

Onkologie: Rettungsanker venöser Port

Wenn Krebspatienten infolge einer gefäßtoxischen Chemotherapie schlechte Venenverhältnisse haben, kann oft nur noch ein venöser Port den Zugang zur Vene sichern. Um einer Infektion oder Okklusion des Ports vorzubeugen, sollten mit der Pflege und Spülung dieser Systeme neben dem Implanteur auch weiterbehandelnde Hausärzte, Notärzte und ambulante Pflegedienste vertraut sein.

Patienten mit venösen Ports waren in der Vergangenheit meist Krebs- oder auch Aidspatienten, die in der finalen Phase ihrer Erkrankung palliativ versorgt wurden und nur noch wenige Monate zu leben hatten. Entsprechend selten waren sie in der Praxis niedergelassener Ärzte anzutreffen.

Doch die Zahl der Patienten mit Portsystemen steigt seit Jahren kontinuierlich an, wie Dr. Marcus Schweigert von der onkologischen Praxis Hellersdorf in Berlin beim 8. Symposium „Ports, Pumpen und Katheter“ am 28. April 2007 in Potsdam berichtete. Zum einen erkranken mehr Menschen an Krebs, zum anderen sind Karzinome dank des Fortschritts in der Onkologie immer häufiger eine chronische statt einer finalen Erkrankung und müssen entsprechend langfristig therapiert werden.

Bei schlechten Venen ist ein Port oft die letzte Option

Venöse Ports kommen daher nicht nur palliativ, sondern zunehmend auch kurativ zum Einsatz, wann immer schlechte Venenverhältnisse eine reguläre Versorgung des Patienten erschweren. Der niedergelassene Chirurg und Initiator des Potsdamer Symposiums Dr. Herbert A. F. Hofmann aus Berlin, der in den vergangenen 15 Jahren über 4.500 venöse Ports implantiert hat, erklärte: „Patienten, die zu uns kommen, haben nicht mehr unbedingt jungfräuliche Venen – für sie ist ein Port oft die letzte Option.“

Portsysteme dienen bei diesen Patienten zur multimodalen oder der adjuvanten postoperativen Chemotherapie, zur Patientenüberwachung, zur Diagnostik und Substratentnahme ebenso wie zum Volumenersatz und zur parenteralen Ernährung. Der Onkologe Schweigert berichtete: „Vollständig implantierte zentrale Venenkatheter haben viele Vorteile für unsere Patienten. Doch aufgrund ihrer onkologischen Grunderkrankung sind sie quasi prädestiniert für Komplikationen.“

Port-Komplikationen lassen sich nur bedingt vermeiden

Erschwerend wirken sich Gerinnungsstörungen aus, ebenso der Zustand der Venen nach einer Chemotherapie mit gefäßtoxischen Zytostatika. Dementsprechend steigt mit der Zahl der implantierten Ports auch die Zahl der Komplikationen. Bereits bei der Implantation des Ports könnten Komplikationen auftreten, warnte Schweigert. Dazu zählten Pneumothorax durch Punktion, arterielle Fehlpunktion, perioperative Herzrhythmusstörungen, Luftembolie und Nervenverletzungen.

Als Frühkomplikationen nach einer Portimplantation können Hämatome, Thrombosierung, Luftembolie, Katheterfehlage, Infektionen oder eine Perforation des Portkatheters in das Mediastinum auftreten. Typische Spätfolgen sind vor allem Infektionen im und am System sowie Thrombosen in den Venen. Die Häufigkeit von Komplikationen hängt ab von der Erfahrung des Operateurs, dem benutzten Portsystem, der Art und Schwere der Vorerkrankung, der Liegedauer des Ports und der Art der Nutzung.

Penible Hygiene bei der Punktion schützt vor Infektionen

Die hygienisch korrekte Nutzung und Pflege des Portsystems trägt dazu bei, dass der stabile venöse Zugang über den Port möglichst lange und komplikationsfrei erhalten bleibt. Hierfür empfahl Schweigert das Tragen (steriler) Einweghandschuhe, Desinfektionslösung, die Verwendung steriler Tupfer und die Punktion des Ports ausschließlich mit Spezialnadeln. Um eine Kontamination des Ports mit Keimen zu vermeiden, müssen vor der Punktion eine hygienische Händedesinfektion und eine zweimalige Wischdesinfektion des Punktionsareals durchgeführt werden.

Fehler beim Spülen wiederum könnten die Funktion des Ports beeinträchtigen und Okklusion des Katheters begünstigen, wie Professor Fritjoff König, Anästhesist und Intensivmediziner aus Leipzig, berichtete: „Einen verstopften Port sollte man nicht mit Macht freispülen, denn

dabei kann sich der Thrombus lösen, in die Blutbahn gelangen und an anderer Stelle eine Embolie auslösen.“

Interdisziplinäre Kommunikation muss reibungslos ablaufen

In der Praxis werden die notwendigen Kontroll- und Spültermine aber häufig nicht eingehalten, weil die interdisziplinäre Kommunikation zwischen chirurgischem Implanteur, Onkologen, Hausarzt und Pflegedienst nicht reibungslos funktioniert. So erfährt der Pflegedienst nicht immer vom Hausarzt, dass der Patient einen Port trägt, der regelmäßig gespült werden muss und gleichzeitig aber auch als venöser Zugang für Notfälle genutzt werden kann.

König empfahl seinen Kollegen deshalb, dem Patienten einen Portpass auszustellen, in dem die Liegedauer und Art des Portsystems, die zu verwendende Nadelgröße sowie alle fälligen Kontroll- und Spültermine genau vermerkt sind. Bislang gibt es keine evidenzbasierten Daten zur optimalen Spülfrequenz von Ports, daher rieten die Experten nicht zuletzt aus haftungsrechtlichen Gründen, den Herstellerangaben zu folgen und Portsysteme etwa alle sechs Wochen zu spülen, um eine Keimbeseidlung und Okklusion des Ports zu vermeiden.

Erfahrungen austauschen und Wissen vermitteln

Dr. Holger Felcht, chirurgischer Chefarzt am Marienkrankenhaus in Schwerte erklärte: „Wie man einen Port spült, kann ich einem Arzt in 15 Minuten und jedem anderen Interessierten in 30 Minuten erklären. Dennoch erlebe ich immer wieder, dass Patienten von ihrem Hausarzt zum Spülen in die Klinik geschickt werden. Das muss doch eigentlich nicht sein.“ Und auch sein Kollege König bedauerte: „Leider haben 50 Prozent aller Hausärzte und sogar 90 Prozent aller Notärzte Angst vor Portsystemen.“

Den routinierten Umgang mit Portsystemen können Fachärzte, Hausärzte und auch nicht-ärztliches Personal bei Hospitationen trainieren, wie sie Hofmann und seine Mitstreiter regelmäßig anbieten. Das Interesse ist vor allem bei Arzhelferinnen und Pflegekräften groß: An den Hospitations- und Schulungsterminen stellen sie in der Regel die Mehrheit, und auch beim Symposium in Potsdam waren nur etwa 30 Prozent der knapp 150 Teilnehmer Ärzte.

Ist die Portpunktion eine delegationsfähige Leistung?

Der Patient profitiert zweifellos, wenn alle Beteiligten seines Betreuungsnetzwerks im Umgang mit Ports geschult sind. Allerdings ist aus juristischer Sicht derzeit nicht eindeutig geklärt, ob und unter welchen Voraussetzung Leistungen wie die Punktion eines Ports delegationsfähig sind.

Auf Anregung von Hofmann befasst sich daher aktuell die gemeinsame Rechtsabteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Bundesärztekammer (BÄK) mit dieser Frage. Der Fachdezernent Dr. Gerhard Nösser berichtete im Gespräch mit der Redaktion: „Die Punktion eines Ports ist aus juristischer Sicht eine ärztliche Leistung. Doch nicht alles, was unter die Arzthoheit fällt, muss auch höchstpersönlich von ihm erbracht werden.“

KBV und BÄK arbeiten an neuer juristischer Stellungnahme

Vor einer juristischen Stellungnahme der KBV und BÄK müsse zunächst einmal aus medizinischer Sicht geklärt werden, unter welchen Voraussetzungen ein Arzt diese Leistung an ausreichend qualifiziertes nicht-ärztliches Personal delegieren kann. Hierfür sollen die einschlägigen Fachgesellschaften und Berufsverbände befragt werden.

Mit einem ersten Konsenspapier rechnet Nösser frühestens 2008. Erst auf dieser Basis kann die Rechtsabteilung eine neue Stellungnahme formulieren, die Ärzten im Zweifelsfall mehr Rechtssicherheit bietet als die derzeit noch gültige Stellungnahme zur persönlichen Leistungserbringung aus dem Jahr 1988.

Portimplantation: Wie steigert man die Erfolgsrate der Sectio?

Um einen Portkatheter zu legen, gibt es prinzipiell zwei Zugangswege: Chirurgen bevorzugen in der Regel die Sectio der Vena cephalica, während Anästhesisten den Katheter am liebsten mit einer Punktion der Vene implantieren. Wie Dr. Philipp Knebel, Chirurg am Universitätsklinikum Heidelberg, berichtete, liegt die primäre Erfolgsrate der Sectio nur bei 80 Prozent, allerdings kommt es dabei im Vergleich zur Punktion deutlich seltener zu einem Pneumothorax. In einer Studie haben Knebel und seine Kollegen daher untersucht, ob sich die primäre Erfolgsrate der Sectio durch eine Modifikation der klassischen Methode

verbessern lässt: Während den Patienten der Kontrollgruppe der Port mittels einer klassischen Sectio implantiert wurde (primäre Erfolgsrate 81 Prozent), wendeten die Chirurgen bei den Patienten der Studiengruppe eine modifizierte Sectio-Technik an. Vor der Implantation des Portkatheters schoben sie unter Bildwandlerkontrolle einen Führungsdraht in die Vene und weiteten das Lumen bei Bedarf mit einem Dilatator (primäre Erfolgsrate 84 Prozent). Die Komplikationsrate der modifizierten Sectio-Technik unterschied sich nicht signifikant von der klassischen Sectio. Doch auch der Unterschied der jeweiligen Erfolgsraten war nicht signifikant: "Es hat also keinen Vorteil, grundsätzlich bei jeder Sectio einen Führungsdraht zu verwenden", erklärte Knebel. "In den Fällen, wo sich bei einer klassischen Sectio der Katheter nicht platzieren lässt, hilft der Führungsdraht aber, so dass man die primäre Erfolgsrate insgesamt auf 94 Prozent steigern kann." Aufgrund ihrer Studienergebnisse raten Knebel und seine Co-Autoren dazu, den Führungsdraht nur bei Problemen mit den Venendurchgängigkeit einzusetzen.

Autorin: Antje Soleimanian

Quelle: Chirurgen Magazin 27, Ausgabe 3/07 (Juni/Juli 2007)

Di. 19.06.2007

[← zurück](#)