

Der Einfluss des Wundverbandes auf die Wundheilungsstörung/Wundinfektion nach HIPEC (Hypertherme intraperitoneale Chemoperfusion) mit oder ohne zytoreduktiver Chirurgie (CRS)

F. Kober, F. Laminger, Claudia Koppitsch

Zentrum Peritonealkarzinose des Hanusch KH der ÖGK, Chirurgische Abteilung,
1140 Wien, Heinrich-Collin-Straße 30

Einleitung:

Die Rate von Wundheilungsstörungen nach CRS (Zytoreduktive Chirurgie) mit HIPEC (Hypertherme intraperitoneale Chemoperfusion) wird in größeren Untersuchungsreihen mit 11% - 23% angegeben (Jafari et al. 2014, Arslan et al. 2017, Nunez et al. 2015) und lag im eigenen Bereich vor 2015 bei 13 %. Neben der langen Operationsdauer werden die Kontamination der Laparotomiewunde mit zytostatischen Lösungen, die Zahl der Darmanastomosen, eine notwendige Splenektomie sowie die häufig notwendigen umschriebenen Bauchwandresektionen (Trokarmetastasen) mit der Frequenz von Wundheilungsstörungen in Zusammenhang gebracht. Zusätzlich handelt es sich in 60 % um durch wiederholte Chemotherapiezyklen immunsupprimierte Patienten.

Wundheilungsstörungen führen in diesem Patientengut zu einem längeren stationären Aufenthalt und zu gehäuften neuerlichen stationären Aufnahmen und verzögern den Beginn weiterer onkologischer Therapien. (Martin et al. 2016)

Eine Reduktion dieser Wundheilungsstörungen/Wundinfektionen ist daher aus medizinischer Sicht wie auch ökonomischer Sicht anzustreben.

Therapeutische Maßnahmen zur Reduktion der Rate der Wundheilungsstörungen

In 2 verschiedenen zeitlichen Perioden wurden alle konsekutiven PatientInnen nach HIPEC mit und ohne CRS ausgewertet, welche keine schwerwiegende therapiepflichtige intraperitoneale Komplikation aufwiesen (z.B. relaparotomiepflichtige intraperitoneale Blutung, intraperitoneale Abszessbildung, Anastomoseninsuffizienz) und mit einer korrespondierenden historischen Kontrollgruppe verglichen.

Therapie A (Sept 2015 – Sept 2017): Epikutane Unterdrucktherapie (-60 mm Hg) für 7 Tage, Wechsel nur bei technischen Problemen (Verlust des Unterdrucks) oder auf Wunsch des Patienten. Begonnen wurde mit Prevena™ Incision Management System KCI Austria GmbH. Auf Grund der zu kleinen Verbandmaße wurde auf Suprasorb® CNP System Lohmann & Rauscher GmbH, Österreich, gewechselt.

Therapie B (Sept 2018 – Sept 2020): Tonerde Wundbehandlungspräparat – Cerdak™, Fa. Limbeck, Österreich. Cerdak Verband für 7 Tage. Wechsel vor dem 7 Tag nur wenn mehr als die Hälfte des Verbandes verfärbt war.

Ergebnis:

Therapie A – Epikutaner Unterdruck:

Von **72 PatientInnen** zeigten **2** eine Wundinfektion (**2,8 %**)

Zusätzlich wurde folgender pflegerischer Nachteil festgehalten: Behinderung der Mobilisierung und Verzögerung derselben. Störungsanfällig.

Im weiteren externen postoperativen Verlauf trat bei **keinem** Patienten ein Hämatom, eine Wundinfektion oder ein Serom auf.

(Daten präsentiert von F. Laminger im Rahmen des PCNC 2017, Wien)

Therapie B - Tonerde-Präparat:

Von **82 PatientInnen** zeigte **1** Patientin eine Wundinfektion (**1,2 %**)

Es wurden keine pflegerischen Nachteile festgehalten.

Im weiteren externen postoperativen Verlauf trat bei 1 Patientin ein zu therapierendes Hämatom auf, keine dokumentierte Wundinfektion, keine Serombildung

Zusammenfassung:

Sowohl mit Therapie A und Therapie B konnten die Wundheilungsstörungen/ Wundinfektionen deutlich reduziert werden. Therapie B erlaubt eine ungehinderte frühe Mobilisierung und ist praktisch nicht störungsanfällig.

Zumindest für chirurgische Großeingriffe, welche per Laparotomie durchgeführt werden und mit einem hohen Wundinfektionsrisiko einhergehen, sind die beiden genannten Methoden zur Reduktion der Wundheilungsstörung geeignet. Methode B ist praxisgeeigneter.