

# Wenn die Blase entfernt werden muss

**Pflege bei Ileumconduit.** Nach einem Blasenkarzinom kann ein Urostoma zur Harnableitung erforderlich werden. Für die Betroffenen geht diese Therapiemaßnahme mit vielen Fragen und Unsicherheiten einher. Die Beratung dieser Patienten spielt deshalb eine zentrale Rolle.

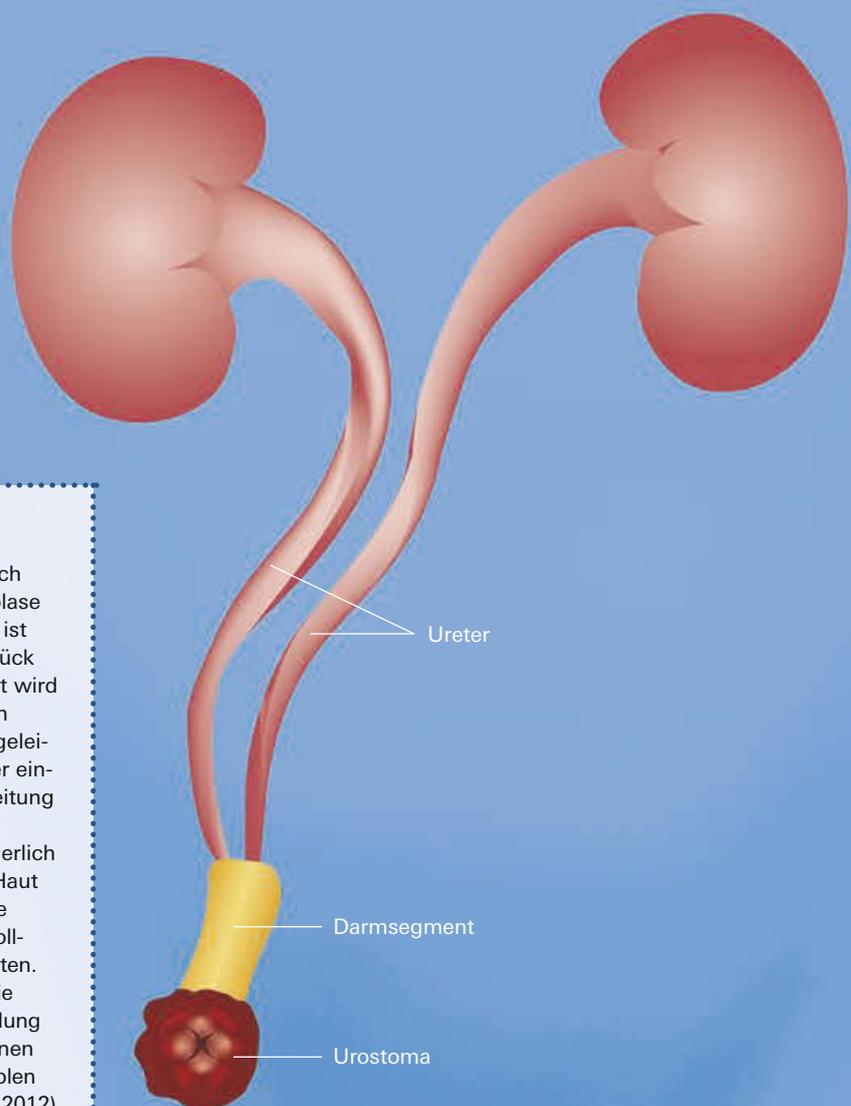
Von Gabriele Gruber

## DAS ILEUMCONDUIT

Das Ileumconduit gilt als „Goldstandard“ nach Entfernung der Harnblase, wenn keine Neoblase oder eine kontinente Harnableitung möglich ist (AWMF 2016). Dabei wird operativ ein Teilstück des Ileums entnommen. Die Darmkontinuität wird wieder hergestellt. Von dem ausgeschalteten Darmstück wird ein Ende über die Haut ausgeleitet, in das andere Ende werden die Harnleiter eingnäht. Damit ist ein Urostoma zur Harnableitung geschaffen.

Über das Conduit wird der Harn kontinuierlich abgeleitet. Der Urin wird mit einem auf die Haut aufgebrachten Beutel aufgefangen. Moderne Stomabeutelsysteme erlauben eine nahezu vollständige Reintegration der betroffenen Patienten.

Ältere Bezeichnungen für das Conduit, wie „nasses Stoma“, sollten heute keine Verwendung mehr finden. Sie könnten dem Betroffenen einen negativen Eindruck einer heutzutage akzeptablen Harnableitung vermitteln (Deutsche ILCO e. V. 2012).



An einem Harnblasenkarzinom erkranken jährlich annähernd 28000 Menschen in Deutschland. Oftmals ist die Diagnose ein Schock für die Patienten und ihre Familien. Mit der Krebserkrankung kann sich die Lebenswelt der Betroffenen grundlegend verändern. Nicht jedes „Harnblasenkarzinom“ führt zu einer Entfernung der Blase, einer sogenannten Zystektomie (AWMF). Falls die Situation jedoch eine solche Therapie erfordert, wird eine Harnableitung erforderlich, zum Beispiel in Form eines Urostomas (Conduit).

Für die Betroffenen geht die Versorgung mit einem Stoma mit vielen Fragen und Unsicherheiten einher: Wie versorge ich das Conduit? Kann ich weiter berufstätig sein? Muss ich meine Ernährung ändern? Wie reagiert mein Umfeld? Daher ist ein kontinuierliches Beratungsangebot durch Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde (SKW) unabdingbar (Gruber 2015).

Während des stationären Aufenthaltes können Beratungsgespräche interdisziplinär abgestimmt werden. Bei Bedarf können sie auch im Rahmen der onkologischen Pflegevisite und des onkologischen Pflegekonzepts angeboten werden (AWMF 2016, DKG 2015).

### Beratung beginnt schon vor der Operation

Der Urologe bespricht im ärztlichen Aufklärungsgespräch die individuelle Situation, Therapieoptionen, Verweildauer in der Klinik und die Form der geplanten Harnableitung. Vor der Operation findet zudem ein präoperatives Gespräch mit Patient, Arzt und idealerweise der Pflegeexpertin SKW (Stoma, Kontinenz und Wunde) statt. Hier können alle auftauchenden Fragen zur Therapiemaßnahme einfühlsam besprochen werden.

Darauf folgt ein pflegerisch präoperatives Gespräch mit Patient und dem Pflegeexperten SKW. In diesem wird zum Beispiel thematisiert, welche Veränderungen eine Harnableitung auf die Aktivitäten des täglichen Lebens haben kann, wie mit

### Therapieoptionen nach Entfernung der Harnblase (ohne Option einer Neoblase)

Vor der Entfernung der Harnblase wird der Urologe nach der Diagnostik und eingehender Erwägung aller Therapieoptionen mit dem Betroffenen das individuelle Therapie- oder auch Operationsverfahren auswählen (AWMF 2016). Neben dem Ileumconduit (s. links) gibt es noch weitere Möglichkeiten der Harnableitung. Dazu gehören:

- **Kolonconduit:** Ähnlich dem Ileumconduit, nur hier wird operativ ein Kolonsegment separiert. In dieses werden die Harnleiter eingenäht und das Conduit wird über die Haut ausgeleitet.

- **Nephrostomie oder percutane Nierenfistel:** Hier wird ein „Katheter“ steril, unter Ultraschallkontrolle, direkt in das Nierenbecken eingelegt, um den Harn abzuleiten. Die Versorgung des Verbands der Punktionsstelle ist für den Betroffenen häufig ohne Hilfe nicht möglich.

- **Harnleiterhautfistel:** Ein oder beide Harnleiter werden über die Bauchdecke ausgeleitet. Diese Form der Stomaanlage ist schwierig zu versorgen, da die Harnleiter als Stoma sehr klein sind. Häufig können sie nur im Bauchdeckeniveau eingepflanzt werden. Unterwanderungen mit Urin sind eine häufige Komplikation.

- **Trans-Uretero-Uretero-Kutaneostomie (TUUC):** Nach Entfernung der Harnblase werden die beiden Harnleiter im Bauchraum miteinander verbunden (Anastomose), ein Harnleiter wird als Stoma über die Bauchdecke ausgeleitet. Auch hier bestehen die oben genannten Schwierigkeiten.

- **Kontinente Harnableitungen:** Hierbei wird aus verschiedenen Darmteilen ein Beutel (Pouch), quasi als inneres Urin-Reservoir, geschaffen. Dieses mündet in einem dicht schließenden Stoma im Unterbauch oder im Bauchnabel. Der Patient kann das Reservoir in regelmäßigen Zeitabständen mittels Katheterismus direkt in die Toilette entleeren (meist drei- bis vierstündlich, auch nachts).

Berufstätigkeit umzugehen ist und welche Nachsorge erforderlich ist (EAUN 2009).

In diesem Rahmen wird auch die spezielle Pflege eines Ileumconduits erläutert. Das heißt, der Pflegeexperte zeigt das postoperative Versorgungssystem zur Harnableitung und demonstriert kurz, wie eine Versorgung später im Alltag aussehen kann. Dazu können auch schon vor der Operation Übungen angeboten werden (EAUN 2009).

Wenn absehbar ist, dass die selbstständige Versorgung in der Häuslichkeit nicht oder vorübergehend nicht möglich ist, muss zusammen mit dem Sozialdienst die benötigte „Pflege“ und Unterstützung bei den Kostenträgern wie Kranken- oder Pflegekassen organisiert werden (DNQP 2009). Im Rahmen des Entlassmanagements kann zudem eine anschließende Anschlussheilbehandlung oder eine Rehabilitationsmaßnahme indiziert sein.

Angehörige und Lebenspartner werden in die Beratung einbezogen. Bei Bedarf wird eine weitere Beratung im multiprofessionellen Team organisiert (Droste & Gruber 2010).

Auf Selbsthilfeorganisationen kann bereits zu diesem Zeitpunkt verwiesen werden (Deutsche ILCO 2007).

### Rund um die OP

**Markierung der späteren Stomaposition:** Der Arzt zeichnet während des präoperativen Gesprächs die spätere optimale Stomalokalisation auf der Bauchdecke ein. Diese Aufgabe kann er auch an die Pflegeexpertin SKW delegieren. Markierungspositionen werden je nach anatomischen Gegebenheiten und vorgesehenen Harnableitungen durchgeführt (z. B. Ileum-Conduit im rechten Unterbauch). Wenn eine definitive Stomaposition, zum Beispiel in palliativen Situationen, nicht sicher festgelegt werden kann, werden mehrere mögliche Markierungen durchgeführt (AWMF 2016).

**Anlage eines Ileumconduits:** Ein Dünndarmsegment wird entnommen, der eine Abschnitt blind verschlossen und das zweite Ende als Stoma prominent über die Bauchdecke ausgeleitet. Die Harnleiter werden in des Darmsegment implan-

## Neue S3-Leitlinie liefert wichtige Informationen

Für die Beratung, Anleitung und kontinuierliche Betreuung von Betroffenen mit Urinstoma wird umfassendes Wissen benötigt. Hier können Guidelines, Expertenstandards und S3-Leitlinien eine wichtige Hilfestellung bieten. Sie nehmen zunehmend Einfluss auf die Praxis und Strukturen im Gesundheitswesen sowie die Versorgungskontinuität von Krebspatienten (Landenberger & Bauer 2014).

Für die Patientenberatung nach Zystektomie finden Pflegeexperten SKW nunmehr in den Statements und Hintergrundtexten der neuen S3-Leitlinie „Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Harnblasenkarzinoms“ (AWMF 2016) interessante und wichtige Informationen zu:

- Epidemiologie, Risikofaktoren, Prävention und Früherkennung
- Tumor-Klassifikationen
- Diagnostik, Stadien-Einteilung
- Therapien des nicht-/und muskelinvasiven Blasen-Karzinoms
- Harnableitungen
- Neoadjuvante/adjuvante Therapie und palliative Behandlung, Betreuung bei Harnableitungen
- Rehabilitation, Lebensqualität, Psychosoziale Aspekte und Palliativmedizin

Sie finden die vollständige S3-Leitlinie unter:

<http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Harnblasenkarzinom.92.0.html>

tiert. Das so entstandene „Stoma“ ermöglicht ein Abfließen des Harns direkt in die Stomaversorgung, ohne die parastomale Haut zu benetzen (Deutsche ILCO e.V. 2012). Um einen ungehinderten Harnfluss auch bei Ödemen an den Anastomosestellen der Harnleiter zu gewährleisten, werden Katheter – sogenannte Splints (Ureterschienen) – intraoperativ in die Harnleiter bis zum Nierenbecken eingelegt. Sie leiten den Harn in die Stomaversorgung. Ein Teil des Urins läuft auch neben den Splints in den Urostomiebeutel. Im OP wird ein steriles Urostomie-System passgenau angebracht.

**Postoperative Versorgung:** Nach der OP verbleibt das sterile Urostomiesystem über 24 bis 48 Stunden. Wenn allerdings Undichtigkeiten auftreten, wird die Versorgung sofort gewechselt. Postoperativ ist die Kontrolle des Harnflusses sehr wichtig. Durch Schleimbildung des Darmsegmentes kann der Urinfluss gestört werden. Beide Splints sind mehrmals täglich zu kontrollieren, um Harnabflussstörungen oder -stauungen frühzeitig zu erkennen (EAUN 2009). Die Splints werden in den Urostomiebeutel eingelegt und dieser in ein steriles Urinauffangsystem abgeleitet. Bei komplikationslosem Verlauf werden die Splints/Ureterschienen in den postoperativen Tagen nach Kontrolle und Arztanweisung gezogen.

**Hautschutz:** Als Frühkomplikationen können zum Beispiel Schleimhautnekrose, mukokutane Separation, Hautläsionen durch Undichtigkeiten und Kontakt der Haut mit Urin auftauchen. Auch peri-/parastomale Wunden können vorkommen. Bei Komplikationen werden Produkte mit durchgehendem hydrocolloiden Hautschutz und Wundversorgungsprodukte zur Stomaversorgung kombiniert (nach Absprache mit dem Arzt). Hautschutzstreifen- und ringe und/oder gewölbte beziehungsweise softkonvexe Hautschutzflächen an den Stomaprodukten bieten die Möglichkeit, Unebenheiten sowie Falten besser abzudichten. Es ist sehr genau abzuwägen, ob gewölbte/konvexe Stomaprodukte standardmäßig einzusetzen sind (FgSKW 2013).

**Hygiene- und Reinigungshinweise:** Mit einem passgenauen, weichen, hautfreundlichen Hautschutz (Hydrokolloid) werden die Hautstomagrenze und die peristomale Haut geschützt. Die Größe des Ausschnitts oder auch die Ausführung des Hautschutzes (plan/gewölbt/konvex) ist in den ersten postoperativen Monaten regelmäßig anzupassen. Die Stomaanlage und parastomale Haut werden mit Kompressen und Wasser (Trinkwasserqualität) gereinigt, und zwar NICHT zum Stoma hin, sondern separat. So werden keine Keime

aus der parastomalen Umgebung zum Stoma und gegebenenfalls in den Harntrakt „verschleppt“. Es sollten keine Waschlappen/Schwämme verwendet werden! Die Basisplatten werden je nach Ausstattung und Belastung durch die Ausscheidung zwischen dem zweiten und dritten Tag gewechselt, Urostomiebeutel werden täglich gewechselt (FgSKW 2011).

**Wichtig:** Im Stomabeutel können sich Keime schneller vermehren als sonst im Harntrakt (Deutsche ILCO e. V. 2012). Wenn Patienten durch Harnwegsinfekte oder immunsupprimierende Therapien (onkologische Therapie) gefährdet sind, muss die Stomahygiene individuell und gegebenenfalls mehrmals besprochen werden.

Zum Sammeln des Urins wird der Ablass des Urinbeutels nach Desinfektion mit einem firmengleichen Adapter und dem sterilen Urindrainagesystem (Bettbeutel) verbunden. Der Bettbeutel muss so am Bett angebracht werden, dass der Urin ungehindert abfließen kann. Die Verbindung sollte nicht mit Pflaster fixiert werden.

## Anleitung und Schulung sind essentiell

Nach der OP erfolgt die Versorgung anfangs mit sterilen Urostomiesystemen nach hausinternen Hygienestandards. Später werden dann unsterile ein- oder zweiteilige Systeme eingesetzt. Mit diesen Produkten beginnt auch die Anleitung zur Selbstversorgung. Schritt für Schritt werden dem Betroffenen und seinen Angehörigen die Grundsätze der Stomaversorgung einer Urostomie gezeigt. Diese wird dann nach und nach durch ihn selbst durchgeführt. Um zu Hause adäquat reagieren zu können, werden die praktischen Fähigkeiten am besten durch Wiederholungen erlernt. Jedes Gespräch und jede Anleitungssituation sollte durch schriftliche oder bildliche Darstellung unterstützt werden (EAUN 2009).

**Urinausscheidung:** Zu diesem Punkt gehört das Ernährungs- und Trinkverhalten, zum Beispiel das

Trinken von Mineralwasser oder Kräutertees, um die Niere und den Harntrakt „ausreichend zu spülen“ und so Harnwegsinfektionen vorzubeugen. Der Urin sollte hellgelb sein, anfangs ist noch mit Schleimbeimengungen (Darmabschnitt des Conduit) zu rechnen. Falls ein starker Geruch oder sehr konzentrierter, dunkler Urin auftreten, ist ein Urologe aufzusuchen. Die Daumenregel lautet: Pro 24 Stunden werden zirka 1,5 Liter Urin ausgeschieden, wenn etwa zwei bis drei Liter Flüssigkeit aufgenommen werden. Bei Bedarf ist der Betroffene zur Selbstkontrolle anzuleiten.

**Kontrolle der Stomaversorgung:** Die Größe des Ausschnitts der Stomaversorgung wird in den ersten Wochen noch angepasst, da sich die Stomaform und -größe sowie die Bauchdeckensituation noch verändern. Die Wichtigkeit des empfohlenen Wechselintervalls der Stomaversorgung wird besprochen, um Undichtigkeiten und Kontakt der Ausscheidung mit Urin zu vermeiden. Auch wird über Produkte informiert, die in der Stomaversorgung keine Anwendung finden wie Cremes oder ölige Pflegeprodukte. Zudem sollten mögliche Komplikationen thematisiert werden (EAUN 2009).

**Komplikationen:** Bei Urostomien kommt es bei über der Hälfte aller Fälle durch undichte oder nicht mehr angepasste Versorgungen zu Problemen oder Komplikationen. Diese können sein: toxisch irritative Kontaktekzeme, Granulome oder Mykosen im parastomalen Bereich, Urinkristallansammlung am Stoma usw. Deshalb erfordert es eine nahtlose Zusammenarbeit der Pflegeexperten SKW sowie des Ärzte- und Beratungsteams, um die Probleme zu erkennen, die Diagnose und Therapie einzuleiten und die Versorgung anzupassen. Ein erneuter Beratungsbedarf ist einzuplanen (Sailer 2010).

**Alltagsfragen:** Zur Nachsorge sollte der Patient um die Wichtigkeit der erforderlichen Harn- und Blutkontrollen wissen. Ebenso sollten Fragen zum Alltagsleben beantwortet wer-

den, wie Umgang und Leben mit einem Stoma, Ernährung, Beruf, Selbsthilfeangebote, Sozialrecht, Partnerschaft und Intimität, Sexualität, Hobbys oder Reisen mit Stoma.

Wichtig ist auch, dem Betroffenen Ansprechpartner zu nennen, die nach der Entlassung für Fragen oder bei Problemen zur Verfügung stehen. Das können beispielsweise ein Pflegeexperte, der ambulante Pflegedienst, der Arzt oder ein Homecare-Unternehmen sein.

Hilfreich sind zudem Informationen zur Verordnung der Stomaproducte und dem Bezug über Homecare-Unternehmen oder Sanitätsfachhändler sowie der gesetzlichen Zuzahlung.

## Entlassung und Nachsorge

Vor der Entlassung ist im Rahmen eines Entlassungsgesprächs mit dem Betroffenen zu klären, wie sicher er sich im Umgang mit seinem Conduit fühlt und welche Defizite gegebenenfalls noch bestehen.

Die Entlassung wird nach Wunsch des Betroffenen geplant und vorbereitet. Bei Bedarf kann die Anleitung oder Schulung auch in der Häuslichkeit über den Fachhandel oder ein Homecare-Unternehmen organisiert werden. Falls ein weiterer häuslicher ambulanter Pflegebedarf besteht, ist dieser mit dem Arzt und der Krankenkasse zu klären.

Achtung: Der alleinige Stoma-Versorgungswechsel löst generell keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse aus. Und: Homecare-Unternehmen sind nicht mit „ambulanten Pflege“ zu verwechseln. Sie geben Gebrauchsschulung im „Gebrauch der Hilfsmittel“ oder sind Ansprechpartner bei Fragen und Problemen mit der Stomaversorgung.

Die pflegerische Beratung und medizinische Nachsorge wird in den ersten drei bis sechs Monaten bis zu einem Jahr angeboten (AWMF 2016). Sie kann in der Stoma-Ambulanz der Klinik oder zu Hause durch die Pflegekräfte der Homecare-Unternehmen fortgeführt werden (EAUN 2009).

AWMF (2016). Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.; S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Harnblasenkarzinoms. [http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx\\_sbdownload/LL\\_BlasenCa\\_Langversion\\_Konsultationsfassung.pdf](http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx_sbdownload/LL_BlasenCa_Langversion_Konsultationsfassung.pdf) (letzter Zugriff am 26.09.2016)

Deutsche ILCO e. V. (2012). Urostomie ein Leitfaden. Berlin: Korrel Mirau

Deutsche ILCO (2007). Charta der Rechte von Stomatragern. <http://www.ilco.de/stoma/stomatraeger-weltweit.html> (letzter Zugriff am 26.09.2016)

DKG (2015). Erhebungsbogen für Darmkrebszentren der Deutschen Krebsgesellschaft. <http://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft-wtr/gerhebungsbogen/gergankrebszentren.html> (letzter Zugriff am 26.09.2016)

DNQP (2009). Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. [https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Entlassungsmanagement\\_in\\_der\\_Pflege/Entlassung\\_Akt\\_Auszug.pdf](https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Entlassungsmanagement_in_der_Pflege/Entlassung_Akt_Auszug.pdf) (letzter Zugriff am 26.09.2016)

Droste, W. & Gruber, G. (2010). Sektorenübergreifender Leitfaden Stomatherapie für Krankenhäuser, die ambulante Homecare-Versorgung und Rehabilitationskliniken. 2. Hrsg. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG

EAUN (2009). European Association of Urology Nurses; Incontinent Urostomy (Good Practice in Health Care)

FgSKW e. V. (2013). Fachgesellschaft Stoma-Kontinenz und Wunde e. V.; 3. Entwurf, Handlungsempfehlung zum Einsatz konvexer Produkte. [http://www.fgskw.org/files/entwurf\\_v3\\_handlungsempfehlung\\_convexe\\_produkte\\_der\\_fgskw.pdf](http://www.fgskw.org/files/entwurf_v3_handlungsempfehlung_convexe_produkte_der_fgskw.pdf) (letzter Zugriff am 26.09.2016)

FgSKW, 2011. Fachgesellschaft Stoma – Kontinenz – Wunde e. V.; Leitlinie der Fachgesellschaft FgSKW e. V. zur Stomaversorgung. <http://www.fgskw.org/files/fgskw-leitlinie-2011.pdf> (letzter Zugriff am 26.09.2016)

FgSKW (2012). Fachgesellschaft Stoma – Kontinenz – Wunde e. V. „Handlungsanweisung Präoperative Markierung“. [http://www.fgskw.org/files/handlungsanweisung\\_praeoperative\\_markierung.pdf](http://www.fgskw.org/files/handlungsanweisung_praeoperative_markierung.pdf) (letzter Zugriff am 26.05.2016)

Gruber, G. (2015). Stomapflege bei gezielter Krebstherapie. In: Die Schwester Der Pfleger, 54. Jahrgang, 6/15: 42–45

Landenberger, M. & Bauer, A., 2014. Pflege wirkt mit an S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom. Onkologische Pflege (KOK), 04 (Dezember)

Sailer, M. (2010). Patientenedukation. In: Panfil, E. & Schröder, G. (Hrsg.): Pflege von Menschen mit chronischen Wunden – Lehrbuch für Pflegenden und Wundexperten. Bern: Verlag Hans Huber



**Gabriele Gruber**, MSc Gesundheitsmanagement, ist Systemmanagerin für Qualität im Gesundheitswesen, Risikobeauftragte, akademische Kontinenz- und Stomaberaterin und Pflegeexpertin SKW München. Sie hat an der aktuellen S3-Leitlinie mitgearbeitet.  
Mail: [Kontakt@gabriele-gruber.de](mailto:Kontakt@gabriele-gruber.de)