

Das Ulkus- hinschauen lohnt sich

Die chronische Wunde aus Sicht des Dermatologen

Susen Rode

Univ. Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie

Epidemiologie „Wunden“

- 2,18 Mio. Patienten mit akuten Wunden u. Verbrennungen
- Ca. 2-4 Mio. Patienten mit **chronischen Wunden**
- 50 % davon Ulcus cruris

- Zentrbl. Chir. 2003; 128; W2-W7

Ursachen Ulcus cruris

- Chronisch venöse Insuffizienz
- Periphere arterielle Verschlusskrankheit
- Diabetes mellitus
- Lymphödem
- Mechanisch bedingt (Dekubitus)
- Trauma
- Infektionen (Ekthymata, Osteomyelitis...)
- Autoimmunerkrankungen
- Tumoren

immer / ständig
oft / häufig
regelmäßig
manchmal
selten
nie / niemals

© DW



Fall I

92jähriger Patient

Seit 6-8 Jahren Ulkus am li. Fußrücken nach Schürfwunde beim Baden in der Ostsee

2020 PE ohne Hinweis auf Malignität

08/2024 erneute PE und Ausschluss Mykobakteriose

Vorerkr.

Art. Hypertonie

Diabetes mell.

Z.n. CE, Appendektomie, Hüft-TEP li. mit Nervenschaden

Fall I



Diagnose:
Infiltrierendes Basalzellkarzinom

Therapie:
Totalexzision und
Verschluss mit Vollhauttx.

Fall II

69jähriger Patient

**Seit 30 Jahren Ulcera am linken Unterschenkel in versch. Ausprägung;
rezidivierend Erysipele**

Biospie 2020 ohne Anhalt für Malignität; 2023 geplant PEs verschoben

Allergien: Wollwachs, Penicillin, Jod, Panthenol

Vorerkr.

CVI mit MOCA und Schaumsklerosierungen

Postthrombot. Syndrom li. Bein

PAVK vom OS-Typ links

Aggressives B-NHL des Magens, Z.n. Radiatio

Tibiafx. rechts 01/2016

RCA Birken- u. Gräserpollen

Nikotinabusus

Fall II



Diagnose: kutanes Plattenepithelkarzinom

Therapie: Exzision R1 zur Tiefe mit Knocheninfiltration, LK-Exstirpation keine Filia;
Staging: V.a. LK-Metastase; Diskussion Nachexzision/Amputation;
Einleitung Systemtherapie mit Cemiplimab

Fall III

74jähriger Patient

Seit mind. 2018 Ulcera rezidivierend, auch Abheilung

Vorerkr.

Nachweis CVI mittels Duplex erfolgt, Z.n. mehrfacher MOCA

Diabetes mellitus Typ II

Arterielle Hypertonie

Adipositas

Fall III



Diagnose: kutanes diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom

Therapie: Radiatio, Systemtherapie mit Rituximab, weitere Systemtherapie abgelehnt, verstorben 05/2024

Fall IV

84jährige Patientin

**Seit ca. 1 Jahr „Blutblase“ plantar rechts, im Verlauf „aufgeplatzt“ und insgesamt
größenprogredient**

**Nach ca. 6 Monaten Vorstellung Unfallchirurgie, Exzision des Befundes (keine
histopathologische Untersuchung), danach Wundversorgung/-therapie**

Mediainfarkt mit langer Reha-Phase

Vorerkr.

Art. Hypertonie

Herzinsuffizienz

Koronare Herzerkrankung

Vorhofflimmern

Mitral- und Trikuspidalinsuff. mit Mitralersatz

Niereninsuffizienz

HLP

Depression mit Z.n. Suizidversuch

Fall IV



Diagnose: ulzeriertes akral lentiginöses Melanom, TD 4,5 mm

Therapie: SLNB neg., Stadium IIC, Einleitung adj. Immuntherapie PD1;
Progress mit pulm. Metastasen -> Einleitung Immun-Kombinationsth.

Fall V

35jähriger Patient

Seit mind. 1 Woche massive Ödeme, Rötung und Überwärmung Fuß links; habe über Monate zu enges Schuhwerk getragen

➤ Weichteilinfekt/Erysipel

Vorerkr.

Adipositas (BMI 43,4)

Z.n. Asthma im Kindesalter

?

Fall V



Diagnose: kutane hämorrhagisch-nekrotisierende leukozytoklastische Vaskulitis

Therapie: lokale und systemische GCS, Kompression

Vaskulitis

Leukozytoklastische/(allergische) Kleingefäßvaskulitis

Typ III: Zirkulierende Immunkomplexe (IgM-/IgG-) und Autoantikörper

Ursache meist Medikamente und/oder Infekte; Neoplasien; immunologische Erkrankungen z.B. Kollagenosen

Nach Latenzzeit (Tage) Auftreten von:

palpablen Purpura
hämorrhagische Blasen
Ulzera und Nekrosen

Diagnostik:

Biopsie + DIF
Ausschluss systemische Beteiligung (Niere, Darm)

Therapie:

Immunsuppressiv
Allergenkarenz
Rezidive 10%

Fall VI

20jähriger Patient

Seit 2015 progredientes Ulkus am rechten Bein

Vorerkr.

Hypermobilität

Aufmerksamkeitsdefizit- Syndrom

Camptodaktylie

???

Fall VI



Diagnose: Pyoderma gangraenosum

Therapie: diverse immunsuppressive Therapien ohne großen Erfolg,
lokale Therapie u.a. Plasma

Pyoderma gangraenosum

Nicht-infektiöse ulzerierende neutrophile Dermatose

Ätiologie unklar

Ass. mit Autoimmunerkrankungen (CED, Rheuma) hämatologisch/onkolog. Grunderkrankungen, chronische Infektionserkrankungen, postop. Wundheilungsstörung

Diagnostik

- **Paracelsus-Score:** Ab einer Gesamtpunktzahl von mindestens 10 ist das Vorliegen der Erkrankung sehr wahrscheinlich.
- Hauptkriterien: jeweils 3 Punkte
 - progredienter Krankheitsverlauf
 - Ausschluss relevanter Differenzialdiagnosen
 - rötlich-livider Wundrand
- Nebenkriterien: jeweils 2 Punkte
 - Ansprechen auf Immunsuppressiva
 - charakteristische, bizarre Form der Ulzeration
 - starker Schmerz (VAS > 4)
 - lokales Pathergiephänomen
- Zusatzkriterien: jeweils 1 Punkt
 - suppurative Inflammation in der Histopathologie
 - unterminierter Randsaum
 - assoziierte Systemerkrankungen

Therapie: Immunsuppression; cave: Manipulation!!!

Fall VII

66jährige Pat. mit seit Jahren bestehenden Ulzera an beiden Unterschenkeln (wechselnd) teils mit kalkartigen Auflagerungen

Vorerkr.

Chronisch venöse Insuff.

Rez. Erysipele US bds.

Chron. Niereninsuff.

Herzinsuff.

Art. Hypertonie

Adipositas per magna

Katarakt-OP

Fall VII



Diagnose: Calcinosis cutis

Therapie: Natriumthiosulfat + Wundtherapie inkl. Plasma

Calcinosis cutis

Ablagerung von Kalzium-Phosphat-“Niederschlag“ (Kalzinose) in der Haut, bes. Extremitäten

Ursache:

Systemerkrankungen (Sklerodermie, Dermatomyositis)

Hautinfektionen

Hautverletzungen

Chronische Hyperkalzämie/ Hyperphosphatämie

Therapie:

Entfernung der Kalkablagerungen

Natriumthiosulfat

Fall VIII

60jährige Pat.

Seit ca. 3 Jahren „offene Stelle“ prätibial rechts

Vor 40 Jahren Trauma gehabt

Vorerkr.

Systemische Sklerose mit CREST-Syndrom ED 1995 (Raynaud-Syndrom, Calcinosis cutis, vaskulitisches Ulcus re. US, akrale Nekrosen)

Leberzirrhose a.e. multifaktorieller Genese, Child A, MELD 7 Pkt.

Z.n. oberer GI-Blutung bei Ösophagusvarizen II° und atypischer Duodenalvarize rezidivierend portale Dekompensation mit Aszites

Varizenembolisation, TIPS-Anlage

Chronisch venöse Insuffizienz

Z.n. TVT rechts 1985 und 10/2014

Z.n. hämorrhagischer invasiver Gastritis (H.p. negativ)

Laktoseintoleranz

Z.n. Ovariectomie

Hypothyreose, euthyreote Stoffwechsellage

Z.n. Herpes zoster linke Gesichtshälfte 12/2011

Z.n. Plattenepithelkarzinom der Haut linke Schläfe 05/2019

Fall VIII



Diagnose: systemische Sklerose

Therapie: immunsuppressive Therapie, zusätzlich
Lokaltherapie auch Plasmatherapie

Fall IX

67jähriger Pat.

Vor 3 Wochen erstmals Ulcus an der Wade, rel. akut aufgetreten

Stark schmerzhaft (schubförmig) 8/10 NRS

Vorerkr.

PAVK

Niereninsuff. Z.n. Nierentx. mit Abstoßung, dialysepflichtig

Posttransplantationsdiabetes

Hypertensive Herzkrankheit

Z.n. manifester Hyperthyreose bei Struma I.° euthyreote Stoffwechsellage Z.n.

anterioren ischämischen Optikusneuropathie Cholezystolithiasis/Gallenblasengries,

Z.n. Cholezystektomie 03/2020

Z.n. Operation einer Spinalkanalstenose

AV-Block Grad 1

Fall IX



Diagnose: Kalziphylexie

Therapie: immunsuppressive Therapie, zusätzlich
Lokaltherapie auch Plasmatherapie

Kalziphylaxie

-Seltenes, schweres Krankheitsbild

-Fast nur bei niereninsuffizienten/dialysepflichtigen Pat. (sekundärer Hyperparathyreoidismus); paraneoplast. Syndrom bei Mamma-Ca; selten bei chronischen Darmerkrankungen und primärem Hyperparathyreoidismus

-Kalzifizierende Dermatitis und Pannikulitis -> thrombotische Verschlüsse und Wandverkalkungen kleiner und mittelgroßer Gefäße der Dermis, häufig nachfolgende Hautnekrose

Trias:

arterioläre Mediaverkalkung

thrombotisch kutane Ischämie

plötzlich auftretende schmerzhafte, zackig begrenzte Hautnekrosen

Fall X

80-jährige Patientin

Zunehmende Knotenbildung an beiden Unterschenkeln und starken Schmerzen in den Knie- und oberen Sprunggelenken

initiale Verdachtsdiagnose infektassoziiertes Erythema nodosum, unter entsprechender Therapie keine Befundbesserung.

Im Verlauf Ulzeration der Knoten und Entwicklung gürtelförmiger Bauchschmerzen.

Keine weiteren Organbeschwerden, kein Fieber.

Vorerkr.

Arterielle Hypertonie

Demenz

Refluxosophagitis

Gonarthrose rechts

Retropatellarerguss bds.

Fall X



Diagnose: pankreatische Pannikulitis

Therapie: Kausaltherapie der Pankreatitis

pankreatische Pannikulitis

Seltene Komplikation (0,3-3%) von Pankreaserkrankungen (Pankreatitis; Lipase-bildende Tumoren)

Fokale enzymatische Wirkungen von Lipasen (Pankreaslipase, Phospholipase-A2) oder alpha-Amylase -> Fettabbau -> Verseifung zu Glycerol und freien Fettsäuren
-> (aseptische) inflammatorische Gewebereaktion

Meist vor Diagnosestellung der Grunderkrankung

Auch Assoziation mit Polyarthrititis möglich

Diagnostik: Bestimmung Lipase, Amylase, AP, GGT, CRP, Blutbild

Therapie:

Behandlung der Grunderkrankung

Lokal antiphlogistische Salben/Gele

Fazit

Ulcus cruris venosum am häufigste Ursache

Mischformen, insbesondere bei Systemerkrankungen möglich

Bei unklaren Befunden und/oder langem Verlauf **Biopsie in Erwägung ziehen**

Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Behandlungskonzepte