

Leitlinie zum phlebologischen Kompressionsverband (PKV)

Die "Leitlinien" der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft und des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen e.V. sind Empfehlungen für ärztliches Handeln in charakteristischen Situationen. Sie schildern ausschließlich ärztlich-wissenschaftliche und keine wirtschaftlichen Aspekte. Die "Leitlinien" sind für Ärzte unverbindlich und haben weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Definition

Der phlebologische Kompressionsverband (PKV) ist bei der ärztlichen Behandlung phlebologischer und lymphologischer Erkrankungen unverzichtbar. Die Anwendung des Verbandes erfordert spezielle Kenntnisse und Erfahrungen sowohl in Diagnose, Differentialdiagnose und bei den Kontraindikationen zur Therapie der venolymphatischen Krankheiten als auch in der Technik des Anlegens. Der PKV kann als Wechselverband und Dauerverband konzipiert werden. Ein Wechselverband wird täglich neu angelegt und in der Regel nicht über Nacht belassen. Demgegenüber verbleibt der Dauerverband über einen längeren Zeitraum, meist über mehrere Tage, auch über Nacht.

Der phlebologische Kompressionsverband schließt mindestens ein großes Gelenk mit ein.

Indikationen

- Varikose, primär und sekundär
- Varizen in der Schwangerschaft
- Leitveneninsuffizienz
- Thrombophlebitis sowie Zustand nach abgeheilter Phlebitis
- Phlebothrombose
- Zustand nach Thrombose
- Postthrombotisches Syndrom
- chronische Veneninsuffizienz der Stadien I bis III nach Widmer, auch Ulcus cruris mixtum
- Ödeme in der Schwangerschaft
- posttraumatische Ödeme
- postoperative Ödeme
- zyklisch idiopathische Ödeme
- Lymphödeme
- Lipödeme
- Angiodysplasien
- die Sklerosierungstherapie unterstützend

- nach venenchirurgischen Eingriffen
- Thromboseprophylaxe
- Absolute Kontraindikation
- fortgeschrittene periphere arterielle Verschlusskrankheit
- dekompensierte Herzinsuffizienz
- septische Phlebitis
- Phlegmasia coerulea dolens
- Relative Kontraindikation
- Sensibilitätsstörungen der Extremität
- fortgeschrittene periphere Neuropathie (z. B. Diabetes mellitus)
- Unverträglichkeit auf Bindenmaterial
- noch kompensierte periphere arterielle Verschlusskrankheit

Risiken

Unsachgemäßes Bandagieren kann Hautnekrosen und nervale Druckschäden zur Folge haben.

Bindentypen

- wiederverwendbare Materialien
- Idealbinde nach DIN 61631 (1985)
- textilelastische Binde
- auerelastische Binde
- kohäsive (auf sich haftende) Binde
- nichtwiederverwertbare Materialien
- adhäsive (klebende) Materialien
- Starrbinde (Zinkleimbinde)

Elastizität

- unelastische Binden

- Kurzzugbinden (bis 60 % Dehnbarkeit); eine weitere Differenzierung in z. B. Ultrakurzbinden ist nicht sinnvoll
- Mittelzugbinden (bis 140 % Dehnbarkeit)
- Langzugbinden (über 140 % Dehnbarkeit)

(entspricht der maximal möglichen Dehnung durch den Anwender)

Verbandstechniken

Es gibt eine Vielzahl von individuellen Verbandstechniken, meist mit Eigennamen belegt, die genaue Angaben zur Vorgehensweise machen. Unabhängig hiervon sollte wesentliche Prinzipien beim Anlegen eines Kompressionsverbandes beachtet werden:

Der Verband sollte möglichst nur angelegt werden bei einer Sprunggelenksstellung im Winkel von 90 °

Die Ferse wird miteingebunden

Der Verband deckt die Zehengrundgelenke mit ab

Der Unterschenkelkompressionsverband (zwei Binden) wird bis zum Fibulaköpfchen, der Oberschenkelkompressionsverband bis zum proximalen Oberschenkel ausgeführt

Der Druck des Verbandes nimmt von distal nach proximal ab

Der Verband darf weder Druckstellen, Schürfwunden noch Schmerzen verursachen

Das Material des PKV und die Anlegetechnik müssen der jeweiligen Krankheit (wie Ulkus, Stauungsdermatose, Dermatoliposklerose) angepaßt werden

Zur Vermeidung von Druckstellen muß ggf. gemäß dem LaPlace-Gesetz lokal aufgepolstert oder unterpolstert werden.

Materialzusammensetzung

Der MKS darf nicht enthalten :

- die 20 bekannten Azofarbstoffe,
- die krebserregenden Amine (sog. Arylamine), abspalten können,
- die allergisierenden Dispersionsfarbstoffe Dispersionsblau 1, 35, 106, 124, Dispersionsgelb 3, Dispersionsorange 3, 37/76, Dispersionsrot und Formaldehyd.
- Der pH-Wert sollte im Bereich von 5-7 liegen.
- Die baumwollhaltigen MKS dürfen verbotene Pestizide nicht enthalten und die festgelegten Grenzwerte dürfen nicht überschritten werden (Insektizide, Herbizide, Pyrethroide, chlorierte Phenole).

Haltbarkeit

Die wiederverwendbaren Kompressionsbinden sollten bis mindestens 15mal gewaschen (gekocht, dampfsterilisiert oder chemisch sterilisiert) werden können, bevor ihre Elastizität spürbar nachzulassen beginnt.

Kennzeichnung

Bei den wiederverwendbaren Kompressionsbinden müssen Produktname, Hauptinhaltsstoffe, Länge ungedehnt, Breite ungedehnt, Angaben zur maximalen Längs- und Querdehnbarkeit (%) und die Waschsymbole an der Binde selbst etikettiert sein. Bei nicht wiederverwendbaren Binden sollten diese Angaben auf der Verpackung vermerkt sein.

Literatur

Arnoldi, C.C.: Elastic compression in the prevention of venous thrombosis. *VASA* 5, (1976), 101 - 106

Batch, A.J.; Wickremsinghe, S.S.; Gannon, M.E.; Dormandy, J.A.: Randomised trial of bandaging after sclerotherapy for varicose veins. *Br Med J* 281, (1980), 423

Blair, S.D.; Wright, D.D.I.; McCollum, C.N.: Comparison of high and low pressure compression bandages in healing chronic venous ulcers. *Swiss Med* 10, (1988), 111 - 112

Blair, S.D.; Wright, D.D.I.; Backhouse, C.M.; Riddle, E.; McCollum, C.N.: Sustained compression and healing of venous ulcers. *Br Med J* 297, (1988), 1159 - 1161

Callam, M.J.; Harper, D.R.; Dale, J.J.; Brown, D.; Gibson, B.; Prescott, R.J.; Ruckley, C.V.: Lothian and fort valley leg ulcer healing trail, Part I: Elastic versus - non-elastic bandaging in the treatment of chronic leg ulceration. *Phlebology* 7, (1992), 136 - 141

Coleridge-Smith, P.D.; Scurr, J.H.; Robinson, K.P.: Optimum methods of limb compression following varicose vein surgery. *Phlebology* 2, (1987), 165 - 172

Haid, H.; Lofferer, O.; Mostbeck, A.; Partsch, H.: Die Lymphkinetik beim postthrombotischen Syndrom unter Kompressionsverbänden. *Med Klinik* 63, (1968), 754 - 757

Harper, D.R.; Ruckley, C.V.; Dale, J.J.; Callam, M.C.; Allan, P.; Brown, D.; Gibson, B.: Prevention of recurrence of chronic leg ulcer: A randomised trail of different degrees of compression. *Phlebology* 92: Raymond-Martimbeau, P.; Prescott, M.; Zummo, M. (Eds.): John Libbey Eurotext Paris 1992, pp. 902 - 903

O'Donnel, T.F.; Rosenthal, D.A.; Callow, A.D.; Ledig, B.L.: Effect of elastic compression on venous hemodynamics in postphlebotic limbs. *JAMA* 242, (1979), 2766 - 2768

Raines, J.K.; O'Donnel, T.F.jr.; Kalisher, L.; Darling, R.C.: Selection of patients with lymphedema for compression therapy. *Am J Surg* 133, (1977), 430 - 437

Raj, T.B.; Makin, G.S.: A random controlled trail of two forms of compression bandaging in outpatient sclerography of varicose veins. *J Surg Res* 31, (1981), 440 - 445

Rueff, F.L.: Beengende Verbände. *Münch Med Wochenschr* 119, (1977), 57 - 62

Wyss, P.A.; Gruber, U.F.: Does bandaging of legs or elastic stockings prevent postoperative deep venous thrombosis. VASA 6, (1977), 376 - 380

Diese Leitlinie wurde im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie (DGP), e-mail: phlebo@mail.meb.uni-bonn.de, ausgearbeitet und vom Vorstand und dem Wissenschaftlichen Beirat der DGP am 16. Juni 1996 verabschiedet. Diese Leitlinie berücksichtigt den aktuellen Stand der Literatur, jedoch nicht die in jedem Land unterschiedlichen Zulassungsbestimmungen für verschiedene Pharmaka.

Erarbeitet von:

V. Wienert; H. Altenkämper; D. Berg; M. Fuckner; M. Jünger; E. Rabe; R. Stemmer

Überprüft und aktualisiert: Ende Februar 1998

Die "Leitlinien" der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft und des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen e.V. sind Empfehlungen für ärztliches Handeln in charakteristischen Situationen. Sie schildern ausschließlich ärztlich-wissenschaftliche und keine wirtschaftlichen Aspekte. Die "Leitlinien" sind für Ärzte unverbindlich und haben weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.