

Langanhaltendes Brustwanderythem nach Wundspülung mit Octenisept®

Eine Kasuistik

A. Florek¹, C. Caro¹, A. Ehrhardt¹, M. Marx¹

Zusammenfassung

Die drucklose Spülung einer Wundhöhle nach Atheromexstirpation an der linken Brust führte zur langanhaltenden schmerzhaften Inflammation. Wir empfehlen daher, auf eine Spülung von Wundhöhlen mit Octenisept®, welche zum Verbleib von Wirkstoffen führen kann, zu verzichten. Auch durch Drainage oder offene Wundbehandlung kann eine Gewebsschädigung nicht immer sicher verhindert werden. Gegen eine Anwendung an der Körperoberfläche spricht bei millionenfach erprobter Anwendung jedoch weiterhin nichts.

Einleitung

Für Octenisept®, bestehend aus Octenidindihydrochlorid 0,1 % und Phenoxyethanol 2 %, wurde nach mehreren Zwischenfällen mit anhaltenden Wundheilungsstörungen nach Fehlanwendungen, durch die Herstellerfirma 2004 intensiviert Warnhinweise im Leporello, auf der Rückseite der Flasche und nochmals 2008 und 2011 durch „Rote Handbriefe“ vor der Anwendung in nicht drainierten Körperhöhlen und unter Druckeinwirkung gewarnt. Der dem Präparat beiliegende Warnhinweis Ziffer 8 beschreibt: „Bei Wundspülungen ist darauf zu achten, dass das Präparat nicht unter Druck in das Gewebe eingebracht bzw. injiziert wird. Bei Spülungen von Wundkavitäten ist darauf zu achten, dass ein Abfluss jederzeit

gewährleistet ist (zum Beispiel Drainage, Lasche).“ Im Vorfeld waren unter anderem Fallberichte über fünf Kinderhände mit interstitiellen Ödemen, erhöhten Kompartimentdrücken und Fettgewebsnekrosen nach Octeniseptanwendung bekannt geworden [1]. Im selben Jahr berichteten Schupp et al. [2] über ähnliche Verläufe bei drei Kindern in dem Universitätsklinikum Heidelberg. Hier war jedoch nach Angaben der Autoren fachinformationskonform ohne Druckanwendung im Glutealbereich und der Wange gespült worden. Wir berichten über die Folge einer Octeniseptanwendung zur Wundspülung nach Atheromexstirpation parasternal im Subcutangewebe der linken Brust.

Fallbericht

Eine 83-jährige Patientin stellte sich bei ihrem Gynäkologen mit einer seit Tagen zunehmenden druckdolenten Schwellung an der linken Brust vor. Unter dem hochgradigen Verdacht eines infizierten Atheromes erfolgte bei der sonst gesunden Patientin die operative Exstirpation des Befundes in Lokalanästhesie mit intraoperativer druckloser Spülung mit Octenisept. Die Wundränder wurden anschließend locker adaptiert. Die histologische Aufarbeitung des Resektates bestätigte den klinischen Verdacht. Drei Tage nach dem Eingriff bemerkte die Patientin eine zunehmende Schmerzhaftigkeit, Rötung und Überwärmung der Region um die Wunde mit Ausbreitungstendenz. Unter dem Verdacht einer lokalen Wundinfektion verabreichte der Kollege bei ausbleibender Befundbesserung in Folge Cefuroxim 2 x 500 mg p.o. für sie-

ben Tage und Flucloxacillin 3 x 1.000 mg p.o. weitere sieben Tage. Anschließend suchte die Patientin in der Notaufnahme eines Krankenhauses Rat. Es fand sich am 18. postoperativen Tag eine 30 x 20 cm große phlegmönös teigig imponierende Hautrötung im Bereich der beiden inneren Quadranten der Mammae mit Aussparung über dem Sternum und circa 3 cm um die Wundöffnung herum (Abb. 1).

Die nur teilweise verschlossene Wunde wurde durch Fadenzug vollständig eröffnet. Eine Abszedierung fand sich sowohl klinisch als auch durch sonografische Diagnostik nicht. Eine Kontrolle der Vitalparameter ergab: RR 150/80, Puls 75, Temp. 36,8°, Atemfrequenz 17/min, SPO2 97 %. Paraklinisch fanden sich unauffällige Werte (Leukozyten 5,09 Gpt/l, CRP 4,6 mg/l, Hb 8,6 mmol/l). Ein Butterflyerysipel konnte damit ausgeschlossen werden [3]. Auch die mikrobiologische Diagnostik, gewonnen aus der noch nicht verheilten Wundhöhle, lieferte keinen Nachweis bakterieller Besiedlung.

Eine Mammografie lehnte die Patientin aufgrund anhaltender Schmerzen bei Manipulation ab. Die antibiotische Therapie wurde beendet und eine offene Wundbehandlung eingeleitet. Therapieversuche mit Steroiden führten bei negativen Erfolgsaussichten in Berichten durch Eigenbrod [4] und Högele [5] nicht durch. Während der folgenden drei Monate zeigte sich nur eine sehr langsame Befundbesserung. Die Wunde heilte bis zum 50. postoperativen Tag sekundär ab (Abb. 2 bis 4). Eine operative Nekrektomie von Fettgewebe wurde nicht notwendig.

¹ Elblandklinikum Radebeul



Abb. 1: 18. postoperativer Tag nach Atheromexstirpation



Abb. 3: 50. postoperativer Tag



Abb. 2: 30. postoperativer Tag



Abb. 4: 90. postoperativer Tag

Diskussion

Bisher finden sich keine Berichte über persistierende Wundheilungsstörungen nach druckloser Spülung einer Wunde am Thorax in der Literatur.

Die schädigende Wirkung der Inhaltsstoffe des Desinfektionsmittels Octenisept® bei Verbleib in der Wundhöhle sind seit Jahren bekannt. Der Warnhinweis Ziffer 8 bezieht sich jedoch vor allem auf das Einbringen der Lösung unter Druckanwendung. Im hier präsentierten Fall ist die Spülung durch Eingießen in die Wundhöhle bei liegender Patientin erfolgt. Es kann also davon ausgegangen werden, dass trotz Aufsaugen der Flüssigkeit mit einem

Tupfer und nur lockerer Wundrandadaptation Wirkstoffe im Bereich der Wundoberfläche verbleiben, welche zur anhaltenden chemisch-toxischen Wirkung mit Schädigung der Kapillarmembranen führen. Dies kann auch, wie Rutt et al. 2011 [6] berichteten, bei Spülung einer Abszesshöhle und damit einer gegenüber dem Subkutangewebe relativ abgegrenzten Kavität auftreten. Der gewünschte Effekt der Langzeitwirkung an der Oberfläche führt dann im Subkutangewebe offenbar zu einem langandauernden starken Entzündungsreiz mit Behinderung der Wundheilung [7]. Wir sind daher der Meinung, dass die Spülung von Wundhöhlen mit

Octenisept®, welche zum Verbleib von Wirkstoffen führen kann, unterlassen werden sollte. Denn der vorliegende Kasus demonstriert anschaulich, dass auch durch Drainage oder offene Wundbehandlung eine Gewebsschädigung nicht immer sicher verhindert werden kann.

Gegen eine Anwendung an der Körperoberfläche spricht bei millionenfach erprobter Anwendung jedoch weiterhin nichts. ■

Literatur unter www.slaek.de →
Presse/ÖA →Ärzteblatt

Interessenkonflikte
keine

Korrespondierender Autor
Dr. med. Alexander Florek
Elblandklinikum Radebeul
Heinrich-Zille-Straße 13, 01445 Radebeul
E-Mail: Alexander.Florek@Elblandkliniken.de

Aufruf zur Publikation von Beiträgen

Das Redaktionskollegium „Ärzteblatt Sachsen“ bittet die sächsischen Ärztinnen und Ärzte, praxisbezogene, klinisch relevante, medizinisch-wissenschaftliche Beiträge und Übersichten mit diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen, berufspolitische, gesundheitspolitische und medizingeschichtliche Artikel zur Veröffentlichung im „Ärzteblatt Sachsen“ einzureichen (E-Mail: redaktion@slaek.de). Im Internet unter www.slaek.de sind die Autorenhinweise nachzulesen.