

Bei ungewöhnlichen Defekten auch an Tumoren als Ursache denken

Diagnostisches Vorgehen und Ursachenabklärung bei chronischen Wunden

Bei der Versorgung chronischer Wunden hat es der Hausarzt oft mit einem Ulcus cruris zu tun. Doch nicht immer steckt ein Gefässproblem dahinter. Will der Defekt lange Zeit nicht heilen, ist die Lokalisation untypisch oder sieht die Wunde ungewöhnlich aus, ist auch ein Tumor als Ursache der Läsion zu erwägen.

Natalia Kirsten und Katharina Herberger

Chronische Wunden kommen in der Gesamtbevölkerung mit einer Prävalenz von etwa 1,04 Prozent vor (1). Sie steigt im höheren Lebensalter stark an, ab dem 70. Lebensjahr liegt sie bei über 3 Prozent (2). Die Ursachen sind dabei vielfältig und die Patienten meist multimorbid. Eine kausale Behandlung setzt eine sorgfältige diagnostische Abklärung mit ausführlicher Anamnese und klinischer Untersuchung voraus.

Zur Basisdiagnostik beim Ulcus cruris gehören unter anderem die Gefässdiagnostik, der Pulsstatus und die Doppler-/Duplexsonografie. Das weitere diagnostische Vorgehen orientiert sich an Befund und Verdachtsdiagnose (Tabelle). Hier sei auf die AWMF-Leitlinie zum Ulcus cruris venosum der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie und zur Lokalthherapie chronischer Wunden der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung sowie auf die Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der peripheren

MERKSÄTZE

- ▶ Die häufigsten chronischen Wunden sind das Ulcus cruris, der diabetische Fuss und der Dekubitus. Beim Ulcus cruris handelt es sich zu etwa 90 Prozent um eine gefässbedingte Wunde, der Rest geht auf eine Vielzahl seltener Ursachen, darunter auch Tumoren, zurück.
- ▶ Bei Tumorwunden unterscheidet man zwischen Primärtumoren, die als Wunden verkannt werden, und Tumoren, die erst sekundär auf dem Boden einer chronischen Entzündung entstehen.
- ▶ Wundpatienten sind meist schon älter und weisen oft zahlreiche Komorbiditäten, auf, die von der tatsächlichen Wundursache ablenken können.
- ▶ Aufgrund der Komplexität und der Ursachenvielfalt chronischer Wunden ist eine strukturierte interdisziplinäre Zusammenarbeit bedeutsam.
- ▶ Jede Wunde, die länger als ein Jahr besteht und keine Heilungstendenz zeigt oder mit einem auffälligen Wundbefund einhergeht, sollte biopsiert werden.

Kasuistik

Ein 64-jähriger Patient hat seit über elf Jahren rezidivierende Erosionen an beiden Fusssohlen sowie eine bekannte Psoriasis vulgaris plantaris (Schuppenflechte der Fusssohlen). Seit etwa drei Jahren besteht neben den Erosionen eine grössere Wunde an der linken Fussinnenkante (Abbildung 1). Der Patient berichtet, dass die Läsionen bislang über die Sommermonate abgeheilt und im Winter wieder aufgetreten seien. Seit einem Jahr heilt die Wunde an der Fussinnenkante jedoch nicht mehr ab, sondern wird grösser.

Der Patient gibt auch eine chronisch venöse Insuffizienz links (Vena-saphena-magna-Insuffizienz/Cockett I) und eine Refluxösophagitis an. Als Dauermedikation (seit 2004) erhält er 15 mg Methotrexat subkutan einmal wöchentlich – wegen der Psoriasis begleitet von 15 mg Folsan und 20 mg Pantoprazol.

Die Untersuchung zeigt eine zirka vier mal drei Zentimeter grosse Wunde an der Innenkante des linken Fusses. Die Wunde ist sauber mit Granulationstendenz, der Wundrand reizlos und scharf begrenzt, begleitet von einer leichten Mazeration. Zudem bestehen mehrere kleine Erosionen und dyskeratotische Herde, verteilt über die gesamte Fusssohle.

Bei der mehr als ein Jahr bestehenden Wunde in untypischer Lokalisation und nach langjähriger Immunsuppression sowie bei unauffälligem Gefässstatus wird eine Biopsie zur weiteren Klärung der Ätiologie der Wunde durchgeführt. Der Pathologiebefund zeigt ein hoch differenziertes Plattenepithelkarzinom sowie ansonsten typische Veränderungen im Sinne der bekannten Psoriasis vulgaris.

Dem Patienten wurde das Plattenepithelkarzinom operativ entfernt. Die maligne Läsion konnte mit drei Nachresektionen in sano exzidiert werden. Mapping-Biopsien in der weiteren Umgebung blieben ohne Hinweis auf weitere maligne Herde. Die Defektdeckung erfolgte mit alloplastischem Material. Der Patient befindet sich seit der Krankenhausentlassung in regelmässiger Wundnachsorge.

Tabelle :

Diagnostisches Vorgehen bei Ulcus cruris

Untersuchung	Obligat bei:	Indiziert bei:
BPI	alle Ulcera cruris	
direktionale Doppleruntersuchung	v.a. CVI	
Duplexuntersuchung	v.a. Thrombosen v.a. pAVK	Abklärung sonstiger Durchblutungsstörungen
digitale Subtraktionsangiografie	V.a. pAVK	
Schmerzscore	alle Ulcera cruris	
Biopsie		v.a. Malignom nicht heilende Wunde nach 1 Jahr suspekte Morphologie Abklärung immunologische Wunde, Infektionen (z.B. Myobakteriose, Leishmaniose u.a.)
Epikutantest	v.a. Kontaktallergie	alle 2-3 Jahre bei Ulcus cruris
Abstrichbakteriologie	Infektionszeichen, Planung stationärer Aufnahme	Erstvorstellung
serologische Untersuchung (u.a. Vasculitis, Gerinnungsanalytik)	klinische Hinweise, z.B. auf Vasculitis, Phlebothrombosen in Eigen- oder Familienanamnese	

modifiziert nach Herberger K 2008 (10)

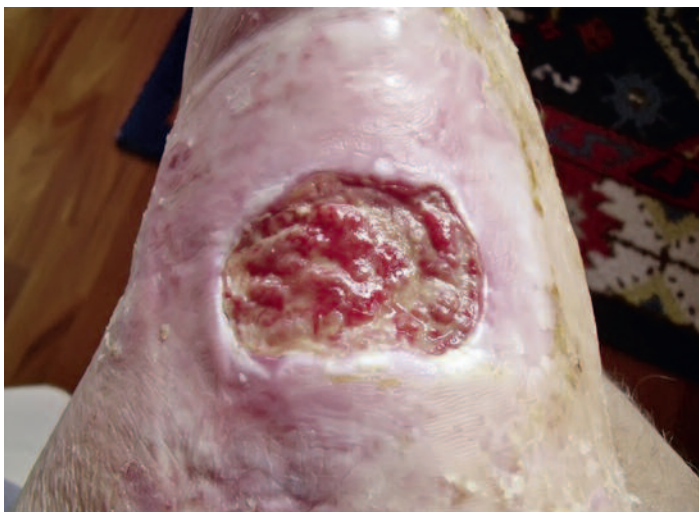


Abbildung 1: Chronische Wunde: Innenkante des linken Fusses © Kirsten

arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) der Deutschen Gesellschaft für Angiologie verwiesen (3, 4).

Die häufigsten chronischen Wunden sind das Ulcus cruris, der diabetische Fuss und der Dekubitus. Beim Ulcus cruris handelt es sich bei etwa 90 Prozent um eine gefässbedingte

Wunde, ein Ulcus cruris venosum, arteriosum oder mixtum (5). Die übrigen 10 Prozent sind durch eine Vielzahl seltener Ursachen, darunter auch Tumoren, verursacht. Immunologische Ursachen wie Vasculitiden oder das Pyoderma gangraenosum, aber auch medikamentös bedingte, metabolische, infektiöse und physikalische Wunden gehören dazu. Bei den Tumorzellen unterscheidet man zwischen Primärtumoren, die als Wunden verkannt werden, und Tumoren, die erst sekundär auf dem Boden einer chronischen Entzündung entstehen. Denn chronische Entzündungen sind ein wichtiger Triggerfaktor für Malignome. Über Entzündungsmediatoren kommt es zur Aktivierung von Protoonkogenen und zu genetischer Instabilität (Abbildung 2) (6). Eine langfristige Immunsuppression ist ein weiterer Risikofaktor.

Aber auch exulzerierte Hauttumoren, wie das Basaliom oder das Spinaliom, sind nicht selten. Die Inzidenz von invasiven epithelialen Hauttumoren steigt bei über 80-jährigen Patienten auf bis zu 2 Prozent an (7). Frühzeitig erkannt, haben sie eine sehr gute Prognose. Denn das Metastasierungsrisiko ist gering, steigt aber rapide mit zunehmender Tumordicke an (8, 9). Die Gefahr eines letalen Ausgangs besteht meist nur, wenn die lokale Zerstörung lebenswichtige Strukturen einbezieht.

Häufige Probleme in der Arztpraxis

Der Hausarzt ist oft der erste Ansprechpartner von Wundpatienten. Da sie meist schon älter sind, bestehen oft zahlreiche Komorbiditäten, die zwar häufig mit der Ätiologie der Wunde zusammenhängen, aber manchmal von der tatsächlichen Ursache ablenken. Ein strukturiertes und leitlinienbasiertes Vorgehen in der Diagnostik ist deshalb besonders wichtig.

Strukturiertes Vorgehen

Die Anamnese kann Hinweise auf mögliche Risikofaktoren liefern (z.B. Medikamente, Gefässerkrankungen). Beginn und Umstände der Wundentstehung, Vorerkrankungen und -behandlungen, Dauermedikationen, das Schmerzprofil und die Reise- sowie die Familien- und Sozialanamnese sind hier wesentlich. Bei der klinischen Untersuchung geht es um die Beurteilung der Wunde selbst sowie deren Umgebung und die Lokalisation. Eine erythematöse Reaktion der Umgebung kann auf eine Entzündung hinweisen, darunter auf eine immunologische Wundursache, eine Infektion oder eine allergische Reaktion. Vermutet man eine Wunde aufgrund einer venösen oder arteriellen Durchblutungsstörung, sollte man prüfen, ob die Lokalisation der Wunde mit der Vermutung kompatibel ist. Cave: Passt die Lokalisation nicht zur angenommenen Diagnose oder zeigt sich die Wunde ungewöhnlich, muss der Arzt an seltenere Wundursachen wie Tumoren denken.

Basis der Diagnostik von Wunden an der unteren Extremität ist die Klärung des Gefässstatus. Das Tasten der Fusspuls und die Inspektion sollte man immer durch einen Doppler-Verschlussdruck ergänzen (Brachiopedalindex). Der Normbereich liegt zwischen 0,9 und 1,3. So ist ein Wert unter 0,9 ein Zeichen für eine pAVK und ein Wert über 1,3 ein Hinweis auf eine Mediasklerose. Falschhohe Werte können durch eine zu schmale Blutdruckmanschette, die falsche Anlage der Manschette zu weit proximal oder die sitzende Lagerung des Patienten entstehen. Sind die Basisuntersuchungen auffällig,

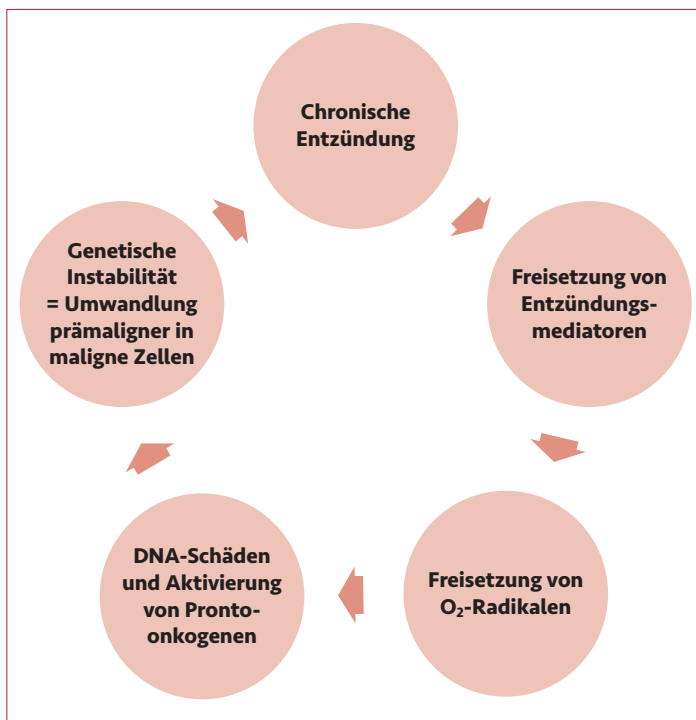


Abbildung 2: Tumorentstehung auf Basis einer chronischen Entzündung

muss eine weitere Abklärung durch Gefässmediziner erfolgen, zum Beispiel eine Oszillografie und/oder eine Angiografie. Da nahezu alle Wunden bakteriell kontaminiert sind, ist initial ein Abstrich zur mikrobiologischen Diagnostik wichtig, mit dem sich multiresistente Keime erfassen lassen. Danach sollte man Hygienemassnahmen ergreifen und bei einer Infektion – aber nur dann – diese gezielt therapieren. Ist die Wunde über ein Jahr alt oder der Befund auffällig (z.B. livedoide oder stark erythematöse Reaktion der Wundumgebung, Atrophie blanche, unscharfe Wundränder), sollte biopsiert werden.

Zu jeder Untersuchung gehört zudem die Erhebung des Schmerzstatus. Schmerzen können aber auch auf die Ätiologie der Wunde hinweisen (pAVK, Vaskulitis, Mikrozirkulationsstörung).

Schnittstelle Hausarzt/Spezialist

Chronische Wunden sind häufig. Der Hausarzt ist hier nicht nur die erste Anlaufstelle, sondern übernimmt eine entscheidende Rolle bei der Steuerung des Diagnostik- und Therapiekonzepts. Aufgrund der Komplexität und der Ursachenvielfalt chronischer Wunden ist eine strukturierte interdisziplinäre Zusammenarbeit bedeutsam. So erfordert die Klärung

des Gefässstatus die Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Gefässspezialisten. Jede Wunde, die länger als ein Jahr besteht und keine Heilungstendenz zeigt oder mit einem auffälligen Wundbefund einhergeht, sollte biopsiert werden. Da je nach Wundbefund und Verdachtsdiagnose die optimale Lokalisation der Biopsie variiert, sollte diese der Hautarzt vornehmen. Handelt es sich um eine maligne Wunde, ist zu meist eine operative Entfernung anzustreben. Grössere Tumoren oder kritische Lokalisationen erfordern eine stationäre Behandlung. Kleinere, leicht verschliessbare Tumoren können meist ambulant operativ behandelt werden. Cave: Eine regelmässige Nachsorge ist bei allen Hauttumoren indiziert, um frühzeitig Rezidive oder neue Läsionen zu identifizieren. ▲

Dr. med. Natalia Kirsten

Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie

und bei Pflegeberufen (IVDP)

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

D-20246 Hamburg

Interessenkonflikte: Die Autorin hat keine deklariert.

Literatur:

1. Heyer K et al.: Epidemiology of chronic wounds in Germany: Analysis of statutory health insurance data. *Wound Repair Regen* 2016; 24(2): 434–442.
2. <https://bvmed.de/download/pmv-zusammenfassung-der-ergebnisse.pdf>
3. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/091-001k_S3_Lokaltherapie_chronischer_Wunden_2015-ungueltig.pdf, http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/065-003l_S3_PAVK_periphere_arterielle_Verschlusskrankheitfinal-2016-04.pdf
4. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/037-009l_S3_Diagnostik_und_Therapie_des_Ulcus_cruris_venosum_abgelaufen.pdf
5. Herberger K et al.: Quality-of-care for leg ulcers in the metropolitan area of Hamburg: a community-based study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012; 26(4): 495–502.
6. Bördlein I: Onkologie: Wie chronische Entzündungen zu Krebserkrankungen führen. *Dtsch Arztebl* 2006; 103(10): A-592/B-512/C-492.
7. Augustin J et al.: Methoden zur Analyse der regionalen dermatologischen Versorgung am Beispiel Hamburgs (Methods of Analyzing Regional Dermatological Care as Exemplified by the City of Hamburg). *J Dtsch Dermatol Ges* 2015; 13(7): 661–673.
8. Glover MT et al.: Non-melanoma skin cancer in renal transplant recipients: the extent of the problem and a strategy for management. *Br J Plast Surg* 1994; 47: 86–89.
9. Breuninger H et al.: Untersuchungen zur Prognosebestimmung des spinözellulären Karzinoms der Haut und Unterlippe anhand des TNM-Systems und zusätzlicher Parameter. *Hautarzt* 1988; 39: 430–434.
10. Herberger K, Augustin M: Leitliniengerechte Versorgung chronischer Wunden am Beispiel des Ulcus cruris. *Der niedergelassene Arzt* 11/2008: 41–44.

Diese Arbeit erschien zuerst in «Der Allgemeinarzt» 2/2018. Die leicht bearbeitete Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autor.