

gestellung nachgegangen. Zu diesem Zweck wurde die Einteilung in „einfacher V.A.C. Verband“ und „komplexer V.A.C. Verband“ vorgenommen.

Schlussfolgerung: Eine extramural von organisierten mobilen Pflegediensten durchgeführte Unterdrucktherapie mit-

tels komplexen V.A.C. Verbandes bedarf nicht nur ausreichend Zeit, sondern auch einer hohen Pflegekompetenz. Demgegenüber steht die Möglichkeit einer individuumsbezogenen Patientenbetreuung durch eine freiberuflich tätige Pflegefachkraft. Diese gewährleistet ein

ausreichendes Zeitmanagement und bietet eine effiziente Patientenedukation, welche sich positiv auf die Heilung physischer und psychischer Wunden auswirkt.

Konflikt: keiner

Nackenphlegmone bei diabetogenem Nackenkarbunkel – Eine Falldarstellung

H. Hollerbuhl, J. Bunse, F. Fritze, K. Gellert

Sana Klinikum Berlin Lichtenberg, Klinik für Allgemein-, Thorax- und Viszeralchirurgie, Berlin

Einleitung: Nackenkarbunkel und Phlegmonen im Bereich des Nackens können foudroyant verlaufende Infektionen des Subkutan- und Fasziengewebes mit einem fallweise hohen Mortalitätsrisiko sein. Die Prognose hängt entscheidend von der frühzeitigen Diagnose und entschlossenen chirurgischen Therapie ab.

Fallvorstellung: Wir berichten über einen 49-jährigen Patienten (BMI 38), der über die Rettungsstelle mit einer aufgrund einer frühkindlichen Hirnschädigung durch den Patienten verschleppten Phlegmone im Bereich des Nackens auf dem Boden einer diabetogenen Infektion bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus aufgenommen wurde. Über die bekannte Beeinträchtigung auf Grund der Hirnschädigung hinaus wies der Patient als Zeichen einer beginnenden septischen Komplika-

tion eine somnolente Bewußtseinslage auf. Umgehend erfolgte ein großzügiges operatives Debridement. Aufgrund kardiopulmonaler und septischer Komplikationen musste der Patient in der Aufnahmenacht intubiert und beatmet auf die Intensivstation übernommen werden. Im weiteren Verlauf schlossen sich kurzfristig Reoperationen und Verbandwechsel in Narkose an, wegen Intubationsproblemen mit frühzeitiger Anlage eines Dilatationstracheostoma. Der Verlauf war durch eine Pneumonie sowie den multifokalen Nachweis multiresistenter Erreger kompliziert. Unter Ausschöpfung aller intensivmedizinischen Möglichkeiten sowie chirurgischer Therapie einschließlich Vakuumtherapie konnte der Patient schließlich nach 106 Tagen entlassen werden.

Diesem Erfolg liegt eine von Beginn an interdisziplinäre Zusammenarbeit von Chirurgen, Intensivtherapeuten, Physiotherapeuten, Psychologen und des Pflegepersonals zugrunde.

Schlussfolgerung: Ein frühzeitiges radikales, großflächiges chirurgisches Debridement ist die einzige Therapieoption und bedarf eines entschlossenen Chirurgen. Ein therapeutischer Erfolg ist jedoch nur durch interdisziplinäre Zusammenarbeit zu erreichen, da es sich um ein komplexes Krankheitsbild handelt.

Der Weg vom chirurgischen Debridement bis zur eventuellen plastischen Rekonstruktion ist wundtherapeutisch eine große Herausforderung und erfordert eine stadien- und situationsgerechte Verbands- und Wundtherapie, die den zahlreichen und komplexen Anforderungen genügen muss.

Das Poster wird durch eine vollständige Bilddokumentation vom Aufnahmetag bis zur Entlassung unterstützt.

Konflikt: kein COI

Sekundäre nekrotisierende Vaskulitis (Vasculopathie) – eine Indikation für ambulante V.A.C. Therapie

E. Krippel

Ordination Dr. Krippel - Schwerpunktpraxis für chronische Wundheilung

Fragestellung: Kann eine nekrotisierende Vaskulitis mit Ausdehnung über nahezu den gesamten Unterschenkel ambulant zur Abheilung gebracht werden?

Ein Fallbeispiel

Methodik: Ausbreitung über die untere Hälfte des linken Unterschenkels. Innerhalb weniger Wochen Ausdehnung über den gesamten Unterschenkel bis zum Knie mit großflächiger Nekrosebil-

dung. Laborchemische Untersuchung bezüglich einer möglichen Vaskulitis alle negativ. Empfehlung sowohl von Dermatologen als auch Chirurgen zur Amputation. Einsendung einer Biopsie und Beginn mit systemischer Cortisontherapie. Nekroseabtragung, initial antibiotische Therapie aufgrund einer bestehenden Infektion. Biopsieergebnis: Vaskulitis. Regelmäßige Nekroseabtragungen 2-3 x wöchentlich, Lymphdrainagen, Nahrungsergänzung und Verbandwechsel

3x wöchentlich konservativ. Nach weiterer Ausbreitung Umstieg auf Vakuumtherapie. Langsam deutliche Verbesserung der Wundbeschaffenheit, Bildung von Granulationsgewebe unter laufender V.A.C. Therapie. Deutliche Heilungserfolge mit schließlich endgültiger Abheilung und restitutio ad integrum.

Diskussion: Abheilung einer nekrotisierenden Vaskulitis durchaus möglich. Die Vakuumtherapie hier durchaus sinnvoll als lokale Wundtherapie. Mit Geduld und V.A.C. kann man dem Patienten die Extremitäten und damit die Mobilität und somit Lebensqualität erhalten und im Endeffekt kommt es zur Kostenersparnis. *Schlussfolgerung:* Unter V.A.C. Therapie zu mehr Lebensqualität und weniger Kosten.

Konflikt: kein COI