

Wundbehandlung einer Patientin mit Wundheilungsstörungen nach Operation mit dem TNP System WoundASSIST

Use of TNP System WoundASSIST to treat patients with acute postoperative woundhealing stasis

A. Probst

ZUSAMMENFASSUNG

Die ersten veröffentlichten Fallberichte zur Behandlung von Wunden mit einem Topisch Negativen Druck (TNP) stammen aus dem Jahr 1952 durch Raffi, 1955 durch Silvis et al und 1957 durch Moloney. Während die klinischen Vorteile der TNP-Therapie sich etablierten, wurden verschiedene Methoden für die Anwendung der Therapien entwickelt. Ich berichte anhand eines Fallbeispiels über die Behandlung einer Wundheilungsstörung bei einer weiblichen Patientin mit Ovarialkystome beidseits, CUP-Syndrom mit Peritonealkarzinose im kleinen Becken mit dem TNP-System WoundASSIST® der Firma Arjo/Huntleigh.

SCHLÜSSELWÖRTER

Topisch Negativer Druck, Peritonealkarzinose, Wundheilungsstörung

Einleitung

Die Behandlung von Patienten mit Wundheilungsstörungen stellt das Behandlungsteam immer wieder vor neue Herausforderungen. Im klinischen Bereich haben sich die Vorteile der TNP-Therapie etabliert. Seit dem letzten Jahr

Astrid Probst

Kreiskliniken Reutlingen GmbH
Klinikum am Steinenberg
Wundmanagement – Pflege
Steinenbergstr. 31, 72764 Reutlingen
E-Mail: probst_a@kreiskliniken-reutlingen.de

gibt es auch eine Vielzahl von unterschiedlichen Anbietern auf dem deutschen Markt. Im Nachfolgenden wird anhand eines Fallbeispiels die Handhabung der WoundAssist® TNP-Therapie der Firma Arjo/Huntleigh erklärt.

TNP-Therapie an einem Fallbeispiel Patientin

Bei diesem Fall handelt es sich um eine 48-jährige Patientin, die am 04.09.08 auf Grund des Verdachtes auf ein Ovarialkarzinom beidseits operativ versorgt wurde. Die Histologie ergab später eine Peritonealkarzinose im kleinen Becken durch ein mittelhoch differenziertes Adenokarzinom. Im postoperativen Verlauf entwickelte sich im Bereich des OP-Gebietes eine Wundheilungsstörung. Am 17.09.08 wurde entschieden, diese mit einem Unterdrucktherapiesystem zu behandeln (Abb. 1).

TNP-Therapie mit einer Gaze

- Reinigung der Wunde, ggf. Rasur der Wundumgebung
- Schutzfilm auf die Haut der Wundumgebung auftragen (z. B. Cavilon), damit die Folien besser haften und die Haut geschützt.
- Wundpack öffnen und die Gaze mit 10 ml Kochsalz befeuchten. Bei Bedarf kann die Gaze auch zugeschnitten werden.
- Drainageschlauch passend zurechtschneiden.
- Ein Stück des Modellierstreifens

wird unter den Schlauch gelegt, um Druckstellen zu verhindern.

- Zwei weitere Stücke des Modellierstreifens werden jetzt über die Drainage gelegt und an der Haut leicht angedrückt.
- Die Folie in der Mitte zerschneiden und dann noch einmal halbieren.
- Verband mit der Folie in der Dachziegelverbandtechnik abdecken. Dabei darauf achten, dass die einzelnen Folienschichten sich überlappen.
- Nach korrekter, luftdichter Anlage des Verbandes zieht sich dieser bei Aufbau des Vakuums zusammen, wie auf dem Bild dargestellt. Mit dem Finger kann überprüft werden, ob das Vakuum noch aufgebaut ist. Bei Berührung sollte die Gaze hart sein.

Verlauf der Behandlung

Nach 24 Stunden erfolgte der erste Verbandwechsel bei der Patientin. Die Fibrinbeläge waren deutlich reduziert. Nach einer mechanischen Reinigung der Wunde mit NaCl 0,9 % wurde die in jedem „WundKit“ enthaltene nicht-



Abbildung 1
17.09.2008: Ausgangsbefund der Wunde.



Abbildung 2
Versiegelung der Wunde mit Cutimed Sorbact® der Firma BSN. Der abgebildete Modellierstreifen verhindert zum einen eine Druckstellenbildung durch den Drainageschlauch, zum anderen dient er zur luftdichten Abdichtung des Schlauches zum Aufrechterhalten des Unterdrucks.



Abbildung 3
Befestigung der Konsole am Bett.



klebende Wundauflage in die Wunde gelegt. Danach wurde erneut eine Cutimed Sorbact® Tamponade, in der sich die perforierte flexible Silikonflachdrainage befindet, in die Wunde eingebracht. Anschließend wurde diese mit einer transparenten semipermeablen Folie verschlossen und ein kontinuierlicher Unterdruck von 100 mm Hg angelegt. Die Verbandwechsel erfolgten ab jetzt aller 3 Tage.

Mit zunehmender Behandlungsdauer konnte eine deutliche Verbesserung des Allgemeinzustandes der Patientin beobachtet werden. Diese gab am Beginn der Behandlung Schmerzen auf einer Skala von 1-10 mit 7 an. Bereits am 2. Tag wurden diese auf 1 reduziert. Die geförderte Exsudatmenge reduzierte sich ebenfalls im Laufe der Behandlung von 300-400ml täglich auf 300 ml aller 4 Tage.

Fühlte sich die Patientin am Anfang noch deutlich geschwächt, so konnte auch hier im Verlauf eine deutliche Zustandsverbesserung beobachtet werden.

Am 30.09.08 fand der achte Verbandwechsel statt. Die Wunde hatte sich mittlerweile verkleinert (7,7 cm lang, 3 cm breit, 2,8 cm tief), das Granulationsgewebe war gut durchblutet, die Fibrinbeläge waren fast komplett verschwunden (s. Abb. 4)

Die Patientin konnte darauf hin einen Tag später in die ambulante Betreuung entlassen werden.

Sie kam nun zum Verbandwechsel aller 3 Tage in unser Haus.

Am 04.11.08 wurde die Unterdrucktherapie beendet (s. Abb. 5). Die Wunde war jetzt noch 3 cm lang, 0,5 cm breit und 1 cm tief. Das Verbandwechselregime wurde auf ein Alginate und einen silikonbeschichteten Schaumverband umgestellt. Die weitere Wundbehand-

lung erfolgte durch die ambulante Gynäkologin.

Am 02.12.08 stellte sich die Patientin noch einmal ambulant bei uns vor. Die Wunde war komplett verschlossen (s. Abb. 7).

Fazit

Die Unterdrucktherapie ermöglicht die Behandlung von Wundheilungsstörungen bei einem unterschiedlichen Patiententyp. Der große Vorteil liegt in der Anregung des Granulationsgewebes, der Reduktion des Exsudates und der Keimbeseidung. Gleichzeitig wird aber auch der Patientenkomfort verbessert.

Im dargestellten Fall wurden die Schmerzen deutlich reduziert, das Befinden der Patientin verbessert und eine schnelle Wundheilung erzielt, um die benötigte Chemotherapie zu veranlassen.



Abbildung 4
30.09.2008: Die Wunde hat sich mittlerweile verkleinert (7,7cm lang, 3 cm breit, 2,8 cm tief), das Granulationsgewebe ist gut durchblutet, die Fibrinbeläge sind fast komplett verschwunden.



Abbildung 5
Beendigung der Unterdrucktherapie am 04.11.2008: Die Wunde war jetzt noch 3 cm lang, 0,5 cm breit und 1 cm tief.

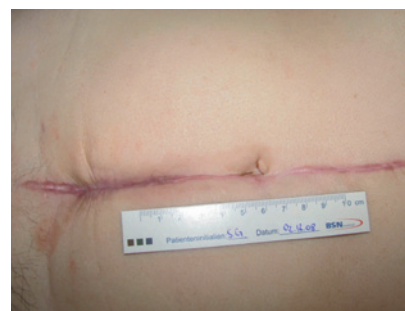


Abbildung 6
Am 02.12.08 stellte sich die Patientin noch einmal ambulant bei uns vor. Die Wunde war komplett verschlossen.

IMPRIMATUR

Hiermit erkläre ich die anliegenden Druckfahnen, nach Ausführung der angegebenen Korrekturen, für druckreif. Mit der Veröffentlichung geht das Copyright auf den mhp-Verlag über. Das schließt auch die Nutzung der druckfreien pdf-Dateien im Online-Bereich der Zeitschrift „Wundmanagement“ ein

Ort, Datum

Unterschrift

mhp-verlag GmbH
Marktplatz 13, D-65183 Wiesbaden
Tel.: ++49 (0)611 50593-35, Fax.: -11
E-Mail: wm@mhp-verlag.de