



Therapieoptionen bei der Kompressionstherapie

(Rotterdam) Die diesjährige Konferenz des International Compression Club fand vom 7. bis 8. Juni in Rotterdam statt. Unter dem Kongressmotto „Compression in Chronic Oedema“ erläuterten Experten aus Wissenschaft und Praxis aktuelle Entwicklungen in der Kompressionstherapie und stellten neue Erkenntnisse vor. Kerstin Protz, Fachexpertin des Medical Data Institute, präsentierte dem internationalen Publikum eine praxisrelevante Studie, in der drei Therapieoptionen einander gegenübergestellt wurden.

Als international agierende Expertengruppe widmet sich der International Compression Club (ICC) der weltweiten Verbreitung und Entwicklung der Kompressionstherapie. Neben der Initiierung kooperativer internationaler Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Herstellern, der Etablierung von verbindlichen Standards und der Unterstützung entsprechender Publikationen, organisiert der ICC weltweit jährliche Konferenzen. Die diesjährige Veranstaltung fand „back-to-back“ mit dem Kongress des International Lymphoedema Framework in Rotterdam statt und stand unter dem Motto „Compression in Chronic Oedema“. Die MDI-Fachexpertin Kerstin Protz stellte vor internationalem Auditorium eine aktuelle Studie zur Kompressionstherapie vor. Die Projektmanagerin für Wundforschung am Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen am Universitätsklinikum Hamburg hatte hierfür drei Versorgungsoptionen unter verschiedenen Gesichtspunkten verglichen.

Gemäß einer Definition des ICC aus dem Jahr 2008 ist zu Beginn der Kompressionstherapie ein starker Kompressionsdruck von 40 bis 60 mmHg dafür geeignet, einen adäquaten Druck auf das betroffene Bein zu erwirken, um vorhandene Ödeme abzubauen und den Beinumfang zu mindern. Hierfür kommen in der sogenannten Entstauungsphase Kurzzugbinden, Mehrkomponentensysteme und adaptive Kompressionsbandagen zum Einsatz.

Die meisten phlebologischen Kompressionsverbände werden heutzutage immer noch aus Kurzzugbinden gefertigt. Diese unelastischen Binden haben ein geringes Dehnungsvermögen von 40 bis 90%. Studien weisen darauf hin, dass Kurzzugbinden oft nicht sachgerecht angelegt werden, häufig verrutschen, wenn der Betroffene sich nur leicht bewegt und zudem rasch an Druck verlieren. In der von Protz vorgestellten Untersuchung gelang es nur jedem zehnten Teilnehmer, mit einer Kurzzugbindenwicklung einen therapierelevanten Druckwert zu erzielen. Mehr als ein Drittel bewertete entsprechend die Durchführung einer solchen Bandagierung als schwierig.

Hierin bestand ein wesentlicher Unterschied zur Einschätzung der sogenannten Mehrkomponentensysteme, mit denen mehr als die Hälfte sehr gut zurecht kam. Entsprechend viele Teilnehmer lagen bei der Anlage dieser Versorgungsoption zudem innerhalb der vorgegebenen Druckwertspanne. „Einige dieser Systeme verfügen über optische Markierungen, die das Einschätzen eines erzeugten Drucks erleichtern“, erläuterte Protz diese Ergebnisse. Mehrkomponentensysteme sind in Sets aus bereits fertig konfektionierten Einmal-Binden erhältlich. Meist handelt es sich um zwei Binden:

eine Polsterbinde und eine kohäsive, auf sich selbst haftende Kurzzugbinde, die den eigentlichen Kompressionsdruck erwirkt. Obwohl verschiedene international tätige Hersteller seit fast zwanzig Jahren Mehrkomponentensysteme anbieten, haben sie im deutschsprachigen Raum bis heute noch keine weite Verbreitung gefunden, merkte Protz an.

Eine moderne Alternative stellen die adaptiven Kompressionsbandagen dar. Es handelt sich um widerstandsfähige Manschetten, die gereinigt und wiederverwendet werden können und einen variablen Kompressionsdruck erzeugen, der unkompliziert über ein Klettsystem eingestellt werden kann. Die in der vorgestellten Studie verwendete Bandage verfügt über Markierungen auf der Manschette, durch die mithilfe einer Schablone der erzielte Druckwert ablesbar ist. Es gelang über 80% der Teilnehmer, die diese Bandagen im Rahmen der Studie verwendet hatten, hiermit einen entsprechenden Kompressionsdruck zu erreichen. Die Anwendung wurde von den Meisten als weder schwierig, noch einfach bewertet. „Diese Systeme sind in der Praxis noch nicht so verbreitet“, erläuterte Protz diese Einschätzung. „Die wenigsten Teilnehmer hatten bisher Erfahrungen mit adaptiven Bandagen.“

Im Gegensatz zu den Kurzzugbinden und den Mehrkomponentensystemen, bei denen der Fuß relativ dick einbandagiert ist, wird der entsprechende Kompressionsdruck bei der adaptiven Bandage mit einem Kompressionsstrumpf erzeugt. Dadurch gelang es allen Teilnehmern, in ihre Schuhe zu kommen, was bei den beiden anderen Optionen zum Verrutschen der Binden führte. „Die Möglichkeit, die gewohnten Schuhe weitertragen zu können, trägt erheblich zur Bereitschaft des Patienten bei, die Therapie konsequent zu befolgen“, kommentierte Protz. „Diese sogenannte Adhärenz ist Grundlage des Therapieerfolgs“. Die Hamburger Fachautorin sieht zudem einen entscheidenden Vorteil darin, dass adaptive Bandagen von einigen Patienten, oder deren Angehörigen nach einer kurzen Schulung selbst angelegt und nachjustiert werden können: „Solches Selfempowerment trägt wesentlich zur Lebensqualität der Patienten und ihrer Akzeptanz gegenüber der Therapie bei.“

Der ICC führt seit 2005 internationale Experten im Themenfeld der Kompressionstherapie zusammen und ermöglicht so einen Austausch „über Grenzen hinweg“. Die Gründung geht auf eine Initiative von Professor Hugo Partsch zurück, der hierdurch ein Forum für einen Brückenschlag zwischen Wissenschaft, Herstellern und Praxis schuf. Im Rahmen eines bewegenden Festabends während einer Rundfahrt durch den weitläufigen Hafen von Rotterdam wurde Partsch für sein Engagement in der Kompressionstherapie geehrt. Viele langjährige Wegbegleiter nutzen in teils launigen, teils bewegenden Reden die Gelegenheit auf die gemeinsame Zeit zurückzublicken und die Verdienste des österreichischen Phlebologen zu würdigen.