

Kompressionstherapie als individualisierte Therapie beim Ulcus cruris

J. Dissemond

Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Universitätsklinikum Essen

▲ Einleitung

Grundlagen der erfolgreichen Behandlung von Patienten mit Ulcus cruris venosum sind, falls möglich, die interventionelle Venentherapie, die moderne feuchte Wundbehandlung sowie die konsequente Kompressionstherapie in Verbindung mit Bewegung. Die Kompressionstherapie führt unter anderem zu der Verbesserung des venösen Rücktransports sowie zu einer Ödemreduktion. Im Liegen genügen hierfür bereits Drücke von 15 mmHg, um oberflächliche und tiefe Venen einzuengen; bei aufrechter Körperhaltung sind hierzu wesentlich höhere Drücke von 60-90 mmHg erforderlich. Die Kompressionstherapie kann mit verschiedenen Binden- oder Strumpf-Systemen durchgeführt werden. Das in Deutschland traditionell weit verbreitete Anlegen eines Kompressionsverbandes bei Ulcus cruris venosum bedarf umfassender Erfahrung und eines regelmäßigen Trainings. Eine gute Selbstbandagierung können in der Praxis nur die wenigsten Patienten, und sie sollte daher nicht empfohlen werden. Oft gestaltet sich die Mitarbeit der Patienten (früher Compliance, heute Adhärenz) problematisch, da sie über Schwierigkeiten mit der korrekten Anlage und/oder Schmerzen bei der Durchführung klagten. Es ist daher für Therapeuten äußerst wichtig, die auf dem Markt befindlichen verschiedenen Therapiemodalitäten zu kennen, um die für den Patienten individuell geeignete Behandlung auszuwählen.

Kurzzugbinden

Kurzzugbinden haben eine geringe Dehnbarkeit von 40-90 % und zeichnen sich durch einen hohen Arbeits- und niedrigen Ruhedruck aus. Verbände mit Kurzzugbinden, wie beispielsweise „Pütter- oder Sigg-Verbände“, sollten einen hohen Anlagedruck erzielen und in der initialen Entstauungsphase aufgrund des oft raschen Druckverlustes möglichst täglich kontrolliert und ggf. neu angelegt werden. Ein großes praktisches Problem ist die hohe Variabilität der Verbandqualität in Abhängigkeit von der Erfahrung der durchführenden Therapeuten.

Langzugbinden

Langzugbinden haben eine hohe Dehnbarkeit von 150-200 % und erzeugen einen hohen Ruhe- sowie einen niedrigen Arbeitsdruck. Aufgrund ihrer Fähigkeit, Verän-

derungen von Extremitätenform und Bewegung anzupassen, können sie den Druck meist über mehrere Tage halten. Es besteht dann aber auch immer das Risiko für starke Einschnürungen und Druckschäden.

Unelastische Binden

Unelastische Verbände bestehen meist aus Zinkleimbinden und haben einen sehr hohen Arbeitsdruck, aber nur einen sehr geringen Ruhedruck. Der Einsatzbereich beschränkt sich bei Patienten mit CVI auf die frühe Entstauungsphase. Zinkleimverbände können für den sogenannten „Fischer-Verband“ zum Abschluss mit einer Kurzzugbinde überwickelt werden und verbleiben in der Regel mehrere Tage.

Mehrkomponenten-Systeme

Verschiedene Firmen bieten vorgefertigte Mehrkomponenten-Systeme an, die aus zwei bis vier Komponenten bestehen und meist Polster-, Kompressions- und Fixierbinden beinhalten. Bei einigen Systemen finden sich zudem optische Marker auf den Binden, die hilfreich sind, um einen optimalen Anlagedruck zu erzielen. Die Verwendung von kohäsiven Binden als äußere Schicht steigert die Unnachgiebigkeit des Verbandes und gewährleistet einen konstanten Kompressionsdruck bis zu sieben Tage. Bei exsudierenden Ulzera sind allerdings häufigere, individuell angepasste Verbandintervalle zu wählen.

Ulkus-Strumpfsysteme

Ulkus-Strumpfsysteme bestehen meist aus einem Unterziehstrumpf, der den Wundverband fixiert, und einem Kompressionsstrumpf. Viele Patienten können solche Strumpfsysteme eigenständig an- und ausziehen. Im Gegensatz zu den Kompressionsverbänden, deren Qualität von der Erfahrung der durchführenden Person abhängig ist, gewährleisten korrekt vermessene Ulkus-Strumpfsysteme einen konstanten, vorbeschriebenen Kompressionsdruck.

Wrap-Verbände

Eine im deutschsprachigen Raum neue Alternative stellen die sogenannten Wrap-Verbände dar. Bei diesen Kompressionsbandagen können der Patient oder ein Therapeut

den Kompressionsdruck segmental über mehrere Klettverschluss-Systeme (Velcro®) justieren. Bei einigen Systemen kann der Kompressionsdruck gezielt zwischen 20-50 mmHg eingestellt werden. Zudem ist jederzeit auch das Nachjustieren der Klettverschluss-Bänder möglich, um einen Druckverlust zu vermeiden.

Diskussion

Aus phlebologischer Sicht ist es oft sinnvoll, Kompressionstherapien mit hohen Druckwerten zu beginnen. Da viele Patienten diese Behandlung dann nicht konsequent fortführen, muss individuell überlegt werden, was akzeptierte Alternativen sind. Hier kann es beispielsweise sinnvoll sein, mit einem Kompressionsklasse-I-Strumpf oder einem adjustierbaren Wrap-Verband mit niedrigen Druckwerten zu beginnen und den Patienten sukzessive an höhere Druckwerte heranzuführen. Zudem sollten unbedingt auch An- und Ausziehhilfen besprochen werden.

Fazit

Die Kompressionstherapie ist für die Behandlungskonzepte von Patienten mit Ulcus cruris venosum essenziell. Oft können oder wollen die Patienten den von den Therapeuten empfohlenen Behandlungsregimen nicht folgen. Hier haben sich in den letzten Jahren zahlreiche Therapieoptionen ergeben, sodass heute nahezu allen Patienten eine an ihren Bedürfnissen angepasste, individuell akzeptierte Therapie angeboten werden kann.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Joachim Dissemond
Klinik und Poliklinik für Dermatologie,
Venerologie und Allergologie
Universitätsklinikum Essen
Hufelandstraße 55
45122 Essen
E-Mail: joachim.dissemond@uk-essen.de

