

Chronische Wunden

Interview mit Dr. med. Severin Lächli, Oberarzt an der Dermatologischen Klinik des Universitätsspitals Zürich und Präsident der SAFW (Swiss Association for Wound Care).



Dr. med. Severin Lächli

Medicos: Chronische Wunden verursachen einen hohen Heilungs- und Pflegeaufwand und vermindern die Lebensqualität der Betroffenen erheblich. Welches sind nach dem heutigen Wissensstand die wichtigsten Therapiemassnahmen je nach Typ der chronischen Wunde?

Dr. med. Severin Lächli: Am wichtigsten in der Behandlung von chronischen Wunden, und dies geht leider immer wieder vergessen, ist die Abklärung und die Behandlung der Wundursache. Dazu gehört, dass bei jedem Patienten mit einer chronischen Wunde am Bein eine venöse und arterielle Basisuntersuchung gemacht werden soll. Auch bei Wunden mit vermeintlich anderen Ursachen, wie zum Beispiel einer posttraumatischen Wunde nach Bagateltrauma oder einer Wunde bei einem Patienten mit rheumatoider Arthritis, liegt oft eine venöse oder eine arterielle Insuffizienz vor, die entsprechend behandelt werden muss. Falls klinisch ein Verdacht auf einen Hauttumor oder auf eine Vaskulitis als Ursache der Wunde besteht, soll die Wunde biopsiert werden. Dies gilt auch für alle Wunden, welche nach mehreren Monaten korrekter Behandlung keine Heilungstendenz zeigen. Wunden, für die nach diesen Abklärungen keine befriedigende Ursache gefunden werden kann, werden am besten in einem interdisziplinären Wundzentrum vorgestellt.

Diesen Ausführungen entsprechend bestehen die wichtigsten Therapiemassnahmen ebenfalls in der Behandlung der Wundursache. Dazu gehört bei den venösen Geschwüren in erster Linie die Kompressionstherapie, in vielen Fällen auch eine operative Sanierung oberflächlicher insuffizienter Venen.

Bei den arteriellen Ulzera steht die Revaskularisationsbehandlung im Vordergrund. Für den diabetischen Fuss und den Dekubitus ist die Entlastung am wichtigsten.

Weiter gehört selbstverständlich auch eine gute Wundbettkonditionierung dazu, welche ein Débridement, die Behandlung eines allfälligen Wundinfektes und die Erhaltung einer guten Feuchtigkeitsbalance mit einschliesst.

Was ist bei der Wundreinigung und Wundkonditionierung in der Ulkusbehandlung spezifisch zu berücksichtigen?

Lächli: Etwas vereinfachend kann die Wundbettvorbereitung in vier Schritte unterteilt werden: das Débridement, die Infektionsbehandlung, die Feuchtigkeitsbalance und die Epithelisierungsförderung. Beim Débridement werden alle nekrotischen Wundanteile sowie Fibrinbeläge schonend entfernt. Damit werden die Wundheilung angeregt und ein möglicher Nährboden für Wundinfektionen entfernt. Es wird damit auch Gewebe freigelegt, welches überhaupt ein Heilungspotenzial hat – die chronische Wunde wird in eine akute verwandelt.

Wenn eine klinisch manifeste Wundinfektion vorliegt, müssen systemische Antibiotika eingesetzt werden. Oft finden sich aber nur diskrete Zeichen einer kritischen Wundkolonisation. Dazu gehören schlechter Geruch, übermässiges Exsudat oder eine

auffallend rötliche und verletzte Wundoberfläche. In diesen Fällen werden am besten lokale Antiseptika eingesetzt, welche nicht wundheilungshemmend sind, zum Beispiel Polyhexanid, Octenidin oder Silberverbände.

Da Heilungsvorgänge in feuchtem Milieu schneller ablaufen, zu viel Feuchtigkeit und Mazeration der Wundumgebung die Heilung jedoch verzögern, ist die Erhaltung der Feuchtigkeitsbalance bedeutsam. Zu diesem Zweck stehen zahlreiche moderne Wundaufgaben zur Verfügung. Je nach Exsudationsgrad der Wunde wird eine Wundaufgabe mit hoher Absorptionskapazität gewählt (z.B. ein Schaumstoffverband oder ein Alginat), bei trockenen Wunden ein eher feuchtigkeitsspendender Verband (z.B. ein Hydrogel oder ein Hydrokolloid).

Wie können Komplikationen wie Wundinfektionen, Kontaktsensibilisierungen und Antibiotikaresistenzen bei chronischen Beingeschwüren verhindert werden?

Läuchli: Dies ist eine ganz wichtige Frage. Zur Verhinderung von Wundinfektionen trägt es wiederum bei, wenn die Ursache der Wunde adäquat behandelt wird. Zudem müssen selbstverständlich die Verbandwechsel unter entsprechenden sterilen Kautelen vorgenommen werden. Sind Zeichen der kritischen Kolonisierung auf der Wunde vorhanden, sollen Antiseptika eingesetzt werden.

Kontaktsensibilisierungen sind ein sehr häufiges Problem in der Behandlung chronischer Beingeschwüre. Da bei diesen Patienten die Hautbarriere geschädigt ist, sie aber oft jahrelang mit verschiedensten topischen Substanzen behandelt werden, sind über zwei Drittel aller Patienten mit venösem Beingeschwür im Verlaufe der Behandlung auf ein topisch angewendetes Präparat sensibilisiert. Für die topische Behandlung dieser Patienten und auch für die Hautpflege der Wundumgebung dürfen deshalb nur Präparate verwendet werden, in denen keine Duftstoffe und möglichst keine Konservierungsmittel enthalten sind. Ganz besonders zu vermeiden sind topisch angewendete Antibiotika, einerseits, da diese aufgrund mangelnder Penetration sowieso ungenügend wirksam wären und Resistenzen entstehen können, andererseits eben auch wegen der grossen Gefahr der Kontaktsensibilisierung.

Die neuen Biotechnologieverfahren stellen einen Paradigmenwechsel in der Behandlung schwer heilender Wunden dar. Welchen Nutzen ziehen die Patienten mit Ulcera cruris aus der Verwendung von Hautäquivalenten?

Läuchli: Die Entwicklung von Hautäquivalenten, welche bei Patienten mit chronischen Wunden eingesetzt werden können, stellt einen grossen

Schritt in der Behandlung dieser Patienten dar. In der Schweiz stehen dafür zwei Präparate zur Verfügung, die kommerziell erhältlich sind: ein zweischichtiges allogenes Hautersatzpräparat sowie ein autologes Präparat, das aus patienteneigenen Haarwurzel-schaftszellen gezüchtet wird. Mit diesen Präparaten kann vor allem die Epithelialisierung beschleunigt werden, wenn das Wundbett bereits gut konditioniert ist. Zudem kann durch die in diesen Präparaten enthaltenen Wachstumsfaktoren auch die Wundheilung stimuliert werden. In einer grossen Multizenterstudie konnte gezeigt werden, dass das Präparat aus patienteneigenen Zellen im Vergleich zur Spalthauttransplantation ebenbürtige Resultate liefert, mit diesem Verfahren aber eine Hospitalisation oft vermieden werden kann. Auch für das allogene Präparat gibt es gute Daten, wonach die Heilung von diabetischen und venösen Ulzera beschleunigt wird. Da diese Verfahren jedoch sehr teuer sind, sollen sie Zentren vorbehalten bleiben, die viel Erfahrung in der Behandlung von chronischen Wunden haben. Die SAFW hat im Auftrag des BAG Richtlinien erstellt, welche Zentren dazu berechtigt sein sollen und in welchen Situationen diese Verfahren eingesetzt werden dürfen, nämlich in erster Linie dann, wenn sich nach korrekter Behandlung der Wundursache und drei Monaten adäquater Lokalbehandlung eine unbefriedigende Heilungstendenz zeigt.

Im Bestreben nach ständiger Verbesserung, Standardisierung und Kosteneffizienz des modernen Wundmanagements hat die SAFW Kriterien für ein modernes Wundbehandlungszentrum festgelegt. Welche Anforderungen müssen für eine Zertifizierung erfüllt sein? Wie ist beispielsweise das Wundzentrum am Universitätsspital Zürich organisiert?

Läuchli: Die Behandlung chronischer Wunden ist ein Paradebeispiel eines Krankheitsbildes, das interdisziplinär behandelt werden muss. Gefässabklärungen sind bei praktisch allen diesen Patienten notwendig und werden von Angiologen, Gefässchirurgen und phlebologisch tätigen Dermatologen durchgeführt. Zur Differenzialdiagnose gehören zahlreiche dermatologische Krankheiten, die oft nur diesen bekannt sind. In vielen Fällen spielen auch die Orthopäden eine wichtige Rolle, etwa wenn es um Schuhversorgung oder Entlastung geht, und die plastischen Chirurgen, wenn invasive Methoden zur Behandlung nötig sind. Auch Rheumatologen und Endokrinologen müssen oft beigezogen werden. Deshalb sollte ein Wundzentrum über eine gute Vernetzung mit all diesen Fachgebieten verfügen. Selbstverständlich muss ein Wundzentrum auch rund um die Uhr für den Patienten als Ansprechpartner zur Verfügung stehen und eine gute Infra-

struktur für die Abklärung gewährleisten. Speziell ausgebildete Wundexpertinnen sollen bei der pflegerischen Betreuung federführend sein.

Am Universitätsspital Zürich wird das interdisziplinäre Wundzentrum seit drei Jahren sehr erfolgreich betrieben. Die Patienten werden weiterhin in den verschiedenen Kliniken betreut, einmal pro Woche findet jedoch eine gemeinsame Visite statt, bei der die schwierigen Patienten interdisziplinär beurteilt werden. Zudem wurde ein gemeinsames Wundbehandlungskonzept erarbeitet, das Arbeitsanweisungen, Materialauswahl, ein Weiterbildungskonzept und klar definierte Ansprechpartner umfasst.

Eine zentrale Rolle im Wundmanagement nimmt die Wundexpertin ein. Wie sieht dieses Berufsbild aus, und welche Voraussetzungen und Ausbildung braucht es dazu?

Läuchli: Wundexpertinnen und Wundexperten sind diplomierte Pflegefachpersonen, die sich einer mehrwöchigen Zusatzausbildung zur Behandlung

chronischer Wunden unterzogen haben. Diese Ausbildung wird zurzeit von der SAfW in Zusammenarbeit mit H+, Vereinigung Schweizer Spitäler, in Aarau angeboten. Daneben gibt es auch Grundkurse, in denen während fünf Tagen die wichtigsten Punkte vermittelt werden. Die Wundexpertin spielt eine wichtige Rolle besonders in der langfristigen Versorgung von Patienten mit schwierigen chronischen Wunden. Durch ihre vertiefte Ausbildung besonders in der Lokalthherapie chronischer Wunden stellt sie einen wichtigen Partner des behandelnden Arztes dar, der sich oft nicht im Detail um Wundverbände und lokaltherapeutische Massnahmen kümmern will. Die Verordnungsgewalt muss aber klar beim behandelnden Arzt bleiben. Dies setzt allerdings voraus, dass die Ärzte, insbesondere die Grundversorger, sich auch für chronische Wunden interessieren und diese nicht als medizinisch uninteressante Nebenaspekte behandeln.

Besondere Ausbildungsangebote für Ärzte existieren zurzeit noch nicht, da die Nachfrage bisher unklar war. Die SAfW wäre aber gerne bereit, solche

Veranstaltungen zu organisieren, falls ein entsprechendes Bedürfnis besteht.

Welche Rolle spielen die Grundversorger und die Spitex-Zentren im interprofessionellen Wundmanagement? Worauf möchten Sie diese aus der Sicht und Erfahrung des SAfW-Präsidenten speziell aufmerksam machen?

Läuchli: Idealerweise wird ein Patient mit einer chronischen Wunde primär durch seinen Hausarzt betreut. Für die mehrmals wöchentlichen Verbandwechsel kann und soll dieser mit Wundzentren, Spitexzentren oder freischaffenden Wundexpertinnen zusammenarbeiten, damit eine optimale Versorgung des Patienten gewährleistet ist. Daneben wird der Grundversorger auch immer die Schnittstelle

EWMA 2010 vom 26. bis 28.5. in Genf: Die neuesten Entwicklungen in der Wundheilung

In der Ausgabe 4/2010 bringt [medicos] einen kurzen Rückblick auf den 20. Kongress der European Wound Management Association über die neuesten Entwicklungen in der Wundheilung. Der Kongress wurde zusammen mit der Schweizerischen Gesellschaft für Wundbehandlung SAfW, Sektionen Deutsche Schweiz und Romandie, in Genf durchgeführt.

sein müssen für die Abklärung dieser interdisziplinär oft hoch anspruchsvollen Patienten. ●

Die Redaktion dankt Dr. med. Severin Läuchli für das interessante Interview.