



Patientendaten und Anamnese:

89 Jahre, weiblich

Hauptdiagnose: Dekubitus Grad 4 nach EPUAP,

Nebendiagnosen: Herzinsuffizienz, Mangelernährung

Im Oktober 2017 erfolgte eine stationäre Aufnahme in die Klinik. Zustand nach einem häuslichen Sturz mit Wohnungsöffnung.

Lokaltherapeutische Vorbehandlung in der Klinik:

Aufgrund der kritischen Kolonisation erfolgte die Wundreinigung mit einem Octenidindihydrochlorid + 2,0 g Phenoxyethanol enthaltenem Antiseptikum. Als Wundfüller wurden eine silberhaltige Hydrofaser, sowie eine Absorberkomresse zur Wundabdeckung gewählt. Verbandswechselhäufigkeit wurde aufgrund der starken Exsudation, dem vorhandenen Wundgeruch - welcher vor Verbandsabnahme vorhanden war 2x täglich durchgeführt. Eine Antidekubitusmatratze wurde als druckverteilende Maßnahme eingesetzt mit zusätzlicher Lagerung. Ein Wundabstrich wurde entnommen mit dem Befund: Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa und ein Acinetobacter baumannii reichlich.

Die Patientin wurde in eine Pflegeeinrichtung entlassen. Erstmalige Vorstellung in unserem Wundzentrum erfolgte am 16.10.2018. Die Wundumgebung hatte oberflächliche Erosionen und teilweise Rötungen mit Verhärtung. Die Wundtiefe umfasste 5 cm bis zum Knochen reichend. Die Wundfläche war mit Fibrin belegt und zeigte nekrotische Areale, welche mit dem Wundgrund stark verhaftet waren. Vereinzelt zeigten sich Granulationsinseln. Es bestand eine Verbindung der Ulzerationen unter dem Hautniveau. Infolge der starken, zähflüssigen und trüben Exsudation war der Verband erschöpft und das Auslaufen des Exsudates verstärkte den Juckreiz, welche die Patientin im Bereich der Wundumgebung verspürte. Bei Verbandabnahme war ein Wundgeruch vorhanden.

Lokaltherapeutische Wundbehandlung durch das Wundzentrum Augsburg:

Wundreinigung: Nass-Trocken-Phase Phase nach Gerhard Kammerlander mit einer Wundreinigungslösung auf Basis eines Singuletsauerstoffes mit Meerwasser.

Wundfüller: Silberhaltige Hydrofaser

Wundabdeckung: Superabsorber. Fixation mittels eines Polyestervlieses, beschichtet mit Polyacrylatkleber

Der Verbandwechsel erfolgte täglich durch die Pflegekräfte der Pflegeeinrichtung. Im Rahmen der Patienten-/ Angehörigen-/ und Pflegekräfteedukation wurde besonders auf die hygienischen Maßnahmen, die regelmäßige Lagerung und eine Ernährungssubstitution geschult. Die Patientin drehte sich in kürzester Zeit nach erfolgter Lagerung selbst auf den Rücken. Eine Wechseldruckmatratze kam zum Einsatz.



Abb. 1: 16.10.2017 Aufnahmebefund: Untertunnelung der drei Ulzerationen unter dem Hautniveau, Wundtiefe: 5 cm, festsitzende Fibrinbeläge und Nekrosen



Abb. 2: 15.11.2017 Restliche, hartnäckig festsitzende Fibrinbeläge am Wundgrund. Wundumgebung teilweise verhärtet und gerötet. Wundgeruch bei Verbandabnahme. Wundreinigung: Wundreinigungslösung auf Basis eines Singuletsauerstoffes mit Meerwasser (Nass-Trockenphase). Es erfolgte eine Umstellung des Wundfüllers auf LIGASANO® weiß steril 15 x 10 x 1 cm. Die Verbindungen wurden trocken mit einem LIGASANO® Mini-Wundband 100 x 1,5 x 0,4 cm locker austamponiert. Wundabdeckung: Superabsorber. Fixation mittels eines Polyestervlieses, beschichtet mit Polyacrylatkleber.



Abb. 3: 13.12.2017 Fibrinbeläge haben sich gut gelöst. Rotes körniges Granulationsgewebe vorhanden. Stabile Wundumgebung mit Reduktion der Verhärtungen. Wundtiefe 1 cm. Vollkommener Verschluss der Verbindungen.



Behandlung eines Dekubitus mit **LIGASANO® weiß**



Abb. 4: 24.01.2018 Wundkontraktion sichtbar. Deutliche Reduktion der Exsudationsmenge. Stabiles Epithelgewebe im Bereich der Wundumgebung. Verbandswechselhäufigkeit auf 3x wöchentlich reduziert.



Abb. 5: 21.02.2018 Granulationsgewebe rot und körnig. Keine Fibrinbeläge vorhanden. Wundumgebung leicht irritiert, da die Patientin am Wundverband manipulierte.



Abb. 6: Wundzustand am 22.03.2018



Abb. 7: 30.05.2018 stabile, epithelisierte Wunde

Zusammenfassung / Fazit:

LIGASANO® zeigt eine sehr gute Anpassung an die Wundkonturen, ohne dabei Druckbelastung auf die Wunde auszuüben. Die Granulation, ebenso wie die Wundkontraktion, erfolgte sehr rasch bei gleichzeitiger Abnahme der Exsudation. Eine deutliche Keimreduktion konnte durch einen Kontrollabstrich festgestellt werden.

Autorin:

Heidi Jodl, Gesundheits- und Krankenpflegerin, AZWM®, Leitung WZ®-WundZentrum Augsburg