

**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)

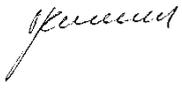
Je nach Lebensqualität und Therapiewunsch endovaskuläre/gefäßchirurgische Therapie in Abhängigkeit von Nutzen-Risikoprofil des Eingriffes.

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.	 Dr. Pflugradt Ltg. Standardgruppe	 Dr. Münter 1. Vorsitzender WZHH	PDL Ärztliche Leitung