



Problem Wundrand: Hautschutz in der modernen Wundversorgung

von Carsten Jenkner

Viel hat sich in der Behandlung chronischer Wunden getan. Eine Vielzahl anerkannter Standards, Leitlinien und ein schier unüberschaubares Angebot moderner Wundtherapeutika ermöglichen Erfolge in der Wundheilung, an die früher so nicht zu denken war. Bei allem Fortschritt sind es manchmal scheinbar banale Problemfelder, die diese Erfolge gefährden können. Wundrand und Wundumgebung gelten hierbei als kritische Beispiele und sollen näher betrachtet werden.

Die chronische Wunde hat in Fachkreisen in den letzten Jahren zunehmend Aufmerksamkeit erfahren. Das ist kein Wunder: nimmt doch die Zahl der älteren Mitbürger zu und damit auch die Zahl derjenigen, die u.a. in Folge von Herz-Kreislauf-erkrankungen, Venenleiden, Diabetes mellitus oder Immobilität und Bettlägerigkeit ein offenes Geschwür erworben haben – und dieses nicht wieder loswerden!

Die Behandlung dieser nicht heilenden, problematischen und häufig infizierten Wunden hat dabei erstaunliche Fortschritte gemacht: man lernt immer mehr über die vielschichtigen Zusammenhänge und Faktoren, die die Wundheilung stören und über mögliche Maßnahmen, diesen zu begegnen.

Bei den Verbänden werden heute Wundaufgaben eingesetzt, die überschüssiges Wundexsudat aufnehmen und dabei gleichzeitig ein idealfeuchtes Wundmilieu aufrechterhalten. Für fast jede Wundform, -größe und -tiefe gibt es mittlerweile den passenden Verband. Gleichzeitig bekämpfen eine Vielzahl neuer antiseptisch wirksamer Produkte bestehende oder potentiell drohende Infektionen. Mit diesem „modernen Wundmanagement“ erreicht der Anwender durch verlängerte Tragezeiten der Verbände und die daraus resultierende Wundruhe nicht nur eine bessere und schnellere Wundheilung für die Patienten, sondern auch Effizienz und Entlastungen für die Kostenträger.

Eine Wunde kann letztendlich nur dann zuheilen, wenn der Wundrand als stabile Grundlage eine Epithelisierung vom Rand her zulässt. Bei stark exsudierenden Wunden findet sich trotz schneller Sekretaufnahme durch z.B. Schaumverbände häufig das Problem der Mazeration am Wundrand. Hierbei nimmt die Haut wegen des ständigen Sekretkontaktes Flüssigkeit in sich auf. Sie quillt auf, wird weich und empfindlich für Verletzungen

oder Infektionen. Der Volksmund kennt das Phänomen unter dem Begriff „Waschfrauenhaut“.

Dieses Problem tritt in der Wundbehandlung besonders unter Verbänden mit längerer Tragedauer und hoher mechanischer Belastung auf: Wir kennen es z.B. bei der Behandlung stark nässender, venöser Ulcera, die unter einem Kompressionsverband dazu neigen, seitlich auszulaufen. Hier ist es entscheidend, einen Verband mit hoher Aufnahmekapazität zu wählen, der die Wundflüssigkeit schnell in die Mitte der Komresse ableitet. Darüber hinaus ist eine gute Luft- und Wasserdampfdurchlässigkeit von Vorteil, die einerseits einen Teil der aufgenommenen Flüssigkeit durch die Barrieremembran nach außen diffundieren lässt und andererseits das Entstehen von Infektionen vermeidet (z.B. 3M Foam Schaumverband). Mazerationsprobleme können auch bei der V.A.C.-Therapie entstehen. Bei dieser Therapieform, die sehr erfolgreich u.a. bei stark exsudierenden, tiefen und infizierten Wunden ohne Heilungstendenz angewandt wird, kann es sowohl durch den intensiven Kontakt mit Wundflüssigkeit, als auch durch leichtes Reiben der eingelegten Schäume zu einer Belastung des Wundrandes kommen.

In allen Fällen, in denen der Wundrand zu mazerieren droht oder mechanisch angegriffen wird, stellt sich die Frage: Wie kann die Haut vor Kontakt mit Flüssigkeiten oder vor Reibung geschützt werden?

„Pflege“ und Schutz des Wundrandes wurden in der Vergangenheit auf zwei völlig gegensätzliche Arten gehandhabt - einerseits durch das Auftragen von beständigen Salben, Pasten oder Tinkturen und andererseits durch den Auftrag von Gerb- bzw. Farbstoffen.

1. Salben werden von einigen Patienten als wohltuend empfunden, weisen jedoch außer dem Vorteil der Pflege von trockener Haut auch einige Nachteile auf:

- ▶ Bei üppiger Verwendung wird die Haut okklusiv eingeschlossen, die Atmungsaktivität eingeschränkt, die Vermehrung von Keimen kann insbesondere unter einer Salbengrundlage begünstigt sein.
- ▶ Die Salbe muss wieder entfernt werden. Angetrocknete Salbenreste lassen sich teilweise nur schwer entfernen, können den empfind-



Herr Carsten Jenkner ist Krankenpfleger und Diplom-Kaufmann und als Produktspezialist für Haut- und Wundversorgung tätig, cjenkner@mmm.com.

lichen Wundrand verletzen oder sogar in die Wunde gelangen. In jedem Fall ist eine sehr schonende und gründliche Entfernung (meist mit Öl) erforderlich.

- ▶ Unter der Salbe lässt sich der Wundrand schlecht beurteilen – Rötungen werden als beginnende Entzündungszeichen ggf. verzögert wahrgenommen.

2. Der Einsatz von Gerb- und Farbstoffen wird in der modernen Wundbehandlung generell nicht mehr angeraten. Ihr Einsatz ist – wenn überhaupt – auf wenige dermatologische Indikationen beschränkt. Präparate wie Mercuchrom® wurden zwar in der Vergangenheit von vielen Anwendern wegen ihres stark austrocknenden und damit scheinbar stabilisierenden Effektes für die Haut sehr geschätzt. Jedoch bringen diese Stoffe gravierende Nachteile mit sich:

- ▶ Die Haut wird stark gegerbt und ausgetrocknet, die Substanzen wirken zelltoxisch und können die Wundheilung verzögern (vgl. Probst/Vasel-Biergans, 2004; Sellmer, 2005)
- ▶ Viele Farbstofflösungen enthalten organische oder anorganische Schwermetallverbindungen
- ▶ Die Haut wird extrem eingefärbt, der Wundrand kann für lange Zeit überhaupt nicht anhand der Farbe beurteilt werden

Das Festhalten an diesen Formen des Hautschutzes befremdet umso mehr, als es schon lange neue, unschädliche, einfachere und zuverlässigere Methoden des Wundrandschutzes gibt. Eine Lösung kommt aus der Stomaversorgung. Dort sind schon länger Langzeit-Hautschutzfilme auf Acrylat-Terpolymerbasis als zuverlässiger und hypoallergener Schutz unter Haftplatten und um das Stoma bekannt. Der Cavilon™ Reizfreie Hautschutz von der 3M Medica beispielsweise enthält keinen Alkohol, brennt nicht, ist nicht zytotoxisch und transparent. Er wird mittels Schaumstoffapplikator („Lolly“) oder Spray als Flüssigkeit einschichtig auf den Wundrand aufgetragen und trocknet in kürzester Zeit zu einem kaum sichtbaren, hauchdünnen Schutzfilm. Dieser ist atmungsaktiv und bleibt bis zu 72 Stunden zuverlässig als Barriere gegen Flüssigkeiten auf der Haut aktiv. Wundexsudat, aber auch Stuhl, Urin, Wasser und sogar Seifen können ihn nicht lösen – allein fett-haltige Substanzen entfernen Cavilon. Auf die gleichzeitige Gabe von Cremes oder Salben ist daher in jedem Fall zu verzichten.

Da Cavilon alkoholfrei ist, kann er auch ohne Bedenken und schmerzfrei auf bereits geschädigter Haut appliziert werden. Klebende Verbände erhal-



Einsatz von Cavilon auf vorgeschädigter Haut

ten mit ihm zudem einen sehr guten Klebeuntergrund. Beim Verbandwechsel wird durch das Abziehen des Verbandes der Hautschutzfilm rückstandsfrei abgelöst. Ein gesondertes Entfernen ist jedoch generell nicht nötig, da der Cavilon-Hautschutz nach ca. 3 Tagen durch das vom Körper produzierte Hautfett ohnehin aufgelöst wird.

Wichtig sind auch die hypoallergenen Eigenschaften eines derartigen Wundrandschutzes. Heutzutage kennen wir Sensibilisierungen gegen die unterschiedlichsten Materialien und Substanzen. Gerade bei Patienten mit Ulcus Cruris finden wir immer häufiger Reaktionen auf Verbandstoffe oder andere Wundtherapeutika. Zum Glück sind diese Reaktionen sowohl bei hypoallergenen Zinksalben als auch beim Cavilon™ Reizfreien Hautschutz bisher extrem selten. Cavilon wird sogar von pflasterempfindlichen Patienten dazu benutzt, ihre Haut vor (bereits hypoallergenen) Klebstoffen zu schützen.

Generell kann der Hautschutz mit Cavilon für jede Indikation empfohlen werden, bei der die Haut durch eine wirkstofffreie Langzeit-Barriere vor Feuchtigkeit, Reizstoffen, aber auch Reibung geschützt werden soll.

*Anfragen an den Verfasser
Literatur beim Verfasser*