

Fallbericht Wundversorgung

Chronic venous insufficiency (CVI) often leads to leg ulcers. Almost 90% of these leg ulcers of the lower limb are venous ulcers. Compression therapy is the basic and most important kind of management for venous leg ulcers. The aim of treatment is reaching improvement of complaint, reducing aches, removal of edema, healing of ulcers and avoiding of recurrences. Here we report on the basics of pathophysiology and possible treatments, finally we show a case report on a venous leg ulcer treatment.

Ulcus cruris venosum, das venöse Unterschenkelgeschwür

Die Deutsche Gesellschaft für Phlebologie definiert das Ulcus cruris venosum als „einen Substanzdefekt im pathologisch veränderten Gewebe des Unterschenkels infolge einer chronisch venösen Insuffizienz.“ Neben dem venösen Unterschenkelgeschwür differenziert man nach arteriellen Ulzerationen und dem Mischulkus. Fast 90% aller Ulzerationen am Unterschenkel sind venös bedingt. Den Hauptanteil aller chronischen Wunden stellt das Ulcus cruris dar. Problematisch ist, dass diese Geschwüre aufgrund ihrer Pathogenese nur sehr langsam abheilen, ihre Inzidenz mit dem Alter zunimmt und die Heilungschancen mit der Compliance der Patienten steigen. Auch erstreckt sich die Leidensgeschichte häufig über Jahre bis Jahrzehnte. Im nun Folgenden werden zunächst die Entstehung des venösen Unterschenkelgeschwürs und mögliche Therapien erläutert. Im Anschluss daran folgt der Fallbericht einer 60-jährigen Patientin, die bereits seit mehreren Jahren unter einem Ulcus cruris venosum leidet.

Einleitung und Grundlagen

Dem venösen Unterschenkelgeschwür liegt die chronisch venöse Insuffizienz (CVI) zu Grunde. Als eine tophische Hautveränderung kann schließlich das Ulcus cruris venosum entstehen, das sich durch am Unterschenkel lokalisierte Ulzerationen manifestiert. Diese Ulzerationen können schon durch kleinere Traumata bei bereits vorgeschädigtem Gewebe entstehen.

Diagnostisch muss zunächst ein arterielles Ulcus oder ein Mischulkus ausgeschlossen werden. Basis der Therapie ist die Behandlung der chronisch venösen Insuffizienz. Hier steht die Kompressionstherapie im Mittelpunkt. Folgende Ziele können formuliert werden:

- Verbesserung der Beschwerden
- Beseitigung des Schmerzes
- Beseitigung der Ödeme und der tophischen Störungen im betreffenden Hautareal
- Abheilung der Geschwüre
- Vermeidung von Rezidiven

Da die Kompressionstherapie ein Leben lang erfolgen muss, ist die Compliance des Patienten der entscheidende Erfolgsfaktor. Neben der medizinischen Kompressionstherapie besteht in der Hochlagerung der Beine die einfachste Methode, Ödeme zu vermindern. Die kausale Basistherapie stellt der medizinische Kompressionsverband dar. Die Heilungsrate wird erhöht, die Rezidivrate vermindert. Die Hälfte aller Geschwüre heilt binnen 6 Monaten nur durch eine korrekte Kompressionsbehandlung ab! Unterstützend muss die Ernährung des Patienten beachtet werden. Auch ist in diesem Kontext die Behandlung der Grundkrankheiten Diabetes mellitus und Hypertonie bedeutsam. Auch Ödembildungen, die durch hepatische, renale oder kardiale Funktionsstörungen hervorgerufen werden, sind zu behandeln. Die Wundversorgung beginnt mit der Beseitigung möglicher Infektionen und der Schaffung eines gesunden Hautareals um die Ulzerationen herum. Abgestorbenes Gewebe muss zunächst abgetragen und bei Vorliegen einer Infektion muss diese durch eine geeignete Lokalbehandlung mit Antiseptika behandelt werden. Nur in speziellen Fällen ist eine systemische Antibiotikatherapie gemäß Antibiotogramm indiziert. Auf Wundauflagen, die über einen Kleberand verfügen, sollte verzichtet werden, da diese die umgebende, ohnehin stark beeinträchtigte Haut weiter schädigen können. Viele Ulkuspatienten zeigen lokale allergische Reaktionen auf zahlreiche Substanzen. Auch dies ist oft ein Grund, auf klebende Materialien zu verzichten. Ideal hingegen sind dicke Schaumstoffkompressen, da diese die Kompression über dem Wundareal erhöhen. Sollte unter der Kompressionstherapie und bei vorliegendem sauberen Wundgrund keine Verbesserung eintreten, kann durch eine Trans-

plantation von Hautgewebe (Meshgraft Transplantation) eine schnelle Abheilung der Ulzerationen erzielt werden.

Fallbericht

Im vorliegenden Fall stellte sich eine 60-jährige Patientin mit CVI in der Wundambulanz vor (Bild 1). Die Wunde schmerzte stark und persistierte laut Angaben der Patientin seit nunmehr fünf Jahren. Die Wundbehandlung erfolgte nach Angaben der Patientin bisher mit wechselnden antibiotikahaltigen Externa. Zunächst wurden chirurgisch die vorliegenden Fibrinbeläge entfernt. Da die Symptome auf eine lokale Infektion hindeuteten, wurde mit einem Antiseptikum (Octenidin) gespült, ein Alginat in die Wundtiefe eingelegt und aufgrund der mäßigen bis starken Sekretion mit einem Polyurethanschaumstoffverband die Wunde abgedeckt. Nach Ausschluss einer arteriellen Beteiligung konnte mit Hilfe einer Kurzzugbinde schließ-



Abbildung 1: Wundstatus bei Einlieferung.



Abbildung 2: Wundstatus nach 28 Tagen Behandlung.

lich die Kompressionstherapie aufgenommen werden. Zunächst erfolgte der Verbandwechsel täglich, nach Abklingen der Infektionssymptomatik mit rückläufiger Sekretionsstärke wurde zur Aufrechterhaltung des idealfeuchten Wundklimas lediglich ein Polyurethanschaumstoffverband verwendet und dieser alle fünf Tage erneuert. Die Kompressionstherapie wurde durch dreimal tägliches Wickeln mit Kurzzugbinden zur Erhaltung von kontinuierlichen adäquaten Druckverhältnissen durchgeführt. Die Schmerz- und Ödemsymptomatik besserten sich unter Kompressionstherapie täglich. Das Hochlagern der Beine unterstützte die Reduktion der Ödeme zusätzlich. Bild 2 zeigt den Wundstatus nach 28 Tagen kontinuierlicher Kompressionstherapie und wundphasengerechter Wundversorgung. Die Behandlung erfolgte ambulant unter Involvierung eines ambulanten Pflegedienstes. Bis zur vollständigen Epithelisierung wurde die Wunde bei rückläufiger Sekretion bei kontinuierlich vorgesetzter Kompressionstherapie nur noch mit einer Polyurethanfolie abgedeckt.