

Wundnetz
Allgäu e.V.

Dr. M. Knestele

Chronisch venöse Insuffizienz Ulcus cruris venosum

Dr. M. Knestele
Wundzentrum Allgäu
Kliniken Ostallgäu-Kaufbeuren
m-a.knestele@t-online.de
www.wundnetz-allgäu.info

Kliniken
Ostallgäu-Kaufbeuren

1

1

Wundnetz
Allgäu e.V.

Dr. M. Knestele

Ulcus cruris venosum

- durch chronisch-venöse Insuffizienz bedingter Substanzdefekt der unteren Extremität
- Mit 45–60% die häufigste Entität chronischer Ulzerationen der Beine

4

4

Wundnetz
Allgäu e.V.

Dr. M. Knestele

Varizen - WHO

- sackförmige Dilatationen von Venen, die sich häufig durch einen geschlängelten Verlauf auszeichnen
- Chronische Erkrankung mit einer Neigung zur Progression

2

2

Wundnetz
Allgäu e.V.

Dr. M. Knestele

Ulcus cruris venosum

- schwerste Verlaufsform einer chronisch venösen Insuffizienz
- Von Beginn an als chronische Wunde definiert

5

5

Wundnetz
Allgäu e.V.

Dr. M. Knestele

CVI

- Chronische Volumen- und Druckbelastung des subfaszialen Venensystems

3

3

Wundnetz
Allgäu e.V.

Dr. M. Knestele

Ulcus cruris venosum

- meistens Folge einer CVI auf dem Boden einer primären Varikose oder eines postthrombotischen Syndroms
- aber auch auf dem Boden einer funktionellen venösen Insuffizienz wie bei der Adipositas oder beim arthrogenen Stauungssyndrom auftreten
 - ohne dass morphologische Veränderungen am Venensystem bestehen

6

6

Wittenberg
Allgemein e.V. Dr. M. Kaschke

Postthrombotisches Syndrom

- Ein postthrombotischer Schaden am tiefen Venensystem mit Klappenverlust oder vollständigem Venenverschluss ist weder operativ noch medikamentös heilbar

7

7

Wittenberg
Allgemein e.V. Dr. M. Kaschke

Epidemiologie

C.H. BAK, O. HANSEN, S. F. SCHMIDT

- Etwa 20% der Männer und ca. 35% der Frauen in den westlichen Industrienationen entwickeln im Laufe ihres Lebens Varizen

10

10

Wittenberg
Allgemein e.V. Dr. M. Kaschke

Thrombose

- Eine stattgehabte Thrombose gilt als wichtigster Risikofaktor für eine neue Thrombose.
- Um bei Patienten mit einem PTS, die Verschlechterung der Erkrankung zu unterbinden, sollten weitere Thrombosen verhindert werden.
 - medikamentöse Thromboseprophylaxe
- Jede weitere Thrombose verschlechtert den venösen Abfluss weiter und begünstigt das Auftreten eines UCV

8

8

Wittenberg
Allgemein e.V. Dr. M. Kaschke

Epidemiologie

- 2021 - Eine Analyse auf der Basis der Versichertenstichprobe der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) Hessen/Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Hessen schätzt die Zahl der betroffenen Menschen in Deutschland auf 400.000

11

11

Wittenberg
Allgemein e.V. Dr. M. Kaschke

Epidemiologie

- Prävalenz 0,12 bis 1,69 %
- Inzidenz von 0,3 % bis 1,33 % für das UCV
- Mit steigendem Alter der Patientenkollektive nimmt die Prävalenz des UCV zu

Probst S, Weller CD, Bohinski P, et al. Prevalence and incidence of venous leg ulcers—a protocol for a systematic review. Syst Rev 2021;10:148

9

9

Wittenberg
Allgemein e.V. Dr. M. Kaschke

Sozioökonomische Relevanz

- Hohe Zahl der betroffenen Patienten
- Therapiekosten
- krankheitsbedingte Ausfälle im Beruf
- hohe Rezidivrate

12

12

Sozioökonomische Relevanz

- durchschnittliche Jahreskosten eines Patienten mit UCV 9.569 €
 - direkte Kosten (u. a. für Medikamente, Verbandmittel, Personal, Transport, stationäre bzw. ambulante Behandlungskosten)
 - indirekte Kosten (u. a. durch krankheitsbedingte Ausfälle im Beruf, Jobwechsel bzw. hierfür notwendige Ausbildung, aber auch ein verfrühter Renteneintritt)

Purwins S, Herberger K, Debus ES, et al. Cost-of-illness of chronic leg ulcers in Germany. Int Wound J 2010;7:97–102.

13

13

Pathophysiologie

- Hochdruck im venösen System
 - Durch Reflux
 - Durch eine Gefäßobstruktion
 - Oder Kombination aus beidem
- Ausschüttung vasoaktiver und proinflammatorischer Botenstoffe
 - Infiltration von Leukozyten in die Gefäßwand bzw. – klappen
 - destruktiver inflammatorischer Prozess
 - Vermehrte Extravasation von proteinreicher Flüssigkeit und Erythrozyten in das Interstitium
 - Umbau der Venenwand und des umgebenden Gewebes

16

16

UCV

- Für Deutschland werden die mittleren Kosten pro Jahr und Patient mit mehr als 9000 € angegeben

14

14

Pathophysiologie

- Kombination aus nachhaltig gestörter Entsorgung von sauerstoffarmem Blut und eingeschränkter Versorgung mit sauerstoffhaltigem Blut

17

17

Pathophysiologie

- Venöser Reflux
 - inkompetente Venenklappen
 - Dilatation der Venenwand
 - Reflux der oberflächlichen Venen findet sich bei bis zu 98% der Patienten mit venösem Ulkus
 - kombiniertes Auftreten von Reflux im oberflächlichen und tiefen Venensystem kann in etwa 12% der Fälle

15

15

Typische Hautveränderungen

- Corona phlebectatica paraplanaris
- Purpura jaune d'ocre
- Stauungsdermatitis
- Dermatoliposklerose
- Atrophie blanche
- Ulkus

18

18

Weitere Komplikationen der CVI

- die oft palpable und auf Röntgenweichteilaufnahmen sichtbare subkutane Knochenmetaplasie
- der Spitzfuß

19

19

Lokalisation

- Im unteren Drittel des Unterschenkels
- Meist am Innenknöchel
- Seltener am Außenknöchel
- Bis zum Gamaschenulkus

22

22

Prädisposition

- Alter
- Genetische Disposition – positive Familienanamnese
- Stattgehabte TVT
- Erhöhter BMI

20

20

Lebensqualität

- Schmerz
- Geruch
- Exsudat

23

23

Comorbiditäten

- Arterielle Hypertonie
- Adipositas
- Diabetes mellitus
- Hyperlipidämie
- Metabolisches Syndrom

21

21

Komplikationen

- Infekt
- Sekundäres Lymphödem
- Allergische Kontaktdermatitis
- Maligne Entartung

24

24

CEAP (Clinical - Etiology – Anatomy - Pathophysiology) Klassifikation – Revision 2020

- C – Klinik
- E – Ätiologie
- A – Anatomie
- P - Pathophysiologie

25

25

Anamnese

- Schmerzintensität und -qualität
- frühere UCV
- stattgehabte thromboembolische Ereignisse
- invasive Eingriffe am Venensystem
- Kompressionstherapie in der Vergangenheit
- Einschränkung der Gehstrecke
- therapeutisch relevante Begleiterkrankungen
- Begleitmedikation

28

28

Klinische Klassifikation (C)	Anatomie (A)
C0 Keine sicht- oder tastbaren Zeichen einer CVI	Oberflächliche Venen (AO)
C1 Teleangiektasien oder retikuläre Venen	1 Teleangiektasien / retikuläre Venen
C2 Varikosis	2 V. saphena magna oberhalb des Knies
C3 Ödeme	3 V. saphena magna unterhalb des Knies
C4a Varikose mit Pigmentierung oder Ekzem	4 V. saphena parva
C4b Varikose mit Atrophie blanche bzw. Dermatitis/psoriasis	5 Andere als Vv. saphenae
C5 geheiltes Ulcus cruris venosum	Tiefe Venen (AD)
C6 flüchtiges Ulcus cruris venosum	6 V. cava inferior
S Symptomatisch (Schmerzen, Spannungsgefühl, Hautmaturationen, Schweregefühl, Muskelschwäche, andere)	7 V. ilaca communis
A Asymptomatisch	8 V. ilaca interna
	9 V. ilaca externa
Ätiologie (E)	10 Beckenvenen (gonadal, u. andere)
C Congenital	11 V. femoralis communis
P Primär (unbestimmte Ursache)	12 V. profunda femoris
S Sekundär (postthrombotisch)	13 V. femoralis superficialis
N Keine venöse Ursache erkennbar	14 V. poplitea
	15 V. tibialis anterior, V. tibialis posterior, V. fibularis (alle paarweise)
Pathophysiologie (P)	16 Gastrokremisvenen, Silesuvenen, andere
R Reflux	W. Perforantes (AP)
O Obstruktion	17 Oberschenkel
R,O Reflux und Obstruktion	18 Unterschenkel
N Keine venöse Pathophysiologie identifizierbar	AN Keine venöse Lokalisation identifiziert

26

26

Untersuchung

- Lokalisation und Ulkusgröße
- Wundsituation (z. B. Beläge, Geruch, Exsudatmenge und -beschaffenheit)
- Ulkusumgebung
- Stigmata einer chronischen venösen Insuffizienz
- Varizen
- Fußpulse
- Zeichen einer chronischen Entzündung der Haut

29

29

Grundlage der Diagnostik

- detaillierte Anamneserhebung
- Erfassung der Lebensqualität
- klinische Untersuchung
 - Inspektion
 - Palpation

27

27

Fotodokumentation

- Bei Erstvorstellung
- In regelmäßigem Abstand – spätestens alle 4 Wochen
- Bei gravierenden Änderungen
 - Aufklärung und Einverständniserklärung des Patienten
 - dem Patienten eindeutig zuzuordnen
 - immer unter den gleichen Bedingungen nach Wundreinigung

30

30

Wimmeritz
Allgauer u.V.
Dr. M. Kautsch

Diagnostik und Therapieplanung

- farbkodierte Duplexsonographie der Beinvenen ist die primäre apparative Untersuchungsmethode bei chronischer venöser Insuffizienz (CVI) und damit auch bei Ulcus cruris venosum (UCV)
- Ankle-Brachial-Index – ABI
 - TBI (Toe-Brachial-Index) bei Mediasklerose

31

31

Wimmeritz
Allgauer u.V.
Dr. M. Kautsch

Erweiterte Diagnostik

- Bei Ulzerationen mit ungewöhnlicher Morphologie oder Lokalisation sollte frühzeitig eine Evaluation hinsichtlich einer nicht rein venösen Genese erfolgen und großzügig eine erweiterte Diagnostik inklusive einer Wundrandbiopsie indiziert werden.

34

34

Wimmeritz
Allgauer u.V.
Dr. M. Kautsch

Screening

- Dopplersonographie - Verschlussdruckmessung
- ABI – Knöchel-Arm-Index
 - Ev. Kombiniert in Ruhe und nach Belastung
 - Blutdruck Knöchel: 100
 - Blutdruck Arm: 125
 - ABI: $100:125 = 0,8$

32

32

Wimmeritz
Allgauer u.V.
Dr. M. Kautsch

Biopsie

- ausreichend tief
- unter Berücksichtigung der zu erwartenden Veränderungen an den Zielstrukturen (z. B. Gefäße der Subkutis)
- aus dem Ulkusrand mit intakter Epidermis
- Spindelbiopsien gegenüber Stanzbiopsien vorzuziehen

35

35

Wimmeritz
Allgauer u.V.
Dr. M. Kautsch

Spezielle Diagnostik

- CT- oder MR-Venographie

33

33

Wimmeritz
Allgauer u.V.
Dr. M. Kautsch

Prävalenz von Malignomen im Ulcus cruris

- in der Literatur mit 2-10 % beschrieben
 - primäre Neoplasien, die ulzerieren
 - in einem bereits existierenden UCV ein spinözelluläres Karzinom

36

36

Invasive Therapie der Varikose

- Bei Vorliegen eines Ulcus cruris venosum sollte frühzeitig eine Ausschaltung des venösen Refluxes angestrebt werden, da dies zu einer schnelleren Abheilung und längeren Rezidivfreiheit führt.
- Teil der Sekundärprävention

43

43

Varizentherapie

- funktionslose oberflächliche Venenabschnitte entfernen oder endovenös abladieren
 - Laser, Radiofrequenzablation, Sklerosierung
 - Operation, Stripping bis Perforansligaturen im Ulkusgrund
 - Einzelligatur einer das Ulkus speisenden Seitenastvarikose
- Alle diese Maßnahmen sind bei Patienten mit stattgehabtem UCV sinnvoll und können einem Rezidiv vorbeugen

46

46

Therapie

- EVRA Studie - durch die Ausschaltung des venösen Refluxes zu einer signifikant schnelleren Ulkusabheilung
- ESCHAR Studie - Nach 24 Wochen zeigte sich kein Unterschied zwischen beiden Gruppen hinsichtlich der Abheilungsrate des Ulcus cruris

EVRA

44

44

endovenös thermische Verfahren

- irreversible Obliteration und damit die hämodynamische Ausschaltung der insuffizienten Venensegmente
- i. d. R. ohne zusätzliche Krossektomie
- thermische Schädigung der Venenwand kann durch Radiofrequenzenergie (hochfrequenter Wechselstrom) oder Laserlicht erzielt werden, indem entsprechende Behandlungs sonden über Schleusensysteme in die insuffiziente Vene eingebracht und unter Energieapplikation zurückgezogen werden

47

47

Invasive Therapie der Varikose

- venenentfernende Techniken (z. B. Crossektomie, Stripping, Phlebektomie)
- venenerhaltende Konzepte (z. B. CHIVA, extraluminale Valvuloplastie)
- Endovenöse Verfahren
 - Lasertherapie
 - Radiofrequenztherapie
 - Schaumsklerosierung und die Cyanoacrylattherapie

45

45

Weitere Methoden

- Endoluminale Verfahren
 - Endovenöse Lasertherapie
 - Endovenöse Radiotherapie

48

48

Wundnetz
Allgauer e.V.

Dr. M. Kausch

Periulzeröse Sklerotherapie

- Ausschaltung von sourcing veins
- mit flüssigen oder auch mit aufgeschäumten Sklerosierungsmitteln

49

49

Wundnetz
Allgauer e.V.

Dr. M. Kausch

Abheilungseinschränkung

- Vorhandensein einer Lipodermatosklerose
- hoher Body-Mass-Index ($> 33 \text{ kg/m}^2$)
- geringe Gehstrecke von unter 200 m/Tag
- eingeschränkte Beweglichkeit im Sprunggelenk

52

52

Wundnetz
Allgauer e.V.

Dr. M. Kausch

Ulcus cruris mixtum

- Frage ob zunächst eine arterielle Rekanalisation oder primär eine Therapie der venösen Insuffizienz anstrebt werden sollte, sollte individuell entschieden werden
- Abheilungsrate im Vergleich zu Patienten ohne pAVK deutlich verlängert und die Mortalität, vermutlich aufgrund der kardiovaskulären Begleiterkrankungen, erhöht

50

50

Wundnetz
Allgauer e.V.

Dr. M. Kausch

Evaluation

- immer wenn nach 3 Wochen optimaler konservativer Therapie keine Heilungstendenz besteht, sollten wir sowohl unsere Diagnose überprüfen als auch unseren Therapieansatz infrage stellen

53

53

Wundnetz
Allgauer e.V.

Dr. M. Kausch

Risiko für protrahierte Wundheilung

- große Wundfläche
- längere Erkrankungsdauer
- Vorliegen einer Wundinfektion
- fehlende Compliance der Patienten

51

51

Wundnetz
Allgauer e.V.

Dr. M. Kausch

Therapieresistenz

- Rein venöse Ulzerationen
 - keine Heilungstendenz nach 3 Monaten
 - nach 12 Monaten nicht abgeheilt

54

54

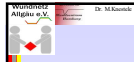


Wundversorgung

- Wundreinigung
- Exsudatmanagement
- Schutz vor Mikroorganismen und Fremdkörper
- Kompression

55

55




Wundinfektion

- Einsatz von Antibiotika lediglich bei systemischer Infektion
 - Bakterien auf der Wundoberfläche sind kein pathologischer Zustand
- Vor der Gabe eines Antibiotikums ein Abstrich

58

58



Wundreinigung

- Soll die Wundumgebung mit einschließen
 - Lockere Hautschuppen
 - Krusten

56

56

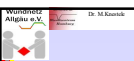


Hautpflege

- Unter Kompression häufig:
 - Hauttrockenheit
 - Schuppung
 - Juckreiz
 - Ekzeme
- Reibung der Kompressionsware auf der Haut
- Folge der CVI

59

59



Wundinfektion

- Débridement
- Einsatz zeitgemäßer Antiseptika
 - Octenidin
 - Polihexanid
- Einsatz nach 14 Tagen kritisch hinterfragen

57

57



Lokale operative Maßnahmen

- Frühzeitiges bettseitiges regelmäßiges Wunddébridement
- chirurgisches Débridement
- ultraschall-assistiertes Wunddébridement
- Shave-Therapie
 - tangentielle Nekrosektomie und Fibrosektomie
- mit simultaner oder sequenzieller Spalthautdeckung

60

60

Wundnetz
Allgemein e.V. Dr. M. Kaschke

Lokale operative Maßnahmen

- Zur Verbesserung der Einheilungsrate nach Spalthauttransplantation für mehrere Tage ein Unterdruckverband
 - Einheilungsrate nach Spalthauttransplantation ist mit Unterdrucktherapie signifikant erhöht

61

61

Wundnetz
Allgemein e.V. Dr. M. Kaschke

- MKS
 - Medizinischer Kompressionsstrumpf
- PKV
 - Phlebologischer Kompressionsverband
- MAK
 - Medizinische adaptive Kompressionssysteme

64

64

Wundnetz
Allgemein e.V. Dr. M. Kaschke

Rezidivulzerationen nach Shave-Therapie

- radikale Ulkusexzision mit Dermatolipofasziektomie
 - ausreichende arterielle Perfusion
 - Periost nicht großflächig freigelegt und Sehnen von Peritendineum bedeckt

62

62

Wundnetz
Allgemein e.V. Dr. M. Kaschke

Ulcus cruris mixtum

- mit einem Ankle-Brachial-Index über 0,5 können mit kurzzeitiger Kompression mit einem Anpressdruck unter 40 mmHg behandelt
- heilen somit schneller ab

65

65

Wundnetz
Allgemein e.V. Dr. M. Kaschke

Kompressionstherapie

- beschleunigt die Abheilung eines Ulcus cruris venosum
- verlängert die Zeit bis zum Rezidiv und die Häufigkeit eines Rezidivs

63

63

Wundnetz
Allgemein e.V. Dr. M. Kaschke

Kompression

- Unter- und Aufpolstern um Druckschäden zu vermeiden

66

66

Kompressionsstrümpfe

- Überlegenheit gegenüber Verbänden
 - Sowohl bezüglich Abheilungsrate und – geschwindigkeit
 - Verbesserte Tragekomfort
 - optimale Therapiecompliance
 - konstante Aufrechterhaltung von Kompressionsdrücken
 - signifikante Abnahme von Ulkusrezidiven

67

Zwei-Komponenten-Ulkus-Kompressionsstrümpfe

- Ulcer pro
- Mediven ulcer kit
- Ulcer X
- Ulcer care
- Venotrain ulcer tec
- Venosan Ulcerfit
- Actico silk

70

Kompressionsstrumpf

- Immer nach Entstauung - benötigt beim Ulcus cruris venosum in der Regel nicht mehr als 3 Wochen
- Schwierig bei wechselnder Ödemneigung bei internistischen Erkrankungen
- Nur sitzender Patient schwierig, da Bein trotz Strumpf schwillt und dann meist einschnürt

68

Produkte

Produktinformation	
17.06.23.0001	circaid justalite, Unterschenkel; Art.-Nrn.: JU15702 - JU15706, JU15713 - JU15715, JU15002 - JU15006, JU15013 - JU15015
17.06.23.0002	circaid justafit essentials Unterschenkel; Art.-Nrn.: JU25702 - JU25706, JU25713 - JU25715
17.06.23.0003	circaid justafit premium, Unterschenkel; Art.-Nrn.: JU35702 - JU35706, JU35713 - JU35715
17.06.23.0004	Nicht besetzt
17.06.23.0005	circaid justafit essentials Oberschenkel mit Knie
17.06.23.0006	ReadyWrap® Oberschenkelement; Art.-Nr.: 104470 - 104485, 104790 - 104793
17.06.23.1001	ReadyWrap® Knieelement; Art.-Nr.: 104460 -

Produktinformation

17.06.23.0001 circaid justalite, Unterschenkel; Art.-Nrn.: JU15702 - JU15706, JU15713 - JU15715, JU15002 - JU15006, JU15013 - JU15015

Merkmale
Medizinisches adaptives Kompressionswadenstrumpf. Größen: S, L, M, L, XL, XXL, M-X, L-X, XL-X (kurz), A, L, M, L, XL, XXL, M-X, L-X, XL-X (lang).

Indikationen: Für den Einsatz in der initialen Entstauungsphase beim Lymphödem und beim ausgeprägten venösen Ödem sowie beim Ulcus cruris venosum als Alternative zur Bandagierung mit Binden.

Hersteller:
med1 GmbH & Co. KG
Aufnahmedatum: 06.12.2021
Änderungsdatum: 29.01.2022

← zurück zur Auswahl

71

Kombination Strumpf und Pelotte

- Aufbringen von Kompressionspelotten aus Schaumstoff (fertig erhältlich, z. B. Komplex Schaumgummikompressen oder speziell angepasst und zugeschnitten aus einer Schaumgummibinde verkürzt die Abheilzeit eines venösen Ulkus auch unter Ulkusstrümpfen

69

Physiotherapie

- Vor allem bei arthrogenem Stauungssyndrom sinnvoll
- Aktive Übungsbehandlung zur Verbesserung der Muskelfunktion, Gelenkbeweglichkeit, Ödem- und Schmerzreduktion

72

Wiederholer
Allgauer et al.
Dr. M. Kasperik

Aktive Bettruhe

- Standardisierte Anleitung und Eigentherapie

73

73

Wiederholer
Allgauer et al.
Dr. M. Kasperik

Schmerztherapie

- Schmerzen verschwinden unter der laufenden Kompressionstherapie
- Kompressionsstärke gering beginnen und langsam steigern
- Schmerztherapie nach WHO-Schema

76

76

Wiederholer
Allgauer et al.
Dr. M. Kasperik

Alternativen zur permanenten Kompression

- Intermittierende pneumatische Kompression
- Beinhochlagerung
- Physikalische Therapie und gymnastische Übungen in liegender Position

– Grundsätzlich aber heute nur wenige Situationen, wo keine Kompression möglich

74

74

Wiederholer
Allgauer et al.
Dr. M. Kasperik

Kontraindikationen für Kompression

- Fortgeschrittene pAVK
 - ABI < 0,5
 - Knöcheldruck < 60 mm Hg
- Dekompensierte Herzinsuffizienz
- Septische Phlebitis
- Phlegmasia coerulea dolens

77

77

Wiederholer
Allgauer et al.
Dr. M. Kasperik

intermittierende pneumatische Kompression

- V.a. bei therapieresistenten Ulcera noch eine Möglichkeit

75

75

Wiederholer
Allgauer et al.
Dr. M. Kasperik

Phlegmasia coerulea dolens

- schwere Verlaufsform einer Venenthrombose
- Verschluss aller Venen eines Querschnitts, so dass das Blut der betroffenen Extremität nicht mehr abfließen kann.
- Durch die Abflussstörung steigt der Gewebedruck stark an und so kommt es letztlich auch zum Ausbleiben der arteriellen Versorgung.
- heftigste Schmerzen
- ernste Bedrohung für die betroffene Extremität und das Leben des Patienten

78

78

Wundnetz
Allgauer e.V.

Dr. M. Kausch

Risiken für die Kompressionstherapie

- Ausgeprägte nässende Dermatosen
- Materialunverträglichkeit
- Schwere Sensibilitätsstörungen
- Fortgeschrittene periphere Neuropathie
- Primär chronische Polyarthrit

79

79

Wundnetz
Allgauer e.V.

Dr. M. Kausch

Rezidiv

- Bei fehlender Adhärenz 20mal häufiger innerhalb 28 Monaten ein Rezidiv
- Bei 5-Jahresbeobachtung trotz Adhärenz 31 % Rezidive, aber ohne Adhärenz 80 %

82

82

Wundnetz
Allgauer e.V.

Dr. M. Kausch

Prophylaxe - Rezidivprophylaxe

- Primär- und -Sekundärprävention

80

80

Wundnetz
Allgauer e.V.

Dr. M. Kausch

Rezidiv

- Rezidivrate von 50-70 % ab einem Zeitraum von sechs Monaten nach Abheilung

83

83

Wundnetz
Allgauer e.V.

Dr. M. Kausch

Sekundärprävention

Ulkusheilung als Therapieziel

- nach beendeter Therapie keine konsequente Nachsorge
- schwer, den Patienten nach erfolgreicher Ulkusheilung dann noch von der Behandlung der Varizen zu überzeugen

Besser Therapie der Varikose als Therapieziel

81

81

Wundnetz
Allgauer e.V.


Dr. M. Kausch

Rezidivprophylaxe

- Um einem erneuten UCV vorzubeugen, muss die Progression der CVI gestoppt werden

84

84

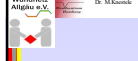


Sekundärprävention

- Behandlungsstrategien, den Patienten zu führen und dessen Akzeptanz und Verständnis für die Bedeutung des Selbstmanagements insbesondere der Kompressionstherapie für die Rezidivprophylaxe zu erhöhen

85

85

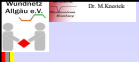


Sekundärprävention

- Die Kompressionsklasse sollte so gewählt werden, dass die Ödembildung effektiv reduziert wird, ohne die Adhärenz der Patienten durch die mechanische Belastung beim Anziehen und Tragen zu kompromittieren

88

88

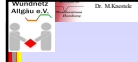


Sekundärprävention

- Fortführung der Kompressionstherapie ist die übergreifende symptomatische Basismaßnahme bei allen Patienten mit abgeheiltem UCV

86

86

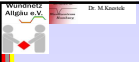


Adhärenz

- Wichtiger als eine möglichst hohe Kompressionsklasse ist eine gute Adhärenz der betroffenen Patienten bei der Kompression

89

89

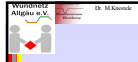


Rezidivprophylaxe

- Sofern die venöse Ursache nicht operativ beseitigt werden kann, ist das Tragen der Kompressionsware dauerhaft empfohlen
 - Mindestens KK I
 - Mindestens Unterschenkel

87

87



Rezidivprophylaxe

- Auch bei bereits tiefer Insuffizienz ist eine operative Sanierung nach Abheilung empfehlenswert und senkt das Rezidivrisiko

90

90

Wundnetz
Allgemein e.V.
Dr. M. Kausch




Rezidivrisiko

- Edukation als wertvolle Strategie
 - Venensport
 - Kompression
 - Ulkusprävention
 - Krankheitsbild

91

91

Wundnetz
Allgemein e.V.
Dr. M. Kausch



Studie zur Sekundärprävention

- Schutzfaktoren
 - das Hochlegen der Beine für mindestens 30 Minuten pro Tag
 - das zu Fuß Umhergehen für mindestens 3 Stunden/Tag

94

94

Wundnetz
Allgemein e.V.
Dr. M. Kausch




Rezidivrisiko

- Gewichtsreduktion
- BMI 20 als Grenze

92

92

Wundnetz
Allgemein e.V.
Dr. M. Kausch



Selbstmanagement

- Hautpflege
- Kompression mit An- und Ausziehhilfen
- Materialpflege
 - Funktionstüchtigkeit der Kompressionsmaterialien

93

93