



Verfahrensstandard Immunologisch bedingte Wunden



WZ-VS- Version 01 Stand: 03.05.2010	Aktualisierung: 01.05.2012
--	---------------------------------------

Ziele:
<ul style="list-style-type: none"> - Koordiniertes Vorgehen aller an der Behandlung beteiligten Personen - Förderung des Wundheilungsprozesses und der Lebensqualität, Vermeiden von Komplikationen - Einheitliches Vorgehen bei Diagnostik, Therapie und Wundbehandlung
Definition:
Wundentstehung oder Wundheilungsstörung auf dem Boden eines immunologischen Geschehens
Ursachen:
<p>Immunologisch vermittelte Entzündungen, die sich entweder nur an den Gefäßen der Haut und Unterhaut oder aber systemisch manifestieren.</p> <p>Zu unterscheiden sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - primäre Vaskulitiden (Leukozytoklastische Vaskulitis, mikroskopische Polyangiitis, Wegenersche Granulomatose, Churg-Strauss-Syndrom, Panarteriitis nodosa), - sekundäre Vaskulitiden, z.B. bei Systemerkrankungen wie rheumatoider Arthritis, Sklerodermie, Lupus erythematodes, Infektionskrankheiten, Medikamentennebenwirkung, Sjögren-Syndrom, Tumoren - Graft versus Host Reaktion (GvHD) - Pyoderma gangraenosum
Diagnostik
<p>Anamnese (auf Gelenkschmerzen achten), Auslösende Medikamente: ASS, Allopurinol, Thiazide, Sulfonamide, Gold, nicht-steroidale Antiphlogistika, Phenothiazine, Pyrazolone, Ketoconazol, Tetracycline, Penicilline, Methimazol, Propylthiouracil</p> <p>Inspektion, klinischer Befund, VAS Schmerzen</p> <p>Spezielle Diagnostik: - Biopsien (tief genug, aus dem Randbereich) für</p> <ul style="list-style-type: none"> - a) Histologie - b) Direkte Immunfluoreszenz (Vaskulitis, Lupus) - Pathergie-test bei V.a. PG - Serologische Vaskulitidiagnostik (Screening: BSG, ANA, ENA, ANCA, weitere Diagnostik fallorientiert) - Urinproteinanalyse (min. U-Stix, ggf. 24h-Sammelurin) - internistische Durchuntersuchung (Rö-Thorax) - bei Pyoderma gangraenosum Suche nach Neoplasien bzw. Begleiterkrankungen, da in 50% Assoziation mit Lymphom, chronisch entzündlicher Darmerkrankung, Diabetes mellitus, Tumoren) - initial immer mikrobiologische Abstriche <p>Ausschluss anderer/weiterer Ursachen für eine chronische Wunde</p>
Therapie
<p>1. Lokalthherapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stadiengerechte, moderne Wundversorgung - Vorsicht bei manueller/chirurgischer Manipulation, diese kann einen Schub auslösen, insbesondere bevor eine ausreichende Immunsuppression besteht - Speziell bei PG Debridement ohne stabile systemische Therapie obsolet! <p>2. Systemische Therapie</p> <p>a) Behandlung der Grunderkrankung</p> <p>b) Immunsuppression,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Glukokortikoide z.B. 1mg/kg KG Prednison - falls kein Ansprechen oder längerfristige Therapie nötig, Einstellung auf eine Kombinationstherapie mit z.B. Ciclosporin, Azathioprin, Mycophenolatmophetil, Infliximab, Immunglobuline u.a. → bei unzureichender Evidenz häufig individueller Heilversuch - Wahl des Alternativpräparats jeweils angepasst an die klinische Situation (Schwere der Erkrankung, Organbeteiligung, weitere Erkrankungen), immer Rücksprache spezialisierte Fachdisziplin (Rheumatologe, Dermatologe o.a.)
Unterstützende und begleitende Maßnahmen
<ul style="list-style-type: none"> - Schmerztherapie - Bei V.a. Lupus oder Sklerodermie Dermatologisches Konsil
Hinweise/Klassifikation
<ul style="list-style-type: none"> - Einteilung der Vaskulitiden nach der Chapel Hill Consensus Conference: Jennette JC et al. Nomenclature of systemic vasculitides. Proposal of an international consensus conference. Arthritis Rheum 37:187 (1994)

Erstellt	Geprüft auf Richtigkeit und Inhalt	Freigabe im Wundzentrum	Freigabe und Inkraftsetzung	
15.10.2009	03.05.2010	03.05.2010		
Standardgruppe des Wundzentrum Hamburg e.V.	 Unterschrift Dr. Hirsch-Gips	 Unterschrift Dr. Tigges	PDL	Ärztl. Leitung