

Leserbrief zu I. Teuwen et. al.:

Ulcus cruris

**Interdisziplinäre Therapie Praxisnah,
„Ärzteblatt Sachsen“, 3/2005, 108 – 111**

Den Autoren sei Dank, das Thema „Ulcus cruris, Interdisziplinäre Therapie, praxisnah“ der breitgefächerten Leserschaft des Ärzteblatt Sachsen ins Bewusstsein gerückt zu haben. Sie beschreiben ausführlich und übersichtlich gegliedert die moderne Lokalbehandlung von chronischen Wunden und meinen in der Zusammenfassung, dass damit eine „effiziente und kosteneffektive“ Behandlung erleichtert werde. Allerdings bedarf die Gewichtung und Beschreibung der interdisziplinären Therapie des Ulcus cruris, das zu über 70 Prozent durch eine chronische venöse Insuffizienz bedingt ist, eines Kommentars. Entweder ist die Überschrift des Beitrages unpassend oder das Thema ist nicht erschöpfend behandelt.

80 Prozent der Ausführungen sind auf vier Seiten nur dem Thema Lokalthherapie chronischer Wunden, insbesondere mit den von der Industrie in mannigfaltiger Weise zur stadiengerechten Behandlung angebotenen, in der Hand des erfahrenen Fachmanns durchaus gut wirksamen, jedoch kostenintensiven Wundauflagen gewidmet. Lediglich in zwei Sätzen des Absatzes Therapieplanung wird erwähnt, dass die Basis der Behandlung chronisch venöser Ulzerationen die Kompressionstherapie und Beübung der Extremitäten zur Druckentlastung des venösen Systems ist. Später sind unter dem Absatz Chirurgisches Wunddebridement beiläufig Shave-Therapie und Fasziotomie bei Dermatoliposklerose erwähnt, während zum Beispiel das Biodebridement mittels *Lucilia sericata* mit 10 Sätzen bedacht wird.

Im Vordergrund der interdisziplinären Therapie des Ulcus cruris varicosum und post-thromboticum stehen heute nicht mehr die konservativen symptomatischen Therapieverfahren, wie der Beitrag den Eindruck erweckt, sondern die chirurgische Entfernung insuffizienter Abschnitte des superfiziellen und transfaszialen Venensystems nach eingehender kompetenter Funktionsdiagnostik (arterielle und venöse Duplexsonografie, Lichtrefle-

xionsrheografie, eventuell auch Phlebografie und Phlebodynamometrie zum Nachweis der Besserbarkeit), auch am ulzerierten Bein. Jedes Ulcus cruris im weitesten Sinne, auch das vermeintlich nicht venöse, das nach spätestens sechs Monaten mittels der von den Autoren geschilderten Lokalthherapie nicht abheilt, bedarf der oben genannten Diagnostik mit dem Ziel differentialdiagnostischer Einordnung und möglicher causaler chirurgischer Intervention, die unter Umständen durchaus am ulzerierten Unterschenkel möglich ist.

Die dadurch erreichbare Besserung oder Normalisierung des Venendruckes führt zur Normalisierung der gestörten Mikrozirkulation, auch im Bereich des Ulcusgrundes, so dass es in den meisten Fällen nur noch einer Feucht- und Keimfreiheit mittels selbst herstellbarer Physiologischer Kochsalz- oder Betaisodona®-Kompressen (fungizid, bakterizid) bedarf, um die chronische Wunde zur Abheilung zu bringen, was unvergleichlich kostengünstiger sein dürfte als die jahrelange frustrierte alleinige Lokalthherapie mit Wundauflagen, Keratinozytenkulturen, Wachstumsfaktoren usw. auf chronisch venös gestautem Ulcusgrund.

Postthrombotische, meist gleichzeitig arthrogen bedingte, den distalen Unterschenkel umgebende Ulcera cruris mit Kompartmentsyndrom werden nach ausführlicher Diagnostik in dafür spezialisierten Zentren wie Haut- oder Gefäßchirurgischen Kliniken einer so genannten Shave-Therapie mit sofortiger Mashgraft-Transplantation zugeführt. Oft ist eine gleichzeitige Spaltung der fibrosierten Muskelfaszie, die das Kompartmentsyndrom hervorruft, segensreich.

Patienten mit Operations-Kontraindikationen bei venösem Ulcus cruris sollten dann nach dem im Beitrag mitgeteilten Wundmanagement betreut werden.

Literatur bei der Verfasserin

Dr. med. Suse Luise Härtel
Am Pfiff 11, 01187 Dresden

Beantwortung des Leserbriefes von
Dr. med. Suse Luise Härtel

29. 4. 2005

Sehr geehrte Frau Dr. Härtel,

vielen Dank für Ihren Leserbrief zu unserem Artikel. Wie am Anfang unseres Artikels erwähnt, stimmen wir Ihnen selbstverständlich vollkommen zu, dass die Basistherapie venöser Ulcera in der Druckentlastung des venösen Systems liegt. Die Gefäßdiagnostik, Kompressionsverbände und die Sanierung insuffizienter Venen sowie ggf. die Shave-Therapie und Faziotomie bei Dermatoliposklerose gehören hierbei zum Goldstandard. In der Therapieplanung haben wir aus diesem Grund darauf hingewiesen, dass eine weiterführende Behandlung mit modernen Wundauflagen ohne suffiziente Druckentlastung nahezu ineffektiv ist.

Sicherlich weisen Sie zu Recht daraufhin, dass dieser wesentliche Aspekt der Wundbehandlung in unserem Artikel zu kurz aufgegriffen wird. Allerdings war dies auch nicht das primäre Ziel unserer Arbeit. Vielmehr wollten wir in diesem Artikel – auch auf Wunsch der Herausgeber – eine Übersicht über die verfügbaren konservativen Therapien und Informationen für den sinnvollen Einsatz moderner Wundauflagen liefern. In Hinblick auf diese Thematik ist die Anpassung der Überschrift unsererseits zu überdenken.

Hinsichtlich der lokalen Wundversorgung vertreten Sie die Ansicht, dass physiologische Kochsalz- oder Betaisodona®-Kompressen meist ausreichend sind. Durch solche Kompressenverbände kann nach unserem Erachten jedoch kein optimales Wundmilieu geschaffen werden. Die Risiken sind Mazeration der Wundränder, mangelhafte Aufnahme von überschüssigem Wundsekret und die zytotoxische Wirkung jodhaltiger Externa. Moderne Wundauflagen gewährleisten hingegen die Aufnahme von Wundsekret, Bindung von Gewebstrümmern, Gasaustausch, Schutz der Wunde, atraumatische Verbandwechsel und bedarfsweise eine effektive antimikrobielle Wirkung.

Wie einige Studien belegen, ermöglichen moderne Wundauflagen auf diese Weise eine sinnvolle Ergänzung der Ulcusterapie. Allerdings ersetzen sie keinesfalls die direkte Behandlung der venösen Stauung und deren Folgeerscheinungen. Für die Behandlung chronischer Wunden stellen daher die arterielle und venöse Funktionsdiagnostik und die daraus resultierenden – auch operative – Maßnahmen, wie von Ihnen dargestellt, stets die Grundlage des therapeutischen Vorgehens dar.

Isabell Teuwen
Prof. Dr. med. Jan Christoph Simon