


Behandlungsstandard: Ulcus cruris bei chronischer venöser Insuffizienz (CVI)	WZ-BS-003 V08 Ulcus cruris bei chronischer venöser Insuffizienz	 - überregionales Wundnetz -
	gültig bis: 09.05.2026	Seite 1 von 4

Ziele

- Koordiniertes Vorgehen aller an der Behandlung beteiligten Personen
- Einheitliches Vorgehen bei Diagnostik, Therapie und Wundbehandlung
- Förderung des Wundheilungsprozesses und der Lebensqualität
- Vermeiden von Komplikationen

Definition

Das Ulcus cruris venosum (UCV) ist eine chronische Wunde, die infolge einer chronischen venösen Insuffizienz (CVI) entsteht.

Ursachen

Venöse Stase mit Erhöhung des Venendrucks entweder durch einen Reflux, eine Gefäßobstruktion oder einer Kombination daraus, die zu dauerhaft vermindertem venösen Rückfluss und einer Schädigung der Venenklappen führt, z. B. bei:

- Varikosis
- Thrombophlebitis
- postthrombotischem Syndrom
- Thrombose
- (angeborener) Klappenlosigkeit der Leitvenen
- venösen Malformationen

Risikofaktoren

- genetische Prädisposition, z. B. positive Familienanamnese einer CVI
- Umwelteinflüsse
- hohes Lebensalter (> 65 Jahre)
- weibliches Geschlecht
- Adipositas/erhöhter Body-Mass-Index (BMI)
- Malnutrition
- vorangegangene venöse Thrombose

Klinische Ausprägung

- Ödembildung
- Corona phlebectatica paraplantaris, Varizen
- Dermatoliposklerose
- Atrophie blanche
- Purpura jaune d'ocre
- Stauungsekzeme/Stauungsdermatitis
- Ulcus cruris venosum, Prädilektionsstellen: oberhalb/hinter Innenknöchel (Malleolus medialis)

Erstellt/Revidiert: Standardgruppe WZHH	Überprüft: Leiter der Standardgruppe	Freigegeben: 2. Vorsitzende WZHH
Datum: 10.05.2024	Datum: 10.05.2024	Datum: 10.05.2024

Diagnostik

Eine strukturierte und Ulkus-bezogene Anamnese und die Erfassung von Lebensqualität, Schmerzintensität/-qualität sind Grundlagen der Diagnostik.

- Anamnese
- Stadieneinteilung der CVI nach CEAP (siehe Information (IN 008) „Übersicht über Klassifikationen von Wunden und deren Grunderkrankungen“ und Checkliste (CL 003) „Ulcus cruris bei chronischer venöser Insuffizienz (CVI)“)
- Inspektion und Palpation
- Ankle-Brachial-Index (ABI) bzw. Knöchel-Arm-Druck-Index (KADI)
- Technische Untersuchungen: obligat → farb-kodierte Duplexsonographie (FKDS) der Beinvenen, bei Verdacht auf eine Obstruktion suprainguinaler Venen zusätzlich CT- oder MR-Venographie, ggf. digitale Photoplethysmographie (DPG) in Ruhe und nach Belastung, Venenverschlussplethysmographie, Weichteilsonographie
- Differentialdiagnostik (siehe Behandlungsstandard (BS 010) „Immunologisch bedingte Wunden“)

Therapie

Kompressionstherapie

- Die medizinische Kompressionstherapie **soll** nach Prüfung der Kontraindikationen als konservative Standardtherapie des Ulcus cruris venosum eingesetzt werden. Sie beschleunigt die Abheilung.
- Durchführung Kompressionstherapie → siehe Verfahrensstandard (VS 008) „Kompressionstherapie bei Ulcus cruris venosum (UCV)“ orientiert an Diagnose, Beschwerden und Präferenz des Patienten sowie Erfahrung und Fähigkeiten des Anwenders.

Invasive Therapie des Venensystems

- Bei Patienten mit Ulcus cruris venosum **soll** frühzeitig unter Risiko-Nutzen-Abwägung und Berücksichtigung des Patientenwunsches eine operative/ablative Therapie der zugrundeliegenden Pathophysiologie (z. B. hämodynamisch relevanter Reflux) im oberflächlichen Venensystem angestrebt werden, um eine schnellere Abheilung und Senkung des Rezidivrisikos zu erzielen.
- Bei Patienten mit Ulcus cruris venosum und begleitender, hämodynamisch nicht-relevanter peripherer arterieller Verschlusskrankheit **sollte** neben der Kompressionstherapie die operative/ablative Therapie der zugrundeliegenden Venenerkrankung im Vordergrund stehen.
- Varizensanierung: endovenös-thermisch/nicht-thermisch
- Ausschaltung insuffizienter epifaszialer Venenabschnitte und Perforantes bei Varikose
- Ausschluss/Behandlung venöser Obstruktionen: bei Menschen mit UCV **kann** eine invasive Therapie der Beckenvenenobstruktion mittels rekanalisierenden Maßnahmen, z. B. Angioplastie mit Stent-Implantation, in Betracht gezogen werden, wenn diese in einem ursächlichen Zusammenhang steht.

Lokaltherapie

- Wundreinigung und Débridement (siehe Verfahrensstandard (VS 018) „Standardvorgehensweisen zur Wundreinigung“)
- Exsudatmanagement
- Lockere Hautschuppen und Krusten in der Ulkumgebung regelmäßig im Rahmen des Verbandwechsels atraumatisch entfernen
- Stadiengerechte Wundversorgung

Operative Therapie

- Verschiedene Methoden der plastischen Deckung, z. B. Spalt- oder Vollhauttransplantationen, Reverdin-Plastik sowie alternativ allogene, xenogene oder biosynthetische Hautersatzpräparate. Voraussetzung ist ein gut vorbereiteter Wundgrund; ggf. Unterdrucktherapie nach Spalthauttransplantation oder Reverdin-Plastik. Bei Menschen mit therapierefraktärem UCV und Dermatoliposklerose **kann** eine Shave-Therapie durchgeführt werden → vorher sollten alle anderen Maßnahmen ausgeschöpft sein.
- Die Shave-Therapie **sollte** mit einer zeitgleichen Defektdeckung kombiniert durchgeführt werden. Eine Wundkonditionierung ist bei dieser Behandlung nicht erforderlich.
- In Einzelfällen kann eine Fasziektomie durchgeführt werden.

Therapie bei Wundinfektionen

- Débridement → Entfernung von Wundbelägen und Nekrosen, anschließend Anwendung zeitgemäßer Antiseptika (auf Basis von Octenidin oder Polyhexanid)
- Die Indikation für den Einsatz einer lokalen antimikrobiellen Wundtherapie beim UCV mit klinischen Zeichen einer lokalen Infektion **soll** spätestens nach 14-tägiger Anwendung kritisch hinterfragt werden.
- Antibiotikatherapie nach Antibiogramm vorrangig bei systemischer Infektion

Unterstützende und begleitende Maßnahmen

Physikalische Verfahren

- Gehübungen und Fußgymnastik zur Betätigung der Venenpumpen (Sprunggelenk- und Wadenmuskelpumpe), Gangschulung
- Bei UCV und klinisch relevantem Lymphödem → komplexe physikalische Entstauungstherapie (KPE) mit adäquater Kompressionstherapie
- Apparative intermittierende Kompression (AIK) bzw. intermittierende pneumatische Kompression (IPK), siehe Verfahrensstandard (VS 021) „Intermittierende pneumatische Kompression“

Kontrollen

- Hautzustand
- Venenstatus und -funktion
- Arterielle Durchblutung
- Ödeme: 1x/Woche Messung von Knöchel-, Vorfuß- und Wadenumfang zur Erfolgskontrolle der Kompressionstherapie

Hautpflege

(siehe Information (IN 002) „Hautpflege und Hautschutz bei Menschen mit chronischen Wunden“)

- Angepasste Hautpflege mit hypoallergenen Produkten → bei trockener, juckender Haut Einsatz von lipophiler fetthaltiger Salben-Grundlagen auf Wasser-in-Öl-Basis mit Feuchthaltefaktoren, z. B. Urea, Glycerin
- Zur Vorbeugung von Hautirritationen → Baumwollschlauchverbände unter phlebologischen Kompressionsverbänden nutzen
- **CAVE!** Ekzem, allergische Hautreaktion → Epikutantest
- Differentialdiagnostik: Kontaktdermatitis, bakterielle Infektion

Bekleidung und Schuhwerk (siehe Checkliste (CL 003) „Ulcus cruris bei chronischer venöser Insuffizienz“)

- Kein Tragen von einschnürender Kleidung
- Tragen von ausreichend weiten, geschlossenen Schuhen mit flachen Absätzen

Edukation

- Patienten/Angehörige über die Möglichkeit der persönlichen Beeinflussung des Krankheitsverlaufs und deren Umsetzung im Alltag aufklären
- Inhalte orientieren sich an individuellen Bedürfnissen, Interessen und Fähigkeiten Mögliche Inhalte: Krankheitsbild der CVI, Risikofaktoren und Risikoreduktion, Selbstpflegemanagement, Hautreinigung/-pflege, Wirkung der Kompressionstherapie, Auswahl der Materialien und korrekter Umgang damit, körperliche Aktivität, Gewichtsnormalisierung

Hinweise

- Siehe Checkliste (CL 003) „Ulcus cruris bei chronischer venöser Insuffizienz“
- Siehe Verfahrensstandard (VS 013) „Rezidivprophylaxe von chronischen Wunden bei venösen Ulcera“
- Keine Kompressionstherapie, wenn eine fortgeschrittene periphere arterielle Verschlusskrankheit vorliegt, d. h. wenn einer dieser Parameter zutrifft: ABPI < 0,5, Knöchelarteriendruck < 60 mmHg, Zehendruck < 30 mmHg oder TcPO2 < 30 mmHg am Fußrücken.
- Differentialdiagnostisch gemischt arterio-venöses (Ulcus cruris mit fortgeschrittener pAVK im Fontaine-Stadium III oder IV bzw. Rutherford-Kategorie 4-6 und fortgeschrittener CVI im C6 Stadium nach CEAP) bzw. venös-lymphatisches Ulkus berücksichtigen


CAVE! Bei ausbleibender Heilungstendenz des Ulcus cruris venosum trotz leitlinienkonformer sechswöchiger Therapie sollen Diagnose und Therapie reevaluiert werden, z. B. Einbindung weiterer Fachdisziplinen (Gefäßmedizin, Dermatologie), erweiterte Diagnostik inkl. histologischer Untersuchung. Zudem ist zu erheben, ob die Kompressionstherapie fachgerecht durchgeführt wird.

Literatur

Deutsche Gesellschaft für Phlebologie (2019). AWMF S2k - Leitlinie: Medizinische Kompressionstherapie der Extremitäten mit Medizinischem Kompressionsstrumpf (MKS), Phlebologischem Kompressionsverband (PKV) und Medizinischen adaptiven Kompressionssystemen (MAK). AWMF-Leitlinien-Register Nr. 037/005, abgerufen am 10.05.2024

Deutsche Gesellschaft für Phlebologie und Lymphologie e.V.: S2K-Leitlinie Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum, 4.1, 2024, <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/037-009> (abgerufen am: 24.02.2024)

Kahle B, Hermanns HJ, Gallenkemper G: Evidence-based treatment of chronic leg ulcers. Dtsch Arztebl Int 2011; 108(14): 231-237.

Erstellt/überarbeitet	Geprüft auf Richtigkeit/Inhalt	Freigabe im Wundzentrum	Freigabe und Inkraftsetzung
10.05.2024	10.05.2024	10.05.2024	
Standardgruppe des Wundzentrum Hamburg e.V.	 Sabrina Fehrmann Kommissarische Ltg. Standardgruppe	 Kerstin Protz 2. Vorsitzende WZHH	PDL Ärztliche Leitung