

Anwendung eines antimikrobiellen Wunderbandes aus Cellulose bei infizierten Unterschenkelulcera: 2 Fallstudien

Jeanette Wolf¹, Geraldine Weale², Claas Roes³

¹Selbstständig (Munningen, Deutschland), ²Deeside Community Hospital (Aston, Deeside Flintshire, UK), ³Lohmann & Rauscher GmbH & Co. KG (Rengsdorf, Deutschland)

Einleitung

Die Behandlung von infizierten chronischen Wunden stellt im klinischen Alltag eine Herausforderung dar. Bei der antiseptischen Behandlung dieser Wunden ist Polihexanid (PHMB) das Antiseptikum der Wahl [1]. Vorgestellt werden zwei Fallstudien an infizierten chronischen Unterschenkelulcera. Die antiseptische Behandlung erfolgte mit einem PHMB haltigen antimikrobiellen Wundverband aus Cellulose*.

Patient 1

Ein 80 Jahre alter männlicher Patient mit Ulcus cruris mixtum zirkulär am rechten Unterschenkel (Wundfläche: 450 cm², Wundtiefe: 1 cm). Bei Übernahme des Patienten bestand eine massive Infektion des gesamten Unterschenkels mit starker Exsudation und Geruchsbildung. Wundschmerz und Schmerzen am gesamten Unterschenkel von 8 auf der Visuellen Analogskala (VAS). Ödematöse Schwellung des gesamten rechten Unterschenkels sowie papulöse Verhärtungen im Bereich des rechten Vorfußes. Wundgrund mit Biofilm und stellenweise Fibrin belegt. Wundränder und Umgebungshaut gerötet. Einzelne Läsionen vorhanden. Hygiene des Patienten war mangelhaft.

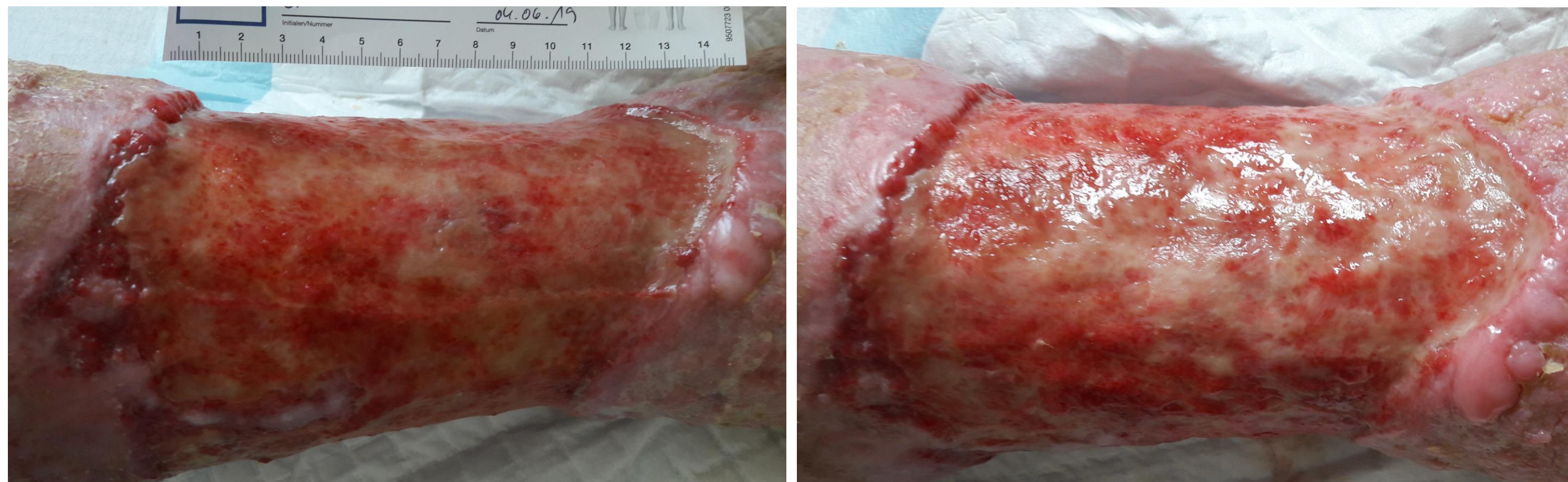


Abbildung 1:

Ausgangssituation (links): Bisherige Behandlung in den letzten Jahren bestand aus mehreren stationären Krankenhausaufenthalten, Spalthauttransplantation, Antibiosen und zuletzt einem Selbstheilungsversuch mit Heilerde auf Anraten einer Heilpraktikerin.

Nach Anwendung einer NaOCl-haltigen Wundspülung und einem mechanischem Debridement mit einem Debridement Pad** wurde die Wunde mit dem PHMB-haltigen Wundverband aus Cellulose* versorgt. Der Sekundärverband bestand aus Wundkomresse#, Saugkomresse##, Fixierbinde### und Schlauchverband‡ zusammengehalten durch Heftpflaster‡‡. Zusätzlich erfolgte eine Kompressionstherapie***.

Tag 8 (rechts): Rückläufige Infektionsanzeichen, weniger Wundexsudat und Biofilm. Wundgeruch kaum noch wahrnehmbar. Wunde feuchter und Granulationsanzeichen an den Wundrändern. Schwellungsrückgang des gesamten Unterschenkels.

Versorgung der Wunde wurde wie beschrieben weitergeführt. Die Kompressionstherapie*** wurde fortgesetzt. Verbandswechsel alle 3 Tage.



Abbildung 2:

Tag 15 (links): Weder Infektionsanzeichen noch Wundgeruch mehr vorhanden. Deutliche Granulation vom Wundgrund und den Wundrändern ausgehend. Unterschenkel nur leicht angeschwollen. Schmerzen leicht rückläufig (VAS=6).

Therapie wie beschrieben fortgeführt. Verbandswechsel weiterhin alle 3 Tage.

Tag 23 (rechts): Granulation weiter verbessert und gute Durchblutung. Erneut leichter Rückgang der Schmerzen (VAS=5-6).

Letztmaliger Verbandswechsel wie beschrieben. Patient brach die Therapie, nach eigener Aussage, auf Anraten seiner Heilpraktikerin ab.

Aus Anwendersicht lag der Erfolg der Therapie in der raschen Granulationszunahme, dem zügigen Rückgang der Infektionsanzeichen sowie dem gut erhaltenen feuchten Wundmilieus.

Der Patient nahm den Therapieerfolg und die Schmerzreduktion positiv zur Kenntnis.

Patient 2

Ein 27 Jahre alter männlicher Patient mit seit 11 Monaten bestehendem infiziertem Ulcus cruris venosum am rechten Unterschenkel (Wundfläche: 315 cm², Wundtiefe: 0,1 cm). Moderate Exsudation, Geruchsbildung und Wundschmerz von VAS=7 vorhanden. Kürzlich trat eine tiefe Venenthrombose auf. Zudem leidet der Patient unter Drogensucht (intravenös), Alkoholsucht und einer psychischen Störung.



Abbildung 3:

Ausgangssituation: Bisherige Behandlung bestand aus einer Kombination eines mit medizinischem Honig beschichtetem Tüll und einer hydrogelgetränkten hydrophoben Wundaufgabe. Der Patient hatte das Gefühl keine Fortschritte zu machen.

Es erfolgte ein mechanisches Debridement mit einem Debridement Pad**. Anschließend wurde die Wunde mit dem PHMB-haltigen Wundverband aus Cellulose* versorgt. Als Sekundärverbände dienten eine sterile Saugkomresse, ein Schlauch- und ein Kompressionsverband.



Abbildung 4:

Tag 3: Exsudation abnehmend aber immer noch moderat. Infektionsanzeichen nicht mehr vorhanden. Geruchsbildung reduziert. Startende Granulation, vor allem an den Wundrändern. Ödem reduziert.

Nach erfolgtem mechanischem Debridement mit einem Debridement Pad** wurde die Wunde erneut mit PHMB-haltigen Wundverband aus Cellulose* versorgt. Als Sekundärverbände dienten zwei Schlauch-verbände und ein Kompressionsverband. Verbandswechsel 2-mal die Woche.



Abbildung 5:

Tag 13: Exsudation weiterhin moderat. Geruchsbildung deutlich reduziert. Granulation nun in der gesamten Wunde. Flache Wundränder. Wundschmerz auf VAS=1 zurückgegangen. Versorgung der Wunde wurde wie beschrieben fortgeführt.

Aus Anwendersicht lag der Erfolg der Therapie in der beginnenden Heilung, der reduzierten Exsudation und dem feuchten Wundmanagement. Der Patient freute sich über das Verschwinden von Geruch und Schmerzen. Auch der kühlende Effekt der Wundaufgabe wurde positiv hervorgehoben.

Ergebnisse

Bei beiden Patienten konnte eine signifikante Verbesserung erreicht werden. Die Infektion wurde in beiden Fällen beseitigt. Entsprechend nahmen in beiden Fällen Wundschmerz und Geruchsbildung ab bzw. verschwanden ganz. Wundheilung wurde eingeleitet.

Diskussion

Der antimikrobielle Wundverband erwies sich als geeignete Wundaufgabe zur Behandlung von chronisch infizierten Wunden.

Literatur

- [1] Kramer, A. et al. (2018) 'Consensus on Wound Antisepsis: Update 2018', Skin Pharmacology and Physiology, 31(1), pp. 28-58. doi: 10.1159/000481545



Für weiterführende Informationen zum getesteten Produkt, besuchen Sie unsere L&R Publikationsdatenbank.

DEWU 2020 • 8.–10. Mai
Bremen, Deutschland

Wissenschaftliche Förderung durch Lohmann & Rauscher GmbH & Co. KG
*Suprasorb® X + PHMB, **Debrisoft® Pad, ***Rosidal® SC, #Solvaline® N, ##Vliwazell®, ###Mollelast®, †tg® Schlauchverband, ‡Silkafix® – Lohmann & Rauscher GmbH & Co. KG