

F. Meuleneire, Wundzentrum St. Elisabeth, Zottegem, Belgien

TenderWet plus bei der Behandlung von Patienten mit Problemwunden

Unter den hydroaktiven Wundauflagen nimmt das TenderWet-System eine Sonderstellung ein. Denn TenderWet entfaltet in der Wunde eine selbsttätige Saug-Spülwirkung, die zu einer raschen und gründlichen Wundreinigung führt, was insbesondere bei Problemwunden den weiteren Heilungsvorgang entscheidend beeinflusst.

Einleitung

Von TenderWet, dessen Wirkungsprinzip mit der Saug-Spülwirkung auf Seite 28 ausführlich beschrieben ist, stehen verschiedene Varianten zur Verfügung: TenderWet cavity und TenderWet 24, die vor der Anwendung mit der entsprechenden Menge Ringerlösung aktiviert werden müssen, sowie die bereits gebrauchsfertig mit Ringerlösung aktivierten Wundkissen TenderWet active 24, TenderWet active cavity, TenderWet plus und TenderWet plus cavity.

Wir haben in unserem Wundzentrum St. Elisabeth mit allen TenderWet-Varianten gearbeitet und überwiegend gute Wundheilungserfolge erzielt. Auch mit TenderWet plus haben wir gute Erfahrungen gemacht, weil das Wundkissen neben dem bewährten TenderWet-Wirkungsprinzip einige zusätzliche Gebrauchseigenschaften aufweist, die für den Wundbehandler die Wundversorgung sicherer und einfacher machen können: TenderWet plus schützt vor Rekontamination und kann bis zu drei Tagen auf der Wunde verbleiben.

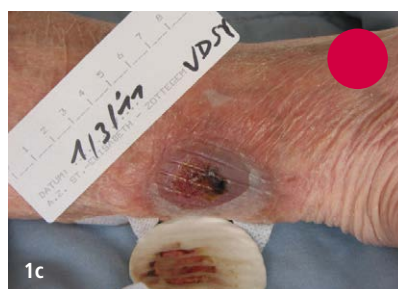
Der Rekontaminationsschutz wird durch das Antiseptikum Polyhexanid gewährleistet, das zusätzlich zur Ringerlösung in den SAP-Saugkern eingebracht ist und die mit dem Exsudat aufgenommenen Keime abtötet. Damit wird einer Verkeimung des Saugkissens entgegengewirkt. Im Gegensatz zur Ringerlösung, die an die Wunde abgegeben wird, verbleibt das Antiseptikum aber im SAP-Saugkern. Dass dieser Schutz vor Rekontamination insbesondere bei eitrigem und stark exsudierenden Wunden von Bedeutung ist, liegt auf der Hand.

Der Zusatz von Polyhexanid ist selbstverständlich auch von großem Wert, wenn TenderWet plus bis zu drei Tagen auf der Wunde verbleiben kann. Die mögliche lange Liegedauer hat dabei grundsätzlich zeit- und kostensparende Vorteile, weil weniger Verbandwechsel erforderlich sind. Letztlich ist die Verbandwechselfrequenz aber auch bei TenderWet plus abhängig von der Stärke der Exsudation und dem Ausmaß fibrinösen und nekrotischen Gewebes, das abgeräumt werden muss. Dass dies effizient geschieht, ist an den gesättig-

ten Kompressen auf den einzelnen Fotos der nachfolgenden Kasuistiken erkennbar.

Trotz der möglichen langen Liegedauer von TenderWet plus besteht durch die spezielle Produktausstattung mit einem Silikonauflage kaum Verklebungsfahr, weshalb der Verbandwechsel für den Patienten mit weniger Schmerzen verbunden ist. Des Weiteren konnte beobachtet werden, dass die Schmerzhaftigkeit von Wunden zwar nicht sofort, aber meist bereits nach kürzeren Behandlungszeiten abnimmt.

Die Kasuistiken der geriatrischen Patienten mit Problemwunden unterschiedlicher Genese belegen unsere guten Erfahrungen mit TenderWet plus in der Reinigungsphase und zu Beginn der Granulationsphase.





Fallbeispiel 1: Hämatom im Bereich der Achillessehne (Dokumentation S. 19)

Eine 82 Jahre alte Patientin erlitt ein Hämatom im Bereich der Achillessehne, nachdem sie sich an ihrem Rollstuhl gestoßen hatte.

Am 26.02.2011, eine Woche nach dem Trauma, ist das Hämatom mit nekrotischem Gewebe noch immer ziemlich ausgeprägt und bildet eine Art Blase (Abb. 1a), die wir chirurgisch abtragen. Wir versorgen die Wunde der Form entsprechend mit einem runden TenderWet plus von 5,5 cm Durchmesser, das mit hypoallergenen Fixierpflaster befestigt wird (Abb. 1b).

Nach drei Tagen, am 01.03.2011, erfolgte der erste Verbandwechsel. Hier zeigte sich die Wunde bereits in einem besseren Zustand. Das Hämatom war zum größten Teil durch TenderWet plus absorbiert (Abb. 1c).

Wieder drei Tage später, am 04.03.2011, konnte man gut erkennen, wie rasch und gründlich TenderWet plus eine Wunde reinigt (Abb. 1d). Insgesamt waren etwa zehn Tage notwendig, um ein gesundes, vitales Granulationsgewebe zu erzielen.

Zu diesem Zeitpunkt, am 11.03.2011, wechselten wir zur Schaumstoffauflage HydroTac comfort (Abb. 1e). HydroTac ist auf der wundzugewandten Seite netzförmig mit einem Hydrogel beschichtet. Sie nimmt überschüssiges Sekret schnell auf und gibt bei trockenen Wunden ausreichend Feuchtigkeit ab, was zur Schaffung eines physiologischen Wundmilieus beiträgt und Granulations- und Epithelbildung fördert. HydroTac ist somit eine ideale Wundaufgabe zur Wundbehandlung nach der Reinigung und ist außerdem durch den

„Initial Tack“ durch das Hydrogel unkompliziert und hygienisch sicher zu applizieren. Eine semipermeable, keim- und wasserdichte Deckschicht schützt zusätzlich vor Sekundärinfektionen. Wie man auf der Abbildung 1e erkennen kann, sorgt bei HydroSorb comfort der breite umlaufende Klebestreifen für eine zuverlässige Fixierung. Die weiteren Verbandwechsel erfolgten dementsprechend nur alle vier Tage. Am 23.03.2011 ist die Verletzung komplett abgeheilt (Abb. 1f), wengleich das junge Epithel noch einen etwas fragilen Eindruck macht.

Abschließend konnten wir festhalten, dass die gesamte Wundbehandlung für die Patientin wenig belastend war. Dies lag zunächst daran, dass sowohl mit TenderWet plus als auch mit HydroTac nur wenige Verbandwechsel erforderlich waren, und diese zudem noch atraumatisch mit wenig oder gar keinen Schmerzen durchgeführt werden konnten.

Fallbeispiel 2: traumatisch bedingte, nekrotische Wunde an der Tibia

Die Patientin, 69 Jahre alt, leidet seit mehr als 20 Jahre an rheumatoider Arthritis, die eine Behandlung mit Kortison erfordert. Die Verletzung an der Tibia zog sie sich durch ein traumatisches Ereignis zu: Sie stieß gegen ein hartes Objekt. Teile der Wunde wurden genäht, insgesamt nekrotisierte die Wunde jedoch (Abb. 2a).

Am 23.02.2011, zehn Tage nach der Verletzung, konnten wir die Fäden entfernen. Der Wundzustand zeigte sich folgendermaßen: Die Wundumgebung war



Der Autor:
Frans Meuleneire,
Wundzentrum,
AZ St. Elisabeth,
Godveerdegemstraat 69,
9620 Zottegem, Belgien

etwas entzündet, die nekrotischen Zonen hatten sich noch nicht komplett vom gesunden Gewebe demarkiert, die Exsudation war mäßig. Wir reinigten die Wunde mit einer Polyhexanid-Lösung (Abb. 2b) und bedeckten Wunde und Wundumgebung mit einem großen TenderWet plus-Wundkissen (Abb. 2c), das für drei Tage auf der Wunde verblieb. Fixiert wurde TenderWet plus mit hautfreundlichem, hypoallergem Fixerpflaster.

Beim Verbandwechsel am 04.03.2011 zeigte sich, dass TenderWet plus nicht mit der Wunde verklebt war und Debris und Wundexsudat gut absorbiert hatte (Abb. 2d). Wir konnten somit ein scharfes Débridement durchführen und oberflächliches nekrotisches Gewebe entfernen (Abb. 2e). Allerdings zeigen sich darunter immer noch einiges nasses nekrotisches Gewebe und Partikel von alten Blutgerinnseln (Abb. 2f).

Zehn Tage später, am 14.03.2011, ist der Wundgrund mithilfe der Behandlung mit TenderWet plus fast frei von nekrotischem Gewebe (Abb. 2g). Die Verbandwechsel waren zweimal nach drei Tagen und einmal sogar erst nach vier Tagen ohne Probleme erfolgt. Nachdem wir die Wunde gesäubert hatten, konnten wir an den Wundrändern einen Epithelsaum erkennen. Im Wundgrund selbst begann sich Granulationsgewebe zu bilden. Wie im Fallbeispiel Nr. 1 wechselten wir deshalb auch hier zu HydroTac (Abb. 2h), das alle drei Tage gewechselt wurde.

Am 14.04.2011 ist die Wunde ziemlich sauber (Abb. 2i/j). Allerdings ist die Wundumgebung gereizt und zeigt im Zentrum fibrinöse Auflagerungen, die etwas exsudieren. Wir wechselten die Behandlung erneut und versorgten die Wunde mit dem hydroaktiven Schaumstoff PermaFoam, der Wundexsudat rasch reguliert und somit die Wundränder vor Mazeration schützt.

Fallbeispiel 3: Dekubitus im Sakralbereich

Eine 88-jährige, immobile Patientin erlitt einen Dekubitus im Sakralbereich durch eine nicht den individuellen Erfordernissen angepasste Antidekubitusmatratze. Die Befundaufnahme am 16.02.2011 ergab einen sehr tiefen Dekubitus mit Wundrandhöhlen (Abb. 3a). Die nekrotische Wunde produzierte ein übelriechendes Exsudat. Bis zum Zeitpunkt der Befundaufnahme wurde der tiefe Dekubitus mit nassen Povidon-Iod-Kompressen austamponiert und mit Saugkompressen abgedeckt. Die Verbände wurden zweimal am Tag gewechselt. Wir versorgten die Wunde mit TenderWet plus cavity (Abb. 3b).

Am 19.02.2011 konnten wir den größten Teil des nekrotischen Gewebes debridieren (Abb. 3c) und tamponierten erneut mit TenderWet plus cavity (Abb. 3d).

Nach zwei Tagen, am 21.02.2011 wechselten wir den Verband. Weil die Wunde sehr viel Exsudat pro-

duzierte, war der Sekundärverband aus Saugkompressen stark gesättigt. Dennoch zeigt sich aber bereits der gute Reinigungseffekt von TenderWet plus.

Am 24.02.2011, nur eine Woche nach dem Beginn der TenderWet plus-Behandlung, war der Wundgrund etwa bis zu 95 Prozent mit vitalem Granulationsgewebe bedeckt. Die Bildung von Granulationsgewebe kam auch weiter gut voran (Abb. 3e-g), das Wundexsudat riecht nicht mehr und die Wundumgebung erscheint normal, ohne Mazeration und Entzündung. Die Wundhöhle ist signifikant reduziert.

Diese raschen Fortschritte in der Wundreinigung und beim Gewebeaufbau unter TenderWet plus waren umso bemerkenswerter, weil die Patientin in einem sehr schlechten Allgemeinzustand war. Das letzte Foto zur Wunddokumentation mit einem vitalen Granulationsgewebe wurde am 09.03.2011 gemacht (Abb. 3h). Einen Tag später verstarb die Patientin leider an pulmonalen Komplikationen. ■

