

**Uns wurde eine 57 Jahre alte Dame mit komplexer medizinischer Vorgeschichte nach diversen Operationen vorgestellt. Ihr erster chirurgischer Eingriff war ein poplitealer Bypass-Graft (27. März 2009) am rechten Bein, der fehlschlug. In dessen Folge musste der rechte Unterschenkel am 31. März 2009 amputiert werden. Sie entwickelte am 1. April 2009 starke Unterleibsschmerzen. Es wurde eine Colitis ulcerosa diagnostiziert und die Patientin wurde entsprechend medikamentell eingestellt. Wegen eines perforierten Colons musste die Patientin am 16. April erneut operiert werden. Es erfolgte eine subtotale Colectomie und Ileostomie.**

## Visite 1

Postchirurgisch wurde eine Wundheilungsstörung festgestellt, möglicherweise auch, weil die Patientin an einer pAVK und einem Diabetes mellitus Typ II litt. Der Allgemeinzustand war zu diesem Zeitpunkt schlecht. Sie wurde künstlich beatmet und zeigte Hinweise auf periphere Kreislaufstörungen. Sie wurde auf komplette künstliche Ernährung umgestellt. Die Wundspezialistin begutachtete die Wunde erstmalig am 20. April 2009 (Abbildung 1). An der Wundbasis befand sich eine submuköse Fistel. Es wurde entschieden, eine lokale Unterdruckbehandlung einzuleiten, wobei Silflex (Advancis medical) zur Abdeckung der submukösen Fistel verwendet wurde. Die Wundausmaße betragen zu diesem Zeitpunkt 23,4 x 4 x 2,5 cm. Das Wundbett war dunkelblau verfärbt und fibrinös belegt. Es wurde das Talley-Ventury™-Pumpsystem mit einem kontinuierlichen Druck von 80 mm Hg verwendet. Die Auflagen wurden alle drei Tage gewechselt.

## Visite 2

Bei der zweiten Wundinspektion am 13. Mai 2009 betragen die Ausmaße der Wunde 19 x 6,5 x 5 cm. Die Wunde war zu etwa 40% belegt, während 60% frische Granulation aufwies. Das Exsudationsniveau war bei mittlerer Viskosität mäßig. Die Wunde zeigte keine Anzeichen einer Infektion. Die Silflex-Auflage wurde halbiert und erneut aufgelegt, um die Fistel zu bedecken. In Abbildung 2 sieht man die bereits halbierte Silflex-Auflage, die jetzt nur noch an der Wundbasis platziert wurde. Die Patientin wurde noch immer intubiert und komplett künstlich ernährt. Ihre Extremitäten waren noch immer ödematös und sie befand sich auf der Intensivstation. Dennoch waren ihr Allgemeinzustand als auch der Zustand der Wunde deutlich verbessert.

Die Silflex-Auflage zeigte sich bisher effektiv beim Abdecken der submukösen Fistel. Das Pflegepersonal beurteilte die Anwendung von Silflex als einfach. Eine dritte Wundvisite nach einer weiteren Woche wurde vereinbart.

## Visite 3

Bei der letzten Visite hatte die Wunde eine Fläche von 23,5 x 7 x 3,5 cm (Abbildung 3). Der Wundgrund war zu 30% belegt und zu 70% granulierend. Das Exsudationsniveau war unverändert und die Wunde zeigte keine Infektionszeichen. Wie zuvor zeigte Silflex einen guten Schutz der submukösen Fistel, ohne die Wundheilungsprozesse zu

limitieren. An der Spitze der Wunde in der Nähe des Sternums zeigte sich ein Areal mit relativ hartnäckigen Belägen (Abbildung 3). Hier wäre die Madenbehandlung eine Option, um ein Debridement zu bewirken. Die Patientin war inzwischen in der Lage, wieder selbständig zu atmen und tolerierte kleine Mengen oral aufgenommener Nahrung.

## Schlussfolgerung

Der Zweck der Anwendung von Silflex bestand darin, die submuköse Fistel abzudecken, ohne dass es bei der simultanen Unterdruckbehandlung zu Traumata des umliegenden Gewebes kommt. Dieser Zweck wurde voll und ganz erreicht, wobei Silflex einfach und gut zu applizieren war.



Abbildung 1: Wunde unmittelbar postchirurgisch. Die Unterdruckbehandlung wurde eingeleitet, wobei die submuköse Fistel mit Silflex abgedeckt wurde.



Abbildung 2: Silflex-Silikon-Wundaufgabe an der Wundbasis

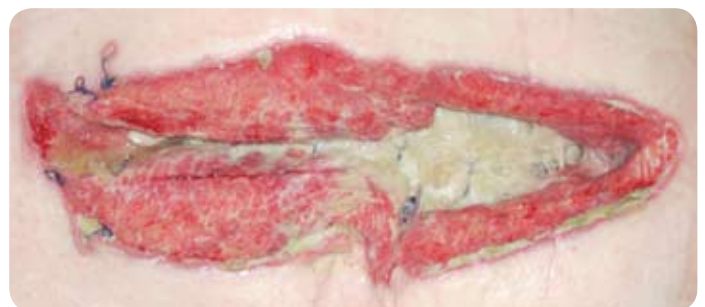


Abbildung 3: Letzte Visite unter Silflex-Behandlung: Die submuköse Fistel im linken Bereich der Wunde ist verschwunden.