

Ileus - Subileus bei Palliativpatienten

Dr. med. Birgit Haberland

Interdisziplinäre Palliativmedizinische Einrichtung, Großhadern – Klinikum der Universität München LMU

Eine gastrointestinale Obstruktion stellt für Palliativpatienten eine große Belastung dar. Neben Übelkeit, Erbrechen und abdominellen Schmerzen, bekommen die Fragen nach Ernährung und Flüssigkeit in den letzten Lebenswochen und Monaten noch einmal eine große Bedeutung.

Ursachen für eine Ileussituation bei Palliativpatienten können tumorbedingt (z.B. durch Kompression, Peritonealkarzinose) oder therapiebedingt sein (z.B. durch motilitätsmindernde Medikamente (Opioide, Neuroleptika), Adhäsion nach abdomineller OP, bzw. nach Bestrahlung oder Chemotherapie (Neurotoxizität)). Gutartige Veränderungen (Adhäsionen, Briden, entzündliche Darmerkrankungen) sollten immer auch erwogen werden.¹ **Diagnostik** (z.B. Sono Abdomen, Rö-Abdomen..) sollte ausschließlich durchgeführt werden, wenn sie eine Konsequenz für das weitere Procedere bedeutet (z.B. OP). Die **Therapie** einer gastrointestinalen Obstruktion bei Palliativpatienten hängt von der Frage ab, ob eine Operation möglich und sinnvoll ist, oder nicht. Bei jedem Patienten, auch im fortgeschrittenen Krankheitsstadium, muss eine OP in Erwägung gezogen werden, aber für viele Patienten kommt eine OP von vornherein nicht in Frage. Eine OP ist allerdings nicht automatisch indiziert. Selten ist ein notfallmäßiges Vorgehen indiziert.^{1,2}

Empfehlungen für die Indikationsstellung einer OP bei Palliativpatienten mit einer gastrointestinalen Obstruktion:²

Indikationen für eine OP²

- Hinweise für das Vorliegen einer einzigen Obstruktion
- Relativ gute körperliche Verfassung
- Keine vorausgegangene OP wegen Obstruktion
- Fehlen von größeren intraabdominellen Tumormassen, Aszites, Peritonealcarcinose
- Deutliche Überblähung der Darmschlingen

Absolute Kontraindikationen einer OP² (* jeder Punkt allein ist eine KI)

- vorausgegangene OP mit Inoperabilität
- diffuse Metastasierung
- Mitbeteiligung proximaler Magen
- ausgeprägtes Motilitätsproblem (radiologisch)
- diffuse palpable Tumormassen
- rasch wiederauftretender Aszites

Relative Kontraindikationen einer OP²

- extra-abdominelle Metastasen mit schwer kontrollierbaren Symptomen (z.B. Dyspnoe)
- schlechter Allgemein- und Ernährungszustand (ausgeprägter Gewichtsverlust)
- fortgeschrittenes Alter verbunden mit Kachexie
- vorausgegangene Bestrahlung Abdomen/ Becken

Symptomorientierte Therapie bei inoperablem Darmverschluss

Ziel: →Umwandlung“ in paralytischen Ileus?

- Reduktion des Erbrechens zu einem akzeptablen Maß (z.B. 1- 2x/ 24h)
- Stopp Prokinetika
- Gabe aller Medikamente parenteral (s.c./ i.v./ s.l.)
- **Analgesie**
 - Novamin 5 g/d
 - Opioide
- **Antiemetika**
 - Haloperidol 5 - 15 mg/d s.c./ i.v
 - Dimenhydrinat 50 - 150 mg/d s.c./ i.v
 - Levomepromazin 5 - 25 mg/d s.c./ i.v
- **Verminderung der GIT-Sekretion**
 - Butylscopolamin 40 – 120 mg/d s.c./ i.v
 - Ggf. Octreotid 0,05 – 0,1 mg alle 12 h s.c./ i.v
- **Reduktion des peritumorösen Ödems + Antiemese**³
 - Dexamethason 8 – 32 mg/d s.c./ i.v
- **Flüssigkeit und Ernährung**
 - Patienten dürfen nach Wunsch essen und trinken
 - Bevorzugt werden flüssige und leichte Kost, Eis
 - Regelmäßige Mundpflege notwendig
 - Flüssigkeitszufuhr bei starkem Erbrechen 500 - 1000 ml s.c. oder i.v.
 - Infusionen zum Ausgleich von Elektrolytstörungen und Dehydrierung
- **Magensonde**
 - kann man verzichten (wenn der Patient diese nicht wünscht bzw. toleriert)
- evtl. **Entlastungs-PEG (Venting-PEG)**
 - zur Ableitung von Sekreten
 - besonders bei hohen gastroduodenalen Verschlüssen
 - für Patienten angenehmer als Magensonde
 - Patienten können flüssige Kost zu sich nehmen
 - Relative Kontraindikationen: Aszites, Peritonealcarcinose, Magencarcinom, Koagulopathie
- Ein Patient einem inoperablem, kompletten Darmverschluss kann auch **ambulant versorgt werden.**

Checkliste⁴

1. Besteht irgendein Zweifel, dass eine Obstruktion vorliegt?
2. Könnte ausschließlich eine Obstipation die Ursache für die Obstruktion sein?
3. Ist der Patient durstig?
4. Kann der Patient operiert werden?
5. Hat der Patient Übelkeit/ Erbrechen?
6. Hat der Patient Schmerzen?
7. Ist die Obstruktion partiell? Oder intermittierend?
8. Ist die Obstruktion komplett und dauerhaft vorhanden?

1. Bausewein C, Langenbach R, Roller S, In :Leitfaden Palliativmedizin. 2. Auflage.. Urban & Fischer, 2003: 374 - 379

2. Ripamonti C, Twycross R, Baines M et al. Clinical-practice recommendations for the management of bowel obstruction in patients with end-stage cancer. *Support Care Cancer* 2001; 9: 223-233
3. Feuer DJ, Broadley KE, Corticosteroids for the resolution of malignant bowel obstruction in advanced gynaecological and gastrointestinal cancer. *Annals of oncology* 1999; 10: 1035-41.
4. Back Ian, 2001. *Palliative Medicine Handbook* 3rd edition. <http://www.pallmed.net>