

FALLSTUDIE ZUR ARZT-PATIENT-BEZIEHUNG

EINE 54-jährige Patientin kommt wegen eines Rundherdes in der Lunge zur Abklärung.

Sie ist gelernte Kosmetikerin, verheiratet mit einem Bankangestellten, 1 Sohn.

Frühere Anamnese:

Mit 17 Jahren Diagnostik und Therapie in einem Lungenzentrum wegen einer fraglichen Tuberkulose („Herd in der Lunge mit Lymphknoten“). Dabei sei eine Bett Nachbarin im Anschluß an eine Bronchoskopie gestorben. Dies war der Grund, warum sie selbst damals die Bronchoskopie und die exakte Diagnostik verweigert habe. Seither ist sie extrem voreingenommen gegenüber Ärzten, weiß ausschließlich negative Erlebnisse (eigene und fremde) mit Ärzten zu berichten.

Jetzige Erkrankung:

Seit Anfang 1992 unklare Rheumabeschwerden, ab Sommer Bauchbeschwerden, wechselnde Obstipation, Meteorismus und Diarrhöen. Eine Gesundenuntersuchung über den praktischen Arzt verläuft ohne Befund. Auf Betreiben des Gatten schließlich Abnahme von CEA. Das Ergebnis (erhöht mit 80 U/L) führt zu einer Ultraschalluntersuchung des Abdomens, bei welcher der Verdacht auf einen Tumor im re. Unterbauch geäußert wird. Im November Aufnahme zur Operation, wobei ein großes Adenokarzinom des Coekums operiert wird, welches zu einer Hydronephrose durch Kompression des re. Ureters geführt hat. Es muß eine Resektion des re. Ureters und eines Teils der Blase mit Ersatz durch Dünndarmplastik durchgeführt werden. Die Operation scheint radikal, Lymphknoten sind regional negativ. Während der Operation selbst

wird ein Uteruskarzinom diagnostiziert, die Hysterektomie erfolgt in derselben Sitzung. Nach der Operation wird offenkundig, daß ein präoperativ angefertigtes Thoraxröntgen eine Verschattung im rechten Oberlappen oder der Unterlappenspitze gezeigt hatte.

Im Jänner 1993 hat die Patientin eine ausgezeichnete Rehabilitation durchgemacht, sodaß über das weitere Vorgehen diskutiert wurde. Zunächst wird eine Metastase angenommen, ein dritter Primärtumor aber nicht ausgeschlossen. Die Patientin verweigert dezidiert eine Bronchoskopie oder eine transthorakale Punktion mit dem Hinweis, daß sie „das“ schon immer gehabt habe (siehe Vorgeschichte). Zu diesem Zeitpunkt sind die Werte von CEA praktisch normal (7-8 U/L), allerdings ist das SCC auf Werte um 5,0 erhöht (normal bis 1,0). Eine Chemotherapie wird nach einer Phase der Unentschlossenheit von der Patientin abgelehnt, eine Mediastinoskopie wird empört zurückgewiesen, auch über eine diagnostische Thoraktomie läßt sie nicht mit sich reden. Lediglich eine Bestrahlungstherapie wird akzeptiert, die – nach Zerwürfnis mit dem Onkologen des bisher behandelnden Spitals – an einer Strahlenklinik durchgeführt wird. Die Patientin erhält und verträgt eine volle Herddosis auf die re. UL-Spitze, der Herd ist danach im Röntgen aber völlig unverändert. Allerdings ist eine infiltrative Verschattung im angrenzenden ML Gebiet i.s. einer Strahlenpneumonie hinzugekommen.

Im Dezember 1993 (1 Jahr nach der Operation) beginnen anhaltende Schmerzen re. thorakal und inguinal. Das Übersichtsröntgen des Thorax ist unverändert. Im März 1994 wird ein Kontroll CT veranlaßt, welche eine deutliche Größenzunahme des Tumors in der rechten Lunge erbringt. Die Tumormarker sind im Prinzip unverändert (CEA um 9,0, SCC um 3,0). Jetzt erklärt sich die Patientin plötzlich

zu einer transthorakalen Biopsie bereit, möchte die Untersuchung aber hinausschieben, um ihren geplanten 6-wöchigen Urlaub im Süden noch antreten zu können.

Programmgemäß wurde die CT-gezielte transthorakale Punktion des Herdes durchgeführt. Die Punktion ergab ein teilweise nekrotisierendes Granulationsgewebe, das entfernt auch an Tuberkulose erinnerte. Jetzt war zur Sicherung der Diagnose eine Brochoskopie unumgänglich. Nach einem kurzen Gespräch war die Patientin dazu bereit, unter der Bedingung, daß die Untersuchung in Allgemeinnarkose erfolgen solle.

Bei der Bronchoskopie zeigte sich im re. OL-Bronchus allerdings eine an Tumor gemahrende Läsion, eine ausgiebige Biopsie (Bürste, Zange, Lavage) erbrachte aber wieder kein konklusives Material. Ein Tuberkulintest war negativ.

Die Brochoskopie wurde ausgezeichnet vertragen und die Patientin auf eine klassische antituberkulöse Dreifachtherapie gesetzt.

Diese Therapie wurde zunächst sehr gut vertragen, es zeigte sich sogar eine gewisse Schrumpfung des Herdes im rechten posterioren OL-Segment. Bei einer Routineblutkontrolle fiel allerdings ein massiver Anstieg der Tumormarker CEA und CA 19-9 auf, der sich in den folgenden Wochen fortsetzte, sodaß schließlich ein CEA von 150 U und ein CA 19-9 von 85 U gefunden wurde. Eine Untersuchung mit technetiummarkiertem CEA-Antikörper zeigte eine massive Speicherung im gesamten Thorax und im Halsbereich. Eine Punktion der Schilddrüse ergab ein eindeutiges malignes Gewebe im Sinne eines Adenokarzinoms.

Kommentar:

Auditorium: Trotz aller Bemühungen dürfte hier von Anfang an eine geeignete Gesprächsbasis gefehlt haben. Die Patientin hat besten Kontakt zu den erfolgreichen Chirurgen, ist aber enttäuscht, daß mit diesen nicht alle Probleme zu lösen waren. Sie negierte die Bedeutung des Lungenherdes und will in Ruhe gelassen werden. Dies wird ihr aber vom „Team“ nicht gewährt.

Antwort: Bis zu diesem Punkt war soviel erreicht worden, daß man sie nicht einfach in ein abwendbares Unglück laufen lassen konnte. Schließlich war der Lungenherd unter Umständen ein operables Primärkarzinom. Wenn sie schon 2 unabhängige Tumoren im Bauch gehabt hatte, warum nicht auch einen 3. in der Lunge!

Audi.: Also war doch die Angst um das „ärztliche Erfolgserlebnis“ im Spiel?

Antwort.: Kann sein, als Ko-Faktor. Aber primär geht es doch um die Prognose, d.h. Tumorfreiheit, d.h. letztlich Lebensqualität der Patientin und ihr Überleben!

Audi.: Wenn die Patientin selbst aber findet, ihre Lebensqualität sei durch weitere Eingriffe schwer beeinträchtigt, so muß man dem Rechnung tragen, oder?

Antwort.: Dies wurde auch versucht, allerdings ohne sie gänzlich sich selbst zu überlassen. Deswegen wurde auch unter anderem die Strahlentherapie diskutiert, zu der sich die Patientin sehr rasch entschlossen hat.

Audi.: Ohne Zelldiagnose?

Antwort.: Wir haben bei der multiplen Tumorerkrankung der Patientin mit 90% Wahrscheinlichkeit eine Malignität des Lungenherdes angenommen. Und wenn Operation und Chemotherapie standhaft abgelehnt werden, bleibt eben nur die Strahlentherapie.

Audi.: Der Verlauf hat Ihnen nicht rechtgegeben, der Tumor blieb unverändert, dazu kam die Strahlenpneumonie. Wäre dies nicht in einem vorausgehenden interdisziplinären Gespräch unter Einbeziehung der Patientin zu erörtern gewesen?

Antw.: Prinzipiell ja, aber es bestanden schwere Ressentiments zwischen Patientin und Onkologen!

Audi.: Wenn die Betreuer dieser Patientin den Weg in eine Balintgruppe gefunden hätten, wäre vielleicht manches zeitgerecht ins reine gekommen. Vermutlich wäre z.B. die Frage nach einer absoluten Therapieverpflichtung um jeden Preis diskutiert worden. Wenn hier nicht Tumorexperthen am Werk gewesen wären, würde man sich eigentlich wünschen, daß solche zugezogen würden ... Bestrahlung ohne Diagnose? Antituberkulöse Therapie ohne Keimnachweis?

Antw.: Diese Einwände treffen genau den wunden Punkt, weswegen dieser Fall hier vorgestellt wurde:

1. Eine eigenwillige Patientin mit einer möglicherweise todbringenden Erkran-

kung hat schwere Vorbehalte gegen Ärzte (mit Ausnahme der Chirurgen).

2. Anfangerfolge waren in Gefahr, in der unbehandelten Progression der Krankheit unterzugehen (unsere Angst vor dem ärztlichen Versagererlebnis).
3. Unkonventionelle Kompromisse wurden eingegangen, um „wenigstens etwas“ zu versuchen. Dies gilt besonders für die Bestrahlung. Die sogenannte „Sicherheitstherapie“ bei begründetem TBC-Verdacht ist hingegen unbestritten und der ärztlichen Kunst entsprechend!
4. Die ersehnte Lebensqualität der Patientin hätte darin bestanden, nach der schweren Bauchoperation in Ruhe gelassen zu werden. Sie hat dies of genug betont, aber keine ärztliche Gegenliebe dafür gefunden.

Der derzeitige Stand ist also dieser:

Das Abdomen offensichtlich tumorfrei (Ultraschall, Irrigoskopie, markierter CEA-Antikörper), ein Knochenszintigramm ist negativ, die mittlerweile eingelangte Kultur aus dem Bronchialsekret ist negativ bezüglich Mycobakterien. Es besteht also eine diffuse thorakale Karzinose eines metastasierenden Adenokarzinoms, dessen Primärtumor entweder im Bauch gelegen war, oder doch in der Lunge. Die Patientin selbst ist körperlich beschwerde-

frei, aber begreiflicherweise voll Angst. Da sie weiterhin strikte gegen eine Chemotherapie eingestellt ist, dieselbe im gegenwärtigen Zeitpunkt tatsächlich nur eine Verschlechterung der Lebensqualität mit sich bringen würde, haben wir uns gemeinsam zum Abwarten entschlossen. Falls Metastasen auftreten sollten, die Beschwerden machen, würde eine organgerechte Palliation versucht werden. Mittlerweile nimmt sie Medikamente mit Spurenelementen (Selen und Kupfer), ferner Vitamin A und E und bemüht sich um verschiedene Diäten.