

Ziele

- Förderung der Lebensqualität
- Vermeidung bzw. Linderung von Symptomen und Komplikationen, wie Schmerzen, Infektionen, Juckreiz, Blutungen, hohen Exsudatmengen, unangenehmen Gerüchen und Körperbildstörungen
- Hinauszögerung von Wundwachstum und Gewebezerfall
- Individuell angepasste Palliativversorgung
- Koordiniertes Vorgehen, d. h. alle Anwendergruppen arbeiten nach der gleichen Vorgehensweise

Beschreibung der Erkrankung

Die British Columbia Cancer Agency definiert eine maligne Wunde (fungating wound, malignant wound) als „maligne Läsion der Haut, verursacht durch einen primären Hauttumor, durch eine Hautmetastase eines anderen Primärtumors oder durch den Durchbruch eines Tumors aus tieferen Gewebeschichten“. Es liegen externe Ulzerationen aufgrund einer bestehenden Tumorerkrankung unterschiedlicher Genese vor. Die Lokaltherapie stellt nur eine unterstützende Maßnahme dar. Der Tumor sollte möglichst kausal, das heißt durch chirurgische, radiotherapeutische oder chemotherapeutische Verfahren behandelt werden. Ist dies nicht mehr möglich, handelt es sich um eine Palliativsituation, in der alles versucht werden sollte, was die Beschwerden der Betroffenen lindert. Bei diesen Menschen liegt der Hauptfokus der Therapie nicht auf der Abheilung der Wunde. Ziel ist eine Symptomlinderung, insbesondere die Vermeidung von Schmerzen und eine möglichst geringe Belastung der Lebensqualität durch die notwendigen Maßnahmen der Behandlung. Zudem gilt es, Wundwachstum bzw. Gewebszerfall sowie Komplikationen hinauszuzögern. Das Augenmerk liegt auf der psychosozialen Betreuung des Betroffenen und seiner Angehörigen sowie der Vermeidung und Linderung physischer Folgen.

Lokalisation

Alle Körperregionen sind möglich.

Diagnostik

Diagnostik der Grunderkrankung ist abgeschlossen. Ggf. weiterführende Diagnostik je nach Befundsituation, z. B.:

- bekanntes Tumorleiden mit Hauttumor oder Hautmetastasen - Diagnostik
- entsprechend der Leitlinien der zugrundeliegenden Tumorerkrankung
- Wunde, die tumorverdächtig aussieht (z. B. aufgeworfener Randwall, Pigmentierung) oder seit längerem keine Abheilung zeigt
- Biopsie zum Malignitätsausschluss
- bei bekanntem Tumorleiden und Sekundärinfektion → Abstrich, ggf. Blutentnahme

Erstellt/Revidiert: Standardgruppe WZHH	Überprüft: Leiterin der Standardgruppe	Freigegeben: 2. Vorsitzende WZHH
Datum: 21.11.2024	Datum: 21.11.2024	Datum: 21.11.2024

Therapie

Vorgehensweise wie in den Verfahrensstandards (VS 009 und VS 010) „Verbandwechsel chronischer Wunden -stationär/-ambulant-“ beschrieben. Es bestehen gute Erfahrungen (Evidenzlevel IV) mit:

Strategien zur Schmerzvermeidung beim Verbandwechsel (siehe Verfahrensstandard (VS 015) „Schmerzvermeidung beim Verbandwechsel“):

Grundsätzlich ist bei zu erwartenden Schmerzen beim Verbandwechsel präventiv zeitnah ein schnellwirksames Analgetikum zu verabreichen.

- Ggf. lokale Schmerztherapie mit Morphingel NRF
- Besonderes Augenmerk liegt auf schmerzärmer, atraumatischer Wundversorgung
- Einsatz von Verbandmitteln ohne Klebeflächen und/oder mit hautfreundlichen Beschichtungen, z. B. Silikon/Softgel
- Verbandmittel vorsichtig ablösen/entfernen, z. B. durch vorheriges Befeuchten
- Zur Wundreinigung weiche Vlieskompressen/Reinigungspads verwenden und sanft anwenden
- Wundspüllösungen vorab auf Körpertemperatur anwärmen
- Wundauflagen spannungsfrei und ohne Einschnürungen anbringen, z. B. mit elastischen (Frottee)Schlauchverbänden

Grundsätzlich muss zwischen kurativer und palliativer Versorgung unterschieden werden!

Geruchsreduktion

- Sorgfältige und vorsichtige Wundreinigung bei jedem Verbandwechsel
- Ggf. scharfes/chirurgisches Débridement von nekrotischem Gewebe zur Geruchs- und Schmerzreduktion: Nutzen und Risiken bzw. Belastungen durch diese Maßnahme sind mit dem Patienten sorgfältig abzuwägen
- Geruchs- und Keimreduktion: Einsatz von zeitgemäßen Lokalantiseptika auf Octenidin- oder Polihexanidbasis; Vorteil ist zudem eine geringere Infektionsgefahr
- Keim- und Geruchsreduktion: Lokaler Einsatz von Metronidazol (→ Off-Label-Therapie) im Wundgebiet oder systemischer Einsatz (oral/i. v.)
- Geruchs-/Keimbindung (Eiweißbindung): Verwendung von Aktivkohle mit/ohne Silber bzw. speziellen geruchs- und keimbindenden Wundauflagen, Einsatz von Wundspüllösungen mit hypochloriger Säure oder Einsatz von in Apotheken zubereiteter 2 %iger Chlorophylllösung (wirkt natürlich geruchsbindend und wird auf die wundabgewandte Kompressenseite geträufelt → Off-Label-Therapie)
- Bei Bedarf Einsatz von Chlorophylldragees gegen Mund-/Körpergeruch
- Verbandwechselintervalle anpassen; Wundauflagen verwenden, die Keime binden/abtöten und viel Exsudat aufnehmen und auch halten können, z. B. Superabsorber
- Bei kurzfristigen sozialen Kontakten reduziert das Abdecken der Wunde mit Folienverbänden zeitweilig die Gerüche. Eine längerfristige bzw. dauerhafte Anwendung birgt das Risiko der Entwicklung einer feuchten Kammer und erhöht somit das Infektionsrisiko.
- Zur Geruchsminimierung im Patientenzimmer: z. B. Schälchen mit Kaffeepulver/Katzenstreu/Rasierschaum aufstellen; Kleidung und Bettwäsche regelmäßig wechseln und Raum gut belüften; ggf. Aromatherapie durch geschulte Aromatherapeuten

Exsudatmanagement

- Verbandmittel verwenden, die ausreichend Exsudat binden und halten können, z. B. Vlieskompressen mit Superabsorber ohne Folienbeschichtung; Wundhöhlen sind entsprechend zu tamponieren/auszufüllen
- Bei kleineren Malignom-assoziierten Wunden mit hohem Exsudataufkommen ggf. Einsatz von Stoma-/Drainagebeuteln; zur Geruchsminimierung können Süßstofftabletten in den Beutel gegeben werden, oder Beutel mit Kohlefilter verwenden
- Bei sehr hohem Exsudataufkommen und starker Geruchsbildung lokale Unterdrucktherapie abwägen
- Verbandwechselintervalle anpassen: so häufig wie nötig - so selten wie möglich

Blutung stoppen

- Zur Prophylaxe von Kontaktblutungen atraumatischen Verbandwechsel durchführen
- Zur Prophylaxe kritische Überprüfung der Verabreichung gerinnungshemmender Medikamente, ggf. nach sorgfältiger Nutzen-/Risikoabwägung absetzen
- Verbesserung der Blutgerinnung anstreben
- Bei zu erwartenden akuten, starken Blutungen Absprachen mit dem Patienten/Angehörigen für den Notfall treffen und gemeinsam schriftlichen Notfallplan erstellen
- Wenn möglich Kompression oder lokalen Druckverband anlegen
- Bei leichten Blutungen betroffene Region zur Vasokonstriktion kühlen
- Bei stärkeren Blutungen systemischer (oral/i. v.) oder lokaler Einsatz von Antifibrinolytika
- Einsatz von blutstillenden Präparaten (nach AVO): z. B. Alginate oder Kollagenprodukte (nur bei leichter Blutung), bei stärkeren Blutungen lokaler Einsatz von Hämostyptika (Off-Label-Therapie), Nasentropfen (Off-Label-Therapie) oder mit Adrenalin 0,1 % getränkte Kompressen → Off-Label-Therapie
- Einsatz von schnell und gut aufsaugendem Material
- Ggf. chirurgische Intervention: Blutstillung durch operative Maßnahmen
- Zur Vermeidung von Panikreaktionen des Betroffenen angesichts großer Blutflecken auf der Bettwäsche, dunkle/farbige Tücher und Bettwäsche verwenden

Juckreiz minimieren:

- Mögliche Ursachen, z. B. Entzündungsreaktionen, Allergie auf oder Unverträglichkeiten gegenüber Verbandmitteln ermitteln und soweit möglich beheben
- Kühlung des betroffenen Areals
- Atmungsaktive Kleidung und Bettwäsche
- Ggf. Einsatz von TENS (transkutane elektrische Nervenstimulation) zwischen Wunde und Wirbelsäule auf der intakten Haut
- Ggf. Einsatz von Entspannungstechniken und Ablenkung
- Mögliche Unverträglichkeiten abklären, z. B. auf Verbandmittel
- Bei Bedarf weiterführende dermatologische Abklärung

Hautschutz:

- Mechanische Reizung beim Verbandwechsel vermeiden: dafür z. B. engmaschige Wunddistanzgitter oder silikonbeschichtete Wundauflagen einsetzen
- Wundrandschutz mit transparentem Hautschutzmittel
- Hautschonende Fixierung, z. B. mit Silikonpflaster oder elastischem (Frottee)Schlauchverband

Ausnahme: Im Fokus stehen die Lebensqualität und Wünsche des Betroffenen. Möchte dieser z. B. mit seinen Angehörigen entspannt zu Mittag essen, kann ein kurzzeitig eingesetzter Folienverband situationsgerecht Gerüche bannen.

CAVE! Granulationsfördernde (wie folienbeschichtete) Verbandmittel fördern ein feucht-warmes Wundmilieu und das Zellwachstum; daher Malignom-assoziierte Wunden nicht damit abdecken → Wachstum der Tumorzellen kann gefördert werden. Konventionelle Sekundärabdeckung bevorzugen.

Unterstützende und begleitende Maßnahmen

- Angemessenes Schmerzmanagement nach WHO-Stufenschema und unter Beachtung von Ko-Analgetika; siehe Behandlungsstandard (BS 009) „Schmerzbehandlung bei Patienten mit chronischen Wunden“ mit Schmerzerfassung und -protokoll; bei Wundschmerzen kann eine lokale Therapie mit Lokalanästhetikum oder Analgetikum (Morphingel 0,1 % mit Polihexanid konserviert, Nachteil: Verbandwechsel 1x/Tag erforderlich; **CAVE!** Off-Label-Therapie!) erwogen werden.
- Bei Patienten mit einer Malignom-assoziierten Wunde und einem assoziiertem Lymphödem kann eine manuelle Lymphdrainage durchgeführt werden.
- Psychosoziale Betreuung der Patienten und Bezugspersonen

Hinweise

- Das Ziel der Behandlung, kurativ oder palliativ, ist vor Therapiebeginn festzulegen
- Die Lebensqualität des Patienten steht im Mittelpunkt
- Ggf. palliative Operationen

Siehe Empfehlungen „Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin“ <http://www.dgpalliativmedizin.de/>

British Columbia Cancer Agency. Symptom Management Guidelines: Care of malignant wounds. 2015. <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/documents/10.%20malignant%20wounds.pdf> (letzter Zugriff 24.11.2024)

AWMF S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.01, AWMF-Registernummer: 128/001-OL, 2019 (in Überarbeitung)

erstellt / überarbeitet	Geprüft auf Richtigkeit / Inhalt	Freigabe im Wundzentrum	Freigabe und Inkraftsetzung
21.11.2024	21.11.2024	21.11.2024	
Standardgruppe des Wundzentrum Hamburg e.V.	 Sabrina Fehrmann Ltg. Standardgruppe	 Kerstin Protz 2. Vorsitzende WZHH	PDL Ärztliche Leitung