

WEITERBILDUNG WUNDMANAGEMENT 2012

PROJEKTARBEIT

FALLBEISPIEL:

Z.n. percutaner Radiotherapie bei Melanommetastasen

+

Dehiszente Excisionswunde nach Radio- Chemotherapie

Verfasst von:

DGKS Andrea Risek

Chirurgie Strahlentherapie Ambulanz

Univ.-Klinik Innsbruck

E-Mail: andrea.risek@uki.at

Vorwort:

Schon mein erstes Praktikum im Rahmen meiner Ausbildung zur DGKS konfrontierte mich mit dem Problem der Wundheilung . Damals hatte ich fast ausschließlich mit Patienten mit Apallischem Syndrom zu tun. Viele dieser Patienten wurden aus dem Ausland zu uns gebracht und hatten teilweise multiple Dekubitalulcera (Hinterkopf, Ohr, Steiß, Fersen) und es war eine große Herausforderung für das Ärzte- und Pflegeteam diese teilweise riesigen Wunden zu bessern oder zur Abheilung zu bringen. Es war aber auch ungeheuer befriedigend zu sehen, wie durch konsequente Wundversorgung und Pflege die Wundheilung voranschritt.

Diese erste Erfahrung hat mich so fasziniert und wahrscheinlich geprägt, dass dieser Bereich der Pflege mich immer besonders motiviert hat.

Zurzeit arbeite ich in der Strahlentherapie Ambulanz. In unserer Abteilung sind wir vor allem mit Hautschädigungen und Wunden durch die Strahlentherapie konfrontiert, außerdem mit nicht verheilten Operationswunden, Tumoren und Metastasen in und auf der Haut.

Unsere Patienten/innen sind durch ihre onkologische Erkrankung sehr belastet. Schlecht heilende und schmerzhaft Wunden erhöhen zusätzlich ihren Leidensdruck.

Die Ausbildung zur Wundmanagerin habe ich absolviert, um unsere Wundversorgung zum Wohl der Patienten/innen zu optimieren und auf den neuesten Stand zu bringen, damit diese zusätzliche Belastung so gering, wie möglich gehalten werden kann.

Ich habe mich für das Fallbeispiel von Herrn K. entschieden, weil es zwei verschiedene problematische Wundsituationen beschreibt, die für unseren Bereich typisch sind.

.

Einleitung:

Das folgende Fallbeispiel beschreibt die Schädigung der Haut, sowie deren Behandlungs- und Heilungsverlauf nach einer percutanen Radiotherapie. Das bedeutet, die Haut war das direkt zu bestrahlende Organ, weshalb die Schädigung deutlich schwerer ausfiel, als wenn, wie in den meisten Fällen, die Haut nur Ein – und Austrittspforte der Strahlen gewesen wäre.

Außerdem ist dieser Fall auch ein Beispiel dafür, wie schwierig es ist, eine relativ kleine, deshiszente Excisionswunde während und nach Chemo- und Strahlentherapie zur Abheilung zu bringen.

Schädigung durch Strahlentherapie:

Durch die Absorption von ionisierenden Strahlen (Photonen oder Elektronen) kommt es unter anderem zu reversiblen und irreversiblen DNA-Veränderungen im Gewebe, sowie Beeinflussung der Zellteilung. Da die mitotischen Fähigkeiten der Stammzellen in der Basalschicht geschädigt werden, wird die Zellerneuerung unterdrückt und die Hautintegrität geschwächt.

Außerdem wird vermutet, dass die Bestrahlung eine funktionelle Störung der Keratinozyten auslöst, was zu einer mangelhaften epidermalen Liquidproduktion führt. Die Dysfunktion der Hautbarriere könnte wiederum die Inflammation (Entzündung) anregen.

(Dr. Alfred Goldinger, Universitätsklinik Mainz)

Stadien der Strahlendermatitis nach PTOG/EORTC: (Radiation Therapy Oncology Group; European Organisation for Research and Treatment of Cancer)

Grad I: schwaches Erythem, trockene Desquamation, Haarausfall, verringertes Schwitzen

Grad IIa: ausgeprägtes Erythem

Grad IIb: feucht schuppige Effloreszenzen, moderates Ödem

Grad III: flächenhafte Desquamation, ausgeprägte Ödeme

Grad IV: Ulzeration, Hämorrhagie, Nekrose

Einfluss der Chemotherapie auf die Wundheilung :

Die meisten Zytostatika greifen die Zellen in der Phase der Zellteilung an. Sie schädigen die Zellen so, dass sie sich nicht mehr vermehren können. Was bei Tumorzellen erwünscht ist, wirkt sich auf gesunde Zellen unterschiedlich aus, je nachdem wie schnell sich die gesunden Zellen normalerweise erneuern.

Da die Haut zu den Organen zählt, die ihre Zellen natürlicherweise schnell erneuern, sind auch die Nebenwirkungen der Chemotherapie dort besonders ausgeprägt.

In Verbindung mit von der Chemotherapie verursachten Schädigungen anderer Organe wie Leber, Nieren, Knochenmark (Blutbildveränderungen) sowie schlechter Allgemeinzustand, herabgesetzte Immunabwehr usw. führt dies oft zu hartnäckigen Wundheilungsstörungen.

Fallbeispiel: Patient Herr K. geb. 1930

Diagnose: - **Melanommetastasen**

Z.n. percutaner Radiotherapie - rechte Axilla, Thoraxwand li. dorsal, li. ventral, li. dorsal-medial

- **dehizente Excisionswunde Rücken links**

Verlauf:

31.01.12

Herr K. wird dem Pflgeteam nach Beendigung der Strahlentherapie vom zuständigen Oberarzt zur weiteren Hautpflege und Wundversorgung vorgestellt.

Lokaler Befund:

Alle bestrahlten Areale erscheinen hochrot (Radiodermatitis), trocken schuppig (als Desquamation bezeichnet = oberflächliche Loslösung von Zellen oder Zellgruppen aus ihrem epithelialen Verband).

Im linken Rückenbereich, über das gesamte bestrahlte Areal verteilt, finden sich außerdem multiple oberflächlich offene, nässende Stellen (=in der Strahlentherapie Innsbruck als Elysen bezeichnet).

Die im Bestrahlungsbereich liegende dehizente Excisionswunde ist ca. 2 x 1,5 cm groß, mit glatten Wundrändern. Der Wundgrund ist vollständig mit Fibrinbelag bedeckt, kein Granulationsgewebe sichtbar, kein Wundgeruch, aber mittelstarke Exsudation vorhanden.





Behandlungsanordnung durch den Oberarzt:

-tägliches Verbandswechsel

-**Elysen** mit Octenisept desinfizieren, mit Baneocin-Salbe bestreichen, mit Mepilex lite abdecken. Baneocin-Salbe wird laut Oberarzt zur Infektprophylaxe verwendet, da Strahlenwunden besonders infektgefährdet sind.

-**Excisionswunde** mit Octenisept desinfizieren, Algisite M zum autolytischen Debridement in die Wunde, mit Mepilex lite abdecken.

-alle übrigen dermatitischen Areale mit Bepanthen-Creme pflegen solange die Haut stark gerötet und überwärmt erscheint.

Sobald die dermatitischen Areale sich nicht mehr überhitzt anfühlen, soll Bepanthen-Salbe zur besseren (fetteren) Pflege verwendet werden.

-alle betroffenen Areale als Schutz zusätzlich mit einer dünnen Schicht Topper-Tupfer (besonders weiche Textur) abdecken.

-der gesamte Verband wird mit einer am Zwickel aufgeschnittenen Netzhose fixiert (= weicher als üblicher Netzschlauchverband, wird deshalb von Patienten besser toleriert)

Dem Patienten wird außerdem für Zuhause empfohlen:

Die dermatitische Haut sollte so oft wie möglich der Luft ausgesetzt werden, d.h. wenn die Situation es erlaubt (Tätigkeit, Raumtemperatur) Tupfer und Netzhose entfernen.

Die nicht mit Mepilex lite bedeckten Areale können bei Bedarf mit lauwarmem Wasser ohne Zusätze gereinigt und vorsichtig mit Handtuch abgetrocknet werden (abtupfen, nicht reiben) danach unbedingt eincremen.

Zusätzlich eincremen immer, wenn Trockenheits- und Spannungsgefühl auftreten.

Auch die Gattin des Patienten wird instruiert.

Da im Bestrahlungsbereich nicht geklebt werden darf sind andere, vielleicht besser absorbierende Wundauflagen schwerer zu fixieren, weshalb in der Strahlentherapie Innsbruck, Mepilex lite die fast ausschließlich verwendete Wundauflage ist.

Eigenschaften von Mepilex lite:

- dünnere silikonbeschichteter Schaumstoffverband
- nimmt Wundexsudat auf
- hält feuchtes Wundmilieu aufrecht und verklebt nicht mit der Wunde
- haftet auf der Haut ohne zu kleben, deshalb nahezu schmerzloser Verbandswechsel
- durch die Silikonbeschichtung werden Wundränder gut abgedeckt und weitgehend vor Mazeration geschützt

20.02.12

Radiodermatitis

Die Hautrötung im Bestrahlungsbereich ist nur leicht zurückgegangen, die Hauttemperatur hat sich normalisiert, Pat. hat kein Hitzegefühl mehr. Die trockenen, schuppigen Areale werden deshalb ab sofort mit Bepanthen-Salbe gepflegt.

Elysen:

Im Rückenbereich unverändert großflächige Elysen, aber mit kleinen epithelisierenden Inseln, jedoch weiter mittelstarke Exsudation.

Größte Elyse: 15 x 5 cm direkt über der Wirbelsäule



**Wundreinigung:**

Nach Rücksprache mit dem Oberarzt wird ab sofort nur mehr mittels Naßphase mit NaCl-Bauschen und anschließender Trockenphase gereinigt - Octenisept wird aufgrund seiner zelltoxischen Komponente und fehlender Infektzeichen im Bereich der Wunden nicht mehr verwendet.

Verband:

Weiterhin auf Elysen Baneocin-Salbe auftragen und mit Mepilex lite abdecken.

Excisionswunde:

Die Wunde ist etwas größer geworden: jetzt 2 x 2 cm, nahezu kreisrund, hat auch an Tiefe zugenommen: jetzt ca. 5 mm tief, mit glattem Wundrand, unverändert festem Fibrinbelag und weiterhin mittelstarker Exsudation (sonst keine Infektzeichen).

Wundreinigung:

Ebenfalls NaCl-Bauschen mit Nass- und Trockenphase

Verband:

Mit Erlaubnis des Oberarztes wird die Wunde mit Medihoney und Algisite M ausgefüllt, mit dem Ziel, die Wunde vor Infektionen zu schützen, den Belag zu lösen und die Granulation zu fördern.

Wirkung von Medihoney:

-reinigend , entzündungshemmend, geruchsmindernd, schmerzlindernd, granulationsfördernd, antimikrobiell, ernährend, immunabwehrstärkend, selbst sterilisierend. (Quelle: Skriptum Verbandstofflehre / Hermann Schlögl)

Wirkung von Algisite M (Alginat):

-können große Mengen Exsudat aufnehmen (bis 20-faches Eigengewicht)
Keime und Zelltrümmer werden aufgenommen
können PH-Wert senken
leicht blutstillend
optimaler Wundfüller, besonders in der Reinigungsphase
(Quelle: Skriptum Verbandstofflehre / Hermann Schlögl)

Der Wundrand wird mit Bepanthen-Salbe gepflegt.

Die Wunde wird weiterhin mit Mepilex lite abgedeckt, zusätzlich werden 2 Topper-Tupfer mit der Netzhose darauf fixiert, um eventuelles Exsudat aufzufangen.

Verbandwechsel auf 3 x pro Woche reduziert.

12.03.12

Radiodermatitis:

Hautrötung immer noch vorhanden, mit geringerer Desquamation und insgesamt geringerer Trockenheit. Weiterhin Pflege mit Bepanthen-Salbe.

Elysen:

Nur geringe Verkleinerung, trotzdem vom Wundrand her ca. 4 mm rosa Epithelgewebe sichtbar, weiterhin mittelstarke Exsudation, sonst keine Entzündungszeichen.



Wundreinigung:

Nass- und Trockenphase mit NaCl-Bauschen

Verband:

Nach Rücksprache mit dem Oberarzt darf Medihoney-Gel auf die Elysen aufgetragen werden, abdecken weiterhin mit Mepilex lite.

Medihoney-Gel haftet besser auf flachen Wunden, reiner Medihoney verflüssigt sich durch die Körperwärme sehr schnell und bleibt dann nicht auf der Wunde, sondern rinnt ab.

Excisionswunde:

Patient war inzwischen in der Hautambulanz zur Kontrolle, dort wurde versucht, den Fibrinbelag mit einem scharfen Löffel zu entfernen.

In der Wundmitte ist eine ca. 5 x 5 mm große Stelle mit rotem Granulationsgewebe sichtbar. Größe, Tiefe und Exsudation der Wunde sind unverändert, Fibrinbelag außer der roten Stelle weiter vorhanden. Wundrand glatt und unauffällig.



Wundreinigung:

Nass- Trockenphase mit NaCl-Bauschen wie bisher.

Verband:

Weiterhin Medihoney mit Algisite M und Mepilex lite, Topper-Tupfer und Netz hose.

26.03.12

Radiodermatitis:

Intensität der Hautrötung inzwischen deutlich zurückgegangen, keine Desquamationen mehr sichtbar. Der Rand der Bestrahlungsareale verfärbt sich leicht bräunlich.

Weiter Pflege mit Bepanthen-Salbe.

Elysen:

Die multiplen kleineren Elysen sind bis auf eine ca. 2 x 2 cm große Elyse im linken Schulterblattbereich, alle epithelisiert.

Die große Elyse über der Wirbelsäule hat sich ebenfalls auf ca. 12 x 3 cm deutlich verkleinert.

Wundreinigung:

Weiter NaCl-Bauschen.

Verband:

Weiter Medihoney-Gel und Mepilex lite.

Excisionswunde:

Größe und Tiefe unverändert, Wundgrund wieder vollständig bedeckt mit Fibrinbelag, weniger Exsudation, Wundrand unauffällig.

Wundreinigung:

Mit Octenisept ca. 1 Minute Einwirkzeit, anschließend mit steriler Skalpell-Klinge Fibrinbelag vorsichtig eingeritzt um Belaglösung zu forcieren.

Verband:

Weiter Medihoney , Algisite M und Mepilex lite.

06.04.12

Radiodermatitis:

Hautrötung nicht mehr vorhanden, die bestrahlten Areale dunkler pigmentiert.

Pflege nur noch mit normaler Pflegecreme oder –Lotion notwendig, je nach Haut-Trockenheit.

Elysen:

Bis auf die größte Elyse im Wirbelsäulenbereich, alle abgeheilt. Große Elyse hat sich auf 8 x 2 cm verkleinert.

Wundreinigung und Verband: wie bisher.

Excisionswunde:

Größe, Tiefe, Fibrinbelag nahezu unverändert, Wundrand unauffällig.

Wundreinigung:

Versuch eines Debridements mittels Cürette, vorher Anästhesierung mit Emla-Creme und Folie für 30 Minuten, danach Desinfektion mit Octenisept, vorsichtige Abtragung des Fibrinbelages (nicht vollständig entfernbar) und neuerliche Reinigung mit Octenisept, nach 2 Minuten mit NaCl gespült (mit Druck mittels Spritze und Nadel)

Verband:

Weiter Medihoney, Algisite M und Mepilex lite.

16.04.12

Elyse: weiter verkleinert auf 5 x 1,5 cm, Wundreinigung und Verband wie bisher.

Excisionswunde:

Unverändert mit kompaktem Fibrinbelag.

Neuerlicher Versuch eines Debridements mittels Cürette.

Verband wie bisher.

Gespräch mit dem Oberarzt, er wurde darauf hingewiesen, dass ohne großzügiges chirurgisches Debridement keine Abheilung zu erwarten ist.

Lt. Oberarzt ist dafür die Hautklinik zuständig, da die Excision dort durchgeführt wurde.

Außerdem wird der Pat. weiterhin mit oralen Chemotherapeutika behandelt, was die Wundheilung zusätzlich behindern kann. Aus diesem Grund ist auch ein chirurgisches Debridement zurzeit wenig erfolgversprechend.

19.04.12

Nach einem Praktikum im KH Kufstein bei ZWM DGKP Schlögl Hermann, wo mir ein beeindruckendes Beispiel für ein erfolgreiches enzymatisches Debridement bei einer Patientin mit einer Livedovasculitis und daraus resultierendem Ulcus mit hartnäckigem Fibrinbelag vorgestellt wurde, fand noch einmal eine Beratung mit dem Oberarzt statt.

Mit seiner Erlaubnis wurde die Wundversorgung folgendermaßen abgeändert:

Wundreinigung:

Weiterhin mit NaCl-Bauschen (Nass- Trockenphase)

Zuhause 1 x wöchentlich mit Octenisept und anschließender NaCl-Spülung

Verband:

Iruxolum mono-Salbe auf den belegten Wundgrund ca. 2 mm dick auftragen

Wundrand mit Zinkcreme schützen, alles mit Mepilex lite abdecken.

Wegen der Verwendung von Iruxolum muss mindestens 1 x täglich ein Verbandwechsel durchgeführt werden. Damit der Patient nicht täglich zum VW in die Klinik fahren muss, hat sich die Gattin des Pat. bereiterklärt den VW zuhause selbst durchzuführen.

Sie wurde genau instruiert und bekam außerdem eine genaue schriftliche Anleitung mit.

Verbandwechsel und Wundkontrolle bei uns findet nur noch 1 x pro Woche statt.

Enzymatisches Debridement mit Iruxolum braucht Zeit und Geduld. Erste sichtbare Erfolge sind frühestens nach 2 Wochen zu erwarten.

Die in der Salbe enthaltenen Kollagenasen und Proteasen sorgen für die Auflösung aller proteinhaltigen Bestandteile der Wunde und helfen dadurch unerwünschte Beläge (z.B. Fibrin, Nekrosen) zu entfernen.





Abschluß:

Dem Patienten wurde 2 Wochen später von der Hautklinik mitgeteilt, dass ab sofort die weitere Wundbehandlung dort stattfinden sollte.

Herr K. hat dies bedauert, da er sich bei uns sehr gut behandelt und betreut gefühlt hatte.

2 Monate später war der Patient zur ärztlichen Kontrolle in der Strahlentherapie Ambulanz. Die Exzisionswunde war unverändert, die bis dorthin angewendete Therapie ist uns nicht bekannt.

Schlusswort:

Ich habe das Glück mit sehr motivierten Kolleginnen und Ärzten/innen arbeiten zu dürfen und bin überzeugt, mit guten, fundierten Argumenten unsere Wundversorgung noch optimieren zu können.

Schon am Fallbeispiel von Herrn K. kann nachvollzogen werden, dass der zuständige Oberarzt meinen Anregungen positiv gegenüber stand und ich nach und nach mein neu erworbenes Wissen anwenden durfte.

Dafür bin ich ihm sehr dankbar, und es lässt mich zuversichtlich in die Zukunft unserer Wundversorgung blicken.

