


<b>Behandlungsstandard: Immunologisch bedingte Wunden</b>	WZ-BS-010 V03 Immunologisch bedingte Wunden	
	gültig bis: 10.03.2023	Seite 1 von 2

<b>Ziele</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koordiniertes Vorgehen aller an der Behandlung beteiligten Personen</li> <li>• Einheitliches Vorgehen bei Diagnostik, Therapie und Wundbehandlung</li> <li>• Vermeiden von Komplikationen</li> <li>• Förderung des Wundheilungsprozesses und der Lebensqualität</li> </ul>

<b>Definition</b>
Wundentstehung oder Wundheilungsstörung auf dem Boden eines immunologischen Geschehens.

<b>Ursachen</b>
<p>Immunologisch vermittelte Entzündungen, die sich an der Haut und Unterhaut, Gefäßen und anderen Geweben manifestieren können.</p> <p>Zu unterscheiden sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaskulitis großer, mittlerer, kleiner Gefäße (z. B. ANCA assoziierte Vaskulitis, Immunkomplexvaskulitis, Wegenersche Granulomatose, Polyarteriitis nodosa)</li> <li>• Systemische Vaskulitiden: z. B. bei Systemerkrankungen wie rheumatoider Arthritis, Sklerodermie, Lupus erythematodes</li> <li>• Ein-Organ-Vaskulitis: z. B. kutane leukozytoklastische Vaskulitis</li> <li>• Sekundäre Vaskulitis: z. B. infektsbedingte (wie Hepatitis B/C) Vaskulitis, medikamentös bedingte Vaskulitis, tumorbedingte Vaskulitis</li> <li>• Pyoderma gangraenosum (PG)</li> </ul>

<b>Diagnostik</b>
<b>Anamnese</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auf Gelenkschmerzen achten, Hinweise auf Infekte</li> <li>• Auslösende Medikamente: z. B. ASS, Allopurinol, Thiazide, Sulfonamide, Gold, nicht-steroidale Antiphlogistika, Phenothiazine, Pyrazolone, Ketoconazol, Tetracycline, Penicilline, Methimazol, Propylthiouracil, Hydroxyurea</li> <li>• Inspektion: klinischer Befund</li> <li>• Schmerzen (z. B. mit VAS-, NRS-, Smiley-Skala erfassen)</li> <li>• Zum Ausschluss von Malignomen Erhebung der B-Symptomatik: Fieber &gt; 38°C, Nachtschweiß, unerwünschter Gewichtsverlust (&gt;10 % vom Ausgangsgewicht in den letzten 6 Monaten)</li> </ul>
<b>Spezielle Diagnostik</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biopsien (Spindelbiopsie, tief genug unter Mitnahme von Fettgewebe, aus dem Randbereich, möglichst frische Läsion) für: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Histologie</li> <li>b. Direkte Immunfluoreszenz (Vaskulitis, Lupus) → Übersendung in Speziallabor empfehlenswert (Dermatohistopathologie)</li> </ul> </li> <li>• Pathergie-Test bei Verdacht auf PG</li> <li>• Serologische Vaskulitis-Diagnostik: Screening von BSG, ANA, ENA, ANCA sowie weitere Diagnostik fallorientiert</li> <li>• Urinproteinanalyse: mindestens Urin-Stix, ggf. 24h-Sammelurin</li> <li>• Fallorientierte internistische Durchuntersuchung</li> <li>• Bei PG, Suche nach: Neoplasien bzw. Begleiterkrankungen (da in etwa 50 % Assoziation mit Lymphom), chronisch entzündlicher Darmerkrankung, Diabetes mellitus, Tumoren</li> <li>• Initial immer mikrobiologische Abstriche</li> <li>• Ausschluss weiterer Ursachen für eine chronische Wunde</li> </ul>

Erstellt/Revidiert: Standardgruppe WZHH	Überprüft: Leiter der Standardgruppe	Freigegeben: 1. Vorsitzender WZHH
Datum: 11.03.2021	Datum: 11.03.2021	Datum: 11.03.2021

## Therapie

Die Abklärung und Therapiebegleitung sollte von einer spezialisierten Fachdisziplin durchgeführt werden (z. B. Rheumatologe, Dermatologe).

### Lokaltherapie

- Stadiengerechte moderne Wundversorgung
- Vorsicht bei manueller/chirurgischer Manipulation, diese kann einen Schub auslösen, insbesondere bevor eine ausreichende Immunsuppression besteht
- Speziell bei PG ist ein Débridement ohne stabile systemische Therapie obsolet!

### Systemische Therapie

- Behandlung der Grunderkrankung
- Immunsuppression: Glukokortikoide, z. B. 1-2 mg/kg KG Prednison; falls kein Ansprechen oder längerfristige Therapie erforderlich → Einstellung auf eine Kombinationstherapie mit z. B. Ciclosporin, Azathioprin, Mycophenolatmophetil, Infliximab, Adalimumab, Ustekinumab, Immunglobuline; bei unzureichender Evidenz und fehlender Zulassung zumeist individueller Heilversuch.

Wahl des Alternativpräparats jeweils angepasst an die klinische Situation (Art und Schwere der Erkrankung, Organbeteiligung, weitere Erkrankungen)

## Unterstützende und begleitende Maßnahmen

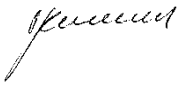

- Individuell angepasste Schmerztherapie

## Hinweise

Einteilung der Vaskulitiden nach der Chapel Hill Consensus Conference: Jennette JC et al. 2012 revised International Chapel Hill Consensus Conference nomenclature of vasculitides. Arthritis Rheum 2013 Jan; 65:1

Herberger K. Pyoderma gangraenosum. Hautarzt 2016 Sep; 67(9): 753-763.

Herberger K, Dissemmond J, Brüggelstrat S, Sorbe C, Augustin M. Biologics and immunoglobulins in the treatment of pyoderma gangrenosum - analysis of 52 patients. J Dtsch Dermatol Ges. 2019 Jan;17(1): 32-41.

erstellt / überarbeitet	Geprüft auf Richtigkeit / Inhalt	Freigabe im Wundzentrum	Freigabe und Inkraftsetzung
11.03.2021	11.03.2021	11.03.2021	
Standardgruppe des Wundzentrum Hamburg e.V.	 Dr. Pflugradt Ltg. Standardgruppe	 Dr. Münter 1. Vorsitzender WZHH	PDL Ärztliche Leitung