

Der Fall des Monats

Kompressionstherapie bei Patienten mit chronischen Wunden

Einleitung

Bei einer Behandlung mit Kompressionstherapie werden die betroffenen Extremitäten komprimiert, was zu einer Resorption der im Gewebe befindlichen Flüssigkeiten durch die Venen und Lymphgefäße führt und diese herzwärts ableitet. Um diesen Effekt zu erreichen, muss eine Kompressionstherapie ausreichend intensiv sein und von distal beginnend nach proximal in ihrer Stärke abnehmen. Allerdings ist jede Kompressionstherapie dosiert anzuwenden und darf nicht so stark sein, dass Druckschäden verursacht werden.

Kompressionstherapie bei chronischen Wunden

Die Kompressionstherapie ist die Basisbehandlung vieler Patienten mit chronischen Wunden mit Ödemen und nahezu aller Patienten mit Ulcus cruris venosum, da sie den gestörten venösen Abstrom als Ursache der Gewebeschädigung physiologisch unterstützt. Letztlich entscheidend für die Versorgung des Gewebes ist der transkapilläre Druckgradient. Entspricht der Druck auf der arteriellen Einstromseite der Kapillare dem auf der venösen Ausstromseite, fließt kein Blut über die Kapillare und das Gewebe wird nicht versorgt. Die Ödemreduktion mit Verbesserung des transkapillären Blutflusses steht daher im Mittelpunkt aller Bemühungen um die Wundheilung dieser Patienten. Diese kann erreicht werden, wenn man durch eine effektive Kompressionstherapie den venösen Abstrom verbessert und damit den Druck auf der Ausstromseite der Kapillare reduziert. Hierzu können Kompressionsverbände mit Kurzzugbandagen oder Mehrlagenverbänden, Kompressionsstrümpfe oder die apparative intermittierende Kompression (AIK) eingesetzt werden.

Kontraindikationen

Als absolute Kontraindikation für eine Kompressionstherapie gilt u. a. die fortgeschrittene periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK); relative Kontraindikationen sind beispielsweise Kontaktsensibilisierungen auf die eingesetzten Materialien oder die fortgeschrittene periphere Neuropathie (PNP) beispielsweise durch Diabetes mellitus. Hier würde man meist keine Kompressionstherapie anwenden, um keine weiteren Schäden zu setzen.

Kompressionstherapie bei pAVK

Liegt bei Patienten mit pAVK eine klinische Indikation für eine Kompressionstherapie vor, ist eine kritische Risiko-Nutzen-Abwägung notwendig. Gut tastbare Fußpulse sprechen gegen eine fortgeschrittene arterielle Perfusionsstörung, sind aber nicht beweisend. Es sollte daher immer



Prof. Dr. med. Joachim Dissemond



Prof. Dr. med. Knut Kröger

auch eine apparative Untersuchung mit Bestimmung des Knöchel-Arm-Druck-Index (KADI, Ankle-brachial-Index = ABI) mittels Doppler-Sonde vor Einleitung einer Kompressionstherapie erfolgen. Eine ausreichend kompensierte periphere arterielle Durchblutungsstörung mit Knöchelarteriendrücken über 70 mmHg, beispielsweise bei Patienten mit Ulcus cruris mixtum und ausgeprägten Ödemen, stellt in der Regel keine Kontraindikation für die Kompressionstherapie dar. Solche Patienten bedürfen aber einer besonders engmaschigen Überwachung. Zudem sind für solche Fälle auch Kompressionssysteme mit niedrigeren Druckwerten um die 20 mmHg verfügbar. In grenzwertigen Fällen sollte die Kompressionstherapie nach zwei bis vier Stunden pausiert und das Bein auf Druckstellen untersucht werden. Gleiches gilt für eine diabetische PNP, da die Rückkopplung von Seiten des Patienten über Schmerz- und Drucksensoren fehlt. Bei der AIK ist mit niedrigen Drücken und kurzen Anwendungszeiten zu starten, um die optimalen individuellen Effekte für den Patienten langsam zu erreichen.

Kompressionstherapie in der Praxis

Der durch die Kompressionstherapie erzeugte Druck verengt physikalisch die Gefäße und steigert so die Fließgeschwindigkeit des Blutes. Dieser Effekt kann nur bei Eigenbewegung greifen. Deshalb ist der Patient dazu anzuhalten, sich mit angelegter Kompressionstherapie zu bewegen und gymnastische Übungen, wie Fußkreisen und -wippen, durchzuführen. In Leitlinien wird den Patienten mit Ulcus cruris venosum ein kontrolliertes Gehtraining unter Kompressionstherapie für die Vermeidung der Sprunggelenkversteifung mit arthrogenem Stauungssyndrom und für die Aktivierung der Muskelvenenpumpe empfohlen. Die Anwendung von Kompressionstherapien bei immobilisierenden Patienten erhöht das Risiko von Druckgeschwüren, da neben dem Auflagedruck noch der Druck durch die Kompressionstherapie hinzukommt. In Einzelfällen kann hier die Durchführung einer Kompressionstherapie mit Langzugbandagen oder AIK diskutiert werden.

Bei Patienten mit chronischen Wunden ist es wichtig, dass sich die Kompressionstherapie an der jeweiligen Wundsituation orientiert. Die Stärke der anzulegenden Kompressionstherapie muss dem Behandlungsziel entsprechen und dem Behandlungsstadium angepasst sein. So unterscheidet man die Therapiephase der Behandlung mit Kontrolle der chronisch venösen Insuffizienz, Ödemreduktion und Ulkusheilung von der Erhaltungsphase mit der Ödemprävention und Ulkusheilung sowie Vermeidung eines Ulkusrezidivs. In der Therapiephase müssen Kompressionsverbände häufiger angelegt werden als in der Erhaltungsphase. Bei ausgeprägten Ödemen und zügiger Entstauung kann der Verband rutschen und muss im Einzelfall auch zweimal täglich erneuert werden. In der Erhaltungsphase sollte das Ödem beseitigt sein. Bei fehlendem Ödem kann das Gewebe dem Verband weniger nachgeben und die Druckwirkung im Gewebe und an den Knochenkanten wie Tibia und oberes Sprunggelenk ist größer. Daher sollte in der Erhaltungsphase die

Kompressionstherapie nur so stark sein, dass sich kein erneutes Ödem entwickeln kann. Bei einem floriden Ulcus cruris stellen Verbandstrümpfe bestehend aus einem Unterziehstrumpf, der den Wundverband fixiert, und einem klassischen Kompressionsstrumpf, der den Druck aufbringt, für viele Patienten eine sinnvolle Übergangslösung da.

Die AIK kann sowohl in der Therapie- als auch in der Erhaltungsphase unterstützend eingesetzt werden. Wichtig ist, dass der Patient ausreichend funktionstüchtige und an seine Anatomie angepasste Kompressionsstrümpfe erhält, so dass er auch täglich einen sauberen Strumpf tragen kann, der nicht zu Schnürfurchen führt. Da nicht davon ausgegangen werden kann, dass berufstätige Patienten oder auch ältere Menschen jeden Abend den Kompressionsstrumpf waschen können, der Strumpf aber durch Schweiß, Wundexsudat oder Inkontinenz verschmutzt, sind zwei verfügbare Kompressionsstrümpfe für ein Bein sicher zu wenig. Zudem sollte auch immer mit den Patienten besprochen werden, ob die Verordnung weiterer Hilfsmittel oder die Hilfe durch einen Pflegedienst für die Anlage und das Ausziehen der Strümpfe notwendig sind. Da es sich bei Kompressionsstrümpfen und der AIK um Hilfsmittel handelt, gibt es keine Richtgrößenbegrenzung und die Anzahl der Verordnungen ist der individuellen Situation des Betroffenen anzupassen.

Korrespondenzanschrift:

Prof. Dr. med. Knut Kröger, HELIOS Klinikum Krefeld GmbH, Klinik für Gefäßmedizin, - Angiologie -, Lutherplatz 40, 47805 Krefeld
Prof. Dr. med. Joachim Dissemond, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Universitätsklinikum Essen, Hufelandstr. 55, 45122 Essen

Wussten Sie schon...

... dass die Patienten überwiegend zufrieden mit ihren Kompressionsstrümpfen sind?

85 Prozent der Träger von Kompressionsstrümpfen sind zufrieden bis sehr zufrieden mit ihren Hilfsmitteln. Die hohe Zufriedenheit korreliert dabei stark mit dem Nutzen, den die Anwender medizinischen Kompressionsstrümpfen bescheinigen. 85 Prozent der Nutzer geben an, dass ihnen ihre Kompressionsstrümpfe sehr viel

oder viel helfen. Dabei steht für die Patienten im Vordergrund, dass ihre Beschwerden beim Tragen medizinischer Kompressionsstrümpfe abgenommen haben. Weitere Effekte bei Kompressionsstrümpfen sind außerdem der Rückgang von Ödemen und eine verbesserte Durchblutung.

Insbesondere Patienten, die täglich Kompressionsstrümpfe tragen, geben außerdem an, dass sie aufgrund ihrer Hilfsmittel eine Steigerung ihrer Lebensqualität erfahren.

Diese Ergebnisse erbrachte eine repräsentative Patientenumfrage, die das Institut für Demoskopie Allensbach im Auftrag von eurocom

durchführte. Weitere Informationen zu der Umfrage finden Sie im Internet unter www.eurocom-info.de/studien

Übrigens: Die Verordnung medizinischer Hilfsmittel belastet das Arznei- und Heilmittelbudget nicht!

Aktuelles aus der Gesundheitspolitik

- ✓ In Deutschland leiden Patienten unnötig lange an chronischen Wunden. Zu diesem Schluss kommt der Heil- und Hilfsmittelreport der BARMER GEK. „Wir können anhand unserer Daten sehen, dass es eine gravierende Unterversorgung bei Menschen gibt, die an venös bedingten Unterschenkelgeschwüren leiden“, erklärt Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK.

Industrieticker



Der medizinische Kompressionsstrumpf **COMFORT** aus dem Hause **Sigvaris** ist ab 01. November 2014 auch mit dem innovativen, patentierten Sensinova Haftrand erhältlich. Sensinova zeichnet sich durch einen perfekten Halt ohne zusätzlichen Druck aus. Er ist besonders hautfreundlich und so flexibel, dass er jede Bewegung mitmacht. Mehr Informationen unter: www.sigvaris.de



Leichtes Anziehen, sicherer Sitz und eine passgenaue Fußspitze - mit diesen (Plus-) Punkten überzeugt der optimierte **mediven plus**. Der vielseitige Kompressionsstrumpf ist bei leichten bis schweren Venenleiden indiziert und in den

Kompressionsklassen 1 - 3 erhältlich. Überzeugen Sie sich vom besten mediven plus aller Zeiten - er steht für mehr Lebensqualität und Sicherheit für Venenpatienten. Näheres unter: www.medi.de/arzt bzw. arzt@medi.de



Das Kompressionsstrumpfsystem **VenoTrain ulcertec** hat sich als Alternative zum Kompressionsverband in der Therapie des *Ulcus cruris venosum* erfolgreich etabliert. Im direkten Vergleich überzeugt VenoTrain ulcertec durch eine klinisch nachgewiesene schnellere Abheilungsrate, Kostenersparnis bei der Versorgung und eine höhere Compliance bei Patient und Fachpersonal. Er sieht aus wie ein normaler Strumpf, kann im Gegensatz zu Verbänden aber nicht verrutschen und übt dauerhaft den zur Heilung notwendigen Druck auf das Bein aus. Mehr Informationen: www.bauerfeind.com