

# **OPERATION NACH WERTHEIM MEIGS**

„EIN EINSCHNEIDENDES EREIGNIS FÜR DIE  
BETROFFENE FRAU“  
PROFESSIONELLE BEGLEITUNG

## **Fachbereichsarbeit**

zur Erlangung des Diploms  
für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

an der  
Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege  
des Österreichischen Bundesheeres

Beurteiler:  
Oliver Proksch  
Lehrer für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege

vorgelegt von:  
Franz Gehwolf

WIEN, im Jänner 2003

## INHALTSVERZEICHNIS:

<b>1</b>	<b>VORWORT</b> .....	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>EINLEITUNG</b> .....	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>ZERVIXKARZINOM</b> .....	<b>8</b>
3.1	Krankheitsentstehung .....	8
3.2	Symptome und Untersuchungsbefund.....	10
3.3	Behandlungsstrategie .....	10
3.4	Operation .....	10
3.5	Strahlentherapie .....	11
	<i>Bestrahlungstechniken</i> .....	<i>11</i>
3.6	Prognose .....	12
<b>4</b>	<b>PSYCHISCHE BETREUUNG</b> .....	<b>13</b>
4.1	Möglichkeiten für das Pflegepersonal der betroffenen Frau zu helfen.....	14
<b>5</b>	<b>PRÄOPERATIVE PFLEGE</b> .....	<b>15</b>
5.1	Erstgespräch.....	15
5.2	Präoperatives Gespräch .....	16
5.3	Nahrungskarenz .....	17
5.4	Vorbereiten des Operationsfeldes .....	17
5.5	Darmvorbereitung .....	17
5.6	Prämedikation .....	18
5.7	Transport in den OP .....	18
5.8	Unterlagen welche in den OP mitgegeben werden müssen .	19
<b>6</b>	<b>POSTOPERATIVE PFLEGE</b> .....	<b>20</b>
6.1	Voraussetzungen für die Verlegung vom Aufwachraum auf die Station.....	20
6.2	Überwachung auf der Station .....	20
6.3	Mobilisation.....	22
6.4	Kostaufbau.....	23
	6.4.1 <i>Operation ohne Eröffnung des Magen-Darm-Trakts</i>	<i>23</i>
	6.4.2 <i>Nach der Operation mit Eröffnung des Magen-Darm-Trakts</i>	<i>23</i>

<b>7</b>	<b>WUNDVERSORGUNG.....</b>	<b>24</b>
7.1	Verbandwechsel bei Operativen Wunden.....	24
7.1.1	<i>Reihenfolge der Verbände</i>	24
7.1.2	<i>Vorbereitungen im Patientenzimmer</i>	25
7.2	Aseptischer Verbandwechsel.....	25
7.3	Septischer Verbandwechsel .....	27
7.4	Wundauflagen.....	28
7.5	Redondrainagen .....	29
7.5.1	<i>Verbandwechsel</i>	29
7.5.2	<i>Umgang mit Redon-Drainagen</i>	29
7.5.3	<i>Wechsel der Redonflasche</i>	30
7.5.4	<i>Entfernen der Redon-Drainage</i>	31
7.6	Robinsondrainagen.....	32
	<i>Umgang mit Robinson-Drainagen</i>	32
7.7	Pflege von Patienten während der Strahlentherapie.....	33
	Pflege der bestrahlten Haut.....	33
<b>8</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>35</b>

## 1 VORWORT

Im Zuge meines Praktikums an der Universitätsklinik für Gynäkologie am AKH WIEN wurde ich erstmals mit der Operation nach Wertheim Meigs und deren kurativer Behandlung konfrontiert.

Als mich eine langjährige Freundin darüber in Kenntnis setzte, dass bei ihr die Diagnose Zervixkarzinom Stadium Ib gestellt wurde, welche eine Radikaloperation nach Wertheim Meigs nach sich zieht, und sie mich bat, dass ich sie auf ihrem Weg begleiten möge, habe ich mich mit großem Interesse mit diesem Thema auseinandergesetzt und es somit zum Thema meiner FBA gemacht.

Besonders möchte ich mich bei meinem Bezugslehrer, Oliver PROKSCH, für die zahlreichen Tipps und Hilfestellungen bedanken. Mein Dank gilt auch meinen Zimmerkameraden welche mir jederzeit mit Rat und Tat zur Seite gestanden sind.

Franz GEHWOLF, WIEN 2003

## 2 EINLEITUNG

Früher war das Zervixkarzinom der häufigste vorkommende Genitalkrebs bei Frauen. Durch Früherkennungsuntersuchungen konnte in Mitteleuropa eine Häufigkeitssenkung auf ca. 25% aller Genitalkarzinome erreicht werden (vgl. Junginger C., Kusterdingen, 1998, S. 109).

Daraus ist ersichtlich, welche Bedeutung der regelmäßigen Früherkennungsuntersuchung zukommt. Es ist jeder Frau, auch jungen Frauen, sofern sie sexuell aktiv sind, unbeschadet des Alters, zu empfehlen diese in regelmäßigen Abständen, jährlich, durchführen zu lassen. Besonders in Fällen, bei denen eine familiäre Disposition bekannt ist, damit das Risiko zu erkranken steigt, sollte die Früherkennungsuntersuchung dementsprechend öfter, alle 6 Monate, durchgeführt werden.

Wurden die Vorsorgeuntersuchungen nicht in Anspruch genommen und ist inzwischen eine Erkrankung aufgetreten, kann sich diese ungehindert weiter entwickeln. So kann es von einer leicht zu behandelnden Dysplasie zu einem folgenschweren Karzinom kommen. Diese Arbeit setzt sich insbesondere mit der Radikaloperation nach Wertheim Meigs, welche bei einem invasiven Zervixkarzinom im Stadium Ib oder IIa durchgeführt wird, und der psychischen und physischen Betreuung von betroffenen Frauen durch diplomiertes Pflegepersonal auseinander.

### 3 ZERVIXKARZINOM

#### 3.1 Krankheitsentstehung

Das Zervixkarzinom entsteht bevorzugt im Übergangsbereich (*Umwandlungszone*) zwischen dem Plattenepithel der Portio und dem Zylinderepithel der Zervix. 95% der Karzinome sind Plattenepithelkarzinome, nur 4% sind Adenokarzinome.

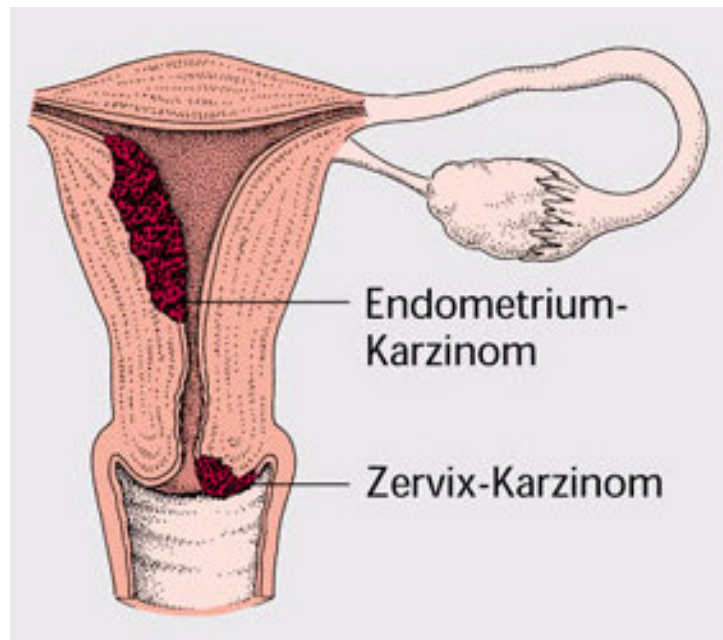


Abb.1.:Typische Lokalisationen von  
Zervix- und Endometriumkarzinom

(Pflege Heute S. 1217)



Abb.2: Kolposkopische Aufnahme eines fortgeschrittenen Zervixkarzinom.

(Pfleger heute S. 1217)

Nach heutigem Kenntnisstand ist das Zervixkarzinom wahrscheinlich infektiös bedingt und Folge einer Infektion mit Papilloma-Viren. Früher erster Geschlechtsverkehr, häufiger Partnerwechsel (auch des Partners), mangelnde Hygiene und auch Rauchen erhöhen das Risiko der Tumormanifestation (vgl. HAUFE-KÜNKLER, U., 2001, S. 1217).

### **3.2 Symptome und Untersuchungsbefund**

Das Zervixkarzinom bereitet lange Zeit keine Beschwerden. Erst wenn der Tumor größer wird und mit Geschwürsbildung zerfällt, kommt es zu:

- Fleischwasserfarbigem, süßlich riechendem Fluor
- Unregelmäßigen Zwischenblutungen (Metrorrhagien)
- Kontaktblutungen, z.B. beim Geschlechtsverkehr
- Schmerzen (erst sehr spät).

Oft ist das Zervixkarzinom bei der gynäkologischen Untersuchung im Gebärmuttermund sichtbar.

### **3.3 Behandlungsstrategie**

Die Behandlung des Zervixkarzinom ist abhängig von der Ausbreitung des Tumors. Hauptpfeiler der Behandlung sind die Operation und die Strahlentherapie. Hormon- und Chemotherapie bringen nur wenig Nutzen (vgl. HAUFE-KÜNKLER,U.,2001,S. 1217).

### **3.4 Operation**

In frühen Krankheitsstadien ist die Behandlung primär operativ. Bei einem Carcinoma in situ reicht eine Konisation in der Regel aus. Konnte das Carcinoma in situ mit der Konisation nicht vollständig entfernt werden oder hat die Patientin ihre Familienplanung abgeschlossen, wird eine Hysterektomie vorgenommen. Die einfache Uterusentfernung ist auch bei sehr kleinen Karzinomen Methode der Wahl. Meist aber ist die **Radikaloperation nach Wertheim-Meigs** erforderlich.



Dabei werden der Uterus, das parametranne Gewebe, das obere Scheidendrittel und die Lymphknoten des Abflussgebietes entfernt. Bei (fraglicher) Infiltration werden auch Blasen- oder Darmanteile reseziert.

Ist eine postoperative Strahlentherapie erforderlich, so werden die Ovarien nach oben verlagert und mit je einem Metallclip markiert. Dieser ist Röntgendicht und erleichtert bei der Bestrahlungsplanung die Lokalisation der Ovarien (vgl. HAUFE-KÜNKLER,U.,2001,S. 1218).

### **3.5 Strahlentherapie**

Konnte der Tumor nicht sicher im Gesunden oder konnten nicht alle Lymphknoten entfernt werden, schließt sich die *postoperative* Strahlentherapie an. Sie erfolgt je nach vermuteter Tumorrestlokalisation als *perkutane Bestrahlung* oder als lokale *Kontaktbestrahlung*. Bei inoperablen Patientinnen oder fortgeschrittener Erkrankung ist die *primäre* Strahlentherapie als Kombination von perkutaner und Kontaktbestrahlung Behandlung der Wahl, z.B. wenn der Krebs bereits die Beckenwand befallen hat.

Bestrahlungstechniken

Mehrere Bestrahlungstechniken stehen zur Verfügung:

- Bei der **perkutanen Strahlentherapie** wird der krankhafte Prozess von außen durch die intakte Haut hindurch bestrahlt.
- Als **Kontaktbestrahlung** werden solche Methoden bezeichnet, bei denen Strahlenquelle und Tumor direkten Kontakt zueinander haben.

Dazu gehört das **After-Loading** Verfahren, das die früher übliche Radiumeinlage in den Uterus aus Strahlenschutzgründen weitgehend ersetzt hat. Dabei wird ein spezieller Applikator (z.B. Zervixstift, Portiokappe oder Zylinder) in die Gebärmutter und/oder den Scheidenstumpf eingebracht. Hat das Personal den (abgeschirmten) Raum verlassen, wird der Applikator ferngesteuert über ein Schlauchsystem mit einer radioaktiven Strahlenquelle in Form von Kügelchen aus  $^{137}\text{Caesium}$  oder  $^{192}\text{Iridium}$  bestückt. Die dann folgende Kontaktbestrahlung dauert je nach Intensität der Bestrahlung und verwendetem Isotop wenige Minuten bis einige Stunden. Nach der Bestrahlung werden die Strahlenquellen-Kügelchen automatisch in den bleiumwandeten Tresor zurückgefahren. Dadurch entsteht für das Personal keine Strahlenbelastung. Während der Bestrahlung werden die Patientinnen über einen Monitor überwacht und können über eine Sprechanlage mit dem Personal kommunizieren. Je nach Schweregrad der Erkrankung werden 3 - 8 Strahlentherapiesitzungen in mehrwöchentlichen Abständen durchgeführt. Da Harnblase und Darm im Bestrahlungsgebiet liegen, ist mit Nebenwirkungen wie Zystitis, Diarrhoe und Strahlenproktitis zu rechnen (vgl. Junginger C., Kusterdingen S. 111).

### **3.6 Prognose**

Bei Früherkennung ist die Prognose des Zervixkarzinom mit einer 5 Jahres Überlebensrate von ca. 90% gut. Hat das Karzinom den Gebärmutterhals überschritten, liegt sie dagegen nur noch bei 50% ( siehe Junginger C., Kusterdingen S. 112).

#### 4 PSYCHISCHE BETREUUNG

Die bevorstehende Operation ist für die meisten Patientinnen und ihre Angehörigen eine große psychische Belastung. Auch wenn die Frauen die Notwendigkeit der Operation einsehen und sich von ihr eine Besserung der Beschwerden erhofft, empfinden sie die Operation oder die Anästhesie als konkrete Bedrohung.

Um auch auf die tiefer liegenden irrationalen Ängste und Befürchtungen aufmerksam zu machen, hat es sich bewährt, nach der ärztlichen Erläuterung der Gründe für die Operation die Patientin direkt zu fragen, ob und wenn ja, welche Veränderungen sie danach im körperlichen, seelischen und sexuellen Bereich erwarte. Bei dieser Vorgehensweise kommt der Wissensstand der Patientin zum Ausdruck, falsche Vorstellungen können korrigiert werden.

Eingreifende therapeutische Maßnahmen wie **radikale Operation**, Strahlentherapie verändern und verunstalten den Körper und führen zu einer schweren Störung des Selbstwertgefühles. Krebspatientinnen empfinden sich als minderwertig, als sozial und emotional nicht mehr kommunikationsfähig, gesellschaftlich isoliert, als sexuell unattraktiv. Tatsächlich werden sie zwar bis zu einem gewissen Grad bemitleidet, oft jedoch am Arbeitsplatz, von Freunden, sogar von der eigenen Familie und dem geliebten Partner gemieden. Krebs zu haben, bedeutet demnach nicht die Furcht vor Ausgeliefertsein an eine tückische Krankheit, sondern insbesondere auch Angst vor sozialer Vereinsamung, vor Verlust von Anerkennung und Liebe. Über die individuelle psychische Störung der Patientin hinaus führt die Diagnose Krebs zu einer Störung der Familien- und Umweltsituation. Diese tief greifenden Veränderungen in der Patientin selbst und in Bezug auf die Familiensituation müssen durch Langzeitorientierte psychosoziale Interventionen aufgefangen werden (vgl. Psychosomatische Medizin, 1996, S. 1040).

#### **4.1 Möglichkeiten für das Pflegepersonal der betroffenen Frau zu helfen**

- Sich Zeit für Gespräche nehmen.
- Die Trauer der Patientin um das verlorene Organ zulassen.
- Der Frau Zeiten zugestehen in denen sie ungestört sein kann, denn Zeiten des Rückzuges sind notwendige Phasen des Trauerns.
- Emotionelle Angriffe gegen die Pflegenden dürfen nicht persönlich genommen werden. Es ist wichtig Verständnis zu zeigen.
- Über die Möglichkeit von Selbsthilfegruppen und Gesprächen mit Leidensgefährtinnen aufklären.

## 5 PRÄOPERATIVE PFLEGE

### 5.1 *Erstgespräch*

So früh wie möglich erfolgt zwischen der Patientin und der betreuenden Pflegeperson das **Erstgespräch**, das Ausgangspunkt einer vertrauensvollen Zusammenarbeit sein kann, wenn die Pflegekraft alle Äußerungen der betroffenen Frau ernst nimmt und sensibel auf ihre Signale reagiert. Möchte die Patientin über ihre Ängste sprechen, geht die Pflegeperson darauf ein, möchte sie nicht so viel reden, respektiert man diesen Wunsch. Wird in dem Gespräch deutlich, dass die Patientin über den bevorstehenden Eingriff nicht ausreichend informiert ist, obwohl sie vom Arzt bereits aufgeklärt worden ist, ist der Stationsarzt darauf hinzuweisen. Ein weiterer Bestandteil des Erstgespräches sind Fragen nach Allergien wie z.B. Pflasterunverträglichkeit und dem aktuellen Befinden. Zwar fragt auch der Arzt in der ärztlichen Anamnese danach, doch findet das Erstgespräch zwischen Patientin und Pflegekraft meist vor der ärztlichen Anamnese statt, so dass Befindlichkeitsstörungen oder Erkrankungen, welche den geplanten Eingriff gefährden (z.B. Infekte der Atemwege), eher erkannt und dem Arzt mitgeteilt werden können. Dieser entscheidet dann, ob der Eingriff wie geplant stattfindet oder ob er verschoben wird.

Nach dem Erstgespräch erfassen die Pflegenden die Körpermaße und Vitalzeichen und dokumentieren diese. Die Krankenunterlagen werden auf ihre Vollständigkeit hin überprüft und noch erforderliche präoperative Untersuchungen vorbereitet. Müssen Blutkonserven bereitgestellt werden, organisieren das in der Regel ebenfalls die Pflegenden. (auf Arztanordnung).

Bei der Zimmerbelegung ist auf die die Kontamination der Wunden zu achten. Beispielsweise dürfen Patientinnen mit aseptischen Wunden, nicht zu Patientinnen mit septischen Wunden gelegt werden (vgl. Stock M., Hirschberg, 2001, S. 420).

## **5.2 Präoperatives Gespräch**

Inhalt des Gespräches sind die Maßnahmen der präoperativen Vorbereitung und die Information darüber, wie es nach der Operation weitergeht:

- Aufklären über die Möglichkeit von Vaginalen Blutungen damit der Patientin das Schockerlebnis erspart bleibt wenn die Vorlage blutig ist.
- Eingehen auf die Ängste der betroffenen Frau, besonders da es sich um einen Organverlust handelt welcher von vielen Frauen mit dem Verlust der Weiblichkeit gleichgesetzt wird.
- Zeitpunkt des 1. Aufstehens
- Blasenkatheter
- Ernährung
- Schmerzen
- Zu- und ableitende Systeme ( Infusionen, Drainagen)

Anschließend folgt das Einüben des postoperativen Aufstehens. Dabei sollte zuerst über den Ablauf des Aufstehens über die Seite informiert werden, danach folgt die Bewegungserfahrung. Es ist wichtig dass die Patientin weiß, worauf es ankommt.

Körperreinigung

Am Morgen vor der Operation sollte die Patientin noch Duschen oder Baden gehen. Auch der Nabel muss gründlich gereinigt werden.

Ist es aus organisatorischen Gründen nicht möglich dann am Abend zuvor. Make-up, Nagellack müssen entfernt werden.

### **5.3 Nahrungskarenz**

Abends kann die Patientin Suppe und Zwieback essen, ab 22.00 Uhr besteht Nahrungs- und Flüssigkeitskarenz (vgl. Skibbe X., Löseke A., 2001, S. 150).

### **5.4 Vorbereiten des Operationsfeldes**

Das entfernen der Haare wird meist auf der Station durchgeführt aber teilweise auch erst unmittelbar vor dem Eingriff im OP- Trakt. Bei der Operation nach Wertheim Meigs ist es üblich die Haare im OP- Gebiet, vom unteren Rippenbogen über die gesamte Genitalregion bis zur Mitte des Oberschenkels zu entfernen, da sie als Keimträger Wundinfektionen begünstigen. Bei der Rasur ist darauf zu achten das die Haut nicht verletzt wird. Kleine Hautläsionen sind eine günstige Eintrittspforte für Bakterien. Außerdem entfällt an diesen Stellen die natürliche Schutzfunktion der Haut. (vgl. Junginger C., Kusterdingen, 1998, S. 44)

### **5.5 Darmvorbereitung**

Da die Organe in der Nähe des Darmes liegen (Uterus, Adnexe) ist ein hoher Reinigungseinlauf in Kombination mit oralen Abführmitteln erforderlich (<sup>®</sup>Washout), um die Operationsbedingungen zu verbessern. Ein voller Darm verdrängt die benachbarten Organe und während der OP kann es zu einem Stuhlabgang kommen.

## **5.6 Prämedikation**

Ziel der **Prämedikation** ist die *Anxiolyse*, also das Dämpfen von Angst- und Spannungszuständen. Hierzu erhält die Patientin die vom Anästhesisten während des anästhesiologischen Aufklärungsgesprächs festgelegten Medikamente. Gerade bei der Operation nach Wertheim Meigs ist die psychische Betreuung durch das Pflegeperson besonders wichtig, da die meisten Frauen Angst haben dadurch ihre Sexualität bzw. ihre Weiblichkeit zu verlieren. Damit die Patientin bei der Ankunft im OP auch wirklich angstfrei ist, müssen die Medikamente am OP-Tag pünktlich zum angeordneten Zeitpunkt gegeben werden. Vor der Gabe der Medikamente wird die Patientin gebeten, noch einmal auf die Toilette zu gehen, da eine Beeinträchtigung der Kreislaufregulation häufige Nebenwirkung der Medikamente ist und die Betroffene deshalb nach Einnahme der Medikamente wegen der erhöhten Kollapsneigung nicht mehr alleine aufstehen darf. Beim anästhesiologischen Gespräch legt der Anästhesist auch fest, wie die perioperative Thrombose- und Embolieprophylaxe aussieht. In einigen Häusern regeln dies auch die Gynäkologen (vgl. Junginger C., Kusterdingen, 1998, S. 45).

## **5.7 Transport in den OP**

Falls möglich, sollte die Patientin von einer vertrauten Pflegekraft in den OP gebracht werden. Vor dem Transport werden Zahnprothesen, Brillen, Kontaktlinsen, Hörgeräte und Schmuck abgelegt. Wertgegenstände werden in einen mit dem Namen versehenen Umschlag gegeben und in einem Tresor aufbewahrt (Maßnahme aus juristischen Gründen im Pflegeprotokoll dokumentieren).



Die Patientin erhält ein frisches Klinikhemd, eine Kopfhaube, die beim Einschleusen in den OP-Bereich aufgesetzt wird, sowie ATS (nicht bei Patienten mit arteriellen Durchblutungsstörungen). Das frisch bezogene Bett wird mit dem Namen der Patientin und der Station versehen, damit sie postoperativ in das richtige Bett umgelagert wird. An das Kopfteil des Bettes wird eine Nierenschale gelegt, falls die Patientin nach der Operation erbrechen muss

### ***5.8 Unterlagen welche in den OP mitgegeben werden müssen***

- Aktuelle Krankenakte mit Patientenkurve, Laborwerten und Untersuchungsbefunden
- Ggf. Krankenunterlagen früherer Klinikaufenthalte
- Einverständniserklärungen für Operation und Narkose
- Narkoseprotokoll
- Röntgenaufnahmen
- Patientenetiketten.

## **6 POSTOPERATIVE PFLEGE**

### **6.1 Voraussetzungen für die Verlegung vom Aufwachraum auf die Station**

- Volles Bewusstsein
- Ausreichende Schutzreflexe
- Ausreichende Spontanatmung
- Stabile Herz-Kreislauf-Funktionen
- Keine wesentlichen Nachblutungen
- Bei postoperativ unterkühlten Patientinnen nach Wiedererreichen der normalen Körpertemperatur.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, wird die Patientin auf die Station transferiert.

### **6.2 Überwachung auf der Station**

Folgende Parameter werden nach der Operation „Wertheim Meigs“ überwacht:

- Die Überwachung berücksichtigt besonders die vaginalen Nachblutungen. Meist liegt für 24 Stunden eine Vaginaltamponade. Trotzdem müssen die Vorlagen regelmäßig kontrolliert und erneuert werden. Bei einer zunehmenden Nachblutung ist der Arzt hinzuzuziehen.
- Urinausscheidung. Darauf achten das der Dauerkatheter Harn fördert. Harnbilanzierung durchführen.
- Venöse Zugänge kontrollieren, Infusionen nach Arztanordnung anhängen.

- Vitalparameter
- Bewusstsein. Ansprechbarkeit, Orientiertheit und Pupillenreaktionen beurteilen.
- Atmung. Auf Atemrhythmus, -tiefe und –frequenz, Zyanose und Blässe achten
- Körpertemperatur. Anfangs besteht die Gefahr der Auskühlung, später ist Resorptionsfieber bis 38,5 °C normal.
- Schmerzen. Lokalisation, Art und Intensität der Schmerzen erfragen. Analgetika laut Arztanordnung.
- Laborkontrollen nach Arztanordnung organisieren.
- Bei der Operation nach Wertheim Meigs legt der Operateur meist eine oder mehrere Zieldrainagen, die an den tiefsten Punkt (Douglas Raum) des Operationsgebietes eingelegt werden, zur Sekretableitung. Diese müssen auf Durchgängigkeit und geförderter Sekretmenge beobachtet und bei nachlassender Sekretion entfernt werden (siehe Kapitel 7.5.2, S. 25). Dies ist in der Regel um den vierten postoperativen Tag der Fall (vgl. Junginger C., Kusterdingen, 1998, S. 108).

**Cave:** Bei raschem Vollaufen der Drainagen ist sofort der Arzt zu verständigen. Es besteht die Möglichkeit einer starken inneren Blutung im OP Gebiet, welche eine sofortige Notoperation nach sich ziehen würde (Revision).

- Durch die Entfernung der Lymphbahnen und Lymphknoten bei der Operation nach Wertheim Meigs kann sich ein Lymphödem der unteren Extremitäten entwickeln. Daher werden die Beine der Patientin hochgelagert und Bewegungsübungen durchgeführt.

**Cave:** Nach der Radikaloperation nach Wertheim Meigs dürfen zur Lymphödemprophylaxe keine Injektionen am Oberschenkel gegeben werden.

- Besonderes Schwergewicht ist speziell nach dieser Operation auf die psychische Betreuung zulegen (siehe Kapitel 4, S. 11).

### **6.3 Mobilisation**

Die Mobilisation nach der Operation „Wertheim Meigs“ erfolgt, wenn es der allgemeine Zustand der Patientin zulässt, am ersten postoperativen Tag.

In der Regel ist es üblich der Patientin vor der Mobilisation Analgetika laut Arztanordnung zu verabreichen um den Vorgang zu erleichtern und die Angst vor der Bewegung zu nehmen.

Besonders wichtig ist hierbei die positive Zusprache und Motivation, der Patientin, durch das Pflegepersonal.

Zuerst die Patientin Querbett sitzen lassen. Wenn die Kreislaufverhältnisse stabil sind kann sie unter Mithilfe einer Pflegeperson aufstehen und ein paar Schritte gehen. Währenddessen ist es ratsam den Durchzug oder die komplette Bettwäsche durch eine zweite Pflegekraft wechseln zu lassen um spätere, eventuell schmerzhaftige Lageveränderungen zu vermeiden.

**Cave:** Besonderes Augenmerk ist dabei auf die Ableitenden Systeme zu legen, damit es nicht zu einer Diskonektion bzw. gar zu einer kompletten Entfernung einer der Drainagen kommt.

## **6.4 Kostaufbau**

Der postoperative Kostaufbau nach radikalen gynäkologischen Eingriffen wird von Klinik zu Klinik unterschiedlich gehandhabt. Meist gibt es hausinterne Standards, die je nach Allgemeinzustand und Darmfunktion (Darmgeräusche abhören) der Patientin modifiziert werden.

### **6.4.1 Operation ohne Eröffnung des Magen-Darm-Trakts**

Die Patientin bleibt am Abend des Operationstages nüchtern oder darf lediglich etwas Tee trinken.

Am ersten postoperativen Tag erhält die Patientin nur Tee bzw. Wasser oder gelegentlich auch etwas Haferbrei.

Nach dem Abführen am 2 oder 3 postoperativen Tag wird die Nahrung weiter aufgebaut (Bouillon, Suppe, Weißbrot, Kartoffelbrei...) bis die Patientin wieder ihre gewohnte Nahrung zu sich nehmen kann (leichte Vollkost, Vollkost), (vgl. Junginger C., Kusterdingen, 1998, S. 51).

### **6.4.2 Nach der Operation mit Eröffnung des Magen-Darm-Trakts**

dauert die postoperative Nahrungs- und Flüssigkeitskarenz länger, (z.B. 5-7 Tage bei einer Rektosigmoidresektion) um die Nähte zu entlasten. Daher werden diese Patientinnen zunächst parenteral ernährt. Im Anschluss daran wird mit dem Kostaufbau ähnlich dem oben genannten Schema begonnen (vgl. Junginger C., Kusterdingen, 1998, S. 51)

## 7 WUNDVERSORGUNG

Da die Wertheim Operation über einen Bauchschnitt (Laparotomie) durchgeführt wird, hat man in der Regel eine äußerlich sichtbare OP Wunde, welche geklammert bzw. vernäht wurde. Zusätzlich sind auch die Austrittsstellen von Drainagesystemen zu beachten und wie die OP Wunde nach den allgemeinchirurgischen Aspekten der Wundversorgung zu behandeln.

### 7.1 *Verbandwechsel bei Operativen Wunden*

#### 7.1.1 Reihenfolge der Verbände

Bei der Organisation der Verbandvisite sollte folgende Reihenfolge eingehalten werden, um die Gefahr der Keimverschleppung zu minimieren:

- **Aseptische Wunden** sind durch einen aseptischen Eingriff entstanden und weisen keine Entzündungszeichen auf.
- Als **bedingt aseptische Wunden** werden solche Wunden bezeichnet, die aufgrund des OP-Gebietes mit Eröffnung keimhaltiger Höhlen infektionsgefährdet sind.
- **Kontaminierte Wunden** sind alle offen behandelten Wunden, Verbrennungswunden und Drainageaustrittsstellen.
- Unter **septischen Wunden** versteht man beispielsweise eröffnete Eiterherde (Abszeßinzision) oder wiedereröffnete OP-Wunden bei einer Wundinfektion. Sie werden als letzte versorgt.

### 7.1.2 Vorbereitungen im Patientenzimmer

Vor dem Verbandswechsel werden Fenster und Türen geschlossen und Besucher aus dem Zimmer gebeten. Während des Verbandswechsels dürfen keine Reinigungsarbeiten im Zimmer durchgeführt oder Nachbarpatienten gebettet werden. Zur Wahrung der Intimsphäre und aus hygienischen Gründen sind "Zuschauer" unerwünscht. Ebenso sollte man wenn mehrere Patientinnen im Zimmer sind einen Sichtschutz aufstellen.

Der Verband sollte erst unmittelbar vor dem Verbandswechsel geöffnet werden und nicht, wie oft bei einer Chefvisite üblich, lange zuvor den Keimen in der Luft ausgesetzt werden.

### **7.2 Aseptischer Verbandswechsel**

Der erste Verbandswechsel findet bei aseptischen Wunden nicht vor dem dritten postoperativen Tag statt. Er besteht aus folgenden Arbeitsschritten, die allerdings je nach individueller Situation der Patientin und Lokalisation der OP-Wunde modifiziert werden:

- Patientin über Zweck und Notwendigkeit der Maßnahmen sowie vor allem beim Erstverband über die Vorgehensweise informieren.
- Hat die Patientin Angst oder handelt es sich um einen bekanntermaßen schmerzhaften Verbandswechsel, Patientin ca. 30 Min. vorher ein Schmerzmittel anbieten. Wenn noch nicht geschehen, Patienten vor dem Verbandswechsel nach Allergien fragen (z.B. Pflasterallergie) und die Antwort in der Patientenkurve dokumentieren.
- Materialien auf einem Tablett herrichten oder Verbandswagen ins Patientenzimmer fahren.

- Patientin so lagern, dass das Wundgebiet zugänglich ist und sie schmerzfrei liegt.
- Arbeitsfläche gut erreichbar positionieren (ausgezogener Nachttisch des Patienten bei Verwendung eines Tablettts oder Auszug/freie Fläche des Verbandwagens).
- Materialien auf der Arbeitsfläche übersichtlich und handlich anordnen. Abfallbeutel so hinstellen oder hinhängen, dass gebrauchte Materialien abgeworfen werden können, ohne den Abfallbeutel festhalten zu müssen. Prinzipiell das Material, welches Kontakt mit dem Patienten oder seinem Bett hatte, niemals wieder zurück auf den Verbandwagen legen, sondern es in den Abwurfbeutel oder die Instrumentenschale entsorgen. Den Müll nicht im Bett oder auf dem Verbandwagen "zwischenlagern", sondern sofort entsorgen.
- Hygienische Händedesinfektion durchführen.
- Unsterile Einmalhandschuhe anziehen, bei großflächigen Wunden zusätzlich Mundschutz anlegen und Haarabdeckung aufsetzen.
- Verpackungen der Materialien zur Entfernung des Verbandes und zur Reinigung der Wunde öffnen (z.B. sterile Pinzette, Kugeltupfer, Watteträger).
- Verbandfixierung und Verband bis auf Wundabdeckende Kompresse abnehmen und sofort in den Abwurf entsorgen.
- Wundabdeckende Kompresse vorsichtig mit einer Pinzette entfernen. Ist das nicht möglich, angeklebte Wundauflage mit NaCl 0,9% lösen und dann entfernen. Kompresse zusammen mit den Einmalhandschuhen in den Müll entsorgen.



- Wunde auf Rötung, Schwellung, Adaptation der Wundränder, Sekretion, *Serom* (Ansammlung von Wundsekret), Hämatom, Fisteln und Geruch inspizieren. Bei Infektionsverdacht Arzt informieren und ggf. Wundabstrich entnehmen.
- Wunde **von innen nach außen** mit Ringer-Lösung unter Verwendung von Watteträgern oder Kugeltupfern reinigen und desinfizieren oder Wunde mit Sprühdesinfektionsmittel, z.B. Dibromol<sup>®</sup>, Sprühdesinfizieren. Dazu sterile Handschuhe anziehen, wenn ein direkter Wundkontakt nicht auszuschließen ist.
- Ggf. Redondrainagen oder Fäden entfernen.
- Wundabdeckende Auflage mit sterilen Handschuhen oder steriler Pinzette auflegen.
- Sterile Kompressen und Fixierung oder steriles Pflaster aufbringen, evtl. Datum und Uhrzeit auf Verband notieren.
- Patientin bequem lagern.
- Patientenzimmer aufräumen (ggf. auch lüften) und alle Materialien entsprechend entsorgen.
- Hygienische Händedesinfektion durchführen und Maßnahmen dokumentieren.

### **7.3 Septischer Verbandwechsel**

Die Durchführung des Verbandwechsels entspricht in vielen Punkten dem aseptischen Verbandwechsel. Abweichend gilt aber:

- Vor dem Betreten des Patientenzimmers Schutzkittel anziehen
- Wunde *von außen nach innen* reinigen und desinfizieren, um eine Keimverschleppung zu vermeiden

- Ärztlich angeordnete Medikamente einbringen, z.B. Salben oder Leukase<sup>®</sup>-N Kegel, oder Spülungen vornehmen, z.B mit Lavasept<sup>®</sup>-Lösung.
- Kontaminierte Flächen im Patientenzimmer desinfizieren.

#### 7.4 Wundauflagen

Die Wahl der Wundauflage hängt vom Stadium der Wundheilung ab.

- *Geschlossene, trockene Wunden* bleiben offen. Nur mechanisch stark beanspruchte Stellen werden noch mit einer Kompresse oder einem sterilen Pflaster abgedeckt.
- Offene Wunden, die mit Granulationsgewebe bedeckt sind und epithelisieren, werden mit einer nicht verklebenden Wundauflage, z.B. Primamed<sup>®</sup>- oder Mepithel<sup>®</sup>-Folien, bedeckt. Trockene Kompressen würden mit dem Granulationsgewebe verkleben und es beim nächsten Verbandswechsel zum Teil wieder abreißen.
- *Infizierte und sezernierende Wunden* in der exsudativen Heilungsphase werden mit saugfähigen Wundauflagen bedeckt und gegen Austrocknen und Auskühlen geschützt. Dies garantiert das bestmögliche Milieu für die körpereigenen Zellen der Wundsäuberung und -heilung. Solche Verbandstoffe sind beispielsweise die **gaspermeablen Verbände**, die semipermeablen **hydrokolloidalen Verbände** (z.B. Varihesive<sup>®</sup>, Hydrocoll<sup>®</sup> oder Comfeel<sup>®</sup>, sowie die semipermeablen **Hydrogel-Verbände**.

## **7.5 Redon-Drainagen**

### 7.5.1 Verbandwechsel

Die Drainageaustrittsstellen werden nach dem Entfernen des alten Verbandes unter sterilen Bedingungen mit NaCl oder Ringer®-Lösung gereinigt (z.B. um Blutkrusten zu entfernen) und auf Infektionszeichen kontrolliert. Anschließend werden sie desinfiziert und mit einer Schlitzkomresse umlegt (das Unterlegen des Drainageschlauches beugt Druckstellen vor).

Bei der Verwendung von Klebeverbänden, z.B. Fixomull®, wird der Drainageschlauch nicht mit festgeklebt, damit er beim Verbandwechsel nicht versehentlich herausgerissen wird oder dem Patienten durch Zug an der Annahat Schmerzen bereitet. Durch die Fixation des Verbandes darf der Ableitungsschlauch nicht abgeknickt werden.

### 7.5.2 Umgang mit Redon-Drainagen

Nach der Übernahme der Patientin aus dem OP und nach jedem Betten und Lagern überprüfen die Pflegenden

- Die Festigkeit der Steckverbindungen zwischen Ableitungsschlauch und Redonflasche
- Die Klemmen (sie müssen offen sein)
- Die Sogstärke
- Die Lage und Durchgängigkeit des Ableitungsschlauches (ist er abgenickt oder verdreht?, liegt er unter dem Rumpf oder einer Extremität und kann daher zu Druckstellen führen?)
- Das Sekret (Menge, Farbe, Konsistenz, Beimengungen)
- Die sichere Befestigung der Flasche am Bett
- Die Beschriftung (z.B. I, II, III) bei mehreren Drainagen.

Einmal täglich (immer zur gleichen Zeit) wird die Sekretmenge abgelesen und auf der Redonflasche (Aufkleber) und im Dokumentationssystem protokolliert.

### 7.5.3 Wechsel der Redonflasche

Die Flasche wird ausgewechselt, wenn sie voll oder das Vakuum erschöpft ist. Während des Flaschenwechsels werden die Regeln der Asepsis eingehalten:

- Hygienische Händedesinfektion
- Neue Redonflasche auf Beschädigungen und Intaktheit des Vakuums prüfen, dabei auf Einhaltung der Sterilität des Ableitungsschlauchansatzes achten. Vakuumflasche nicht auf dem Boden abstellen. Ggf. Einmalunterlage unterlegen
- Ableitungsschlauch flaschennah abklemmen
- Handschuhe zum Eigenschutz anziehen
- Schlauchende Sprühdesinfizieren (z.B. mit Dibromol<sup>®</sup>), ohne dass Desinfektionsmittel in das Lumen gelangt, dabei die Schlauchenden nicht berühren
- Alte Redonflasche abnehmen
- Sofort neue Redonflasche aufstecken
- Klemme an neuer Redonflasche öffnen
- Langsam Klemme am Ableitungsschlauch öffnen ("frischer" Sog kann schmerzen)
- Sekretabfluss beobachten
- Aufkleber zur Bilanzierung des Drainagesekrets von der alten auf die neue Redonflasche kleben
- Alte Redonflasche ungeöffnet *mit* Inhalt entsorgen
- Wechsel der Redonflasche dokumentieren.

Da es sich um ein geschlossenes System handelt, gilt das Sekret als nicht kontaminiert und ist geeignet für mikrobiologische Untersuchungen.

#### 7.5.4 Entfernen der Redon-Drainage

Bis auf wenige Ausnahmen bleiben die Drainagen 48 - 72 Stunden liegen, da sie dann in der Regel nur noch minimal Sekret fördern und durch längeres Belassen die Gefahr einer aufsteigenden Infektion wächst (vgl. Junginger C., Kusterdingen, 1998, S 53).

Das Entfernen der Drainagen ist häufig schmerzhaft, und viele Patientinnen haben große Angst davor. Die Patientin sollte darüber informiert werden, dass dieser Schmerz nur kurz anhält. Ggf. kann man rechtzeitig vorher ein Schmerzmittel geben.

Vor dem Ziehen der Drainage wird der Wundverband entfernt und die Wundregion desinfiziert. Nach Lösen der Fixation fasst der Arzt mit der einen Hand den Ableitungsschlauch einige Zentimeter oberhalb der Austrittsstelle, mit der anderen Hand hält er eine sterile Kompresse zum Abdecken und Auffangen von Wundsekret. Dann fordert er den Patienten auf, tief ein- und auszuatmen.

Während des Ausatmens wird der Ableitungsschlauch zügig, aber nicht ruckartig, gezogen. Schmerzhaft ist meist nur der Moment, in dem sich die verklebte Drainage löst. Restflüssigkeit wird beim Ziehen mobilisiert und durch den noch bestehenden Sog mit entfernt. Nach dem Entfernen der Drainage werden die Drainageaustrittsstellen mit einem sterilen selbstklebenden Wundverband, z.B. Cosmopor<sup>®</sup>, abgedeckt sowie Datum, Zeitpunkt der Drainageentfernung und Sekretmenge dokumentiert.

Bei Verdacht auf eine Wundinfektion (z.B. trübes Sekret, Eiterentleerung aus der Drainageaustrittsstelle, übler Geruch) wird das Schlauchende mit einer sterilen Pinzette gefasst, in ein Gefäß zur bakteriologischen Untersuchung eingetaucht und anschließend mit einer sterilen Schere abgeschnitten.

Dabei wird darauf geachtet, dass das Schlauchende oder der Gefäßrand nicht kontaminiert werden, da dies zu der Fehldiagnose *Wundinfektion* führen könnte (vgl. Junginger C., Kusterdingen, 1998, S. 53).

## **7.6 Robinsondrainagen**

### Umgang mit Robinson-Drainagen

Auch bei der Robinson-Drainage darf der Ableitungsschlauch nicht abgeknickt sein. Das Wundsekret wird täglich auf Farbe, Geruch, Konsistenz und Beimengungen kontrolliert und die aus dem Beutel abgelassene Menge dokumentiert. Da dieses Drainagesystem im Gegensatz zu Redondrainagen jedoch ohne Sog arbeitet, ist darauf zu achten, dass der Ableitungsschlauch nicht durchhängt ("Affenschaukel") und der Sekretaufangbeutel unterhalb des Wundniveaus hängt (ansonsten unerwünschter Sekretreflux). Der Verbandswechsel entspricht dem bei der Redon-Drainage. Fließt nur noch wenig Sekret ab, wird die Robinson-Drainage gezogen (siehe entfernen der Redon-Drainage) und in den Müll entsorgt (vorher Beutel leeren) (vgl. Junginger C., Kusterdingen, 1998, S 53).

## **7.7 Pflege von Patienten während der Strahlentherapie**

### **Pflege der bestrahlten Haut**

Bei perkutanen Bestrahlungen wird das bestrahlte Hautareal mit einem wasserfesten Fettstift eingegrenzt. Dies dient der korrekten Einstellung des Bestrahlungsfeldes bei den einzelnen Bestrahlungssitzungen. Für die Pflegenden markiert es den Hautbezirk, der besonderer Beachtung bedarf. Die Markierung darf auf keinen Fall entfernt werden. Der den Strahlen ausgesetzte Hautbereich ist gegenüber jeglichen Reizen sehr empfindlich. Daher:

- Diesen Bereich nicht waschen, parfümieren, desodorieren oder salben; starke Verschmutzungen mit weichem Tuch und panthenolhaltiger Lösung (z.B. Bepanthol® Roche) entfernen.
- Keine enge Kleidung aus Synthetikfasern tragen, keine Pflaster aufkleben, nicht kratzen oder reiben.
- Das Bestrahlungsfeld vor Sonnenbestrahlung, Hitze oder Kälte schützen, z.B. keine Wärmflasche benutzen.

#### **Vorsicht!**

Die Strahlen durchdringen den Körper. Dies bedeutet, dass z.B. bei der Brustbestrahlung auch die hintere Thoraxwand im Bestrahlungsfeld liegt und entsprechend gepflegt werden muss.

Zur Prophylaxe wird 2 – 4-mal täglich Kamillen-Puder (Azulon®) aufgetragen. Normalerweise ist keine weitergehende Behandlung des betroffenen Hautgebietes erforderlich.

Bei Verklumpungen des Puders durch Schweiß kann die Haut mit Kamillenlösung vorsichtig gereinigt werden. Stärkere Hautreizungen oder nässende Hautläsionen werden nach Arztanordnung z.B. mit panthenolhaltigen Salben oder Pyoctaninlösung behandelt (vgl. Junginger C., Kusterdingen, 1998, S. 37 f.).



## 8 LITERATURVERZEICHNIS

ADLER R.H. et al  
" Psychosomatische Medizin"  
5. Neubearbeitete und erweiterte Auflage  
Urban und Schwarzenberg Verlag, 1996, München; Wien; Baltimore

HAUFE-KÜNKLER, Ulrike „Pfleger in der Gynäkologie“  
In: MENCHE, Nicole „Pfleger Heute“  
2. Überarbeitete Auflage  
Urban und Fischer Verlag, 2001, München;Jena

JUNGINGER, Christa – KUSTERDINGEN et al  
„Erkrankungen des Uterus“  
In: GOERKE, Kay – BAZLEN,Ulrike“Gynäkologie – Geburtshilfe“  
1. Auflage  
Gustav Fischer Verlag, 1998, Stuttgart; Jena; Lübeck; Ulm

MENCHE, Nicole „Psychische Begleitung nach Organverlust“  
In: GOERKE, Kay – BAZLEN,Ulrike“Gynäkologie – Geburtshilfe“  
1. Auflage  
Gustav Fischer Verlag, 1998, Stuttgart; Jena; Lübeck; Ulm

SKIBBE, Xaver – LÖSEKE, Andrea  
“Gynäkologie und Geburtshilfe für Pflegerberufe“  
Georg Thieme Verlag, 2001, Stuttgart; New York

STOCK, Martin – HIRSCHBERG  
“Allgemeine Pfleger vor und nach Operationen“  
In: MENCHE, Nicole „Pfleger Heute“  
2. Überarbeitete Auflage  
Urban und Fischer Verlag, 2001, München;Jena