

# **Das Krankheitsbild des Systemischen Lupus Erythematodes und seine Auswirkungen auf das Wundmanagement**

## **Abschlussarbeit**

zur Erlangung des Diploms  
für Wundmanagement

am

Ausbildungszentrums West für Gesundheitsberufe in Innsbruck

Beurteilt von

Marianne Hintner, DGKP, Wundmanagerin

vorgelegt von

Ingeborg Schennach

Innsbruck, im August 2012

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung .....	4
2. Das Krankheitsbild des Systemischen Lupus Erythematodes .....	5
2.1. Definition .....	5
2.2. Formen der Erkrankung .....	5
2.3. Der SLE als Autoimmunerkrankung .....	5
2.4. Der SLE als Kollagenose .....	5
2.5. Der SLE als rheumatische Erkrankung .....	6
2.6. Häufigkeit .....	6
2.7. Ursachen.....	6
2.8. Symptome und Diagnostik .....	6
2.9. Behandlung.....	8
3. Wodurch wird die Wundheilung bei SLE beeinflusst? .....	9
3.1. Folgen .....	9
3.2. Wann spricht man von einer chronischen Wunde? .....	10
4. Fallbeispiel der Frau M.....	10
4.1. Diagnose.....	10
4.2. Pathogenese.....	11
5. Persönliches Resümee .....	24
6.Quellenverzeichnis.....	25
7. Anhang.....	26
7.1 Eidesstattliche Erklärung.....	26

## **Vorwort**

Die vorliegende Arbeit soll deutlich machen, in welchem Ausmaß eine chronische Erkrankung des Immunsystems den Wundheilungsprozess beeinträchtigen kann. Schon relativ harmlose Verletzungen, die im Normalfall eine durchschnittliche Wundheilungsdauer haben, können für die betroffenen Patienten eine langwierige Behandlungsdauer bedeuten.

Es ist daher wichtig, alle Faktoren der Erkrankung, die sich auf den Heilungsprozess auswirken zu erkennen und in der Wundtherapie zu berücksichtigen.

Eine konsequente Wundbehandlung im Sinne eines modernen Wundmanagements, aber auch die Kooperation des Patienten sind wesentliche Bestandteile des Heilungserfolges.

In diesem Sinne lässt sich durch phasengerechte Wundheilung auch bei schwierigen, oft lang anhaltenden Wundheilungsstörungen eine erfolgreiche Behandlung erzielen.

## 1. Einleitung

Mein Arbeitsumfeld in der unfallchirurgischen Ambulanz bietet eine breite Palette verschiedenster Wundarten. Im Laufe von über zwanzig Jahren Wundbehandlung konnte ich unterschiedliche Behandlungsmethoden mitverfolgen. Viele der damals üblichen Therapieformen gelten heute als obsolet. Auch früher sind Wunden oftmals problemlos ausgeheilt, vor allem dann, wenn keine sekundären Erkrankungen vorhanden, bzw. die Patienten jüngeren Alters und in gutem Allgemeinzustand waren.

Heute sind die Möglichkeiten einer phasengerechten und Patientenbezogenen Wundtherapie ungleich größer. Will man bei einem polymorbiden Patienten eine erfolgreiche Wundbehandlung durchführen, ist es vor allem wichtig, über das Krankheitsbild informiert zu sein.

Patienten mit Systemischem Lupus Erythematodes (SLE) bieten ein Spektrum an Symptomen, dessen Ausmaß nur wenige Krankheitsbilder aufweisen.

Frau M., die an dieser Krankheit schon sehr lange leidet und dem entsprechend besorgt und pessimistisch war als sie sich vorstellte, kam sehr oft und lange zur Wundtherapie. Für mich ist dieser Fall aufgrund seiner Problematik für die Wundtherapie aber auch wegen der Komplexität des Krankheitsbildes interessant und ich entschloss mich deshalb, ihn für meine Abschlussarbeit auszuwählen.

Um eine lückenlose Dokumentation zu gewährleisten, wurde die primär schriftliche Dokumentation zusätzlich durch Fotodokumentation ergänzt. Im Verlauf der Wundtherapie wurde Wert auf Personenkonstanz gelegt, die Wunde wurde über den Behandlungszeitraum stets von denselben Personen gesehen und beurteilt

## **2. Das Krankheitsbild des Systemischen Lupus Erythematoses**

### **2.1. Definition**

Der Systemische Lupus Erythematoses ist eine Autoimmunerkrankung mit unterschiedlichen Organmanifestationen und Auslösemechanismen (vgl.4).

### **2.2. Formen der Erkrankung**

Grundsätzlich unterscheidet man zwei Formen der Erkrankung:

- Hautlupus – nur die Haut ist betroffen
- Systemischer Lupus Erythematoses – kann sich in mehreren Organen und Organsystemen manifestieren.

Bei ca. 5% der Betroffenen entwickelt sich aus einem Hautlupus eine systemische Form. Durch die Ausbreitung im Organismus ist das Krankheitsbild des Systemischen Lupus Erythematoses sehr vielschichtig. Dem entsprechend unterschiedlich sind die Krankheitsverläufe und Symptome der Erkrankung. In jedem Fall jedoch handelt es sich um eine generalisierte Erkrankung des Immunsystems.

### **2.3. Der SLE als Autoimmunerkrankung**

Da mehrere Organe und Organsysteme betroffen sind, handelt es sich um eine schwere, chronisch entzündliche Autoimmunerkrankung, die schubweise verläuft. Das Immunsystem richtet sich gegen den eigenen Organismus, indem er Autoantikörper gegen Bestandteile des Zellkerns bildet.

Dies erklärt die breite klinische Symptomatik.

### **2.4. Der SLE als Kollagenose**

In der Dermatologie bildet der SLE die größte Gruppe der Kollagenosen; dies sind immunbedingte Bindegewebserkrankungen. Durch generalisierte Autoimmunprozesse werden Bindegewebs- und Gefäßveränderungen hervorgerufen.

## **2.5. Der SLE als rheumatische Erkrankung**

Erkrankungen des Bewegungsapparates (Muskeln, Sehnen, Gelenke, Knochen), die nicht durch Verletzungen oder Tumorerkrankungen hervorgerufen werden, zählen zum Rheumatischen Formenkreis.

Da rheumatische Erkrankungen jedoch das Bindegewebe betreffen, können bei einer entzündlich rheumatischen Erkrankung nahezu alle Organstrukturen des Körpers betroffen sein.

## **2.6. Häufigkeit**

Die Erkrankung ist relativ selten, tritt aber weltweit auf.

Man vermutet eine jährliche Inzidenz von 5 zu 100 000 Fällen.

Frauen sind weit häufiger betroffen als Männer, das Krankheitsverhältnis liegt bei 90% zu 10 %.

Häufigster Zeitpunkt der Erkrankung ist das zweite und dritte Lebensjahrzehnt.

## **2.7. Ursachen**

Die Ätiologie der Erkrankung ist weitgehend unbekannt. Aufgrund der am häufigsten betroffenen weiblichen Erkrankten im gebärfähigen Alter kann ein hormoneller Einfluss nicht ausgeschlossen werden. Vermutet wird auch eine genetische Disposition, die zusammen mit anderen Faktoren wie Sonnenlicht, Medikamenten oder Infektionen die Krankheit zum Ausbruch bringen kann.

## **2.8. Symptome und Diagnostik**

Oft dauert es lange, bis die Erkrankung erkannt wird, da sie aufgrund der Symptombreite schwer zu diagnostizieren ist. Viele Patienten haben deshalb einen langen Leidensweg hinter sich. Die Symptome sind unterschiedlich ausgeprägt und können auch nur vereinzelt auftreten.

### Allgemeinsymptome:

- Allgemeines Krankheitsgefühl
- Müdigkeit
- Leistungsabfall
- Fieber
- Gewichtsabnahme
- Gelenkschmerzen
- Nachtschweiß

### Symptome der Haut:

nicht immer auftretend:

- Rötung im Gesicht („Schmetterlingserythem“)
- scharf begrenzter Hautausschlag

immer auftretend:

- extreme Photosensibilität

### Labor:

- Gerinnungsstörungen
- Blutbildveränderungen

### Gefäße:

- Akrale Durchblutungsstörungen bei Kälte = Raynaud-Phänomen (livid-  
blasse Verfärbung)
- vereinzelt Vaskulitiden

### Organe:

- Nieren: sehr häufig Entwicklung einer Glomerulonephritis (Lupus Nephritis)
- Lunge: Lupus Pneumonie
- Herz: Perikarditis oder Myokarditis
- ZNS: meist Migräne durch Gerinnungsstörungen, auch Apoplexien sind  
möglich

### Labordiagnostik:

- Blutbildveränderungen
- Leukopenie
- Hämoglobinabfall (Anämie)
- Thrombopenie

### Entzündungsparameter

- Erhöhung der Blutsenkung bei normalem CRP ist typisch für den SLE

### Serum

- Antinukleare Antikörper (ANA)
- Verminderung der T-Lymphozyten
- Aktivierung der B-Lymphozyten

## **2.9. Behandlung**

Die Behandlung richtet sich in erster Linie nach den Krankheitssymptomen.

Akute Krankheitssymptome erfordern die Gabe von hoch dosiertem Kortison, das stufenweise reduziert wird. Auch Antimalarika wie Chloroquin sind Mittel der Wahl. Der Autoimmunprozess wird durch die Gabe von Immunsuppressiva blockiert, zum Einsatz kommen hier z.B. Methotrexat, Cyclophosphamid, Cyclosporin, Azathioprin, sowie Mycophenolsäure.

Die Wahl des Medikamentes richtet sich nach der Schwere und Lokalisation des Befalles.

Bei Gelenkschmerzen Gabe von NSAR (nicht steroidale Antirheumatika).

Durch das herabgesetzte körpereigene Immunsystem ist eine frühzeitige Antibiose beim Auftreten von Infekten ratsam, um ernste Komplikationen (wie z.B. Glomerulonephritis, Pneumonie oder Myokarditis) zu vermeiden.



Den wichtigsten Faktor bei der Behandlung von SLE stellt jedoch das Vermeiden weiterer Schübe dar. Eine geeignete Ernährung im Sinne einer vitaminreichen und mineralstoffreichen Mischkost sollte auch reich an Kalzium (Milchprodukte) sein.

Alle Faktoren, die eine Arteriosklerose begünstigen, sollten weitgehend vermieden werden:

- kein Nikotinabusus
- regelmäßige, moderate Ernährung
- Vermeiden von übermäßigen UV-Bestrahlung durch geeigneten Sonnenschutz

Ziel der prophylaktischen Maßnahmen ist die Vermeidung neuer Krankheitsschübe!  
(vgl. 1;2;3; )

### **3. Wodurch wird die Wundheilung bei SLE beeinflusst?**

Chronische Erkrankungen dauern oft Jahre und Jahrzehnte an. Beim SLE ist, wie oben ausgeführt, eine Mehrfachproblematik gegeben.

Die langjährige Gabe von Kortison verändert die Hautstruktur.

#### **3.1. Folgen**

Bindegewebsschwäche durch gestörten Calcium-Stoffwechsel (Kortison hemmt die Aufnahme von Calcium aus der Nahrung und fördert gleichzeitig die Ausscheidung von Calcium über die Nieren.

Dies führt einerseits zu einer zunehmenden Atrophie der Haut, Folge ist die Bildung einer sogenannten „Pergamenthaut“. Diese ist nicht nur sehr dünn sondern auch unflexibel und extrem empfindlich.

Andererseits erhöht sich durch die immunsuppressive Wirkung des Cortisons die Infekt Anfälligkeit ; gleichzeitig werden Pilzinfektionen begünstigt.

Ein optimales Wundmanagement berücksichtigt nicht nur diese Faktoren, sondern auch die soziale und psychische Situation des Patienten, der im Alltag mit der Wundtherapie zurechtkommen muss.

Zudem gelten für Betroffene dieser Erkrankung die Richtlinien zur Versorgung chronischer Wunden.

### **3.2. Wann spricht man von einer chronischen Wunde?**

Eine einheitliche Definition von chronischen Wunden gibt es nicht.

Eine Wunde wird als chronische Wunde betrachtet, wenn sie trotz geeigneter Therapie innerhalb mehrerer Wochen keine Heilungstendenz zeigt (vgl.5).

Am Beginn jeder Wundtherapie steht jedoch eine genaue Wundanamnese:

- In welchem Allgemein- bzw. Ernährungszustand befindet sich der Patient?
  - Handelt es sich um eine primäre oder um eine sekundäre Wundheilung?
  - In welcher Wundheilungsphase befindet sich die Wunde?
  - Wie ist der Zustand der Wunde?
  - Liegt eine Infektion vor?
- (vgl.7.)

## **4. Fallbeispiel der Frau M.**

### **4.1. Diagnose**

Bei Frau M. zeigt sich das Krankheitsbild SLE in einer starken Ausprägung:

Dementsprechende Diagnosen:

- Anämie mit kritischem Hb-Abfall
- Osteoporose
- Cortison induzierter Mb. Cushing
- Nebenniereninsuffizienz bds.

- Thrombopenie bei Antiphospholipidsyndrom
- Raynaud-Symptomatik
- Herzinsuffizienz
- Rezidivierende Perikarditiden
- Rezidivierendes Erysipel
- Z.n. Pulmonal Embolie

Frau M. lebt in einer Wohnung und ist im Alltag - mit Einschränkungen - selbständig. Längere Wegstrecken bewältigt sie mit Hilfe eines elektrischen Rollstuhls. Sie ist über die Problematik ihrer Erkrankung umfassend informiert. Die in ihrem Rahmen mögliche Unabhängigkeit will sie nicht verlieren, sie ist ihrer erschwerten Lebensumstände zum Trotz ein optimistischer Mensch.

#### **4.2. Pathogenese**

Die Patientin stürzt zu Hause und zieht sich eine Rissquetschwunde am Unterschenkel zu. Diese wird primär mit einer Naht versorgt. Im Laufe der nächsten vierzehn Tage entwickelt sich eine Nahtdehiszenz, die eine Zuweisung an die Wundambulanz erforderlich macht.

Im Verlauf der Behandlung wurde die Wunde bei den Wundkontrollen hinsichtlich folgender Parameter beurteilt:

- Wundgröße
- Wundtiefe
- Wundtasche
- Wundgrund
- Wundrand
- Exsudation
- Wundschmerz

(Beurteilung nach der visuellen Analogskala von 0 - kein Schmerz bis 10 - größter vorstellbarer Schmerz).

Beim **ersten Vorstellungstermin (Tag 0)** der Patientin an der Wundambulanz, wird die Wunde wie folgt beurteilt:

Lokalisation der Wunde: prätibial am rechten Bein



Abb. 1

Wundbeurteilung:

- Wundgröße: 3 x 3,5 cm
- Wundtiefe: 3,5 mm
- Wundtasche: 12 -3h; Tiefe 10 cm
- Wundgrund: 30% Granulationsgewebe  
50% Fibrinbelege  
20% zentrale Fettgewebsnekrose 0,5 – 0,7 cm
- Wundrand: normal
- Wundumgebung: intakt
- Exsudation: stark
- Wundschmerz: 4

#### Wundbehandlung:

- Reinigung: NaCl 0,9%, Nassphase 10 Minuten
- Ausgiebiges Debridement mit Entfernung der Fettgewebnekrose sowie Auffrischung und Debridement der Wundtasche
- lockere Adaption der Wunde mit 2 Einzelknopfnähten (Vicryl)
- Wundtasche und Wundgrund: Algisite M
- Wundrand Aquacel
- Sekundärverband: Mepilex
- Gefäße: Dorsalis pedis Puls sowie Tibialis posterior Puls tastbar
- Verordnung neuer Kompressionsstrümpfe der Kompressionsklasse II

Die Behandlung der Umgebungshaut mit Ultrasic wird jedes Mal durchgeführt und deshalb nicht mehr extra erwähnt.

#### Tag 3:

Die Patientin kommt zur Verlaufskontrolle. Der Wundschmerz sei rückläufig. Frau M. sagt, es gehe ihr besser.

#### – Wundbeurteilung:

- Wundgröße: 3 x 3 cm
- Wundtiefe: 3,5 mm
- Wundtasche: 12 – 3 h, Tiefe: 8 – 9 cm
- Wundgrund: granulierend (ca. 70 %)
- Exsudation: stark
- Wundrand: normal
- Wundschmerz: 3

#### - Wundbehandlung:

- Reinigung: NaCl 0,9%
- Wundfüller: Algisite M

- Wundrandschutz: Aquacel
- Sekundärverband: Mepilex light und Sorbion Sacht
- Kompressionstherapie Klasse II

**Tag 7:**



Abb.2

**Wundbeurteilung:**

- Wundgröße : 3 x 3 cm
- Wundtiefe: 3,5 mm
- Wundtasche: 12 – 3 h; Tiefe 4,5 cm
- Wundgrund: belegt nur noch ca. 20% Granulationsgewebe
- Exsudation: mittel
- Wundrand: gerötet ,typische ,begrenzte Rötung der Wundumgebung
- Wundschmerz: 2

**Anmerkung:**

Die Patientin leidet anamnestisch an einem rezidivierenden Erysipel, ist jedoch fieberfrei.

Wundbehandlung:

- Reinigung: NaCl 0,9%
- Debridement der Wunde
- Entnahme eines Abstrichs, dann nochmalige Reinigung mit Octenisept
- Verordnung einer Antibiotikatherapie (Amoxicillin – Clavulansäure)
- Primärverband: Algisite M, Intrasitegel
- Wundrandschutz: Aquacel Ag
- Sekundärverband: Mepilex light und Sorbion Sachet

Frau M. wird angeraten bei Verschlechterung der Symptomatik jederzeit unsere Ambulanz aufzusuchen.

### **Tag 10:**

Abstrich Befund: Staphylokokkus aureus, der auf die begonnene Antibiose mit Amoxicillin – Clavulansäure empfindlich ist.

Wundbeurteilung: in den wesentlichen Punkten unverändert, Entzündungszeichen jedoch rückläufig.

Wundbehandlung: idem.

Frau M. möchte eine zweiwöchige Urlaubsreise nach Nordeuropa antreten, von der wir ihr dringend abraten. Sie sagt jedoch, das feuchtkühle Klima sei ihrer pulmonalen Problematik zuträglich und lässt sich nicht umstimmen.

Auf ihren Wunsch hin werden Rezepte zur Lokalbehandlung sowie für die Weiterführung der Antibiose ausgestellt. Frau M. verspricht, sich am Urlaubsort in ärztliche Behandlung zu begeben und die Therapie konsequent fortzuführen.

### Tag 35:

Frau M. ist vom Urlaub zurückgekehrt und macht einen durchaus erholtten Eindruck. Sie gibt an, regelmäßig in das dortige Krankenhaus zur Wundversorgung gegangen zu sein und sich gut zu fühlen.

#### Wundbeurteilung:

- Wundgröße: 2 x 2 cm
- Wundtiefe: 2 mm
- Wundtasche: 12 – 2 h; Tiefe 3,5 cm
- Wundgrund: Granulationsgewebe
- Wundrand: normal, etwas mazeriert
- Exsudation: mittel
- Wundschmerz: 0

#### Wundbehandlung:

- Idem
- Absetzen der seit 4 Wochen durchgeführten Antibiotikatherapie
- Reinigung: Umstellung von Octenisept auf NaCl 0,9%

### Tag 38:



Abb. 3



Unveränderte Wundverhältnisse, Exsudation schwach.

Wundbehandlung: idem

### **Tag 45:**

Wunschgemäße Wundentwicklung.

Wundbeurteilung:

- Wundgröße: 1,6 x 1,6 cm
- Wundtiefe: mediallyseitig auf Niveau, laterallyseitig 2,3 mm
- Wundtasche: 12 – 2 h, Tiefe: 2,5 cm
- Wundgrund: Granulationsgewebe
- Wundrand: normal, nicht mehr mazeriert
- Exsudation: mittel
- Wundschmerz: 0

Wundbehandlung: idem

### **Tag 51:**

Die Wundheilung schreitet weiter voran. Die Patientin will eine zweiwöchige Reise in ihre Heimat antreten. Aufgrund der positiven Wundsituation und des kooperativen Verhaltens von Frau M. bestehen dagegen keine Einwände.

Es wird jedoch ein abschließender Verbandwechsel vereinbart, der entscheiden soll, ob eine Reise vertretbar ist.

### **Tag 56:**

Beim Verbandwechsel zeigt sich ein sehr positiver Heilungsverlauf

Fotodokumentation:



Abb. 4

Wundbeurteilung:

- Wundgröße: 1 x 1,2 cm
- Wundtiefe: lateralseitig: 2 mm, medialsseitig auf Niveau
- Wundtasche: 12 – 2 h, Tiefe: 2,3 cm
- Wundgrund :granulierend
- Wundrand: normal, rosa Saum
- Exsudation: schwach
- Wundschmerz: 0

Wundbehandlung:

- Reinigung: NaCl 0,9%, Nassphase 10 min
- Primärverband: Promogran Prisma in die Wundtasche, Hydrogel auf die restliche Wundfläche
- Wundrandschutz: Aquacel
- Sekundärverband: Mepilex

Die Patientin wird nach Rezeptieren von Verbandsmaterialien in den Urlaub entlassen.

### Tag 77:

Frau M. ist erstmals nach ihrer Reise wieder bei uns zum Verbandwechsel.  
Leider musste aufgrund eines neuerlichen SLE-Schubes die Immunsuppression stark erhöht werden, sodass sich wiederum ein beginnender Infekt abzeichnet.



Abb. 5

#### Wundbeurteilung:

- Wundgröße: 1 x 0,8 cm
  - Wundtiefe: 1 mm
  - Wundtasche: 12 – 2 h, Tiefe: 3 cm. Beim Sondieren entleert sich trüb - blutiges Sekret
  - Wundgrund: belegt, nur noch 20 % Granulationsgewebe
  - Exsudation: stark, blutig serös, geruchlos
  - Wundschmerz: 4 (!)
- Wundrand: normal, jedoch Wundumgebung gerötet, etwas ödematös

#### Wundbehandlung:

- Entnahme eines Abstrichs, nachfolgend Reinigung mit Octenisept
- Debridement

- Primärverband: Mepithel
- Wundrandschutz: Aquacel Ag
- neuerlicher Beginn der Antibiotikatherapie
- Kompressionstherapie wie bisher

Frau M. hält Rücksprache mit der Hautklinik bezüglich der Immunsuppression.

### **Tag 80:**

Hygienebefund: Staphylokokkus aureus, hochsensibel auf Amoxicillin-Clavulansäure.

Wundbeurteilung:

- Wundgröße: 0,3 x 0,3 cm
- Wundtiefe: 1 mm
- Wundtasche: 12 – 2 h, Tiefe: 3,5 cm. Es entleert sich auf moderaten Druck hin seröses Wundsekret
- Wundgrund: granulierend, 50% Granulationsgewebe
- Wundrand: gerötet, Rötung jedoch rückläufig
- Exsudation: schwach
- Wundschmerz: 0

Wundbehandlung:

- Reinigung: Octenisept sowie Spülung der Wundtasche
- Primärverband: Hydrogel, ansonsten Tupferstreifen in die Wundtasche
- Sekundärverband: Mepithel
- Wundrandschutz: Aquacel
- Fortführen der Antibiotikatherapie
- Kompressionstherapie wie bisher

### **Tag 87:**

Die Entzündungszeichen sind rückläufig, es wird jedoch die Antibiotikatherapie fortgesetzt. Von Seiten der Hautklinik nach erfolgter Reduktion der Immunsuppression nun wieder vorsichtige Steigerung.

### Wundbeurteilung:

- Wundgröße: 0,4 x 0,4 cm
- Wundtiefe: 1 mm
- Wundtasche: 12 – 2 h, Tiefe: 2 cm.
- Wundgrund: Granulationsgewebe
- Wundrand: normal
- Exsudation: schwach
- Wundschmerz: 0

### Wundbehandlung:

- Reinigung: NaCl 0,9%, Spülen der Wundtasche, 10 Min.  
Nassphase
- Wundrandschutz: Aquacel
- Auflage: nur noch Mepithel
- zusätzlich Antibiotikatherapie und Kompressionstherapie weiter

### Tag 91:



Abb. 6

Wundbeurteilung:

- Wundgröße: 0,3 x 0,2 cm
- Wundtiefe: 1 mm
- Wundtasche: 1 – 2 h, Tiefe: 0,8 cm; keine Sekretion
- Wundgrund: Granulationsgewebe, beginnt zu epithelisieren
- Wundrand: normal
- Exsudation: schwach
- Wundschmerz: 0

Wundbehandlung:

- Reinigung: NaCl 0,9%, Spülen der Wundtasche
- Auflage: nur noch Mepithel
- Sekundärverband: steriler Tupfer; kein Pflaster (Pflasterallergie!)
- Antibiotikatherapie wird abgesetzt
- Kompressionstherapie

**Tag 94:**

Wundbeurteilung:

- Wundgröße: 0,2 x 0,2 cm
- Wundtiefe: 1 mm
- Wundtasche: 1 – 2 h, Tiefe: 0,3 cm
- Wundgrund: granulierend, epithelisierend
- Wundrand: normal
- Exsudation: keine
- Wundschmerz: 0

Wundbehandlung:

- Reinigung: NaCl 0,9%, Spülen der Wundtasche
- Auflage: Mepithel
- Sekundärverband: steriler Tupfer
- Kompressionstherapie

**Tag 98:**

Abschließende Fotodokumentation:



Abb.7

Die Wunde ist vollständig epithelisiert. Es besteht noch eine minimale Kruste, welche belassen und mit einem Tupfer geschützt wird. Unsererseits wird Frau M. entlassen, jedoch mit der Bitte, sich bei Beschwerden jederzeit in unserer Ambulanz zu melden (vergleiche 8.).

## 5. Persönliches Resümee

Die Behandlung von Frau M. stellte aufgrund der Diagnose und ihrer Auswirkung auf die Wundheilung insgesamt eine Herausforderung dar.

Ihr Heilungsverlauf wirkte auf mich wie eine Berg und Talfahrt und sehr oft war ich mir nicht sicher, ob die angewendeten Methoden auch zielführend sein würden.

Dies bestätigte sich zwar meist, jedoch erst nach einer gewissen Zeit.

Im speziellen Fall von Frau M. (stellvertretend für eine Vielzahl von Patienten) war es sehr wichtig auch den psychologischen Aspekt mit einzubeziehen. Je belastender und schwerer das Krankheitsbild, desto wichtiger ist eine im Alltag gangbare Versorgung, die ein größtmögliches Maß an Lebensqualität und Lebensfreude ermöglicht.

Eine wirklich große Sicherheit in der Beurteilung von Wunden entwickelt sich im Lauf der Zeit.

Damit dies jedoch möglich ist benötigt man die erforderliche Fachkenntnis und Einblick in die Möglichkeiten des Wundmanagements durch praktisches Lernen.

Ich kann sagen, dass diese Ausbildung beides erfüllt hat.



## 6.Quellenverzeichnis

1. <http://www.deutsche-gefaessliga.de/lupus-erythematodes.html>
2. [http://www.rheuma-liga-bw.de/brosch/merkblatt\\_3.1.pdf](http://www.rheuma-liga-bw.de/brosch/merkblatt_3.1.pdf)
3. <http://www.rheumanetz.at/IndikationenSLE.phtml>
4. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch 1998, 258. Aufl., Berlin, New York, de Gruyter
5. Weiterbildung Wundmanagement 2012, AZW Innsbruck, Hintner Marianne
6. Weiterbildung Wundmanagement 2012, AZW Innsbruck, Schlögl Hermann
7. Weiterbildung Wundmanagement 2012, Primärer und sekundärer Wundverschluss – Klassifikationen der Wundinfektion, AZW Innsbruck, Dr. Kurt Hufler
8. Wundambulanz der Univ. Klinik für Unfallchirurgie, Innsbruck.

## **7. Anhang**

### **7.1 Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre, dass die vorliegende Arbeit von mir selbst verfasst wurde, und ich ausschließlich die von mir angegebenen Werke und Hilfsmittel verwendet habe.

Innsbruck, am 31.08.2012

Ingeborg Schennach