

Lebensqualität und Ernährungsstatus von HNO-Tumorpatienten in der primären Therapie

C. Aderhold¹, C. Umbreit¹, M. Börger¹, B. Lippert², R. Riemann³, K. Hörmann¹ und J.D. Schultz¹

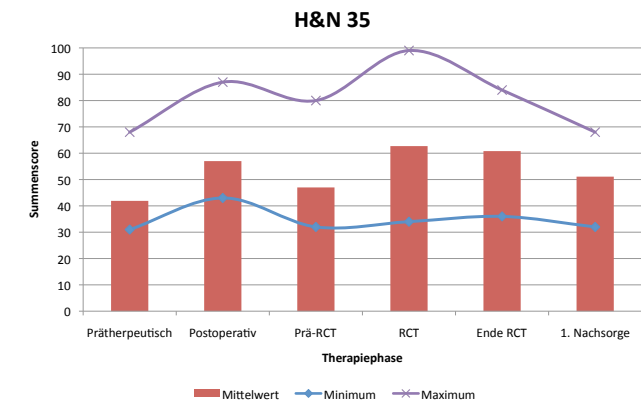
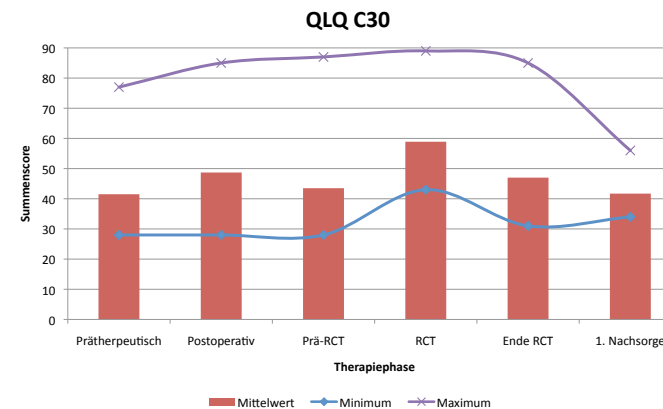
¹Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Universitätsklinik Mannheim, ²Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, SLK-Kliniken Heilbronn, ³Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Elbeklinikum Stade

Einleitung: Tumorresektion und Radiochemotherapie im Kopf-Hals-Bereich stellen eine extreme Belastung für den Patienten dar. Funktionseinbußen im stimmbildenden Apparat und dem oberen Aerodigestivtrakt sind sozial stigmatisierende Veränderungen. Ein strukturiertes Monitoring der Lebensqualität könnte helfen, frühzeitig supportive Maßnahmen einzuleiten, wie die bedarfsgerechte enterale oder parenterale Ernährung, die Optimierung der Analgesie und eine frühzeitige individuelle psychoonkologische Betreuung.

Methodik: Bislang wurden 36 Probanden (10 Frauen und 26 Männer) eingeschlossen. Das Alter der Probanden beträgt durchschnittlich 58,75 Jahre und liegt zwischen 28 und 79 Jahren. Nach histologischer Sicherung des Karzinoms erhalten die Patienten präoperativ, 7 Tage postoperativ, nach der Gabe eines Chemotherapiezyklus im Rahmen einer simultanen, kombinierten Radiochemotherapie sowie am Ende der kombinierten Therapie und zur ersten Tumornachsorge (nach 5-6 Wochen) die EORTC-Fragebögen QLQ-C30 und H&N35. Zusätzlich werden die Albuminspiegel und das Körpergewicht erfasst. Der QLQ-C30 besteht aus 28 Fragen zur körperlichen Leistungsfähigkeit, kognitiver, sozialer und emotionaler Funktionen mit einer 4-stufigen Bewertung (nicht, wenig, mäßig und sehr gestört) sowie 2 Fragen zur Lebensqualität und Gesundheitszustand allgemein. Der H&N35 besteht aus 30 Fragen mit HNO-spezifischen Beschwerden und 5 Fragen zum Einsatz von Schmerzmitteln, Nahrungsergänzung, Ernährungssonden und Gewichtsverlust.

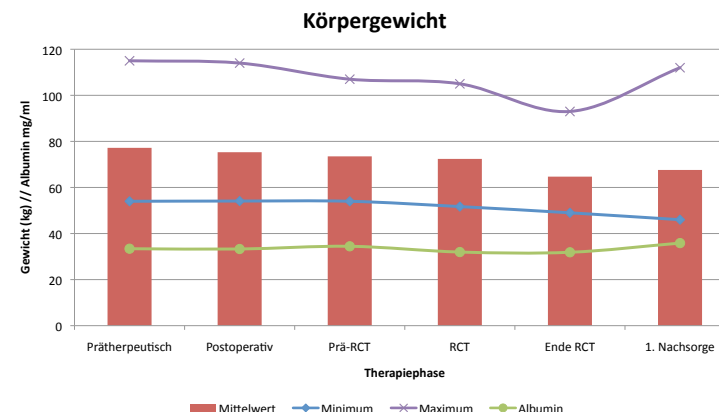
Ziel: Das Monitoring der Lebensqualität von Tumorpatienten während der multimodalen Primärtherapie soll zukünftig helfen präventive und individualisierte Maßnahmen in den einzelnen Therapiephasen bedarfsgerecht zu etablieren.

Statistik: Es erfolgte eine 1-faktorielle Varianzanalyse der Summenscores nach SAS PROC MIXED und Adjustierung nach Tukey-Kramer. Ein p -Wert $\leq 0,05$ wurde als statistisch signifikant angesehen.



Ergebnisse: Die Patienten geben im Schnitt geringe bis mäßige Beschwerdeintensitäten an. Die Lebensqualität sinkt signifikant postoperativ und normalisiert sich wieder annähernd bis zum Beginn der Radiochemotherapie. Während der Radiochemotherapie liegt ein signifikanter Anstieg der Summenscores vor und stellt die Phase der größten Einschränkung der Lebensqualität dar. Bis zum Ende der Radiochemotherapie bessern sich signifikant nur die Werte des QLQ-C30. Die Ergebnisse des H&N35 zeigen nur eine geringfügige Besserung. Zur 1. Nachsorge erreichen die Werte des QLQ-C30 wieder das prätherapeutische Niveau.

Die Summenscores für den H&N35 bleiben auch zur 1. Tumornachsorge erhöht, wenn auch nicht signifikant. Insgesamt fallen die Unterschiede zwischen QLQ-C30 und H&N35 je Therapiephase gering aus. Wobei die größten Unterschiede am Ende der Radiochemotherapie und zur 1. Nachsorge vorliegen. Das Körpergewicht weist während der gesamten Therapie einen langsamen kontinuierlichen Abfall auf. Der Verlust wird aber erst zum Ende der RCT signifikant und bleibt dies auch bis zur 1. Nachsorge.



Diskussion: Neben den akuten Einschränkungen der Lebensqualität postoperativ, die eine deutliche Besserung im Verlauf zeigen, erscheint die Zunahme der HNO-spezifischen Beschwerden während der Radiochemotherapie die größte Herausforderung für die Supportivtherapie der Patienten zu sein. Ob eine PEG-Versorgung die Körpergewichtsabnahme verhindern oder reduzieren kann, ist stichprobenbedingt noch nicht belegbar. Das weitere Monitoring der Patienten wird zeigen, ob sich die organ-spezifischen Beschwerden nach der Primärtherapie weiter bessern oder ein chronisches Residualbild verbleibt.

Ausblick: Die Studie wird fortgesetzt und weitere Probanden eingeschlossen. Einmal jährliche Kontrollen im Rahmen der Tumornachsorge mit einem Beobachtungszeitraum pro Proband von bis zu 5 Jahren sind vorgesehen.