

EXULZERIERENDE TUMORWUNDEN

Das Erleben der Betroffenen

Stefanie Felder-Minder | Bachelor of Science Pflege, Berufsbegleitender Studiengang, 2017

1. AUSGANGSLAGE

Bei 5-10% der Menschen mit einer weit fortgeschrittener Tumorerkrankung tritt eine Exulzerierende Tumorwunde auf¹. Dies senkt die Lebenserwartung auf 6-12 Monate² und bedeutet eine enorme Belastung für die Betroffenen³. Denn Exulzerierende Tumorwunden zeigen meist keinen Fortschritt in der Wundheilung⁴. Folglich wird eine Palliative Wundversorgung eingeleitet⁵. Somit steht nicht die Abheilung der Wunde im Vordergrund^{6,7}, sondern die Reduktion der verheerenden Auswirkungen der Exulzerierenden Tumorwunde⁴. Dabei können psychische Auswirkungen mehr Leiden verursachen als die physischen Symptome⁸. Für eine bestmögliche biopsychosoziale Beratung und Unterstützung muss das Erleben der Betroffenen erfasst werden.

2. FRAGESTELLUNG

Wie erleben erwachsene, tumorerkrankte Patientinnen und Patienten Exulzerierende Tumorwunden im Alltag?

3. METHODE

Eine systematische Literaturrecherche auf den Datenbanken Medline (Pubmed), Cochrane Library, CINAHL complete sowie PsycInfo wurde durchgeführt. Die Suche wurde durch eine Handsuche auf Google Scholar und eine Anfrage Dritter ergänzt. Anhand vorher definierter Ein- und Ausschlusskriterien wurden sechs Studien eingeschlossen:

- Ein systematisches Review⁹
- Drei qualitative Primärstudien^{11,13,14}
- Eine mixed-methods Studie¹²
- Eine quantitative Primärstudie¹⁰

4. ERGEBNISSE

Physisches Erleben

Der Wundgeruch, die Wundexsudation, Blutungen und Wundschmerzen sind sehr belastend^{9,10,12-14}.
Der Geruch wird versucht mit Tüchern abzudecken oder mit Parfüm zu überdecken^{9,13}.
Die starke Exsudation und die daraus resultierenden Leckagen werden versucht einzudämmen^{13,14}.
Blutungen verursachen Angst und Schrecken^{12,14} und schränken Aktivitäten ein^{9,13,14}.
Der Schmerz beeinflusst die Lebensqualität^{10,13,14}.

Medizinischer und pflegerischer Support

Die Betroffenen suchen sich erst dann Hilfe, wenn sie die Wunde nicht mehr verbergen oder managen können. Sie werden somit gezwungen Hilfe zu suchen^{9,11,14}. Scham- und Schuldgefühle verstärken dieses Vermeidungsverhalten^{9,11}.

Psychisches Erleben

Die psychischen Auswirkungen sind weitreichend^{9,13} und schränken die Unabhängigkeit ein^{9,14}.
Die Exulzerierende Tumorwunde wird mit der fortschreitenden Krankheit und dem Tod assoziiert^{9,13,14}. Diese Sichtbarkeit der fortschreitenden Erkrankung bringt grosses Leiden^{11,13,14}.
Die Wunde wird nicht als Teil des Körpers wahrgenommen¹⁴ und als schmutziger und zerfallender Körper beschrieben^{9,14}.

Soziales Erleben

Eine Exulzerierende Tumorwunde führt zu veränderten Beziehungen⁹.
Die häufigste Reaktion bei der Wahrnehmung der Erstsymptome ist das Verbergen und Ignorieren der Wunde vor den Angehörigen^{9,11,13,14}. Die Betroffenen verstecken die Wunde unter Kleidern und Tüchern^{9,11,13,14}. Teilweise ist es auch ein Tabuthema zwischen Ehepaaren^{9,13}.
Eine Exulzerierende Tumorwunde kann somit zu Isolation führen^{9,13,14}.

«When you go to the doctor, you become sick and die»¹¹

Durch die Annahme von Hilfe fühlen die Betroffenen Entlastung und Erleichterung¹¹⁻¹³ und die Lebensqualität verbessert sich¹⁰. Ein häufiger Verbandswechsel^{10,14} oder ein unkomfortabler Wundverband schränkt die Lebensqualität jedoch ein^{10,11,14}.

Betroffene benötigen eine praktische und psychosoziale Unterstützung sowie eine patientenzentrierte und kontinuierliche Betreuung, um eine Verbesserung der Lebensqualität in der meist letzten Lebensphase zu erreichen.

5. DISKUSSION

- Die Daten machen deutlich, dass die Belastung auf der physischen, sozialen wie auch auf der psychischen Dimension individuell und enorm ist.
- Die Lokalisation, das Alter, das Gender und die Kultur scheinen auf das Erleben einen Einfluss zu haben.
- Die Gründe für das Ignorieren und Verbergen der Wunde und für das Vermeidungsverhalten sind vielfältig und hauptsächlich intrinsisch geprägt.
- Aufgrund der Heterogenität der Daten, stellt sich jedoch die Frage, ob Rückschlüsse auf die Gesamtpopulation geschlossen werden können.

6. SCHLUSSFOLGERUNG

Praxis:

- Eine interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit durch Schlüsselpersonen ist für eine ganzheitliche, patientenzentrierte und kontinuierliche Betreuung von grosser Bedeutung.
- Die Schlüsselperson im pflegerischen Bereich sollte die Betroffenen praktisch, sowie auch psychosozial unterstützen und beraten.

Forschung:

- Aufgrund der geringen Literatur ist ein grosser Forschungsbedarf vorhanden.
- Es sollte untersucht werden, wie das Vermeidungsverhalten der Betroffenen unterbrochen werden kann. Dabei könnte die Gewichtung auf der Sensibilisierung der Gesellschaft liegen.
- Zudem sollte der Zusammenhang der Pflegekompetenz mit der Lebensqualität der Betroffenen weiter erforscht werden.

¹Koibig, N. (2018). Wunden in der Onkologie - eine besondere Entität. Wund Management, 1(2018), 27-29. ²Lo, S. F., Hu, W. Y., Hayter, M., Chang, S. C., Hsu, M. Y., & Wu, L. Y. (2008). Experiences of living with a malignant fungating wound: a qualitative study. Journal of Clinical Nursing, 17(20), 2699-2708. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02482.x. ³Feichtner, A. (2017). Exulzerierende Tumorwunden. In B. S.-S. Steffen-Bürgi, E. Staudacher, D. Montevedre, S. (Ed.), Lehrbuch Palliative Care (Vol. 3, pp. 351-360). Bern: Hogrefe. ⁴Young, T. (2017). Caring for patients with malignant and end-of-life wounds. Wounds UK, 13, 20-29. ⁵Watson, H., & Hughes, A. (2015). Care of malignant wounds. Symptom Management Guidelines. BC Cancer Agency. ⁶Danzer, S. (2018). Palliative Wundversorgung. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH. ⁷Schweermann, M., Happs, C., Haussels, M., Knops, S., Niehus-Bökenfeld, K., Konopa, J., ... Rautenrauch, I. (2014). Exulzerierende Wunden. Leitlinien der DGP Sektion Pflege. Retrieved March 6, 2019, from https://www.dgpf.de/leitlinien/leitlinie-exulzerierende-wunden_end.pdf. ⁸Alexander, S. (2009). Malignant fungating wounds: epidemiology, aetiology, presentation and assessment. Journal of Wound Care, 18(7), 273-274, 276-278, 280. doi:10.12968/jowc.2009.18.7.43110. ⁹Gibson, S., & Green, J. (2013). Review of patients' experiences with fungating wounds and associated quality of life. Journal of Wound Care, 22(5), 265-268, 269, 270-262, passim. doi:10.12968/jowc.2013.22.5.265. ¹⁰Lo, S. F., Hayter, M., Hu, W. Y., Tai, C. Y., Hsu, M. Y., & Li, Y. F. (2011). Symptom burden and quality of life in patients with malignant fungating wounds. Journal of Advanced Nursing, 68(6), 1312-1321. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05839.x. ¹¹Lund-Nielsen, B., Midgaard, J., Rorth, M., Gottrup, F., & Adamsen, L. (2011). An avalanche of ignominy - a qualitative study of health care avoidance in women with malignant breast cancer wounds. Cancer Nursing, 34(4), 277-285. doi:10.1097/NCC.0b013e3182025020. ¹²Lund-Nielsen, B., Müller, K., & Adamsen, L. (2005). Qualitative and quantitative evaluation of a new regimen for malignant wounds in women with advanced breast cancer. Journal of Wound Care, 14(2), 69-73. doi:10.12968/jowc.2005.14.2.26736. ¹³Probst, S., Arber, A., & Faithfull, S. (2013a). Coping with an exulcerated breast carcinoma: an interpretative phenomenological study. Journal of Wound Care, 22(7), 352-360. ¹⁴Rowan Wertzberger, S. (2014). A phenomenological investigation into the lived experiences of patients with cancer suffering from fungating/cancerous wounds. (Master of Philosophy). West London, London.