

I Informationszentrum
S für
T Standards
O in der
O Onkologie



Rehabilitation beim kolorektalen Karzinom

Auszug aus

Kurzgefasste Interdisziplinäre Leitlinien 2002

Diagnostik und Therapie maligner Erkrankungen

3. Auflage



W. Zuckschwerdt Verlag
München · Bern · Wien · New York

Koordination:

**Informationszentrum für
Standards in der Onkologie (ISTO)**

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Hanauer Landstraße 194
60314 Frankfurt/Main
Tel: (0 69) 63 00 96 - 0
E – Mail: isto@krebsgesellschaft.de

Produkthaftung:

Für Angaben über Dosierungsanweisungen oder Applikationsformen kann vom Verlag oder den Autoren trotz sorgsamer Erarbeitung keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen oder der Fachinformationen der Hersteller auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

D⁵ Rehabilitation beim kolorektalen Karzinom

D 5.1 Einleitung und Abgrenzung

Die Gruppe der rehabilitationsbedürftigen Patienten nach Therapie eines kolorektalen Karzinoms umfasst ein höchst inhomogenes Kollektiv mit sehr unterschiedlichen tumor- und therapiebedingten Funktionseinschränkungen bzw. Behinderungen.

Da für die Therapie des kolorektalen Karzinoms überwiegend ein operatives Vorgehen charakteristisch ist, sind die therapiebedingten Beeinträchtigungen überwiegend abhängig von dem Verlust des betreffenden Kolon- bzw. Rektumanteiles. Hierin sind auch die deutlichen Unterschiede in den Funktionsstörungen begründet. Die Folgen einer zytostatischen oder Bestrahlungstherapie treten zwar in den Hintergrund, müssen jedoch Berücksichtigung finden.

Patienten mit kolorektalen Karzinomen unterscheiden sich ferner von Patientengruppen anderer Tumorentitäten durch ihr höheres Lebensalter: Letzteres kann den Rehabilitationsprozess entscheidend beeinflussen, wenn zusätzliche altersabhängige Funktionsstörungen bzw. Behinderungen bestehen.

D 5.2 Rehabilitationsbezogene Funktionseinschränkungen und Behinderungen

- ▶ Direkte Operationsfolgen: Wundheilungsstörung, Spätabszess, persistierende Sakralfistel
- ▶ Hernien: perineal, parastomal, Bauchwand
- ▶ Verdauungsstörungen: nach umfangreichem Organverlust, Verlust des terminalen Ileum, Verlust der Rektumampulle (imperativer Stuhldrang), Bestrahlungsfolgen
- ▶ Passagebehinderungen: Stenosen
- ▶ Stuhlinkontinenz: tiefe anteriore Rektumresektion
- ▶ Harninkontinenz bei Postproktomie-Syndrom
- ▶ Komplikationen im Bereich des Urogenitalsystems: Harnblasendeviation, sekundäre retroperitoneale Fibrose, Vaginaldeviation bzw. -stenose, Vaginalfisteln
- ▶ Sexuelle Funktionsstörungen: neurogener Potenzverlust, psychogener Potenz- und Libidoverlust
- ▶ Stomaanlagen
- ▶ Stomakomplikationen: Dermatitis, Hernie, Bauchwandrelaxation, Prolaps, Stenoseretraktion, Blutungen, Anlagefehler
- ▶ Schmerzen: perineale Narbe, Verwachsungen, lokale Rezidive
- ▶ Bestrahlungsfolgen: Adhäsionen, Proktitis, Durchfälle

- ▶ Folgen der zytostatischen Therapie (meist passager)
- ▶ Psychische Probleme der Krankheitsverarbeitung
- ▶ Soziale Anpassungsstörungen, soziale Absicherung
- ▶ Probleme der beruflichen Wiedereingliederung

D 5.3 Diagnostik bei Rehabilitation und Nachsorge

Neben der Rehabilitation im engeren Sinne, nämlich der Behandlung tumor- oder therapiebedingter Funktionsstörungen bzw. Behinderungen hat bei der Betreuung von Patienten mit kolorektalen Karzinomen nach abgeschlossener Primärbehandlung die rezidivbezogene Nachsorgediagnostik einen hohen Stellenwert. Letztere sollte jedoch trotz ihrer großen psychologischen Wert-schätzung seitens der betroffenen Patienten angesichts eines verhältnismäßig begrenzten Nutzens einer früher einsetzenden Rezidivtherapie nachdrücklich relativiert werden zugunsten eines individuellen problemorientierten Vorgehens. Unerlässlich bei der Planung einer Nachsorgediagnostik ist das Einbeziehen unterschiedlicher prognostischer Kriterien einer eventuell nachfolgenden Rezi-divtherapie in Abhängigkeit von der Lokalisation des Tumorrezidivs (Anastomose, kleines Becken, Fernmetastasen). Eine Nachsorgediagnostik sollte auch das Ziel einer Optimierung möglicher palliativer Maßnahmen beinhalten.

Rehabilitationsrelevante Diagnostik

Vor jeder rehabilitativen Therapie steht die funktionsbezogene Diagnostik, um den Rehabilitationsbedarf zu ermitteln:

- ▶ Anamnese: Befindlichkeit, Funktionsausfälle, Verdauung, Appetit, Körperge-wicht, Schmerzen
- ▶ Klinische Untersuchung: allgemeiner Status, Abdominalbefund, Operations-narben, Stoma, perineale Narbe bzw. digital-rektale Untersuchung
- ▶ Laboruntersuchungen: gezielter Einsatz abhängig von den Beschwerden
- ▶ Apparative Untersuchungsmethoden: Sonographie, Koloskopie, Endosono-graphie, Computertomographie

Rezidivbezogene Diagnostik bzw. Ausschluss metachroner Darmtumoren

Siehe „Leitlinie zum Kolonkarzinom“ (Abschnitt „Nachsorge“) und „Leitlinie zum Rektumkarzinom“ (Abschnitt „Nachsorge“).

D 5.4 Therapie

Das therapeutische Vorgehen in der Rehabilitation ist abhängig von den diag-nostizierten Funktionseinschränkungen und Behinderungen:

- ▶ Wundversorgung
- ▶ Kost- bzw. Ernährungsberatung
- ▶ Versorgung von Hernien (Leibbinden usw.)

- ▶ Inkontinenzversorgung
 - Beckenbodentraining
 - apparative Trainingsmethoden, z.B. Biofeedback
- ▶ Erlernen der Stomaversorgung und -pflege
 - Auswahl von geeigneten Versorgungssystemen
 - Erlernen der Irrigation
 - Information über prophylaktische Maßnahmen
- ▶ Therapie von Stomakomplikationen
- ▶ Schmerztherapie
- ▶ Sexualberatung: Information, apparative und operative Hilfen
- ▶ Indikationsstellung für weitere, evtl. adjuvante Maßnahmen (Operation, Radiotherapie, Zytostatika)

D 5.5 Psychische Rehabilitation

Das individuelle Erleben des Krankheitsverlaufes und die stark variierenden Funktionsstörungen bei Patienten nach kolorektalen Karzinomen verursachen sehr unterschiedliche Einschränkungen in der subjektiven und objektiven Lebensqualität und der Krankheitsverarbeitung der Betroffenen. Neben den Problemen, unter denen potenziell jeder Tumorpatient leidet, gibt es spezielle psychische Belastungen bei Betroffenen mit kolorektalen Tumoren:

- ▶ Massiv verändertes Körperbild
- ▶ Verlust der Organfunktion mit Ausfall der Möglichkeit einer bewussten Sphinkterkontrolle
- ▶ Beeinträchtigung der sexuellen Aktivität
- ▶ Weitere unvollständige oder missglückte Krankheitsbewältigung infolge Stomakomplikationen
- ▶ Angst vor einem Rezidiv

Interventionsformen:

- ▶ Patientenbezogene Gesprächspsychotherapie als Einzeltherapie
- ▶ Themenzentrierte offene Gesprächsgruppen
- ▶ Spezielle psychotherapeutische Fragen: autogenes Training, progressive Muskelrelaxation usw.
- ▶ Bedarfsangepasste gezielte Verwendung von Biofeedback-Verfahren

D 5.6 Soziale Rehabilitation

Die soziale Isolation durch Rückzug, Partnerprobleme, Störungen im Sexualbereich und zum Teil massive Einschränkung in der Mobilität durch Inkontinenz- und Stomaprobleme erfordern zusätzliche soziale Hilfestellung bei Patienten mit kolorektalen Tumoren über den üblichen Standard hinaus.

- ▶ Hilfe und Beratung bei der Reintegration in Familie, Nachbarschaft, Freundeskreis und Beruf, besonders bei Stomaträgern

- ▶ Vermittlung von Kontaktadressen: Selbsthilfegruppen (Ilco), Beratungsstellen
- ▶ Informationen zum Schwerbehindertenausweis, ggf. auch zu den Nachteilsausgleichen
- ▶ Vermittlung von Hilfen zur häuslichen/familiären Situation (Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege, Unterbringung in Pflegeheimen)
- ▶ Kontaktherstellung zu den verschiedenen Institutionen, falls noch nicht vorhanden (Hausarzt, Sozialversicherungsträger, Hauptfürsorgestelle, Sozialamt, Krankenkasse)
- ▶ Beratung der Partner und Angehörigen!

D 5.7 Berufsbezogene Rehabilitation

25–30% der Betroffenen mit kolorektalem Karzinom stehen im erwerbsfähigen Alter. Während Patienten nach einer kontinenserhaltenden Operation an Kolon und Sigma nicht selten schon bald wieder uneingeschränkt arbeitsfähig sind, kann bei Betroffenen nach tiefen Rektumresektionen und Inkontinenzproblemen oder bei Stomaträgern mit längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten und einem höheren Risiko einer Berufs- und Erwerbsunfähigkeit gerechnet werden. Eine Verbesserung und Intensivierung berufsfördernder Maßnahmen und Beratungen ist notwendig, weil ein nicht zu übersehender Teil dieser Betroffenen die Arbeit nicht wieder aufnimmt, wobei wiederum erhebliche Unterschiede bei der Tumorlokalisation und dem Operationsmodus festzustellen sind (z.B. 60% nach Rektumamputation, 17% nach Rektumresektion).

Die Leistungseinbuße betrifft häufig Berufe, die einen vermehrten körperlichen Einsatz erfordern, insbesondere durch Heben und Tragen schwerer Lasten, ferner bei Arbeiten, die mit verstärkter Hitzeeinwirkung verbunden sind (Komplikationen mit der Stomaversorgung) bzw. die längere sitzende Tätigkeiten verlangen (Beschwerden von Seiten der perinealen Narbe). Auch sind Beeinträchtigungen bei der Abwicklung von Publikumsverkehr infolge Komplikationen im Stomabereich zu erwarten. Ferner sind Kenntnisse der Arbeitsplatzbedingungen notwendig, um Funktionsstörungen des Stomas so weit wie möglich zu adaptieren (Weg zu Toiletten, Raumtemperatur usw.).

D 5.8 Qualitätssicherung

Die Kontrolle jeder Maßnahme und deren Nutzen oder Schaden abzuschätzen ist auch in der Rehabilitation Teil ärztlichen Handelns und mit diesem untrennbar verbunden. Sie unterliegt Standards, die im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Rehabilitation aufgestellt worden sind.

Bei der Rehabilitation von Patienten mit kolorektalen Tumoren wird das Ziel verfolgt, den gesamten Rehabilitationsprozess – selbstverständlich unter Einschluss pflegerischer Maßnahmen – zu standardisieren, mit dem Ziel einer effektiven Evaluationsmöglichkeit, welche allein die Grundlage einer Sicherung – und wenn notwendig – auch Verbesserung der Versorgung von Betroffenen ermöglicht.

Die Gliederung qualitätssichernder Maßnahmen in Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität ermöglicht eine Evaluationsvereinfachung der rehabilitativen Tätigkeit. Es kann davon ausgegangen werden, dass jede Verbesserung eines dieser Glieder auch zu einer Verbesserung der anderen Anteile des Qualitätsmanagements führt. Da bei einer Evaluation ein Ist-Zustand ermittelt und dieser mit dem Standard verglichen wird, ist die Formulierung entsprechender Standards unerlässlich.

Für die Rehabilitation und Nachsorge kolorektaler Tumoren sind deshalb zusätzliche strukturelle Voraussetzungen zu fordern:

- ▶ Gastroenterologische und onkologische Zusatzkenntnisse der betreuenden Ärzte
- ▶ Kenntnisse in der Stomaversorgung (Stomatherapeuten, Ärzte)
- ▶ Zusätzliche Kenntnisse in der Kost- und Ernährungsberatung
- ▶ Problemorientierte Kenntnisse über psychische, soziale und berufliche Besonderheiten
- ▶ Ausreichende Räumlichkeiten für Beratungsgespräche und Stomaversorgung
- ▶ Ausreichendes Personal für die zum Teil zeitintensiven rehabilitationsbezogenen Tätigkeiten
- ▶ Ausreichende apparative Ausstattung für Diagnostik und Therapie

Literatur

- 1 Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (Hrsg) (1991) Abschlussberichte Bd. III
- 2 Tumorzentrum München an den Med. Fakultäten der Ludwig-Maximilians-Universität und der Technischen Universität (Hrsg) (1997) Gastrointestinale Tumoren. Empfehlungen zu Diagnostik, Therapie und Nachsorge, 5. Auflage. München
- 3 Bruinvels DJ, Stiggelbout AM, Kievit J et al (1994) Follow-up of patients with colorectal cancer. A meta-analysis. *Ann Surg* 219: 174–182
- 4 Delbrück H, Kruck P, Braun G, Gärtner G (1995) Rehabilitation und Nachsorge beim Rektumkarzinom. *Onkologe* 1: 48–56
- 5 Deutsche Krebsgesellschaft: Standards und Qualitätskriterien in der onkologischen Rehabilitation (1997) In: Delbrück H (Hrsg) Qualitätssicherung in der Onkologie 7. 1. Zuckschwerdt, München Bern Wien New York
- 6 Eckhardt VF, Bernhardt G (1997) Nachsorge beim kolorektalen Karzinom, *Dt Arztebl* 94: A 456–462
- 7 Müller JM, Tübergen D, Zieren U (1994) Nachsorge beim kolorektalen Karzinom. *Zbl Chir* 119: 65–74
- 8 Pichlmaier H (1994) Kosten-Nutzen-Überlegungen in der onkologischen Chirurgie. *Münch Med Wochenschr* 136: 226–230
- 9 Steele G (1993) Standard postoperative monitoring of patients after primary resection of colon and rectum cancer. *Cancer (suppl 71)*: 4225–4235

Verfahren zur Konsensbildung

Expertengruppe der Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation und Sozialmedizin
unter Beratung durch
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin
Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie
Deutsche Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin
Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes
Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie
Deutsche Gesellschaft für Urologie
Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin

Verfasser

Dr. med. P. Kruck

Aktualisierung 2001

Die Leitlinie wurde vom Leitlinienkoordinator den Mitgliedern der Expertengruppe vorgelegt, Änderungen und Ergänzungen wurden nach Rücksprache mit dem Leitlinienkoordinator eingearbeitet. Anschließend wurde die Leitlinie folgenden Institutionen vorgelegt und deren Änderungswünsche wurden nach Rücksprache mit dem Leitlinienkoordinator berücksichtigt.

Arbeitsgemeinschaften

AEK-P
AIO
ARO
ARNS
CAO
AK Supportivmaßnahmen in der Onkologie

Fachgesellschaften

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM)
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)
Deutsche Gesellschaft für klinische Pharmakologie und Toxikologie (DGPT)
Deutsche Gesellschaft für Pathologie
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)
Deutsche Röntgengesellschaft

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCh)
Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)

Kooperierende Institutionen

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT)
Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK)
Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDS)

Leitlinienkoordinator

Dr. P. Kruck
Nahetal-Klinik
Burgweg
D-55543 Bad Kreuznach

Erste Fassung: Dezember 1997
Zweite Fassung: Dezember 1999

Überarbeitete, aktualisierte Fassung: Oktober 2001

Aktualisierung geplant: Frühjahr 2006

Der Leitlinienkoordinator wird außerdem jährlich vom ISTO in einer Umfrage zu notwendigen Aktualisierungen befragt. Falls diese erforderlich sind, wird die aktualisierte Version der Leitlinie im Internet unter <http://www.krebsgesellschaft.de> bzw. unter <http://awmf.org/> veröffentlicht.