

JANINE FIERZ¹
WALTER BÜRGIN²
REGINA MERICSKE-STERN³

¹ Dr. med. dent., Klinik für Zahnärztliche Prothetik, Universität Bern und Privatpraxis Bern

² Biomedizinischen Ingenieur ETH, Zahnmedizinische Kliniken, Universität Bern

³ Prof. Dr. med. dent., Klinikdirektorin, Klinik für Zahnärztliche Prothetik, Universität Bern

Korrespondenzadresse

Prof. R. Mericske-Stern
Klinik für Zahnärztliche Prothetik
ZMK Bern

Freiburgstrasse 7, 3010 Bern
Tel. 031 632 25 39

E-Mail:
regina.mericske@zmk.unibe.ch

Schweiz Monatsschr Zahnmed 123:
186–191 (2013)

Zur Veröffentlichung angenommen:
23. August 2012

Patienten mit oralen Tumoren

Teil 2: Lebensqualität nach Therapie mit Resektionsprothesen

Resektionsprothetik: Beurteilung der Lebensqualität

Schlüsselwörter: orale Tumoren, Resektionsprothetik, Lebensqualität, EORTC

Zusammenfassung In der vorliegenden Arbeit wurde die Lebensqualität von 18 Patienten mit oralen Tumoren individuell erfasst. Sie gehörten zu einer Kohorte von 46 Patienten, welche in den Jahren 2004 bis 2007 an der Klinik für Zahnärztliche Prothetik der Universität Bern behandelt worden waren. Die Resultate basieren auf den Fragebogen der European Organisation of Research and Treatment of Cancer (EORTC). 14 Patienten waren an einem Plattenepithelkarzinom erkrankt, bei 4 wurde eine andere Tumorart diagnostiziert. Von den insgesamt 18 Patienten, 13 Männern und 5 Frauen, erhielten 11 Zahnimplantate. In 14 Fällen wurde eine Radiotherapie durchgeführt und 12 Patienten erhielten ein Transplantat. Bei 5 Patienten resultierte durch die Resektion ein Unterkiefer-Kontinuitätsverlust und 3 wiesen eine grosse Mund-Antrum-Verbindung auf. Die Beantwortung der Fragen zur Lebensqualität ergab im Durchschnitt ein erstaunlich po-

sitives Bild, obwohl aus objektiver Sicht die funktionellen Einschränkungen und die psychische Belastung recht hoch sein müssten. Die Mehrheit der Patienten schätzte ihren allgemeinen Gesundheitszustand zwischen gut und ausgezeichnet ein, fühlte sich symptomfrei und in der Funktion wenig oder überhaupt nicht eingeschränkt.

Allerdings gibt die Darstellung einzelner Fälle diesbezüglich besser Auskunft als Mittelwerte, denn die Erfahrung mit der Tumorerkrankung und die subjektive Wahrnehmung der Folgen für den Alltag sind individuell sehr unterschiedlich.

Zusammenfassend waren für die Patienten das Schlucken fester Nahrung, die Mundtrockenheit, die reduzierte Mundöffnung und das Aussehen die grössten Probleme. Die prothetische Rehabilitation hat nur beschränkt oder gar keinen Einfluss auf die Nebenwirkungen der Tumortherapie.

Einleitung

Die strukturelle und funktionelle Wiederherstellung des Kiefer-Gesichtsbereiches nach der Resektion eines oralen Tumors verlangt meist auch nach einer Versorgung mit zahnärztlichen Prothesen. Die Planung und die Durchführung der zahnärztlich-prothetischen Versorgung werden durch die individuellen Folgen der Erkrankung und die Art der chirurgisch-plastischen Rehabilitation beeinflusst (TAYLOR 2000). Von Bedeutung sind Grösse und Lage des intraoralen Defektes, Grad der Zerstörung der oralen Strukturen, Nebenwirkungen der Tumortherapie, der

allgemeine Gesundheitszustand, die Lebenserwartung der Patienten sowie soziale, psychologische und ökonomische Aspekte (MERICSKE-STERN ET AL. 1994). Nebst Zahnverlust, Gewebedefiziten, Dislokation des Unterkiefers und offenem oro-nasalem Raum entstehen zum Teil auch extraorale Defekte. Bei der prothetischen Rehabilitation von Tumorpatienten wird besonders deutlich, dass es sich um eine Restitutio ad similem handelt (HUNDEPOOL ET AL. 2008).

Die ästhetische Verbesserung der Gesichtsmorphologie durch die Lippen- und Wangenstütze mittels Resektionsprothese kann sich günstig auf die Psyche und das soziale Leben der Patienten

auswirken (SCHLIEPHAKE & JAMIL 2002). Nebst positiven Aspekten der prothetischen Rehabilitation haben Folgen der Tumorbehandlung und der Radiotherapie aber auch einen negativen Effekt auf das Behandlungsergebnis. Sie können durch die zahnärztlich-prothetische Behandlung kaum oder überhaupt nicht beeinflusst werden und bedeuten für die Patienten eine Behinderung im täglichen Leben (WEBER ET AL. 2010). Der physische und psychische Allgemeinzustand ist in der Regel beeinträchtigt, und Schmerzsymptome bleiben bestehen.

Aufgrund funktioneller Einschränkungen ist die Behandlung oft nur unter erschwerten Umständen durchführbar, und die Prognose für das Behandlungsergebnis bleibt aus funktioneller und psychologischer Sicht suboptimal. Jeder Patient ist sehr individuell – physisch und psychisch – durch die Tumorerkrankung betroffen, und die Ausgangssituationen für die prothetische Rehabilitation sind unterschiedlich.

Ein wichtiges Ziel der prothetischen Therapie ist die Verbesserung der Lebensqualität durch Verbesserung der Funktion und Ästhetik im Sinne der sozialen Rehabilitation (MÜLLER ET AL. 2004). Es ist aber schwierig, Langzeitdaten zu erheben, da die Überlebensrate der Patienten oft kurz ist. Eine Studie zeigte auf, dass 50% der Patienten mit oralen Tumoren innerhalb einer Nachsorgeperiode von 2,3 Jahren verstarben (MERICSKE-STERN ET AL. 1999).

In den vergangenen Jahren wurde in der Zahnmedizin die Frage nach der auf die Mundgesundheit bezogenen Lebensqualität aktuell. Der Oral Health Impact Profile (OHIP) Questionnaire (SLADE & SPENCER 1994) wurde in verschiedenen Formen und Sprachen häufig angewendet und der Behandlungseffekt eruiert. Da bei Tumorpatienten nebst der zahnärztlich-prothetischen Problematik auch eine spezifische, tumorbezogene Problematik besteht, ist es sinnvoll, diese Patientengruppe gesondert mit Fragebogen zur Lebensqualität zu befragen. Es scheint, dass das allgemeine Befinden der Patienten nach der Therapie von oralen Tumoren trotz prothetischer Rehabilitation wesentlich reduziert ist und die Behinderungen sich negativ auf die Lebensqualität auswirken kann.

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, mittels eines validierten Fragebogens, der speziell für Tumorpatienten entwickelt wurde, die aktuelle Lebensqualität von Tumorpatienten drei bis maximal sechs Jahre nach ihrer prothetischen Rehabilitation zu erfassen.

Material und Methoden

Patienten

In der vorliegenden Arbeit beantworteten 18 Patienten freiwillig Fragebögen zur Lebensqualität nach der chirurgischen und prothetischen Tumorrehabilitation. Sie gehörten zu einer Kohorte von ursprünglich 46 Patienten, die in der Zeit von 2004 bis 2007 die interdisziplinäre Sprechstunde der Klinik für Zahnärztliche Prothetik und der Klinik für Schädel-Kiefer-Gesichtschirurgie besuchten und bei denen im Laufe der ganzen Tumorbehandlung auch eine prothetische Rehabilitation erfolgte.

Alle 46 Patienten wurden aufgefordert, nach Abschluss der prothetischen Behandlung regelmässig am Recall teilzunehmen, wobei 19 Patienten zum Privat Zahnarzt an ihrem Wohnort zurückkehrten. 2 Patienten verstarben bereits während der provisorischen prothetischen Phase, 11 verstarben innerhalb kurzer Zeit nach der Abgabe der definitiven Prothese. Dementsprechend nahmen diese Patienten an den Nachsorgesitzungen nicht oder nur unregelmässig teil, und es konnten nicht alle Patienten nachverfolgt werden.

Lebensqualität und Fragebogen

Trotz guter Planung und sorgfältiger prothetischer Therapie sind aus zahnärztlicher Sicht die Behandlungsergebnisse suboptimal, denn Folgen und Nebenwirkungen der Tumorthherapie können durch prothetische Massnahmen nicht kompensiert werden (Tab. I). Im Rahmen der vorliegenden retrospektiven Arbeit wurden im Jahr 2010 an 33 noch erreichbare Patienten zwei Fragebogen abgegeben. Zur Beurteilung der Lebensqualität schien es sinnvoll, dass die Fragebogen erst dann beantwortet wurden, wenn die Patienten nach Abschluss der Behandlung über einen längeren Zeitraum mit den Folgen der Tumorbehandlung gelebt hatten. Nur so können sie ihren Allgemeinzustand und ihr soziales Leben unter den gegebenen Bedingungen beurteilen. Sie wurden zu den Fragebogen informiert und instruiert, erhielten aber während des Ausfüllens keine direkte Unterstützung durch Zahnärzte oder medizinisches Personal.

Zur Bestimmung der Lebensqualität kamen die zwei standardisierten Fragebogen der European Organisation of Research and Treatment of Cancer (EORTC) zur Anwendung (AARONSON ET AL. 1993; FAYERS ET AL. 2001), da diese die spezifische Situation von Tumorpatienten besser berücksichtigen als allgemeine Fragebogen zur Lebensqualität. Es handelt sich um den EORTC QLQ-C30 und den EORTC H & N35.

Die Patienten gaben ihr Einverständnis zur Verwendung der Daten für die vorliegende Studie. Die Daten wurden durch eine Person, die nicht in die Behandlung der Patienten involviert war, in anonymisierter Form erfasst und ausgewertet.

EORTC QLQ-C30

Der Fragebogen EORTC QLQ-C30 (Version 3.0) gilt als «core questionnaire» und enthält 30 Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand und Wohlbefinden (Q1–Q30), was beides bei Tumorpatienten speziell auch durch die Nebenwirkungen der Therapie belastet wird. Der Fragebogen untersucht die Lebensqualität in einem breiteren Kontext, nämlich in Bezug auf verschiedene Funktionen, soziales Umfeld und Emotionalität. Die Antworten sind in eine 4-stufige Skala gegliedert:

- nein, überhaupt nicht
- ja, ein wenig

Tab. I Primäre und sekundäre Probleme im Rahmen der Tumorthherapie

Primäre Probleme

- Verlust der normalen Anatomie des Kieferkammes, nach Resektion
- Inkongruenz des Kammverlaufs zwischen Ober- und Unterkiefer
- Kontinuitätsverlust im Unterkiefer
- Offene Defekte im Oberkiefer (Antrum-Verbindung)
- Zerstörung von Weichgewebsstrukturen und Bildung starker Narbenzüge
- Verlust von einzelnen oder aller noch vorhandenen Zähnen durch die Resektion

Sekundäre Probleme

- Strahlenkaries und Verlust von Zähnen
- Mundtrockenheit (Radiotherapie)
- Fibrosis, Mucositis, Candidiasis
- Sensibilitätsverlust/-störung: als Folge Wangen- und Lippenbeissen
- Gestörte Motorik: Zungenbeweglichkeit, Schluckvorgang
- Reduzierte Mundöffnung
- Inkompetenter Lippenschluss: ausfliessender Speichel

Tab. II Übersicht zum EORTC QLQ-C30

Kategorie	Item (Anzahl)	Frage Nummer
Allgemeines Befinden, Lebensqualität	2	29, 30
Funktionsskala		
Physisch/Körperlich	5	1–5
Tagesablauf/Hobbys	2	6, 7
Emotionales Verhalten	4	21–24
Kognitive Fähigkeit	2	20, 25
Soziale Funktionen	2	26, 27
Symptome		
Müdigkeit	3	10, 12, 18
Übelkeit/Erbrechen	2	14, 15
Schmerzen allgemein	2	9, 19
Atemlosigkeit, Kurzatmigkeit	1	8
Schlaflosigkeit	1	11
Appetitlosigkeit	1	13
Verstopfung	1	16
Durchfall	1	17
Finanzielle Probleme	1	28

- ja, ziemlich
- ja, sehr

Nur die Fragen 29 und 30 weisen eine Skala von 1–7 auf.

Einige dieser Fragen sind sogenannte Single-Item-Fragen, andere sind Multi-Item-Fragen, d. h., es sind mehrere Fragen mit ähnlicher Thematik zu einem Item zusammengefasst. Insgesamt umfasst der EORTC QLQ-C30 drei Themenbereiche mit den untergeordneten Fragekomplexen, nämlich:

1. allgemeine Einschätzung des Wohlbefindens
2. Funktionsskala
3. allgemeine körperliche Symptome

Wie Tabelle II zeigt, widerspiegelt die Reihenfolge der Fragen 1–30 die Themenbereiche nicht direkt, sondern die Fragen sind thematisch durchmischt angeordnet.

EORTC H & N35

Der EORTC QLQ-H & N35 «head and neck module» besteht aus den Fragen 31–65. Die Single-Item-Fragen 31–48 berücksichtigen hauptsächlich Beschwerden im Kieferbereich und sind ein Mass für Behinderung. Aus dem EORTC QLQ H & N35 head and neck module wurde nur dieser erste Teil (HN31–HN48) verwendet, da es sich bei den folgenden Fragen 49–65, ähnlich wie beim EORTC QLQ C-30, um das allgemeine Befinden handelt. Zudem sollten die Patienten nicht mit einem Übermass an Fragen belastet werden, weil sonst die Gefahr besteht, dass die Fragebogen überhaupt nicht beantwortet werden. Diese 18 Fragen zielen direkt auf eine lokale Behinderung im Mundbereich, auf funktionelle Einschränkungen, Schmerzen, auf ein allgemeines Krankheitsgefühl oder auf ein Gefühl der sozialen Beeinträchtigung wegen der Tumorbehandlung.

Statistische Auswertung

Die Fragebogen EORTC QLQ C-30 wurden gemäss dem QLQ-Scoring-Manual (FAYERS ET AL. 2001) mit SAS/STAT Version 8.2 ausgewertet (SAS Institute 2002). Die thematischen Items können aus 1–5 Fragen bestehen, die ihrerseits mittels einer 4-stufigen Skala beantwortet (ausser Item 29,30). Daraus werden

Mittelwerte errechnet mit Standardabweichung (SD) und zusätzlich die Minimal- und Maximalwerte angegeben.

Hohe Werte beim Allgemeinbefinden bedeuten eine positive Antwort mit guter Lebensqualität. Hohe Werte bei der Funktionsskala stehen für positive, gute Funktionsfähigkeit. Hohe Werte bei den Symptomen zeigen eine starke Beeinträchtigung.

Bei den Single-Item-Fragen 31–48 des Fragebogens EORTC QLQ H & N35 bedeuten hohe Werte ebenfalls eine Beeinträchtigung durch die Symptome. Hier werden die prozentualen Anteile der 4-stufigen Skala als Resultate angegeben.

Resultate

Von den 33 verschickten Fragebogen wurden insgesamt 18 (55%) vollständig ausgefüllt und konnten ausgewertet werden, während 6 Patienten wegen des schlechten Allgemeinzustandes nicht in der Lage waren, die Fragebogen zu beantworten. Bei den 18 Patienten handelte sich um 13 Männer und 5 Frauen. Die Tabellen III und IV geben detaillierte Angaben zur prothetischen Rehabilitation dieser 18 Patienten. Insgesamt hatten 11 dieser 18 Patienten Implantate erhalten. Mit der Enukleation und der Nasenamputation waren 2 Patientinnen von stark wahrnehmbaren extraoralen Veränderungen betroffen.

Die Auswertung des Fragebogens EORTC QLQ-C30 ist in Tabelle V dargestellt. Die Mittelwerte der Patienten mit Implantaten unterschieden sich nicht von denjenigen ohne Implantate. Die Mittelwerte weisen auf ein Gefühl von wenig Behinderung hin und auf recht gute Lebensqualität. Aber die Maximal- oder Minimalwerte lassen auf einen schlechten Zustand von einzelnen Patienten schliessen.

Tab. III Tumortyp und weitere Befunde

Tumortyp/Folgen der Therapie	Anzahl Patienten 13 Männer	Anzahl Patienten 5 Frauen
Plattenepithelkarzinom	11	3
Andere Tumoren	2	2
Radiotherapie	11	3
Osteoradionekrose	5	–
Transplantate	10	2
Mund-Antrum-Verbindung	3	–
UK-Kontinuitätsverlust	4	1
Einseitige Enukleation	0	1
Nasenepithese	0	1

Tab. IV Betroffener Kiefer und Rekonstruktion

Tumorlokalisation	OK 5+3*	UK 10+3*
Prothetische Rekonstruktionsart		
Obturatorprothesen	3	–
Stegprothese auf Impl. (mit Obturator im OK)	3	5
Fixe Rekonstruktion auf Impl.	–	5
Teilprothesen (zahngetragen)	1	1
Drahtklammerprovisorium	1	1
Nur Fluoridierungsschiene	–	1

* Bei 3 Patienten waren beide Kiefer vom Tumor betroffen. Bei den 18 Patienten waren tumorbedingt also 21 Rekonstruktionen eingesetzt worden.

Tab.V Antworten zum EORTC QLQ-C30			
Kategorie	Mittelwert/SD	min.	max.
Allgemeines Befinden, QoL*	72,1 ± 21,6	33,3	100
Funktionsskala*			
Physisch/Körperlich	87,9 ± 74,7	16,7	100
Tagesablauf/Hobbys	75,9 ± 28,7	16,7	100
Emotionales Verhalten	76,8 ± 27,9	16,7	100
Kognitive Fähigkeit	78,7 ± 25,4	33,4	100
Soziale Funktionen	75,9 ± 31,4	0	100
Symptome°			
Müdigkeit	27,7 ± 26,7	0	77,7
Übelkeit/Erbrechen	3,7 ± 9,1	0	33,3
Schmerzen allgemein	22,3 ± 23,9	0	83,3
Kurzatmigkeit	14,8 ± 32,4	0	66,6
Schlaflosigkeit	24,1 ± 31,9	0	100
Appetitlosigkeit	16,5 ± 30,8	0	100
Verstopfung	3,7 ± 15,7	0	66,6
Durchfall	9,2 ± 19,1	0	66,6
Finanzielle Probleme	22,2 ± 32,3	0	100
* Hohe Werte bedeuten gute Lebensqualität und Funktion ° Niedrige Werte bedeuten wenig belastet durch Symptome			

Allgemeinbefinden: Bei den Fragen 29 (Gesundheit) und 30 (Einschätzung der Lebensqualität) schätzten alle befragten Patienten ihr Befinden während der letzten Woche zwischen gut und ausgezeichnet ein. 56% wählten auf der Skala von 1–7 einen der beiden höchsten und somit besten Werte. Die Einschätzung der Lebensqualität fiel etwas gestreuter aus, jedoch wurden nie die beiden tiefsten Werte markiert. 47% beschrieben die Lebensqualität als sehr gut bis ausgezeichnet.

Funktion: Fragen 1–5. Während 78% der Befragten überhaupt keine oder nur geringe Beschwerden angaben, hatten 3 Patienten mässige und eine Person sogar sehr starke Schwierigkeiten. Die weiteste Streuung der Resultate trat bei der Beurteilung von körperlich anstrengenden Tätigkeiten auf (Frage 1). Bei der Bewältigung der täglichen Verrichtungen und dem Ausüben ihrer Hobbys (Fragen 6–7) fühlte sich eine Patientin sehr eingeschränkt. Der emotionale Zustand (Fragen 21–24) wurde von rund 75% der Patienten als gut bezeichnet. Die kognitive Funktion (Fragen 20, 25) schien nur wenig eingeschränkt. Die Antworten zu Fragen der sozialen Beziehungen und des Familienlebens (Fragen 26, 27) dokumentieren, dass die meisten Patienten ein gutes Umfeld hatten. 2 der 18 Patienten gaben jedoch an, dass ihr Familienleben durch ihren Zustand mässig bis sehr beeinträchtigt wurde.

Orale Symptome: Die Mehrheit schien mässig oder nur wenig von den befragten Symptomen betroffen zu sein, es ergaben sich ausser bei 3 Patienten niedrige Mittelwerte.

Die Abbildung 1 gibt die prozentuale Häufigkeit der Antworten (4er-Skala) zum EORTC QLQ H&N 31–48 wieder, also den lokalen oralen Symptomen. Das Diagramm zeigt, dass alle Fragen zu $\geq 60\%$ mit den niedrigeren Werten (überhaupt nicht oder ein wenig) beantwortet wurden. 9 Patienten (50%) hatten sogar Werte von $\geq 80\%$.

Die Antworten zeigen aber auch, dass die Mundöffnung das grösste Problem darstellte. Hier wurden gesamthaft am meisten negative Werte gefunden. 39% der Befragten hatten mässige oder sogar sehr starke Schwierigkeiten, den Mund weit zu öff-

nen. Auch die Beurteilung der Mundtrockenheit ergab viele negative Angaben. 37% der Befragten litten mässig oder sehr unter einem trockenen Mund. 35% der Befragten klagten über ein Gefühl von zu wenig oder gar keinem Speichel, 39% der Patienten litten unter ihrer äusseren Erscheinung und ihrem Aussehen mässig oder sogar sehr.

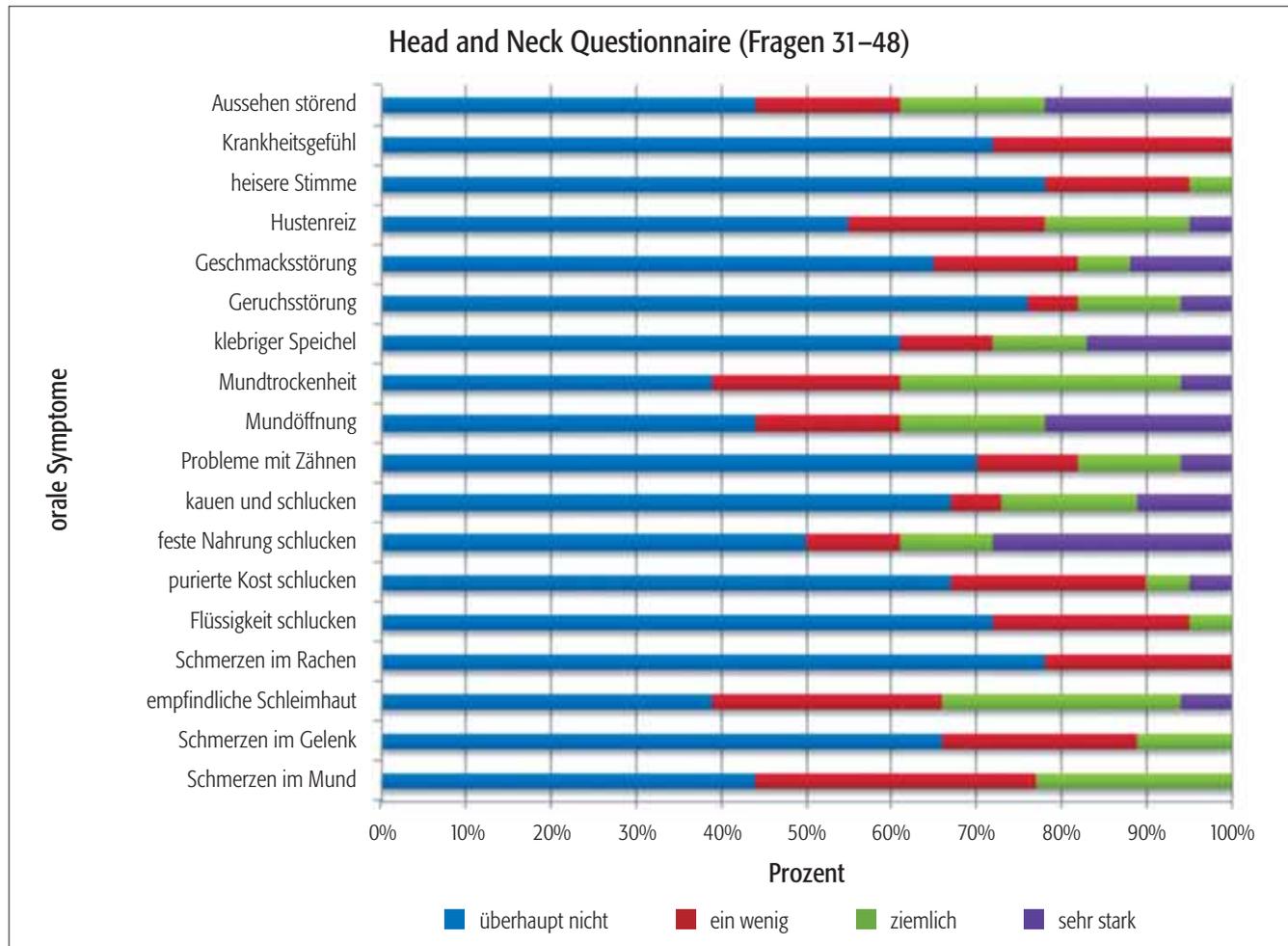
Diskussion

Nach oft invasiver, radikaler Chirurgie und weiteren Massnahmen zur Therapie eines Mundhöhlenkarzinoms hängt die Lebensqualität der betroffenen Patienten von verschiedenen Faktoren ab: Ausgangsbefund, Ausmass und Lokalisation der Resektion, gewählte Therapieform, Funktionalität des Zahnersatzes, allgemeine Lebensumstände und Copingstrategien der Patienten. Während die zahnärztlich prothetische Versorgung gewissen Einfluss auf die Rehabilitation der oralen Funktion hat, sind andere Faktoren jedoch kaum veränderbar (HAHN ET AL. 2007a).

In dieser vorliegenden Studie war es nicht möglich, die Lebensqualität vor und nach Therapie zu vergleichen, wie das mit dem Oral Health Impact Profile (OHIP) Questionnaire manchmal gemacht wird. Bei den Patienten waren zum Zeitpunkt der prothetischen Planung bereits verschiedene Sofort-Massnahmen erfolgt, wie Resektion, Extraktion hoffnungsloser Zähne oder Bestrahlung vor dem chirurgischen Eingriff. Insofern widerspiegeln die Resultate eher die subjektive Wahrnehmung der Tumorfolgen und die Erfahrung mit den prothetischen Rekonstruktionen als einen direkten Therapieeffekt. Im Weiteren wurden ja nur die Antworten der wenigen Patienten ausgewertet, die noch erfasst werden konnten und den Fragebogen vollständig ausfüllten. Einige Patienten hatten geantwortet, dass sie nicht in der Lage waren, den Fragebogen auszufüllen, da sie sich zu krank und gebrechlich fühlten. Daher muss angenommen werden, dass vor allem Patienten mit besserem Allgemeinzustand an der Befragung teilnahmen. Die 18 erfassten Patienten wohnten alle noch an ihrer ursprünglichen Adresse und waren nicht in einem Pflegeheim untergebracht, was auf eher günstige Lebensumstände oder auch gute Copingstrategien schliessen lässt. Ausserdem hatten über 50% der Patienten eine Implantatlösung im prothetisch oft schwierig zu versorgenden Unterkiefer. In Bezug auf Tumorcharakteristika und die prothetischen Therapieformen unterschieden sich die 18 Patienten jedoch nicht von der gesamten Gruppe. Tatsächlich handelt es sich hier in Bezug auf die Tumorthherapie und die prothetische Rehabilitation nicht um einfachere Fälle. Der Grad der Komplexität, z.B. Obturatorprothesen mit grossem offenem oronasalem Defekt oder grossem Kontinuitätsverlust im Unterkiefer, Radiotherapie etc., war vergleichbar mit den übrigen Patienten.

Verglichen mit ähnlichen Studien (KLUG ET AL. 2002, SCHLIEPHAKE & JAMIL 2002) können die vorliegenden Ergebnisse zur Lebensqualität als gut bezeichnet werden. Interessanterweise ergab eine Studie mit zahnlosen Tumorpatienten ohne Implantattherapie leicht bessere Werte (SCHOEN ET AL. 2007a). Möglicherweise waren bei diesem Patientengut die Defekte weniger ausgeprägt oder die Patienten waren bereits vorher an Totalprothesen gewöhnt gewesen. In Bezug auf die Implantate ist zu berücksichtigen, dass der chirurgische Eingriff für die Implantation und die Einheilphase zu einem beträchtlichen Mehraufwand mit teilweise hoher Invasivität führte, aber auch Komplikationen und eine längere Behandlungsdauer mit sich brachte, was ein sonst positives Behandlungsergebnis in der subjektiven Wahrnehmung beeinträchtigen könnte.

Abb. 1 Prozentuale Verteilung der 18 Fragen des EORTC QLQ (H&N 31–48).



Ein gesamthaft positiver Effekt der prothetischen Rehabilitation ist offenbar bei nicht bestrahlten Patienten höher als nach einer Radiation (SCHOEN ET AL. 2007b). Bestrahlte Patienten leiden oft unter Xerostomie, Schluckbeschwerden und Sprachproblemen (HAHN ET AL. 2007b). Komplikationen und Misserfolge mit Implantaten und der Aufwand in der Nachsorge sind höher als bei gesunden Patienten (MERICSKE-STERN ET AL. 1999, LINSSEN ET AL. 2009, YERIT ET AL. 2006). Trotzdem muss angenommen werden, dass nach Strahlentherapie eine implantatgestützte Prothese einer rein mukosal getragenen Prothese überlegen ist, da die empfindliche und trockene Schleimhaut weniger belastet wird und diese dadurch die Lebensqualität verbessert (WEISCHER & MOHR 1999, MÜLLER ET AL. 2004).

Es fällt auf, dass die Mundöffnung und Mundtrockenheit bei über einem Drittel der Befragten mässige oder starke Schwierigkeiten bereitet. Solche sekundäre Probleme können mit der prothetischen Rehabilitation kaum oder gar nicht beeinflusst werden. Zusammen mit den chirurgischen Eingriffen entstehen zudem Narbenzüge, welche die Mundöffnung oft einschränken (TAYLOR 2000).

Die häufigste Versorgung im Oberkiefer bei den 18 befragten Patienten war die Obturatorprothese, welche für die Phonation, Nahrungsaufnahme und damit für das soziale Leben absolut notwendig ist. Allerdings dichtet der Obturator beim Schlucken von Getränken nicht immer optimal ab (IRISH ET AL. 2009). Daher ist es erstaunlich, dass nur eine Person der 5 Patienten mit einer Obturatorprothese Beschwerden beim Schlucken angab.

Diese Patientin durchlief nach der Tumortherapie eine längere Leidensgeschichte. Sie entwickelte eine Osteoradionekrose, welche zu einer Unterkieferfraktur führte. Im Weiteren waren wegen Strahlenkaries alle Zähne extrahiert worden. Die übrigen Patienten mit einer offenen Verbindung zwischen Mund- und Nasenraum machten positive Angaben in allen Bereichen.

Einige Patienten markierten niedrige Werte für das allgemeine Wohlbefinden, aber auch im Bereich der sozialen und emotionalen Funktion. Eine 83-jährige Patientin machte primär negative Antworten bei den Fragen zu den Symptomen und störte sich im Weiteren sehr an der Nasenepithese. Der massive Eingriff im Gesicht kann als starke körperliche Verstümmelung empfunden werden. Zudem hatte sie während der Behandlung durch einen Sturz eine Schenkelhalsfraktur erlitten und musste sich einer Hüftgelenkoperation unterziehen, was ihr allgemeines Wohlbefinden zusätzlich stark beeinträchtigte. Eine andere Patientin erkrankte im Alter von 59 Jahren an einem Plattenepithelkarzinom des Unterkiefers. Sie hatte nie regelmässig Tabak oder Alkohol konsumiert und war eigentlich keine Risikopatientin. Ohne Strahlentherapie und mit einer fest sitzenden Rekonstruktion wären gute Voraussetzungen zu einer hohen Lebensqualität gegeben. Ein Rezidiv nach drei Jahren führte zu depressiver Verstimmung, und sie konnte ihr Schicksal nicht akzeptieren.

Ein Patient trug nach ausgedehnter Weichgewebsschirurgie vorerst nur eine Tiefziehschiene und klagte über Schmerzen, Schluckprobleme bei fester Nahrung, zu geringe Mundöffnung,

Mundtrockenheit, Geschmacks- und Geruchsstörungen und starken Appetitmangel. Da ihm sein Aussehen stark störte, fühlte er sich auch bei Unternehmungen mit anderen Menschen beeinträchtigt. Alle beschriebenen Beschwerden machen verständlich, dass er seinen allgemeinen Gesundheitszustand und seine Lebensqualität als schlecht beurteilte.

Schlussfolgerung

Trotz langer Behandlungsdauer, diversen Eingriffen und strukturellen Veränderungen im oralen Raum gaben die meisten befragten Personen ziemlich positive Rückmeldungen bezüglich ihrer aktuellen Lebensqualität.

Zusammengefasst stellten vier Aspekte, nämlich Schlucken fester Nahrung, Mundöffnung, Mundtrockenheit und Aussehen, die grössten Probleme dar.

Die Untersuchung zeigt auch, dass Tumorpatienten trotz gemeinsamen Problemen eine inhomogene Gruppe sind. Die individuelle Wahrnehmung der Behinderung wird beeinflusst durch den allgemeinen Gesundheitszustand, durch den Verlauf der Tumorerkrankung respektive die Therapie und die Fähigkeit, sich an die orale Situation mit prothetischen Rekonstruktionen funktionell und emotional zu adaptieren.

Literaturverzeichnis siehe englischen Text, Seite 185.