


Behandlungsstandard: Chronische Wunden bei pAVK	WZ-BS-002 V05 Chronische Wunden bei pAVK gültig bis: 31.10.2021	 Seite 1 von 3

Ziele
<ul style="list-style-type: none"> • Koordiniertes Vorgehen aller an der Behandlung beteiligten Personen • Förderung des Wundheilungsprozesses • Gliedmaßenerhalt und Verbesserung der Lebensqualität • Vermeiden von Komplikationen, Hemmung der Progression der Grunderkrankung • Einheitliches Vorgehen bei Diagnostik, Therapie und Wundbehandlung

Definition
Chronische Wunden in Folge/in Kombination mit einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK).

Ursachen
Arteriosklerose: durch Ablagerung von Lipiden, komplexen Kohlenhydraten, Blut und Blutbestandteilen, fibrösem Gewebe und Kalzium in der Gefäßwand
Hauptrisikofaktoren: Nikotinabusus, Hypertonus, Hyperlipidämie, Diabetes mellitus
Verminderte Durchblutung der betroffenen Extremität durch:
<ul style="list-style-type: none"> • Gerinnungsstörungen • Endothelschädigung (mechanische, chemische, immunologische, toxische Faktoren) • Veranlagung • andere Stoffwechselstörungen • traumatische Ereignisse
führt zur verminderten lokalen immunologischen Abwehrreaktion oder gar Gewebsuntergang.

Diagnostik
Vgl. auch Checkliste (WZ-CL-002) „Chronische Wunden bei pAVK“
<ul style="list-style-type: none"> • Anamnese • Inspektion/Palpation (Pulsstatus) • Apparativ-technische Untersuchung, z. B. Dopplerindex/ ABI, Duplex-Sono, CT- u. MR-Angiografie

Therapie
IRAN-Prinzip:
I = Infektionskontrolle, bei vitaler Bedrohung ggf. auch primäre Amputation
R = Revaskularisation
A = Amputation bzw. Nekrosenentfernung im infektionsfreien Stadium
N = Nachsorge der amputierten Extremität (Wundbehandlung, Schuhwerk, podologische Behandlung, Gefäßsport, Beseitigung von Risikofaktoren)
Möglichkeiten der Revaskularisation abklären. Keine Amputation ohne interdisziplinäre Abklärung des Gefäßstatus und Vorstellung bei einem Gefäßchirurgen!
I Interventionelle Therapie:
a) Revaskularisation
<ul style="list-style-type: none"> • endovaskulär (z. B. PTA, Stent) • operativ (z. B. Bypass, Thrombendarteriektomie) • Hybridtechnik (Kombination offen-operativer und endovaskulärer Verfahren)
b) adjuvante Therapie
<ul style="list-style-type: none"> • Prostanoid-Therapie (Ilomedin, Prostavasin) • ggf. Antibiose • Optimierung kardio-pulmonale Situation • Schmerztherapie • Diabeteseinstellung • ggf. Sympathikolyse/SCS („spinal cord stimulation“)/P-STIM (elektrische Vagusstimulation)

Erstellt/Revidiert: Standardgruppe WZHH	Überprüft: Leiter der Standardgruppe	Freigegeben: 1. Vorsitzender WZHH
Datum: 23.05.2019	Datum: 20.06.2019	Datum: 20.06.2019

c) Lokale Therapie

- ggf. sofortige Entlastung von Abszessen
- Wundreinigung: Débridement/Nekrosenabtragung (s. Verfahrensstandard (VS-018) „Standardvorgehensweisen zur Wundreinigung“)
- Minor-Amputation nach Demarkation der nekrotischen Grenzzone (Grenzonenamputation)
- stadiengerechte Wundtherapie, ggf. trockene Wundbehandlung bei Mumifizierung (Abwarten der Spontanamputation)
- ggf. plastische Deckung
- angepasste Hautpflege (s. Information (IN-002) „Hautpflege und Hautschutz bei Patienten mit chronischen Wunden“)
- ggf. Majoramputation und zügige prothetische Stumpfversorgung (in Abhängigkeit von den Komorbiditäten und den Begleitumständen)

II Konservative Therapie:

- strukturiertes Gehtraining unter Anleitung (soweit die Wundverhältnisse es zulassen) zur Verbesserung der Umgehungskreisläufe, bei Vorliegen einer kompensierten Ischämie
- Sekundärprophylaxe: TFH (Thrombozytenfunktionshemmer), ggf. ASS in Verbindung mit „Low-dose“-Rivaroxaban (2 x 2,5 mg; siehe COMPASS-Studie), Statintherapie
- medikamentöse Therapie mit Cilostazol oder Naftidrofuryl, Prostanoiden – Schmerztherapie
- ggf. antidepressive Therapie
- ggf. palliative Therapie (bei Multimorbidität)

Unterstützende und begleitende Maßnahmen

- Änderung der Lebensgewohnheiten, Nikotin-Stopp
- Kontrolle und Behandlung der kardio-vaskulären Risikofaktoren
- Schulung (z. B. Diabetes mellitus, Rauchentwöhnung, spezielle Fußpflege, angepasste Schuhversorgung)
- Gefäßsportgruppe
- Regelmäßige Nachkontrollen (z. B. Pulsstatus, Haut, Wunde) durch Gefäßmediziner
- Frühzeitiger Arztbesuch bei erneuten Beschwerden und Wunden
- Anbindung an eine diabetische Schwerpunktpraxis bei diabetischem Fußsyndrom
- Podologische Komplexbehandlung

Klassifikation

Stadieneinteilung der pAVK nach Fontaine

I: klinisch beschwerdefrei, aber bereits angiographisch vorhandener Befund

II: Claudicatio intermittens (Belastungsschmerz)

IIa: Gehstrecke > 200m

IIb: Gehstrecke < 200m

III: Nachweis von Ruheschmerz

IV: Ulzera, Gangrän

Stadieneinteilung nach Rutherford

0: asymptomatisch

1: leichte Claudicatio intermittens

2: mäßige Claudicatio intermittens

3: schwere Claudicatio intermittens

4: Ruheschmerz

5: Ulkus

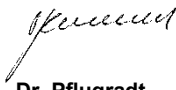

6: Gangrän

Hinweise

Siehe Checkliste (WZ-CL-002) „Chronische Wunden bei pAVK“
Siehe Verfahrensstandard (VS-018) „Standardvorgehensweisen zur Wundreinigung“

Deutsche Gesellschaft für Angiologie, Gesellschaft für Gefäßmedizin. AWMF S3- Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit, AWMF-Register Nr. 065/003 Entwicklungsstufe 3

Sharma M et al. Stroke Outcomes in the COMPASS Trial. Circulation. 2019;139: 1134–1145.

Erstellt / überarbeitet	Geprüft auf Richtigkeit / Inhalt	Freigabe im Wundzentrum	Freigabe und Inkraftsetzung
23.05.2019	20.06.2019	20.06.2019	
Standardgruppe des Wundzentrum Hamburg e.V.	 Dr. Pflugradt Ltg. Standardgruppe	 Dr. Münter 1. Vorsitzender WZHH	PDL Ärztliche Leitung