

Julia Wolf
Dr. med.

**Lebensqualität nach Resektion von Gliomen:
Eine explorative Untersuchung neurologischer, neuropsychologischer und durch
den Patienten erlebter Veränderungen nach einer Hirntumoreoperation**

Fach/Einrichtung: Neurochirurgie

Doktorvater: Herr Prof. Dr. med. Andreas Unterberg

Gliome haben einen bedeutenden Einfluss auf die Lebensdauer und -qualität eines Patienten, denn trotz enormer Fortschritte in der Therapieforschung erleiden Patienten Rezidive bei insgesamt schlechter Prognose. Eine weitestgehend komplette Resektion des Tumors ist bislang die effektivste Methode zur Lebenszeitverlängerung bei diesen Patienten. Die Indikation zur operativen Tumoresektion sowie das Resektionsausmaß werden nach Abwägung von Nutzen und eventuellen Risiken für postoperative Defizite festgelegt. Inwieweit diese neurologischen oder kognitiven Veränderungen vom Patienten subjektiv wahrgenommen werden bzw. wie die erlebte Lebensqualität sich davon beeinflussen lässt, ist die Kernfragestellung dieser Arbeit.

In der vorliegenden Pilotstudie wurde der neurologische und kognitive Status von insgesamt 22 Patienten mit überwiegend malignen (WHO Grad III/IV) neuroepithelialen ZNS-Tumoren, unter Beachtung der Lebensqualität und dem Global Health Status vor und nach geplanter Tumoresektion untersucht.

Trotz zahlreicher Einzelstudien zu diesem Thema, gibt es noch keine Untersuchungen in der eine umfassende Testbatterie konstruiert wurde, die prospektiv in einem Patientenkollektiv getestet und für eine weiterführende, groß angelegte Studie zur Festigung der beobachteten Ergebnisse empfohlen wurde. Dazu wurde eine Reihe von Untersuchungen zusammen gestellt die mithilfe des NIHSS2 und dem Addenbrooke's Sprachtest sowohl den neurologischen Status (Aufschlüsselung in Motorik, Sensibilität, Hirnnervenausfälle, Anfälle und Sprachfunktion), als auch anhand verschiedener neuropsychologischer Tests das Kurzzeit- (ZNR, VLMT A, FG) und Langzeitgedächtnis (VLMT 30 und kW), sowie die Konzentration und psychomotorische Geschwindigkeit eines Patienten (ZST, TMT B) erfassen. Da vergleichbare Beeinträchtigungen individuell empfunden werden, sind o.g. objektive Tests durch subjektiv einzuschätzende Funktionseinschränkungen und Symptome erweitert (Fragebögen EORTC C30 und BN20), und Studienteilnehmer auf zusätzliche prämorbid Eigenschaften bzw. Risikofaktoren wie pathologisch erhöhte Angst oder Depression (HADS-D) untersucht worden.

Die Daten belegten überwiegend konstante oder verbesserte Ergebnisse; dem gegenüber stehen kaum Defizite. Über die Gesamtzeit wurden in allen neurologischen sowie in 8 von 9 kognitiven Tests vornehmlich Patienten ohne spätpostoperative Einbußen gezählt (Testabhängig 60-100%). Frühpostoperative

Funktionseinschränkungen erholten sich innerhalb der 3 Monate in den meisten Fällen wieder.

Bezüglich Kurzzeitgedächtnis und Konzentration verbesserten sich bis zu 30% der Untersuchten, bei signifikanten Leistungsabfällen zum früh postoperativen Termin erholte sich das Gros der Patienten ebenfalls, z.T. sogar mit ebenso signifikanten Verbesserungen. Ähnlich verhielt es sich bei Angst und Depression, die postoperativ bei 86-93% nicht zunahmen.

Subjektiv empfundene Symptome und Funktionseinschränkungen blieben unter Ausnahme von gesteigerter Müdigkeit (bei 64%) und beeinflusster Rollenfunktion (67%) konstant. Zahlreiche andere Gefüge bspw. der emotionale Zustand, die kognitiven, kommunikativen und sozialen Funktionen, Sehstörungen, Schlaflosigkeit, Übelkeit oder Appetitverlust verbesserten sich dagegen bei bis zu 47% aller Patienten.

Ein weiteres interessantes Ergebnis dieser Untersuchung war die deutliche Diskrepanz zwischen objektiv erbrachter und subjektiv eingeschätzter Leistung, sowie deren verschiedenster Einfluss auf die Lebensqualität (GHS). Außerhalb der direkten krankheitsbezogenen Kriterien gab es nachweislich Einflussfaktoren, bspw. die Persönlichkeit oder Ängste, die das subjektive Befinden von Patienten effektiv beeinflussen können.

Somit sollte das Gewicht möglicher postoperativer neurologischer oder kognitiver Defizite relativiert oder zumindest in Frage gestellt werden. Ein direkter Bezug zwischen OP-Ergebnis bzw. funktionellem Status und dem Befinden des Patienten ist oft nicht herstellbar.

Aufgrund dieser Beobachtungen sollte der profitierende Patient vom ersten Tag ab Diagnosestellung offen in den Entscheidungsprozess integriert werden. Es ist sowohl prä- als auch postoperativ auf seine persönlichen Bedürfnisse einzugehen. Mit maßgeschneiderten Therapieoptionen sind lebenszeitverlängernde Maßnahmen und die Sicherstellung einer möglichst hohen Lebensqualität keine Gegensätze mehr.