Abheilung durch Kompression fördern

Therapie des Ulcus cruris venosum

Prof. Dr. Knut Kröger, Klinik für Gefäßmedizin, Krefeld

Das Ulcus cruris venosum (UCV) wird im Gegensatz zum Diabetischen Fußsyndrom und Dekubitus von Patienten und Ärzten eher als weniger gefährliche chronische Alterserscheinung wahrgenommen. Die Effektivität der Therapie des UCV hängt von der konsequenten Umsetzung ab.

Das UCV ist immer Folge einer chronisch venösen Insuffizienz (CVI). Darüber hinaus gibt es viele Ulcera am Unterschenkel mit mehr oder weniger häufigen Differenzialdiagnosen (Vaskulitis, Livedovaskulopathie oder Pyoderma), die man ohne eine weitere spezifische Diagnostik nicht stellen kann. Alle Ulcera am Unterschenkel ohne die typischen Hautveränderungen der CVI, die nicht primär am medialen distalen Unterschenkel auftreten, multiple Ulcera oder nekrotisch veränderte Ulcera sollten an diese seltene Ursachen denken lassen. Auch eine fehlende Verbesserung der Wundsituation nach 3–4 Wochen sollte zur weiteren Abklärung seltener Ursachen führen.

Bei der lokalen Therapie des UCV steht das Exsudatmanagement ganz im Vordergrund. Hierbei gilt es, den Zellen ein optimales feuchtes Milieu zu bieten, das sie zum Wachstum brauchen, und gleichzei-

tig die Wundumgebung vor dem autoaggressiven Exsudat zu schützen. Die Mazeration der Ulcsumgebung durch austretendes Exsudat ist die wichtigste Ursache für eine schleichende Zunahme der Ulcusgröße. Diese Aufgabe können Alginate, Schaumverbände, Hydrofaser und Superabsorber-haltige Wundauflagen übernehmen. Wichtig ist dabei bei jedem Verbandwechsel, die Wundsituation bzgl. des Exsudatmanagements zu beurteilen. Ein UCV, das zu trocken ist, heilt ebenso wenig wie ein Ulcus cruris, das zu feucht ist.

Abheilung des UCV mithilfe der Kompressionstherapie

Die Grundlage einer erfolgreichen Behandlung des UCV ist eine adäquate Kompressionstherapie (Abb. 1). Durch den konsequenten Druck auf die Venen wird der Durchmesser der epifascialen Gefäße verengt und dadurch die Fließgeschwin-

digkeit des Blutes gesteigert. Des Weiteren bildet die Kompression ein stabiles Widerlager, so dass bei Aktivierung der Beinmuskulatur der venöse Rückfluss in tiefere Gefäße gesteigert wird. Durch den verbesserten Abfluss werden Ödeme reduziert und ausgetretene Makromoleküle wieder aus dem Interstitium abtransportiert. Bei richtiger Anwendung führt die Kompression kurzfristig zu einer besseren Gewebeversorgung und langfristig zur Vermeidung des trophischen Gewebumbaus bzw. zur Abheilung des UCV.

Wie sieht die optimale Therapie aus?

Studien zeigen, dass die Kompressionstherapie stark vernachlässigt wird und dass der Nutzen hydroaktiver Wundverbände nicht allen betroffenen Patienten zu Gute kommt. Die Gründe reichen von Unkenntnis, über Budgetangst bis hin zu individuellen Erfahrungen einzelner Ärzte.

Es ist wichtig, dass sich das Wundmanagement und die Kompressionstherapie an der jeweiligen Wundsituation orientiert. Die Stärke der anzulegenden Kompression muss dem Behandlungsziel entsprechen und dem Behandlungsstadium angepasst sein. Bei floridem UCV hat die Therapie mit Kurzzugbandagen lange Tradition. In den letzten Jahren haben sich die Möglichkeiten der Kompression durch Mehrkomponenten-Verbände, Ulcus-Strümpfe oder sogenannten Wrap-Bandagen-Systeme, die auch bei einem längerfristigen Einsatz wesentlich besser steuerbare Kompressionsdruckwerte erzielen, deutlich verbessert. Als weitere unterstützende Maßnahme kann zudem auch oft eine intermittierende pneumatische Kompressionstherapie (IPK) mit ein- oder mehrkammerigen Manschetten und einem Steuergerät genutzt werden.

Die wichtigste Voraussetzung ist, dass der Arzt mit den Möglichkeiten der Kompressionstherapie ebenso vertraut ist wie mit den Eigenschaften der Wundauflagen.

© Prof. Dr. K. Kröger

1 Ulcus cruris venosum mit typischen trophischen Veränderungen der CVI. Der umschriebene Befund verleitet dazu, nur eine lokale Ulkustherapie vorzunehmen (erkennbar am Abdruck der Wundauflage), aber auf eine Kompressionstherapie zu verzichten (erkennbar am Ödem proximal der Wunde).