

Behandlungsempfehlung „Ulcus cruris venosum“ (UCV) für den behandelnden Therapeuten

Grundlegend bevor die Behandlung startet: Anamnese durch einen spezialisierten Arzt. Hierbei können im Vorfeld chirurgische Eingriffe notwendig werden. (z.B. Entfernung insuffizienter epifaszialer Venen). Der Arzt kontrolliert zudem die Wundqualität und führt ggf. ein erstes mechanisches Wund-Debridement durch. Der Arzt hat auf bestehende Kontraindikationen aufmerksam zu machen, was eine Abänderung dieser Behandlungsempfehlung zur Folge haben kann.

Tipp: *Begleitend Pentoxifyllin Infusion bzw. Tabletten während der Ulcus cruris Behandlung (nur durch Arzt durchführbar). Pentoxifyllin ist ein Arzneistoff, der zu den so genannten Vasodilatoren zählt und die Fließeigenschaften des Blutes verbessern soll. Außerdem wird Pentoxifyllin eine antientzündliche Wirkung zugeschrieben. Pentoxifyllin wird zur Behandlung von Durchblutungsstörungen eingesetzt.*

Lymphdrainage

Oft ist bei einem Ulcus cruris venosum ebenfalls ein Lymphödem vorhanden.

Möglichkeit 1) Um den Lymphfluss anzuregen, ist eine Lymphdrainage (Beginnend vom Hals über ggf. Bauch, der Leiste bis zum Ulcus) notwendig. Diese sollte nur durch einen ausgebildeten Lymphtherapeuten durchgeführt werden. Aufwand pro Bein ca. 20 – 30 Minuten.

Tipp: *In dieser Zeit kann das Wundgewebe angefeuchtet und für die Wundreinigung vorbereitet werden.*

Möglichkeit 2) Start mit Hals und ggf. Bauchbehandlung. „Freimachen der Leiste“, danach apparative Kompressionstherapie (AIK) des ganzen Beines. Aufwand pro Bein für den Therapeuten: 10 Minuten plus AIK 25 – 45 Minuten.

Hinweis: Bei der Anwendung der AIK müssen Stauungen im Genitalbereich vermieden werden.

Begutachtung der Wunde & Wunddokumentation

Um die Wunde und den Behandlungserfolg langfristig genau einschätzen zu können, muss der Ulcus dokumentiert werden. Hierbei gibt es unterschiedliche Möglichkeiten. Z.B. per Foto (inkl. Zentimetermaß und Datum), Auflage einer Folie mit Markierung des Wundrandes mit einem wasserfesten Stift (auf der Folie!) oder auch das klassische Maßnehmen mit einem Zentimetermaß. Zusätzlich sollte der Zustand des Ulcus beschrieben werden. Hierzu eignen sich festgelegte Zustände, die auf dem Dokumentationsblatt eingetragen werden können. Das ermöglicht eine gute Übersicht der Wundentwicklung. Aufwand pro Bein ca. 5-10 Minuten

Hinweis: Besteht eine Wunde schon sehr lange und der Wundrand ist stark aufgeworfen, muss über einen Abstrich ein Karzinom ausgeschlossen werden.

Reinigung der Wunde – „Nur saubere Wunden heilen“

Grundsätzlich sollte das Wundgewebe und die Umgebung möglichst sauber gehalten werden.

Um die Schmerzen bei der Wundreinigung gering zu halten, sollte die Wunde mit feuchten Kompressen für ca. 15 Minuten angeweicht werden. Die Wunde wird mit Hilfe von Flüssigkeit ausgewischt oder ausgespült. Als Flüssigkeiten eignen sich Prontosanlösung, Ringerlösung, ggf. Octeniseptlösung oder NaCl 0,9% (alle steril). Bei schmerzhaften Maßnahmen kann ein Lokalanästhetika haltiges Gel aufgetragen werden. Auch sogenannte Alginat, die auf das Wundgewebe aufgebracht werden, eignen sich für eine Wundreinigung.

Zu entfernen sind der Biofilm (Schleimschicht), Fibrinbeläge, abgestorbenes Gewebe (Nekrosen), Fremdkörper und Schorf. Das Granulationsgewebe sollte dabei nicht verletzt werden.

Liegt eine Wundinfektion vor, kann (in Absprache mit dem Arzt) eine antimikrobielle Salbe aufgetragen werden.

Das chirurgischen Wund-Debridement sollte nur durch einen Arzt durchgeführt werden.

Aufwand pro Bein ca. 15 – 20 Minuten.

Tipp: *Entspannende Musik im Behandlungsraum kann die Behandlungsschmerzen reduzieren.*

Tipp: *Das chirurgische Debridement ist meist nur in der Anfangsphase notwendig. Sollte die Wundreinigung ohne chirurgische Maßnahmen möglich sein, ist dieses vorzuziehen.*

Tipp: *Oftmals beschriebene biochirurgische Wundreinigung durch z.B. Maden, sind nicht zu empfehlen.*

Tipp: *In den meisten Gegenden in Deutschland ist das Leitungswasser für die Wundspülung ebenfalls geeignet. Die Wunde sollte dann in einer Dusche lauwarm abgespült werden.*

Mobilisierung des Wund & umliegenden Gewebes

Nur wenn das Gewebe weich genug ist, können neue Blutgefäße in das Wundgebiet einsprießen. Die Wunde benötigt eine gute Durchblutung zur Heilung. Zur Gewebemobilisierung kann der komplette Wundrand mit zirkulären Friktionen in die Tiefe bearbeitet werden. Das umliegende Gewebe wird durch „Gewebs-Verschiebungen“ gelockert, **ohne** dabei eine typische Massage durchzuführen. Aufwand pro Bein ca. 10 Minuten.

Tipp: *Die apparative intermittierende Kompressionstherapie (AIK) kann ebenfalls für die Gewebemobilisation verwendet werden. Durchführung nach der Bandagierung.*

Feuchte Wundbehandlung

Das Ziel ist die Wunde so zu versorgen, dass sich ein feuchtes Wundmilieu bilden kann. Ein Austrocknen der Wunde ist zu vermeiden. Je nach Milieu werden Polyurethan-Schaumwundauflagen, Hydrocoloidauflagen, Folienverbände oder feuchte Mullkompressen verwendet. Die Auswahl der Wundauflage ist von Art und Zustand der Wunde, der Menge des Wundexsudates und dem Behandlungsintervall abhängig (klinische oder ambulante Behandlung). Aufwand pro Bein ca. 5 – 10 Minuten.

Tipp: *Auf die Wunde kann Irujol ca. 1-2 mm dick aufgetragen werden, was die Wundreinigung und Abheilung beschleunigen kann.*

Tipp: Wird die Wundreinigung mehrmals täglich durchgeführt, eignen sich feuchte Mullkompressen ebenso als Auflage – auch günstiger als „moderne“ Auflagen.

Tipp: Bildet sich sehr viel Wundexsudat, sollte täglich bis hin zu mehrmals täglich die Wundaufgabe gewechselt werden. Zu viel Exsudat kann die Wundheilung negativ beeinflussen und zudem umliegendes gesundes Gewebe aufweichen. Generell unterstützt eine moderate Menge an Wundexsudat jedoch die Wundheilung. Ist das Exsudat grünlich und stinkt, liegt eine starke Verkeimung, bzw. sogar Entzündung vor. Diese sollte ärztlich untersucht und behandelt werden. Das Wundexsudat sollte honigfarbig und flüssig sein.

Pflege umliegendes Gewebe

Ist das umliegende Gewebe entzündet, kann auf den Wundrand dünn Dermatop Salbe aufgetragen werden (verschreibungspflichtig). Ist das Gewebe „nur“ trocken, reicht meist eine Urea haltige Salbe. Das komplette Gewebe des Unterschenkels (inkl. Fuß und Zehen) sollten mit der Creme gepflegt werden, da der folgende Kompressionsverband eher ein austrocknen fördert. Aufwand pro Bein ca. 3-5 Minuten.

Kompressionsverband

Um einen Ulcus cruris erfolgreich behandeln zu können, ist ein professionell angelegter Kompressionsverband unumgänglich. Eine Versorgung des Patienten nur mit Kompressionsstrümpfen ist **nicht** ausreichend. Der Kompressionsverband ist ganztägig vom Patienten zu tragen, somit auch in der Nacht. Aufwand pro Unterschenkel ca. 5-10 Minuten.

Tipp: Die Kompressionsbandage sollte im Folgemonat nach erfolgreichem Abheilen der Wunde weiter angelegt werden. In dieser Zeit festigt sich das Narbengewebe und die Gefahr eines Rezidiv verringert sich deutlich.

Aufbau des Kompressionsverbandes:

1. Über den zuvor aufgebrachten Wundverband wird bis über das Knie ein Schlauchverband aufgezogen. Der Schlauchverband wird ca. 20 cm länger als der Fuß abgeschnitten (z.B. TG Schlauchverband).
2. Sind die Zehen ödematös, müssen diese bandagiert werden. Es eignen sich hierbei elastische Mullbinden, die längst doppeltgefaltet werden. Je nach Zehengröße eignen sich die Breiten 4 oder 6cm (z.B. Moll elast).
3. Um einen möglichst langen Kompressionsdruck gewährleisten zu können, muss als nächste Lage gepolstert werden. Das Polster ermöglicht eine bessere Druckverteilung des fertigen Kompressionsverbandes und eine langfristige Kompression. **Nie ohne Polstermaterial bandagieren!** Als Polster eignen sich Synthetik-Wattebinden (z.B. Rolta Soft), Naturwatte-Wattebinden (wenn die Haut bei anderen Materialien negativ reagiert), Schaumstoffbinden (z.B. Autosana) oder speziell zugeschnittene Schaumstoffplatten. Speziell zugeschnittene Schaumstoffelemente (z.B. Pelotten seitlich der Knöchel) können die Polsterung und damit die Druckverhältnisse weiter verbessern.
4. Der eigentliche Kompressionsdruck wird über Kurzzugbinden erreicht. Für die meisten Unterschenkel reichen 2-3 Binden. 1x 6-8cm, 1x 10cm & 1x 12cm.

Tipp: Das Zusammenstellen und Anlegen eines professionellen Kompressionsverbandes bedarf viel Erfahrung und Training. Sprechen Sie uns für Seminare gerne an.

Nachversorgung

Ist der Ulcus abgeheilt, muss zwingend der Zustand erhalten werden. Neben einer regelmäßigen Lymphdrainage und Gewebemobilisation muss der Patient zum täglichen Tragen von flachgestrickten Kompressionsstrümpfen angehalten werden. Die Strümpfe sind zwecks Rezidivprophylaxe ein Leben lang zu tragen. Zudem sollte der Patient zur körperlichen Aktivität angehalten werden. Am besten eignet sich Gehen und Radfahren (ggf. Schwimmen). Schwimmen nur ohne Kompressionsbestrumpfung. Hat der Patient z.B. aufgrund einer Verletzung erneut eine Wunde am Bein, muss diese umgehend behandelt und geschlossen werden.

Tipp: Soll ein größerer Druck als KKL 2 (Kompressionsklasse) beim Kompressionsstrumpf erreicht werden, jedoch die KKL 3 oder 4 kann nicht eigenständig angezogen werden, können zwei Strümpfe a´ KKL 2 übereinander angezogen werden.

Tipp: Eine größere Socke am Schluss über den Kompressionsverband anziehen. Zum einen hält der Verband besser und rollt beim gehen nicht auf und zum anderen schaut es für den Patienten „normaler“ aus, was seine Compliance vergrößert.

Tipp: Eine apparative intermittierende Kompression kann durch den Patienten mehrfach (1-3x) am Tag selber durchgeführt werden. Der Patient sollte angeleitet werden, die Abflüsse über das Lymphsystem zuvor zu öffnen.