

# Management des Dekubitus

*R. Werni*

Der Dekubitus wird durch unphysiologisch hohe Druck- und Scherkräfte auf die Haut und das darunterliegende Gewebe als direkte Folge von Bettlägrigkeit und Immobilität verursacht.

Mit Hilfe eines wirksamen Risiko-Assessments (Risikoskalen, Risikofaktoren) wird die Dekubitusgefahr rechtzeitig erkannt und es können frühzeitig Maßnahmen zur Verhinderung des Dekubitus ergriffen werden. Ist jedoch durch inadäquate Druckbelastung ein Druckgeschwür entstanden, sollte eine standardisierte Dekubitustherapie eingeleitet werden.

Am Beginn des Dekubitus-Managements steht die Einschätzung der Gesamtsituation, die sich in eine Beurteilung des Patientenstatus (Allgemeinzustand und zusätzliche Erkrankungen) und eine Wundbeurteilung (Dekubitusklassifikation, Stadieneinteilung) gliedert. Anschließend wird der individuelle Pflege- und Behandlungsplan ausgearbeitet.

Es ist auffallend, dass in der Literatur nur wenige evidenzgestützte Behandlungsempfehlungen zum Thema Dekubitus vorliegen. Insgesamt ist die Studienlage dürftig und die Mehrzahl der vorhandenen Studien von schlechter Qualität.

Die wichtigste Maßnahme in der Behandlung des Dekubitus ist die Druckentlastung. Dekubitalulzera entstehen durch Druck, ohne Druckentlastung bleiben alle weiteren therapeutischen Maßnahmen wirkungslos. Die Druckentlastung wird durch zwei wesentliche Therapieprinzipien erzielt: Durch regelmäßiges Umlagern des Patienten wird die Druckeinwirkungszeit verkürzt und durch den Einsatz von Weichlagerungssystemen (statische und dynamische Systeme) kann der Auflagedruck reduziert werden.

An erster Stelle der Wundbehandlung steht die Entfernung des nekrotischen Gewebes (Débridement) als Voraussetzung für eine reguläre und ungestörte Wundheilung. Allen voran steht die mechanische Wundreinigung durch das chirurgische Débridement. Neben der Nekrosectomie in Allgemeinnarkose können größere Nekrosen mit gutem Erfolg auch nach Vorbehandlung mit Rivanol-Diachylonsalbe oder Hydrogel (autolytisches Débridement) schrittweise am Krankenbett mit Schere und Pinzette abgetragen werden. Diese Methode eignet sich besonders für geriatrische Patienten, denen wegen des reduzierten Allgemeinzustandes ein Débridement in Allgemeinnarkose oft nicht mehr zugemutet werden kann.

Zur Reinigung weniger stark ausgeprägter nekrotischer Beläge sind Enzympräparate (enzymatisches Débridement) gut geeignet. Eine gute Wundreinigung kann auch mit dem feuchten Wundverband erzielt werden (physikalisches Débridement). Dabei werden mit Ringerlösung befeuchtete Kompressen oder Tupfer direkt auf das Dekubitalgeschwür appliziert.

Zur Förderung von Granulation und Epithelisierung hat sich in den letzten Jahren das Prinzip der feuchten Wundbehandlung mit synthetischen Wundverbänden immer mehr durchgesetzt. Allen Produkten gemeinsam ist die Schaffung und Aufrechterhaltung eines feuchten Wundmilieus, indem alle Phasen der Wundheilung ungestört ablaufen können. Zu den synthetischen Verbänden wer-

den Folien, Hydrokolloide, Schaumstoffe und Alginate gezählt. Die Produktauswahl ist abhängig vom Wundstatus und der Exsudatmenge. Eine günstige Alternative für oberflächliche Dekubitalulzera sind wirkstofffreie Fettgitter (z. B. Jelonett), bei ausgedehnten Problemwunden hat sich die Vakuumversiegelungstechnik (VAC-System) gut bewährt.

Die Hoffnung, dass die Abheilung chronischer Wunden durch den Einsatz von Wachstumsfaktoren beschleunigt werden kann, hat sich nur teilweise erfüllt, derzeit ist nur der gentechnisch hergestellte Wachstumsfaktor PDGF Becaplermin (Regranex) für die Behandlung diabetischer Ulzera zugelassen.

Eine Lokalinfection des Dekubitus präsentiert sich mit den klassischen Entzündungszeichen Rubor, Tumor, Calor und Dolor, systemisch kann Fieber, Leukozytose und ein erhöhtes CRP gefunden werden. Ein infizierter Dekubitus muss systemisch antibiotisch behandelt werden, zusätzlich empfiehlt sich die Lokaltherapie mit Antiseptika. Wundabstriche sind aus der Tiefe der Wunde zu entnehmen, als Antiseptika wurden PVP-Jod (Betaisodona), Octenidin (Octenisept) und Polihexanid (Lava-sept) empfohlen, gute Erfahrungen haben wir auch mit nanokristallinem Silber gemacht.

Bei Dekubituspatienten ist auf eine ausreichende Ernährung und Flüssigkeitszufuhr zu achten. Patienten mit ausgedehnten Dekubitalulzera sind häufig mangelernährt, die vorhandene Malnutrition kann die Wundheilung verzögern. Patienten mit Dekubitus benötigen generell eine kalorienreiche und eiweißreiche Ernährung mit täglich 30–35 Kcal/kg KG und 1,25–1,5 g EW/kg KG. Es ist auch auf eine ausreichende Zufuhr von Vitaminen und Spurenelementen zu achten. Bei tiefen Zinkwerten sollte eine Zinksubstitution (20 mg organ. Zink pro Tag) erfolgen, Vitamin C wird in einer Dosierung von 60 mg pro Tag empfohlen.

Große Dekubitalulzera sollten, falls es der Allgemeinzustand des Patienten erlaubt, nach chirurgischem Débridement mittels kutanen oder myokutanen Rotationslappen operativ saniert werden. Bei geriatrischen Patienten ist die Operationsentscheidung komplex und wird erst nach sorgfältiger Risikoabschätzung unter Einbeziehung der postoperativen Lagerungsnotwendigkeit erfolgen.

Inkontinenz begünstigt die Entstehung von Druckgeschwüren und belastet vorhandene Hautdefekte. Das Management der Inkontinenz beinhaltet neben der Hilfsmittelversorgung ein konsequentes Toilettentraining und eine adäquate Hautpflege. Neben der Behandlung vorhandener Grunderkrankungen ist auf eine ausreichende Schmerztherapie zu achten. Die Schmerzbehandlung umfasst neben der medikamentösen Schmerztherapie nach dem WHO-Stufenplan auch physiotherapeutische Maßnahmen zur Reduktion von Muskelspasmen und Kontakturen. Über den Nutzen einer Low-Level-Laser-Therapie (Softlaser) beim Dekubitus ist die Studiensituation kontroversiell. Wir haben zahlreiche Dekubitalulzera mit Softlaser behandelt und den Eindruck gewonnen, dass die Softlaserapplikation neben einer prompten Analgesie in vielen Fällen auch eine Beschleunigung der Granulation und Epithelisierung bewirkt.

**Prim. Dr. Reinhard Werni, Geriatriezentrum am Wienerwald, Jagdschlossgasse 59, 1130 Wien, E-Mail: reinhard.werni@wienkav.at**