

Fallbericht Wundversorgung

ABSTRACT: A decubital ulcer is defined as a skin ulceration resulting from continuous action of local interface pressure between the patient and a support surface. The pressure load produces compression of the capillaries, so that the affected cutaneous region can no longer be sufficiently perfused and supplied with oxygen. The now restricted circulation induces the accumulation of toxic metabolic products in the tissue followed by increased permeability of the capillaries, vascular dilation, oedema formation, and cellular infiltration. Decubital ulcers may in principle arise on any part of the body. Classic localisations are, therefore, the sacral region, the heel, the ischium, the greater trochanter, and the sides of the ankles. The treatment of decubitus is based on three therapeutic pillars: First of all, it is necessary to restore the blood supply in the damaged skin area by means of complete off-weighting. Without pressure relief, healing cannot proceed and all other measures are senseless. Secondly, local wound therapy consists of debridement, as well as of continuous wound cleansing using hydroactive wound dressings. Finally, adjuvant therapies are indicated that may improve the general condition of the patient, as well as his nutritional situation or contribute to the alleviation of pain. Here we present a case report of a female patient suffering from decubital ulceration.

Dekubitus, Einleitung und Grundlagen

Der Dekubitus wird durch Druckeinwirkung verursacht. Geschädigt werden die Haut und/oder die darunter liegenden Gewebe. Dabei wird das Ausmaß der Schädigung durch die Zeitdauer und die Höhe des Drucks bestimmt. Darüber hinaus beeinflussen folgende individuelle Risikofaktoren des Betroffenen die Wahrscheinlichkeit und Intensität der Schädigung:

- Ein reduzierter Allgemeinzustand
- Immobilität
- Verminderte Schmerzwahrnehmung
- Reduzierte Durchblutung
- Bereits geschädigte Haut
- Mangelnde Kooperation des Patienten

Neben dem Druck spielen auch Reibung und Scherkräfte eine bedeutende Rolle.

Zur Vermeidung von Druckgeschwüren steht die Dekubitusprophylaxe im Vordergrund. Eine evidente Risikoerfassung ermöglicht erst eine Risikominimierung durch:

- Druckentlastung durch adäquate Lagerung und Lagerungssysteme
- Bewegung, soweit möglich
- Beobachtung der Haut und Pflege derselben
- Motivation
- Adäquate Ernährung

Klassifiziert wird das Dekubitalgeschwür in vier Stadien. Im ersten Stadium zeigt sich eine scharf begrenzte Rötung bei intakter Haut. Die Haut ist häufig dunkel pigmentiert und zeigt eine violette, bläuliche oder rote Tönung. Bei Stadium II handelt es sich bereits um einen oberflächlichen Defekt der Epidermis, der durchaus bis in die Dermis reichen kann. Der Defekt zeigt sich zumeist als Abschürfung, flacher Krater oder Blase. In Stadium III reicht der Gewebedefekt durch alle Hautschichten. Die subkutanen Faszien sind nicht geschädigt. Das Geschwür stellt bereits einen Krater dar, eine Taschenbildung kann beobachtet werden. Im vierten Stadium schließlich kommt es zum Verlust aller Hautschichten. Häufig sind Gewebekrosen sowie Schädigung der Muskeln, Knochen, Sehnen und Gelenkkapseln. Auch Taschen- und Fistelbildung kommt vor. Neben den genannten Maßnahmen zur Prophylaxe (hier sei als wichtigstes Therapieprinzip vor allem die Druckentlastung durch adäquate Lagerung genannt) orientiert sich die lokale Therapie des Dekubitus an den vier Stadien:

- Stadium I: lockerer Hautschutz
- Stadium II: idealfeuchte Wundbehandlung
- Stadium III: leichte Austamponierung der Wundränder, idealfeuchte Wundbehandlung
- Stadium IV: evtl. chirurgische Intervention, Wundränder und Wundtaschen austamponieren, idealfeuchte Wundbehandlung

Fallbericht

Eine 70-jährige Patientin aus einem Altenheim stellte sich mit einem massiven Sakraldekubitus (Bild 1) im Stadium III vor. Deutlich zu sehen sind neben den bereits sichtbaren Defekten die violett gefärbten Wundränder, die sich ca. 1 cm weit ausdehnen. Dies sind deutliche Zeichen auf bereits bestehende Gewebedefekte unterhalb der Epidermis. Ziel ist es zunächst, das gesamte Wundausmaß sichtbar



Abbildung 1: Aufnahmezustand



Abbildung 2: Entlassungszustand

zu machen und die Gewebedefekte offen zu legen. Nur so können diese behandelt werden. Folglich wird das sichtbare Wundausmaß zunächst größer. Die ausgedehnten Fibrinbeläge müssen als nächstes entfernt werden. Dies geschieht am effektivsten und kostengünstigsten nach adäquater Analgesie durch ein chirurgisch durchgeführtes Debridement mittels scharfem Löffel und Skalpell. Da eine Infektion aufgrund der deutlichen lokalen Infektionszeichen (Rötung, Schmerz, Ödembildung, starker Geruch, starke Sekretion) wahrscheinlich ist, wurde zunächst ein Abstrich vorgenommen und unkalkuliert eine Antibiose (Cefuroxim 2 x 1,5 g) angeordnet. Der Abstrich ließ eine deutliche Infektion mit Staphylokokken erkennen, so dass die Antibiose mit Cefuroxim für insgesamt 10 Tage weitergeführt wurde. Um den starken Geruch einzudämmen und zeitgleich auch eine lokale antiinfektive Therapie einzuleiten, wurde eine mit Silberionen dotierte Kohlekompressen in die Wunde eingelegt. Der Verbandwechsel musste initial dreimal täglich erfolgen. Nach Abklingen der Infektion (10 Tage) wurde das Verbandstoffregime zugunsten einer Polyurethanformulierung (Polyurethan-Cavity, die in die Wundkavitäten eingelegt werden kann) geändert, um ein idealfeuchtes Wundklima zu schaffen. Ziel war es, die Wunde vom Grund auf granulieren zu lassen. Hier genügte eine Verbandwechselfrequenz von 3 Tagen. Die Patientin wurde nach 28 Tagen in die ambulante Weiterbehandlung entlassen. Bild 2 zeigt den Entlassungsstatus. Deutlich zu sehen ist hier vor allem der saubere Wundgrund. Der Dekubitus war nach insgesamt 68 Tagen ausgeheilt.

Ch. Franken