

**Patientendaten / Anamnese:**

33 Jahre, männlich, abszedierender Sinus pilonidalis (Rezidiv), Zustand nach Exzision, offene Wundbehandlung im November 2014 bei Abszess links lateral der Peniswurzel, Zustand nach Exzision, offene Wundbehandlung im April 2013 bei abszedierendem Sinus pilonidalis, Zustand nach Pit-Picking, Nikotinabusus. Im September 2015 erfolgte eine Exzision des abszedierenden Sinus pilonidalis. Histologischer Befund: Sinus pilonidalis mit florider und chronisch-fibrosierender Entzündung. Vorbehandlung in der Klinik: Mehrmaliges tägliches Ausduschen der Wunde. Als Wundfüller und Wundabdeckung erfolgte eine Behandlung mit Kompressen. Zur Fixation wurde ein Polyacrylathauptpflaster Fixomull® stretch verwendet.

Der Patient stellte sich erstmals am 27.10.2015 in unserem WZ®-Wundzentrum vor mit starken Schmerzen im Bereich der Wunde und Wundumgebung unter medikamentöser Schmerztherapie mit Cox-2-Hemmer – Arcoxia 90 mg morgens. Die Wundumgebung zeigte sich reizlos. Im Bereich des Wundrandes war eine leichte Blutung vorhanden. Die Wundtiefe umfasste 2,5 cm bis zur Subcutis reichend. Der Wundgrund war zu 80 % mit Fibrin belegt, welches mit dem Wundgrund stark verhaftet war. Vereinzelt zeigten sich Granulationsinseln. Bei Verbandsabnahme war ein Wundgeruch vorhanden. Bei Erstaufnahme wurde ein Wundabstrich entnommen mit dem Befund einer Besiedelung von Corynebacterium sp. sowie Koagulase-negative Staphylokokken. Am 29.03.2016 erfolgte ein Kontrollabstrich, bei diesem fanden sich nur noch vereinzelt Erythrozyten, Leukozyten, Epithelien. Die lokaltherapeutische Wundbehandlung im WZ®-Wundzentrum erfolgte folgendermaßen:

Wundreinigung: Nass-Trocken-Phase mit einer Wundreinigungslösung auf Basis eines Singuletsauerstoffes, NaOCl (ActiMaris®).

Wundfüller: Tamponade mit LIGASANO® Wundband 300 x 2,5 x 0,4 cm, weiß, steril.

Wundabdeckung: Zetuvit® plus10 x 20 cm. Fixation mittels Mefix® 11 cm x 10 m.

Verbandswechselhäufigkeit täglich, bei Exsudationsabnahme auf 3-4 x wöchentlich. Angehörige wurden zum Verbandswechsel angeleitet. Im Rahmen der Patienten-Angehörigenedukation wurde besonders auf die hygienischen Maßnahmen, Nikotinkarenz, Schmerzmedikationseinnahme und Ernährungssubstitution mit hingewiesen. Als Hilfsmittel wurde ein Sitzkissen zur Druckreduzierung bzw. -verteilung verordnet.



Abb. 1: 27.10.2015: Wundgröße 8,37 cm², Wundtiefe 2,5 cm, Schmerzen nach NRS: 8/10



Abb. 2: 17.11.2015: Wundgröße: 4,35 cm². Wundkontraktion sichtbar, Epithelgewebe im Bereich der Wundumgebung ist stabil. Wundtiefe: 1,8 cm. Aufgrund der lokaltherapeutischen Maßnahme mit dem verwendeten LIGASANO® Wundband weiß, steril, konnte eine Schmerzreduktion erzielt werden nach NRS: 3/6.



Abb. 3: Ab dem 03.12.2015 wurde eine Therapieänderung vorgenommen. Wundreinigung wurde belassen, der Absorber wurde durch eine LIGASANO® Wundauflage ersetzt. Fixation belassen. Verbandswechselhäufigkeit auf 4 x wöchentlich erhöht.



Abb. 4: 22.12.2015: Wundgröße 0,31 cm², Wundtiefe 0,1 cm, Schmerzmedikation abgesetzt seit 14.12.2015



Abb. 5: 14.01.2016: Stabile, epithelisierte Wunde, bis August 2016 rezidivfrei.



Erfahrungsbericht

40

Wundbehandlung mit LIGASANO® bei abszedierendem Sinus Pilonidalis

Heidi Jodl, Augsburg

Zusammenfassung / Fazit:

Das LIGASANO® Wundband 300 x 2,5 x 0,4 cm, weiß, steril zeigt eine sehr gute Anpassung an die Wundkonturen, ohne dabei eine Druckbelastung auf die Wunde auszuüben. Die Granulation, ebenso die Wundkontraktion erfolgte sehr rasch bei gleichzeitiger Abnahme der Exsudation und deutlicher Schmerzreduktion

Autorin: Heidi Jodl, Gesundheits- und Krankenpflegerin, AZWM®, Leitung des WZ®-Wundzentrums Augsburg