

**Checkliste:  
Chronische Wunden bei  
pAVK**

WZ-CL-002 V05  
Chronische Wunden bei pAVK

gültig bis: 08.11.2019

**Wundzentrum  
Hamburg**  
„überregionales Wundnetz“

Seite 1 von 3

**Diagnostik**

**1. Anamnese**

**Gefäßeingriffe**

- Endovaskulär (PTA/Stent)
- Gefäßoperationen

**Frühere Fußläsionen**

**Amputationen**

**Begleit- und Folgeerkrankungen**

- Koronare Herzkrankheit (KHK)
- Herzschrittmacher
- Kontrastmittelallergie
- Schilddrüsenerkrankungen
- Cerebrale arterielle Verschlusskrankheit (CAVK) (Cave: Carotisstenose/Insult)
- Polyneuropathie (PNP)
- Chronische venöse Insuffizienz (CVI)
- Lymphabflussstörung
- Niereninsuffizienz
- Erkrankungen des Bewegungsapparates

**Atherogene Risikofaktoren**

- Nikotinabusus
- Diabetes mellitus
- Arterieller Hypertonus
- Lipidstoffwechselstörungen
- Systemische Grunderkrankungen, z. B. Lupus erythematodes, Vaskulitiden

**Frage nach körperlicher Aktivität/Mobilität/Selbstversorgung**

**Gefäßtraining/strukturierter Gefäßsport**

**Symptome** (siehe Information (IN 008) „Übersicht über Klassifikationen von Wunden und deren Grunderkrankungen“):

- Asymptomatisch (Stadium I nach Fontaine)
- Schmerzfreie Gehstrecke größer 200 m (Stadium IIa nach Fontaine)
- Schmerzfreie Gehstrecke kleiner 200 m (Stadium IIb nach Fontaine)
- Ruheschmerz (Stadium III nach Fontaine)
- Trophische Störung/Gangrän/Nekrose (Stadium IV nach Fontaine)

Die Stadien III und IV werden als kritische Extremitätenischämie (CLI) bezeichnet und gehen mit einem großen Mortalitäts- und Amputationsrisiko einher.

**Cave:** Bei Polyneuropathie Verlust/Reduktion des Schmerzempfindens. Die klinische Zuordnung, Risikoabschätzung und Stadieneinteilung sind erschwert.

**2. Inspektion/Palpation der Beine und Füße**

- Hautbeschaffenheit (trocken), Temperatur und Umgebung (warm oder kühl)
- Fußpulse palpabel:  Arteria dorsalis pedis  Arteria tibialis posterior
- Hautfarbe
- Kapillarisation/Rekapillarisation
- Varizen
- Ödem

|   |                                      |                                   |
|---|--------------------------------------|-----------------------------------|
| Erstellt/Revidiert: Standardgruppe WZHH | Überprüft: Leiter der Standardgruppe | Freigegeben: 1. Vorsitzender WZHH |
| Datum: 12.10.2017                       | Datum: 09.11.2017                    | Datum: 09.11.2017                 |

- Fußfehlstellung: Druckstellen/Schwielen/Blasen
- Lokalisation und Anzahl von Wunden
- Mykose

### 3. Medikation

- Thrombozytenfunktionshemmer, welche?
- Antikoagulantien, welche?
- Antidiabetika, welche?
- Statine
- ACE-Inhibitoren/AT-1 Blocker
- Betablocker
- Vasoaktiva

- 4. Apparative Basisdiagnostik:** periphere Dopplerdruckmessung mit Bestimmung des Dopplerdruckwertes (ABI) über der Arteria dorsalis pedis und der Arteria tibialis posterior
- ABI > 1,3: Mediasklerose
  - ABI 0,9-1,3: normal
  - ABI 0,5-0,9: pAVK
  - ABI < 0,5: kritische Extremitätenischämie

Wichtig: Periphere Dopplerdruckwerte < 50 mmHg: kritische Ischämie  
 Periphere Dopplerdruckwerte < 70 mmHg: fehlende Wundheilung

## Therapie

### Stadium I

- Therapie der Risikofaktoren
- Thrombozytenfunktionshemmer
- Bewegung, Gefäßsport
- Abklärung KHK, CAVK

Blutzuckerzielwerte:

- HbA1c < 7 % bei jungen Patienten, nach Erstmanifestation
- HbA1c: 7-8 % bei älteren Patienten, mit Folgekomplikationen, KHK
- Vermeidung Hypoglykämie

Blutdruck:

- RR < 140/90 mmHg; ACE-Hemmer Medikamente der 1.Wahl
- Statin unabhängig von Cholesterinwerten

### Stadium II

- Therapie der Risikofaktoren
- Gefäßtraining
- Thrombozytenfunktionshemmer
- Statin
- Vasoaktiva (Cilostazol oder Naftidrofuryl, falls keine Revaskularisation oder ungenügender Therapieerfolg)

Je nach Lebensqualität und Therapiewunsch endovaskuläre/gefäßchirurgische Therapie in Abhängigkeit von Nutzen-Risikoprofil des Eingriffes.

### Stadium III und IV

- Sofern möglich arterielle Revaskularisation zur Vermeidung einer Amputation
- Schnelle gefäßmedizinische Vorstellung: Angiologe/Gefäßchirurg
- Schmerzbehandlung
- Wundbehandlung bei Wunden
- Falls keine Möglichkeit zur Revaskularisation → Prostanoiden intravenös.

**Bei begleitendem Diabetes mellitus Rücksprache mit dem behandelnden Diabetologen bzw. hinzuziehen eines Diabetologen. Notwendige Kompressionstherapie nur nach Rücksprache mit dem behandelnden Gefäßmediziner!**

Nach erfolgreichen Gefäßeingriffen regelmäßige Nachsorge je nach klinischem Stadium und Art des Eingriffes.

| Erstellt                                    | Geprüft auf Richtigkeit / Inhalt   | Freigabe im Wundzentrum  | Freigabe und Inkraftsetzung |
|---|--|--|-----------------------------|
| 12.10.2017                                  | 09.11.2017   | 09.11.2017   |                             |
| Standardgruppe des Wundzentrum Hamburg e.V. | <br><b>Dr. Pflugradt</b><br>Ltg. Standardgruppe | <br><b>Dr. Münter</b><br>1. Vorsitzender WZHH | PDL<br>Ärztliche Leitung    |