (bis zu 20×/Tag), flüssige Stühle und unwillkürlichen Stuhlverlust. Konsekutiv treten oft Hautprobleme im Sinne einer zum Teil ausgeprägten Dermatitis auf. All das führt oft dazu, dass der Tagesablauf von den zahlreichen Entleerungen bestimmt wird, die Patienten müssen immer Einlagen tragen und sind in ihrer Lebensqualität stark beeinträchtigt. Sie sind kaum in der Lage, die eigenen vier Wände zu verlassen oder eine normale Partnerschaft aufrecht zu erhalten. Der Weg in die soziale Isolation ist damit vorprogrammiert.

Die Behandlung erfolgt in erster Linie konservativ. Eine Stuhleindickung mit Loperamid steht an erster Stelle. Die Dosierung sollte so gewählt werden, dass eine geformte Stuhlkonsistenz erzielt wird. Patienten und Hausarzt müssen ausdrücklich darüber informiert werden, dass Loperamid durchaus tgl. und über einen längeren Zeitraum eingenommen werden darf. Gleichzeitig sollten die Patienten aber wissen, dass sie das Medikament absetzen müssen, wenn mehr als einen Tag keine Stuhlentleerung stattgefunden hat. Manchmal sind bis zu 6 Tbl./Tag notwendig, um eine zufriedenstellende Stuhlkonsistenz zu erzielen. Auch die regelmäßige Entleerung des Darms mit Suppositorien bringt vielen Patienten Erleichterung und eine Verbesserung der Lebensqualität. Um Sekretabgang und Verlust von geringen Stuhlmengen zu minimieren, können Analtampons hilfreich sein.

Wenn all diese Maßnahmen keine ausreichende Verbesserung bringen, stehen noch zwei Optionen zur Verfügung: einerseits die sakrale Neuromodulation und andererseits die transanale Irrigation.

Bei der transanal Irrigation wird prinzipiell ähnlich wie bei der Stomairrigation der Darm mit lauwarmem Wasser ausgespült. Damit soll erzielt werden, dass mindestens 24 Stunden keine Entleerung stattfindet und der Patient somit beruhigt das Haus verlassen und seinen täglichen Wegen nachgehen kann. Allerdings können kommerzielle Systeme bei Patienten nach Rektumresektion oft nicht angewendet werden, weil der Ballon zu groß ist, um im Neorektum aufgeblasen werden zu können, zumal immer wieder Eng-

stellen bestehen. Als Alternative kommt ein improvisiertes System zur Anwendung, bei dem an einen gewöhnlichen Dauerkatheter eine 100-ml-Spritze angesteckt wird und über diese Spritze das warme Wasser eingebracht wird. Beim Wechsel der Spritze wird der Katheter mit einer Plastikklemme blockiert.

Die sakrale Neuromodulation erfolgt in gewohnter Weise in Bauchlage. Es wird das Neuroforamen S3 beidseits in Lokalanästhesie punktiert und die Sonde röntgenkontrolliert so platziert, dass auf mindestens 3 Polen eine gute sensorische Antwort erzielt werden kann. Die Elektrode wird mittels Verlängerung über eine getrennte Hautinzision ausgeleitet. Es wird dann zunächst über ein Kästchen, das der Patient an einem Gürtel trägt, der Schrittmacher so eingestellt, dass ein Kribbeln im Anal- oder Perinealbereich gespürt wird. Die Wirkung beruht einerseits auf einer direkten Einflussnahme auf die Nerven, die den M. sphinkter ani externus innervieren, vor allem den N. pudendus, andererseits besteht auch ein Einfluss auf die Nerven der Darmwand. Der exakte Wirkmechanismus der sakralen Neuromodulation ist aber noch nicht geklärt.

Es folgt eine Testphase, die bis zu 6 Wochen dauern kann, in der der Patient ein Stuhltagebuch führt. Bei guter Funktion berichten die Betroffenen, dass sie den Stuhldrang früher spüren und damit mehr Zeit haben, um zur Toilette zu gelangen. Es sollte zu einer Reduktion der Inkontinenzepisoden um mindestens 50 % gekommen sein, bevor der Schrittmacher definitiv implantiert wird. Die Erfolgsrate der sakralen Neuromodulation bei Patienten nach Rektumresektion ist zwar geringer als bei Patienten mit rein neurogener Inkontinenz, dennoch sollte man diese Methode nicht außer Acht lassen, vor allem da chirurgische Alternativen fehlen.

Es gibt wenige chirurgische Optionen bei Stuhlinkontinenz nach vorderer Rektumresektion. Die Therapie ist in erster Linie konservativ, darüber hinaus kommt das System der transanal Irrigation zur Anwendung. Auch die sakrale Neuromodulation kann in einigen Fällen gute Ergebnisse erzielen und so dem Patienten helfen, seine Lebensqualität wieder zu erlangen.

Inkontinenz nach Tumorbehandlung: Urologische Optionen

W. A. Hübner

Urologische Abteilung, Krankenhaus Korneuburg

Chirurgische oder strahlentherapeutische Tumorbehandlungen können die Kontinenz auf verschiedene Weise kompromittieren. Dabei kann es zu direkter Schädigung des Sphinkterapparates, der Sphinkter-Innervation oder der Blase als Speicherorgan kommen.

Ursachen sind in erster Linie Neoplasma prostatae, Neoplasma vesicae, Neoplasma recti und gynäkologische Tumoren.

Das Ziel der Behandlung besteht in der Wiederherstellung der Speicherfunktion, der Kontinenz und der Willkürmiktions.

Speicherfunktion

- Pathophysiologie = Strahlenschädigung/Blasenteilresektion
- Symptomatik: OAB (wet), hohe Miktionsfrequenz
- Therapieoptionen: Augmentation, Botox, (Antimuskarinika)

Sphinkterschädigung

- Pathophysiologie = Strahlenschädigung der Sphinkter-Region, chirurgisches Trauma, Narbenbildung
- Symptomatik: Inkontinenz
- Therapieoptionen: Implantate (Schlingen, hydraulische Sphinkter), Faszien-schlingen, Bulking Agents (prakt. obsolet)

Überlaufblase nach Radikaloperationen

- Pathophysiologie = Innervationsstörung, Detrusorschädigung
- Symptomatik: Überlaufsymptomatik
- Therapieoptionen: CIC, maximale Deobstruktion (TURP, Urethrotomie), ggf. iatrogene Inkontinenz (Sphinkterotomie/Stent) kombiniert mit hydraulischem Sphinkter (beim Mann)

Sonderfall Fistelbildung

Besonders nach Strahlentherapie.

Therapieoptionen: Martius-Flap, Grazioli-Plastik – kombinierbar mit allen oben genannten Optionen

Ultima Ratio Supravesikale Ableitungen: Transuretero-Ureterostomie, Ileum-Conduit, suprapubischer Katheter ($\pm$ Blasenhaltsverschluss).

Grundsätzlich ist es heute, besonders mit der Möglichkeit, mehrere Therapieoptionen zu kombinieren, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle möglich, die Speicherfunktion, die Kontinenz und die Willkürmiktions zu re-etablieren. Hier sollten keine Mühen gescheut werden. Besonders die Implantation von hydraulischen Sphinktern bedeutet für die betroffenen Patienten in der Regel eine enorme Verbesserung ihrer Lebensqualität und sollte daher auch in der Palliativsituation nicht verweigert werden; dies umso mehr, als die Kosten im Vergleich mit der onkologischen Therapie vernachlässigbar und die Eingriffe selbst wenig invasiv sind.

Interdisziplinäre Therapie der Inkontinenz nach Tumorbehandlungen – Pflegerische Herausforderungen

M. Signer

Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz

Die Diagnose Tumorerkrankung ist für viele Betroffene *per se* schon ein großer Schreck; wenn dabei aber der so sensible und intime Bereich der Harn- und Stuhlkontinenz mitbetroffen ist, dann treten neben dem Schock häufig auch schwerwiegende Fragen, die eigene Attraktivität und Lebensbeziehungen betreffend, auf.

Eine Beeinträchtigung oder Störung der Kontinenzfunktion kann sowohl direkt unmittelbar durch eine operative Behandlung der Tumorerkrankung (z. B. radikale Prostatektomie oder Rektumresektion) als auch durch Therapiemaßnahmen gegen den Tumor (z. B. Chemo- und/oder Strahlentherapie) auftreten, in einigen Fällen tritt sie auch als Spätfolge in Erscheinung (z. B. radiogene Schrumpfblass oder radiogene Kolitis, neuropathische Sphinkterschwäche). Wenn die mögliche Verschlechterung der Harn- und/oder Stuhlkontinenz bereits im Vorfeld absehbar ist, so sollten die Betroffenen bereits frühzeitig das

Angebot einer pflegerischen Kontinenzberatung erhalten und die verschiedenen Maßnahmen einschließlich physikalischer Therapien, diätologischer Empfehlungen und div. unterstützender Behandlungen (z. B. Akupunktur, Entspannungsverfahren, psychoonkologische und seelsorgerische Betreuung) miteinander abgestimmt werden.

Der Schwerpunkt der pflegerischen Kontinenzberatung besteht neben der ausführlichen Anamnese über Harn- und Stuhlentleerungsgewohnheiten in einer

- Edukation bzgl. Anatomie und Physiologie des Urogenitaltrakts,
- Beratung über Auswirkungen des Lifestyles auf die Kontinenz,
- Anleitung zu Miktions- und Toilettentraining,
- Beckenbodenwahrnehmungsschulung mit Biofeedback,
- Anleitung zu Elektrostimulationstherapien,
- Anleitung zum intermittierenden Katheterismus,
- Stuhlmanagement und
- Anleitung zur analen bzw. antegraden Irrigation.

Der Beratung über eine geeignete Hilfsmittelversorgung kommt ein besonderer Stellenwert zu, denn es bedarf manchmal auch ungewöhnlicher und kreativer Lösungen, um den Bedürfnissen der Betroffenen und den häufig schwierigen Problemstellungen gerecht zu werden. Da ist es wichtig, dass die Fachpflegepersonen ein umfassendes Wissen über alle aktuell am Markt befindlichen Produkte und deren Einsatz- und Erstattungsmöglichkeiten haben.

Veranstaltungen wie die Jahrestagung des Vereins Kontinenz-Stoma-Beratung Österreich oder der Medizinischen Kontinenzgesellschaft Österreich bieten für alle mit der Behandlung und Betreuung von Tumorkranken mit Kontinenzproblemen befassten Personen nicht nur die Möglichkeit der Wissenserweiterung und Auffrischung, sondern geben durch die vielfältige und alle Bereiche abdeckende Industrieausstellung auch einen kompakten Überblick über die aktuelle Produktpalette.

Wenn der Kontinenzapparat durch die Tumorerkrankung zerstört wird (z. B. Analkarzinom, Vaginal- oder Vulvakarzinom, Harnröh-

Gepan[®] instill

Effektiver GAG-Ersatz

Gepan[®] instill – Die GAG-Ersatztherapie

- Schnelle Symptomverbesserung¹
- Einfache Anwendung
- Langjährige Therapieerfahrung



For a colourful life

www.gepan-instill.at

POHL BOSKAMP 

Gepan[®] instill: 40 ml sterile Natrium-Chondroitinsulfat-Lösung (0,2%) zur Instillation in die Blase. Medizinprodukt zum vorübergehenden Ersatz der Glykosaminoglykan-Schicht. Zu Wirkungen und unerwünschten Wirkungen Gebrauchsanweisung genau beachten oder den Rat eines Arztes oder Apothekers einholen. G. Pohl-Boskamp GmbH & Co. KG, 25551 Hohenlockstedt, Deutschland

¹ Nordling J & van Ophoven A; Arzneimittelforsch/DrugRes 2008; 58: 328-335

ren- oder Blasenkarzinom), dann ist meist die Anlage eines definitiven Stomas – Uro- und/oder Kolostomie – unvermeidlich. Für die Betroffenen bedeuten in diesem Fall der Verlust über die Ausscheidungskontrolle und die Körperbildveränderung neben der körperlichen Beeinträchtigung immer auch eine große psychosoziale Herausforderung. Hier sind Schulung, Betreuung und Begleitung durch engagierte Kontinenz- und Stomaberater erforderlich, um den Rehabilitationsprozess zu unterstützen und eine erfolgreiche Integration in den Lebens- und Arbeitsalltag zu ermöglichen. Eine breite Produktpalette an Stomabeuteln der verschiedenen Hersteller ermöglicht eine individuelle Versorgung ganz nach den Bedürfnissen und Gewohnheiten der Betroffenen; sie muss ihnen durch Information und Bemusterung angeboten und zugänglich gemacht werden (siehe Charta der Rechte von Stomaträgern <http://www.ilco.at/charta-der-stomatraeumlerinnen.html>).

Wenn z. B. bei Fisteln im Rahmen von fortgeschrittenen Tumorerkrankungen (z. B. Rektovaginal- oder Vesikalfistel, kutane Blasen- oder Darmfisteln) eine operative Sanierung nicht mehr möglich ist, so müssen kreative konservativ-pflegerische Maßnahmen mithelfen, die Lebensqualität der Betroffenen so gut als möglich zu verbessern und ihre Würde zu erhalten, denn besonders die Geruchsproblematik wirkt stark stigmatisierend und belastet die Betroffenen wie die Angehörigen und Betreuenden gleichermaßen.

Leider wird Kontinenzproblemen im Rahmen von Tumorthapien oft nicht genügend Aufmerksamkeit geschenkt, obwohl sie für die meisten Betroffenen eine zusätzliche, sehr störende Belastung darstellen. Die Etablierung von Kontinenz- und Stomaberatungsstellen besonders in onkologischen Zentren und die frühzeitige Integration in das Behandlungskonzept können mithelfen, zusätzliches Leid für Tumorpatienten durch eine Harn- und/oder Stuhlinkontinenz zu verringern und ihnen pflegerische Beratung und Unterstützung angedeihen zu lassen.

■ Salons

Intermittierender Selbstkatheterismus aus Sicht der Versorgungsforschung

A. Vavrovsky
Academy for Value in Health, Wien

Einleitung Die Technik des intermittierenden Selbstkatheterismus (ISK) wurde 1974 erstmals von Lapedes et al. beschrieben und kann zurecht den Meilensteinen der Medizintechnologie zugerechnet werden – man beobachtet seither eine Halbierung der Raten von Nierenversagen und damit in Zusammenhang stehender Mortalität.

Die vorliegende Arbeit untersucht Rahmenbedingungen, Defizite und internationale Entwicklungen, um den aktuellen Stand der ISK-Versorgung in Österreich zu beschreiben.

Material und Methoden Grundlage der gegenständlichen Auswertung ist neben einer Analyse von publizierter Literatur und internationalen Leitlinien eine Studie der österreichischen Versorgungszahlen aller Mitglieder des Fachausschusses ISK in der Wirtschaftskammer Österreich für den Homecare-Bereich im Jahr 2014.

Ergebnisse ISK wird heute als das Mittel der Wahl zur Harnableitung bei Blasenentleerungsstörungen empfohlen. Im Vergleich mit anderen Techniken zur Harnableitung sind die einfache Durchführung, der positive Einfluss auf Nierenfunktion durch Drainage von Restharn und das Verhindern von Harnblasenüberdehnung sowie die bessere Lebensqualität der Versorgten gegenüber suprapubischem Katheter und Dauerkatheter besonders hervorzuheben und gut dokumentiert. Weiters ergeben sich wesentliche Vorteile für Intimität und Sexualität.

Innerhalb der ISK gibt es laut derzeitiger Studienlage keine „beste Technik“ und kein „bestes Kathetermaterial“ – Betroffene müssen die Möglichkeit zum Kennenlernen und Testen verschiedener Materialien haben und der Mix aus unterschiedlichen Produkten muss möglich bleiben. Diese Entscheidungsfreiheit gibt Bewegungsfreiheit: In welcher Lebenssituation welche Katheterform und -art genutzt wird, entscheidet darüber, wie sich Menschen bewegen können. Es handelt sich um eine individuelle Therapieform mit entsprechendem Beratungsbedarf.

Ebenso ist gemäß medizinischen Leitlinien, aber auch aus Sicht der Versorgungsforschung eine Limitierung von Kathetermaterial oder Katheterisierungsfrequenz aus ökonomischen Gründen nicht zu vertreten, da dies in der Praxis zu einer Limitierung der Katheterisierungsfrequenz führt, was eine nierenschonende Therapie verunmöglicht.

Gesundheitsökonomisch von besonderem Interesse ist der Einfluss der unterschiedlichen Harnableitungstechniken auf die Gesamtkosten: Im Vergleich mit Dauerkatheter und suprapubischem Katheter sinkt der Ressourcenverbrauch unter ISK. Gründe hierfür liegen in einer reduzierten Anzahl an Arztkontakten, stationären Aufnahmen sowie dem Wegfall von Entlassungs- und Rehabilitationsverzögerungen.

Im Vergleich mit den unter Dauerkathetern häufigen Infektionen wird für ISK das Risiko dieser Komplikation signifikant minimiert, was wiederum zu reduzierten Kosten – vor allem durch weniger Arbeitszeit und Verbrauchsmaterial – führt.

In den USA erhalten Krankenhäuser seit 2008 keinerlei Kostenersatzung für die Komplikation „Dauerkatheter-assoziierte Infekte“ mehr, da diese als „reasonably preventable“ eingestuft werden. Diese Finanzierungsänderung führte seither zu einem signifikanten Rückgang der Dauerkatheter-assoziierten Infekte.

Ein Blick nach Österreich zeigt gegenüber dem EU-Schnitt eine 1,6-fach erhöhte Rate an HWI als nosokomiale Infektionen.

Neben diesen direkten medizinischen Kosten sind es in erster Linie Lebensqualitätsverbesserungen, die für die Betroffenen den Wert einer ISK-Therapie ausmachen und maßgeblich die Adhärenz an eine vereinbarte Therapie und Frequenz beeinflussen. Die Behandlung der Blasenentleerungsstörung macht das Teilhaben am normalen Leben außer Haus wieder möglich. Dies ist wiederum wesentlich für die indirekten Kosten, diese bezeichnen Produktivitätsausfälle: In etwa die Hälfte der mit ISK Versorgten steht in einem aufrechten Beschäftigungsverhältnis oder in Ausbildung.

Schlussfolgerungen ISK ist derzeit das Mittel der Wahl zur Versorgung von Blasenentleerungsstörungen und bietet den Versorgten größtmögliche Mobilität. Diese Flexibilität führt gemeinsam mit medizinischen Effekten zu vermindertem Ressourcenverbrauch gegenüber anderen Optionen der Harnableitung.

ISK bietet gegenüber Dauerkathetern und suprapubischen Kathetern deutliche Vorteile hinsichtlich Infektionsraten, Lebensqualität und Langzeitkomplikationen. Laut Bundesministerium für Gesundheit wären auf jeder Versorgungsebene insgesamt 31 % der Harnwegsinfekte in Österreich vermeidbar. Im internationalen Vergleich zeigt Österreich gemessen an der Bevölkerung einen geringen ISK-Verbrauch. In Zusammenschau mit erhöhten HWI-Raten in Österreich lässt dies auf eine mögliche Unterversorgung rückschließen, was in weiterführenden lokalen Studien geklärt werden sollte.

Literatur bei der Verfasserin

■ ICS Lecture

Physical Therapy and Behavioral Modifications for Post Prostatectomy Patients

H. Moky
University of Illinois Medical Center, Chicago, IL, USA

Acknowledging the adverse side effects of urinary incontinence and sexual dysfunction in post prostatectomy patients, there is an increase in the amount of men seeking rehab options for treatment of these symptoms. This impacts quality of life issues that can be successfully addressed from pelvic floor rehab and behavioral modifications. This lecture will give an overview of the male anatomy, physiology, treatment options and outcomes. It will review the latest research and clinical pearls that have proven effective. The practitioner will gain a better understanding of the impact skilled physical therapy treatment can have with this population and how PT is an important part of the multidisciplinary team needed to help the patient recover.

SAMSTAG, 3. OKTOBER 2015

■ Aktuelles

Ambulante onkologische Rehabilitation

D. Gattringer

Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz

Einleitung Durch verbesserte Früherkennung und wirksamere Behandlungen kommt es zu einem kontinuierlichen Anstieg der Lebenserwartung von Krebspatienten. Gleichzeitig steigt aufgrund der demographischen Entwicklung die Zahl der Krebsneuerkrankungen. Die Zahl der Patienten, die an den Folgen der Krebserkrankung leiden, nimmt zu. Sie benötigen rehabilitative Maßnahmen, um körperliche und psychische Beeinträchtigungen zu verbessern und eine erfolgreiche Wiedereingliederung in das Alltags- und Berufsleben zu schaffen. Seit 2012 existiert die onkologische Reha als eigenständige Indikationsgruppe im österreichischen Rehabilitationsplan. Bei 38.000 Neuerkrankungen jährlich nutzten bisher ca. 1350 Patienten pro Jahr die vorhandenen stationären Rehabilitationsangebote. Seit Jänner 2015 bietet das Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz nun österreichweit die ersten ambulanten Rehabilitationsplätze für Krebspatienten an.

Ambulante Reha – eine neue Alternative Diese ambulante Therapiealternative stellt einen wichtigen Aspekt in der Flexibilisierung der onkologischen Rehabilitation dar. Unterschiedlichen Bedürfnissen verschiedener Patientengruppen kann besser entsprochen werden. Die neue Wahlfreiheit zwischen dem Aufenthalt in einem spezialisierten Reha-Zentrum und einer ambulanten Maßnahme ist nicht nur ein Vorteil für die Patienten; auch im gesundheitspolitischen Umfeld geht der Trend hin zu kostengünstigeren ambulanten Einrichtungen. Wissenschaftliche Vergleichsstudien zwischen stationären und ambulanten onkologischen Reha-Programmen fehlen bislang noch. Untersuchungen aus anderen Indikationsgruppen, beispielsweise der Orthopädie, zeigen jedoch, dass keine signifikanten Unterschiede in der Wirksamkeit der beiden Versorgungsformen zu erwarten sind.

Eckpunkte der ambulanten Reha Die ambulante Rehabilitation unterscheidet sich in Umfang und Inhalt nicht von einer stationären Reha. Es handelt sich auch hierbei um ein interdisziplinäres Betreuungskonzept, bei dem Ärzte, Psychologen, Physio-, Ergo-, Kunsttherapeuten, Ernährungsberater, Sozialarbeiter und Pflegepersonal im Team eng zusammenarbeiten. Voraussetzungen sind ein adäquater Zielsetzungsprozess, eine koordinierte Programmführung und eine kontinuierliche Erfassung der Ergebnis-Qualität durch verschiedenste Assessments.

Die ambulante Reha erstreckt sich über einen Zeitraum von 6 Wochen, in dem insgesamt ca. 60 Therapieeinheiten absolviert werden. Die Therapie erfolgt an 2–3 Halbtagen pro Woche. Für die Patienten werden nach einer ärztlichen Untersuchung je nach Problemstellung individuelle, multimodale Therapieprogramme mit Leistungen aus den Bereichen Physio-, Ergotherapie, medizinische Trainingstherapie, Psychologie, Massage, Elektrotherapie und Schulungen zusammengestellt. Die Therapieziele werden in regelmäßigen Teambesprechungen evaluiert und angepasst.

Schwerpunkte Neben der psychoonkologischen Begleitung und Unterstützung der Patienten bei der Lebensstilmodifikation liegt ein Schwerpunkt der ambulanten Reha am Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz auf sport- und bewegungstherapeutischen Maßnahmen, die nicht nur nachweislich die körperliche Leistungsfähigkeit verbessern und psychische Beschwerden mindern, sondern als adjuvante Therapie zu sehen sind. Verschiedene rezente Studien zeigen vor allem bei Mamma-, Kolon- und Prostatakarzinom die Effektivität von Bewegung im Hinblick auf das Überleben der Patienten, da durch gezielte körperliche Aktivität eine Reduktion der Rezidivwahrscheinlichkeit sowie der krankheitsspezifischen Mortalität erreicht werden kann.

Vorteile der ambulanten Reha Die ambulante Reha kommt vor allem dann infrage, wenn wohnortnah eine Therapiemöglichkeit zur Verfügung steht, die in zumutbarer Fahrzeit erreichbar ist (Umkreis

von ca. 30 km), wenn aufgrund des Allgemeinzustandes eine stationäre Maßnahme nicht erforderlich oder aus beruflichen oder sozialen Gründen nicht möglich ist. Vor allem für jüngere Patienten mit Kindern ist der Verbleib im familiären Umfeld wichtig, da dadurch die Kinderbetreuung gewährleistet bleibt. Häufig möchten sich die Patienten nach der langen Phase der Krebsbehandlung, in der immer wieder Krankenhausaufenthalte nötig waren, nicht wieder von ihren Familien trennen. Gerade hier setzt die ambulante Reha an, denn auch Angehörige können auf Wunsch der Patienten ins Reha-Geschehen aktiv eingebunden werden.

Die ambulante Rehabilitation ist auch berufsbegleitend möglich. Der Wiedereinstieg in Berufsleben gelingt dadurch häufig rascher, da sich eine halbtägige Abwesenheit vom Arbeitsplatz mit den Arbeitgebern oft besser vereinbaren lässt als eine kontinuierliche 3-wöchige Auszeit vom Beruf.

Durch die längere Dauer der ambulanten Reha-Maßnahme und den Verbleib im gewohnten Umfeld gelingt es den Patienten oft auch besser, notwendige Lebensstiländerungen nachhaltig in ihr tägliches Leben zu integrieren. Es kommt zu einer stärkeren Aktivierung des Selbsthilfepotenzials durch Einbeziehung der Lebenswelt (Familie, Freunde, Alltagsbelastung, Arbeitswelt). Die Vernetzung mit weiterführenden Maßnahmen (Selbsthilfegruppen, berufliche Reha etc.) läuft koordinierter ab.

Resümee Zusammenfassend stellt die ambulante Rehabilitation ergänzend zur stationären Kur, Erholung oder Rehabilitation einen weiteren Schritt zur Individualisierung der Behandlungsmöglichkeiten von Krebspatienten dar. Es gelingt dadurch – bei gleichzeitig geringeren Kosten für den Versicherungsträger – den spezifischen Bedürfnissen von Krebspatienten in der Rehabilitation noch besser gerecht zu werden.

Literatur bei der Autorin

Onkologische Rehabilitation im Lebens.Med Zentrum Bad Erlach

S. Rottensteiner

Lebens.Med Zentrum Bad Erlach

Onkologische Rehabilitation in Österreich Jedes Jahr erkranken über 36.000 Österreicher neu an Krebs, über 300.000 Menschen sind gegenwärtig in Österreich von Krebs betroffen. Dank einer verbesserten Früherkennung und modernen, wirksameren Behandlungsformen gelingt es, mehr Menschen von Krebs zu heilen und sowohl Überlebenszeiten als auch Lebensqualität zu verbessern.

Ein wesentlicher Bestandteil dieser neuen Behandlungskonzepte ist die onkologische Rehabilitation. Was 1999 in Bad Schallerbach begann, als die Pensionsversicherungsanstalt erste Rehabilitationsmaßnahmen für Patientinnen mit Mammakarzinom initiierte, setzte sich fort ins Jahr 2010, als das erste Pilotprojekt zur Umsetzung des neuen Leistungsprofils startete. Seit dem Jahr 2012 existiert im Österreichischen Rehabilitationsplan die onkologische Rehabilitation als eigenständige Indikationsgruppe. Bis dahin wurden Patienten organbezogen rehabilitiert.

Neue wissenschaftliche Studien zeigen, dass onkologische Rehabilitation die Wirksamkeit der Krebstherapie unterstützt und zu einer Verbesserung der Heilungsrate bei häufigen Tumorerkrankungen führt. Weitere Ziele sind die Verbesserung der Lebensqualität sowie die Reduktion der reaktiven Veränderungen wie Distress, Ängstlichkeit, Depressivität und Schmerzen. Zudem wird die körperliche Leistungsfähigkeit verbessert und der Wiedereinstieg in den sozialen und beruflichen Alltag erleichtert.

Derzeit stehen den Krebspatienten in Österreich 8 onkologische Rehabilitationseinrichtungen mit 535 systemisierten Betten zur Verfügung. Die neueste Einrichtung ist das im südlichen Niederösterreich gelegene Lebens.Med Zentrum Bad Erlach. Hier stehen 100 Betten für onkologische Rehabilitationspatienten sowie 32 Betten für Begleitpersonen zur Verfügung.

Das 3-wöchige Rehabilitationsprogramm setzt sich aus Untersuchungen, Therapien, Beratungen und Schulungen zusammen. Entsprechend eines integrativen und interdisziplinären Ansatzes werden die Behandlungsziele gemeinsam definiert. Die Schwerpunkte sind medizinische Trainingstherapie/Sport, Sensomotorik (insbesondere für Patienten mit ausgeprägter Polyneuropathie-Symptomatik) und psychosoziale Unterstützung. Die Inhalte werden individuell bestimmt und gliedern sich in Einzel- bzw. Gruppeneinheiten aus den Bereichen Klinische und Gesundheitspsychologie, Heilgymnastik, Ausdauertraining, Ergotherapie, Ernährungsberatung, Sozialberatung, Heilmassagen und manuelle Lymphdrainagen.

Rehabilitation im Lebens.Med Zentrum Bad Erlach Die Rehabilitation beinhaltet eine Vielzahl an Maßnahmen zur Verbesserung der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit. Es sind aber auch Partner von an Krebs erkrankten Menschen mit der neuen Situation konfrontiert. Deshalb wird im Lebens.Med Zentrum Bad Erlach die Möglichkeit geboten, den Rehabilitationsaufenthalt mit einer Be-

gleitperson zu gestalten. Zudem hat die private Begleitung die Möglichkeit, kostenfrei an einzelnen Einzeltherapien, Schulungen oder ärztlichen Untersuchungen teilzunehmen.

Neben einem umfassenden Rehabilitationsprogramm trägt eine ruhige und entspannte Umgebung im Lebens.Med Zentrum Bad Erlach zur Regeneration und Verbesserung der Gesundheit bei. Eine angenehme Atmosphäre, modern ausgestattete Einzelzimmer und ein geschmackvoll eingerichteter Freizeitbereich mit Hallenbad, Dampfbad, Soft-Sauna, Infrarotkabine und Ruheraum sowie die malerische Umgebung der Buckligen Welt bieten die optimalen Bedingungen dazu.

Aufgrund familiärer Verpflichtungen muss auf einen onkologischen Rehabilitationsaufenthalt nicht verzichtet werden. Seit Juni besteht im Lebens.Med Zentrum Bad Erlach die Möglichkeit, den Aufenthalt mit einem Kind zu gestalten. Zu bestimmten Turnussen wird während der Therapiezeit direkt im Rehabilitationszentrum eine Betreuung durch eine Kleinkindpädagogin angeboten.

Impressum

Herausgeber/Chefredaktion:

Univ.-Prof. Dr. Franz Fischl
c/o Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Klin. Abt. f. gynäkolog. Endokrinologie
und Sterilitätsbehandlung
Medizinische Universität Wien
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-Mail: franz.fischl@meduniwien.ac.at

Medieninhaber, Verleger, Anzeigen, Vertrieb:

Krause & Pachernegg GmbH,
Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz, Mozartgasse 10
Tel. 02231/61258-0, Fax 02231/6125810
Internet: www.kup.at/urologie

Lektorat: Krause & Pachernegg GmbH,
Mag. Stefanie Bachl

Layout: Krause & Pachernegg GmbH,
Dr. Th. Haunold, H. Manz

Druck: Bernsteiner Media Group GmbH
A-1220 Wien, Rautenweg 10

Verlagsort: A-3003 Gablitz

Erscheinungsweise: 4× im Jahr

Abonnement: EUR 36,-/Jahr (im Ausland zuzüglich Porto- und Versandkosten), Einzelheft 10,-

Grundlegende Richtung: Fachzeitschrift zur Information und Weiterbildung, Veröffentlichung von wissenschaftlichen Originalarbeiten sowie einschlägigen Berichten aus dem In- und Ausland.

Urheberrecht: Mit der Annahme eines Beitrages zur Veröffentlichung erwirbt der Verlag vom Autor alle Rechte, insbesondere das Recht der weiteren Vervielfältigung zu gewerblichen Zwecken mithilfe fotomechanischer oder anderer Verfahren. Die Zeitschrift sowie alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Verlages. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Auch die Rechte der Wiedergabe durch Vortrag, Funk- und Fernsehungen, in Magnettonverfahren oder auf ähnlichem Wege bleiben vorbehalten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Für Angaben über Dosierungshinweise und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Alle namentlich gekennzeichneten Beiträge spiegeln nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wider. Diese Beiträge fallen somit in den persönlichen Verantwortungsbereich des Verfassers. Die Redaktion übernimmt keine Haftung für unaufgefordert eingesandte Manuskripte.

Geschlechterbezeichnung: Zur leichteren Lesbarkeit der Beiträge wird bei Personenbezeichnungen in der Regel die männliche Form verwendet. Es sind jedoch jeweils weibliche und männliche Personen gemeint.

Gepan® instill bei Radio- und Chemotherapie-assoziiierter Zystitis

Eine aktuelle Beobachtungsstudie [1], durchgeführt an der Universitätsklinik Leipzig (UKL), bestätigt den Therapieerfolg von Gepan® instill bei Radio- und Chemotherapie-assoziiierter Zystitis. 80 % der teilnehmenden Patienten meldeten am Ende eine signifikante Verbesserung ihrer Beschwerden.

Zystitis nach Karzinombehandlung

Bestrahlungstherapien im Rahmen einer onkologischen Therapie im Beckenbodenbereich begünstigen die Entwicklung radiogener Zystitiden. Häufig ist die Glykosaminoklykan-Schicht, kurz GAG-Schicht, betroffen, die in ihrer Schutzfunktion beeinträchtigt wird. Rei-

zende Urinbestandteile können in das Urothel eindringen und Entzündungsreaktionen auslösen. Unter der Zugabe des GAG-Bestandteils Chondroitinsulfat in Gepan® instill wird die beschädigte Barrierefunktion vorübergehend wiederhergestellt.

Studien-Fazit: Gepan® instill lindert die Beschwerden bei Radio- und Chemotherapie-assoziiierter Zystitis

16 Patienten mit radio- und chemotherapeutisch assoziierten Zystitiden dokumentierten den Therapieerfolg von Gepan® instill mit sechs Instillationen im Abstand von jeweils einer Woche. Sie beurteilten die Verbesserung der Miktionsfrequenz, des Harndrangs, der Pollakisurie, der Frequenz des Harndrangs, der Dysurie, des abdominalen Schmerz und der Hämaturie. 69 % meldeten nach zwei Wochen eine Linderung der Beschwerden. Am Ende der

Behandlung waren 80 % der Patienten entweder symptomfrei oder gaben eine Besserung an. Patienten mit Hämaturie waren nach der sechswöchigen Therapie ohne Beschwerden. Diese Beobachtungen bestätigen erneut die bedeutende Relevanz der GAG-Ersatztherapie mit Gepan® instill.

Literatur:

1. Schwalenberg T, Berger FP, Horn LC, et al. Intravesical glycosaminoglycan replacement with chondroitin sulphate (Gepan® instill) in patients with chronic radiotherapy- or chemotherapy-associated cystitis. Clin Drug Investig 2015; 35: 505–12.

Weitere Informationen:

POHL BOSKAMP 

G. Pohl-Boskamp GmbH & Co

Laura Schümann

Tel.: +49/4826/59-481

E-Mail: l.schuemann@pohl-boskamp.de

Fachkurzinformation zum Inserat auf Seite 11 und zur 1. Umschlagseite:

Bezeichnung des Arzneimittels: ZYTIGA 250 mg Tabletten. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Jede Tablette enthält 250 mg Abirateronacetat. **Sonstige Bestandteile:** Jede Tablette enthält 189 mg Lactose und 6,8 mg Natrium. Mikrokristalline Cellulose, Croscarmellose-Natrium, Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat, Povidon (K29/K32), Hochdisperses Siliciumdioxid, Natriumdodecylsulfat. **Anwendungsgebiete:** ZYTIGA ist indiziert mit Prednison oder Prednisolon zur Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms bei erwachsenen Männern mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf der Erkrankung nach Versagen der Androgenentzugstherapie, bei denen eine Chemotherapie noch nicht klinisch indiziert ist und zur Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms bei erwachsenen Männern, deren Erkrankung während oder nach einer Docetaxel-haltigen Chemotherapie progredient ist. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der genannten sonstigen Bestandteile. Frauen, die schwanger sind oder schwanger sein könnten, schwere Leberfunktionsstörung [Child-Pugh Klasse C]. **Inhaber der Zulassung:** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, B-2340 Beerse, Belgien. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. **ATC-Code:** L02BX03.

Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit sowie Nebenwirkungen entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation (108297).

OeGHO schreibt erstmals Preis *Occursus* für Kommunikation in der Onkologie aus

Die Österreichische Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie (OeGHO) rückt mit der Vergabe des Occursus den Stellenwert der menschlichen Begegnung mit Krebspatientinnen und -patienten in den Fokus.

Das Anliegen ist eine bessere Lebensqualität von Patientinnen und Patienten sowie positiver Einfluss auf den nachhaltigen Behandlungserfolg.

Die Ausschreibung ist ab sofort online, die Vergabe erfolgt erstmals 2016 in zwei Kategorien.

Ab sofort schreibt die Österreichische Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie (OeGHO) erstmals den *Occursus* – Anerkennungs- und Förderpreis für Kommunikation in der Onkologie aus, der vom Pharmaunternehmen Janssen gesponsert wird.

Mit der Vergabe dieses neuen Preises will die OeGHO den Fokus auf die Kommunikation in der Begegnung mit Krebspatienten legen. Anliegen und Ziel ist es dabei, durch verbesserte Kommunikation die Lebensqualität der Patienten und ihrer Angehörigen zu verbessern. Zudem sollen Informationen empathisch und verständlich vermittelt werden, um so die Betreuungssicherheit und -qualität zu verbessern. Denn je schwerer und bedrohlicher eine Erkrankung, desto wichtiger ist die Kommunikation zwischen den Betroffenen, den Angehörigen und allen an der Krebstherapie Beteiligten – vom ersten Diagnosegespräch bis hin zur Behandlung und Nachsorge.

Dazu Prof. Hellmut Samonigg, Präsident der OeGHO: „Die von einer Krebs-erkrankung betroffenen Menschen sowie deren Angehörige stehen im Mittelpunkt all unserer Bemühungen im Rahmen einer ganzheitlichen Betreuung. Besonders wichtig ist hierbei eine empathische Kommunikation mit den Betroffenen und deren Angehörigen, aber auch die professionelle, fachorientierte Kommunikation zwischen den medizinischen Disziplinen und Professionen.“

„Die Entwicklung von neuartigen Behandlungsoptionen in der Onkologie ist eines unserer fünf Kernkompetenzfelder“, so Janssen-Österreich Geschäftsführer Erich Eibensteiner. „Medikamente sind sehr wichtig, zu einer umfassenden Therapie und Betreuung von Krebspatienten braucht es aber oft mehr. Der Occursus schafft neue Möglichkeiten für eine noch bessere Unterstützung des Patienten, und darum engagiert sich Janssen als Hauptsponsor für diesen Preis.“

Einreichung bestehender Projekte und neuer Projektideen möglich

Der *Occursus* wird 2016 zum ersten Mal im Rahmen der Frühjahrstagung der OeGHO in zwei Kategorien vergeben – als Anerkennungs- und als Förderpreis. Gesucht werden sowohl bereits laufende oder abgeschlossene Projekte (Kategorie Anerkennungspreis) als auch neue Projektideen (Kategorie Förderpreis). Vom Mentoring-Programm bis hin zum Buchprojekt, von der Checkliste für den Arztbesuch über eine App – zugelassen ist jedes Projekt bzw. jede Idee, die zu einer verbesserten Kommunikation mit Krebspatienten beiträgt.

Sowohl Einzelpersonen als auch Organisationen sowie Institutionen, die bereits ein passendes Projekt umgesetzt oder eine Projektidee zum Thema haben, können beim *Occursus* einreichen. Bewertet werden sämtliche Einreichungen von einer achtköpfigen Jury mit Experten aus unterschiedlichen Fachrichtungen. Einreichungen für den Preis sind bis 17. Jänner 2016 unter www.occursus.at möglich.

Wer hinter dem *Occursus* steht

Die OeGHO vertritt als Fachgesellschaft die Hämatologen und internistischen Onkologen in Österreich und verfolgt als Hauptziel, die medikamentöse Behandlung von Patienten mit Krebs-erkrankungen in Österreich auf international höchstem Niveau sicherzustellen und kontinuierlich auszubauen. Im Rahmen der interprofessionellen und interdisziplinären Behandlung von Menschen mit Krebs spielt die Kommunikation mit den Patienten und deren Angehörigen eine entscheidende Rolle für deren Lebensqualität und die Betreuungssicherheit.

Der *Occursus* trägt dazu bei, dass sich alle an der Behandlung beteiligten Pro-

fessionen und Disziplinen dem Thema Kommunikation in besonderer Weise widmen, und soll Projekte vor den Vorhang holen, die die Kommunikation im Rahmen der Betreuung von Krebspatienten nachhaltig verbessern.

Janssen will dazu beitragen, Krebs in eine chronische oder heilbare Krankheit zu verwandeln. Die Onkologische Forschung ist eines der Kernkompetenzfelder bei Janssen. Neben der Versorgung mit innovativen Medikamenten arbeitet Janssen auch daran, Beiträge zur ganzheitlichen Lösung für die gesundheitliche Versorgung anzubieten, um so die Lebensqualität von Patienten entscheidend zu verbessern. Die Unterstützung des *Occursus* unterstreicht das Bestreben von Janssen, den Patienten in den Mittelpunkt zu stellen.

Über die OeGHO

Die Österreichische Gesellschaft für Hämatologie & Medizinische Onkologie (OeGHO) ist die Fachgesellschaft von Hämatologen und Onkologen und hat sich zum Ziel gesetzt, die Betreuung von Patienten österreichweit an den höchsten Standard heranzuführen. Die OeGHO zählt aktuell ca. 550 Mitglieder, davon sind ein Großteil Fachärzte für Innere Medizin mit Additivfach Hämatologie und internistische Onkologie.

Über Janssen

Die Janssen Pharmaceutical Companies von Johnson & Johnson streben danach, die wichtigsten bislang unbeantworteten medizinischen Fragestellungen unserer Zeit in den Bereichen Onkologie, Immunologie, Neurowissenschaften, Infektionskrankheiten und Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen zu lösen. Mit seiner Pharmasparte zählt Johnson & Johnson weltweit zu den zehn größten Pharmaunternehmen. Mit weltweiten Investitionen von rund 8,5 Milliarden (2014) US-Dollar jährlich nimmt die Forschung bei Johnson & Johnson, der Konzernmutter von Janssen, einen besonderen Stellenwert ein. Mehr als 3000 Wissenschaftler forschen bei Janssen heute weltweit nach neuen Therapien. In Österreich ist Janssen seit 1948 mit einer eigenen Niederlassung vertreten, die sich vorrangig auf Vertrieb und klinische Forschung konzentriert. Mehr Informationen unter www.janssen.at.

Fatigue, ein unterschätzter Begleiter in der Onkologie [1]

Laut einer US-Befragung von 1000 Prostatakarzinom-Patienten wurde der Erhalt der Lebensqualität als vorrangiges Therapieziel (45 %), gefolgt von Lebensverlängerung (29 %) und Verzögerung der Progression (13 %), angegeben [2]. Die Lebensqualität hängt stark mit der onkologischen Erkrankung, aber auch mit der Verträglichkeit bzw. den Nebenwirkungen der tumorspezifischen Behandlung zusammen. Fatigue hat sich nicht nur als eine der am häufigsten auftretenden Nebenwirkung herauskristallisiert [3], Fatigue wird von Patienten auch als beeinträchtigender beschrieben als andere Nebenwirkungen wie beispielsweise Schmerz [4].

Fatigue: Mehr als nur Müdigkeit [5]

Fatigue wurde in der Vergangenheit oft nicht diagnostiziert, erfasst und behandelt. Um das Bewusstsein für dieses komplexe Erschöpfungssyndrom zu erhöhen, haben Leitlinien wie die National Cancer Network Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN) Empfehlungen für die Patientenaufklärung und gezielte Beachtung der Fatigue entwickelt [1]. Denn Fatigue ist mehr als nur Müdigkeit. Es handelt sich um ein Zusammenspiel vieler Faktoren wie Inaktivität, fehlende Regeneration, Hilfllosigkeit, Gedächtnisstörungen, Depression bis hin zur Berufsunfähigkeit [5]. Auch andere Fachgesellschaften haben die Ernsthaftigkeit des Fatigue-Syndroms erkannt. Das deutsche Leitlinienprogramm Onkologie gibt beispielsweise in ihrer „S3-Leitlinie zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms“ die klare Empfehlung, die Fatigue regelmäßig und systematisch zu hinterfragen und den Patienten im Bedarfsfall angemessen zu betreuen bzw. zu behandeln (Tab. 1) [6].

Ursachen von Fatigue

Fatigue kann mehrere Ursachen haben. Zum einen kann sie auf die Tumorerkrankung zurückgeführt werden (Tumor-assoziierte Fatigue). Bleibt man beim Beispiel des Prostatakarzinoms, so ist bekannt, dass Fatigue oft bereits während der Androgendeprivationstherapie (ADT) auftritt. Auch im fortgeschrittenen Stadium (metastasiertes

Empfehlungsgrad A: S3-Guidelines zum Umgang mit Fatigue

Körperliche und psychische Beschwerden wie Angst, Unruhe, Depression, Dyspnoe, Schwäche und Fatigue sollen regelmäßig erhoben werden und es soll eine angemessene Betreuung bzw. Behandlung erfolgen.

Hintergrundinformation:

Die fortschreitende Tumorerkrankung bringt körperliche und ggf. psychische Schwäche sowie möglicherweise auch ein Erschöpfungssyndrom (Fatigue) mit sich. Zum Umgang mit diesen Einschränkungen infolge des fortgeschrittenen Krankheitsstadiums sollen Gespräche mit den Patienten und deren Angehörigen geführt werden, die Möglichkeiten und Grenzen therapeutischer Interventionen aufzeigen und darüber hinaus auf die angemessene Alltagsgestaltung fokussieren. Reversible Ursachen körperlicher oder psychischer Beschwerden sollen diagnostiziert und angemessen behandelt werden.

Tabelle 1: S3-Guidelines, Langversion Prostatakarzinom 2014. Erstellt nach [6].

kastrationsresistentes Prostatakarzinom [mCRPC]) ist Fatigue eine häufige Nebenwirkung. Andererseits kann Fatigue aber auch (zusätzlich) durch bestimmte Substanzen hervorgerufen werden (Arzneimittel-assoziierte Fatigue) [7]. Nebenwirkungen, die auf das Arzneimittel zurückzuführen sind, sind in der jeweiligen Fachinformation angeführt [8].

Erstmals positive Wirkung auf Fatigue im mCRPC nachgewiesen [7]

Auch wenn die Fatigue ein dominantes Symptom im Prostatakarzinom darstellt, gibt es auch positive Entwicklungen. In einer Subanalyse der COU-AA-301 (Zytiga® + Prednison vs. Prednison im mCRPC Post-Docetaxel) wurden erstmals und bisher unangefochten positive Auswirkungen von Zytiga® im Verumarm auf die Tumor-assoziierte Fatigue nachgewiesen [7] (unter Zytiga® ist nach bisheriger Kenntnis keine Arzneimittel-assoziierte Fatigue gegeben) [9]. So konnte gezeigt werden, dass Zytiga® + Prednison nicht nur eine effektive, tumorwirksame Therapie ist, sondern auch eine signifikant schnellere Besserung der Tumor-assoziierten Fatigue im Vergleich zu Prednison als Monotherapie erzielt (Besserung der Fatigue-Intensität in 59 vs. 194 Tagen, Besserung der Fatigue-Beeinträchtigung in 57 vs. 113 Tagen) [7]. Die gute Patientenerfahrung mit Zytiga® wird auch durch ein Abstract am ASCO 2014 bestätigt: 72 % der Patienten sagen, dass sie mit Zytiga® ihre Aktivitäten besser ausüben können als vorher. Sie fühlen sich besser und haben mehr Kontrolle über ihr Leben [10]. Der Erhalt der Lebensqualität als vorrangiges Therapieziel, wie in der eingangs erwähnten Befragung fest-

gestellt, wird mit Zytiga® nachgewiesen unterstützt [2, 10].

Literatur:

1. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Cancer-Related Fatigue (Version 2/2015). http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/fatigue.pdf [gesehen: 22.7.2015].
2. Crawford ED, Bennett CL, Stone NN, et al. Comparison of perspectives on prostate cancer: analyses of survey data. *Urology* 1997; 50: 366–72.
3. Feyer P, Kleeberg UR, Steingraber M, et al. Frequency of side effects in outpatient cancer care and their influence on patient satisfaction – a prospective survey using the PASQOC questionnaire. *Support Care Cancer* 2008; 16: 567–75.
4. Stone P, Richardson A, Ream E, et al. Cancer-related fatigue: inevitable, unimportant and untreatable? Results of a multi-centre patient survey. *Ann Oncol* 2000; 11: 971–5.
5. Horneber M, Fischer I, Dimeo F, et al. Tumor-assoziierte Fatigue: Epidemiologie, Pathogenese, Diagnostik und Therapie. *Dtsch Arztebl Int* 2012; 109: 161–72.
6. Leitlinienprogramm Onkologie. Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms (Langversion 3.0 Oktober 2014). http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/043-022OLI_S3_Prostatakarzinom_2014-12.pdf [gesehen: 22.7.2015].
7. Sternberg CN, Molina A, North S, et al. Effect of abiraterone acetate on fatigue in patients with metastatic castration-resistant prostate cancer after docetaxel chemotherapy. *Ann Oncol* 2012; 00: 1–9.
8. European Commission. A guideline on summary of product characteristics (SmPC, September 2009). http://ec.europa.eu/health/files/eudralex/vol-2/c/smpe_guideline_rev2_en.pdf [gesehen: 27.7.2015].
9. Fachinformation Zytiga®, 25.06.2015.
10. Naim AB, Roland B, Wyant S. Examining experiences of patients currently being treated with abiraterone acetate (AA) for metastatic castrate resistant prostate cancer (mCRPC). *J Clin Oncol* 2014; 32 (Suppl): abstr e16102.

Weitere Informationen:



Janssen-Cilag Pharma GmbH
A-1020 Wien, Vorgartenstraße 206B
www.zytiga.at

PHAT/ZYT/0715/0003

