

In Ergänzung zur Bakteriologie

Das zytologisch kontrollierte Wundmanagement mithilfe der Wundgrundzytologie

Teil 2

Pierre Foss, Wadern

Zusammenfassung

Die Wundgrundzytologie (WGZ) ist ein Bürsten-Abstrich-Verfahren aus der Gynäkologie, das für den Gebrauch an Wunden adaptiert wurde. Die WGZ festigt die bakteriologische Diagnostik, indem sie das Wundareal mit der höchsten Verkeimung zeigt.

Schlüsselwörter: Wunde, Wundmanagement, Wundheilung, Wundgrundzytologie

Abstract

Wound bed cytology is a brush-swab-method known from gynaecology which was adapted for the use in wounds. It consolidates bacteriological diagnostics by revealing the wound area with the highest contamination.

Key words: wound, wound management, wound healing, wound bed cytology

Abb. 19: Entfernen eines nekrotischen Belages zur histologischen Analyse: Der schwärzliche Belag rechts in der Bildmitte wurde entfernt. Die tiefe Wunde sieht klinisch rosig aus, ohne Zeichen einer bakteriellen Bindegewebsreaktion. Bemerkung: es können sich unter einer oberflächlich gesund aussehenden Wunde in der Tiefe erhebliche bakterielle Infektionen abspielen, die manchmal auch überraschend aufbrechen. Diese Patientin wurde in eine Wundambulanz eines großen Krankenhauses eingewiesen.

Abb. 20, 21: Die Histologie des Belages zeigt multiple bakterielle Infektionsherde, die teils diffus an der Oberfläche liegen und

vor allem in der Tiefe des Belages scharf begrenzt und dicht bepackt sind. Die dort teils vorhanden Mikrosporen von Pilzen sind nur nach eingehender Inspektion des Präparates zu finden (100 x Objektivvergrößerung) und konnten hier nicht dargestellt werden.

Abb. 22 zeigt einen solchen Befund: Der 49-jährige Patient neigt seit zwölf Jahren zu einem venös bedingten Ulcus cruris links. Er scheuert wegen eines massiven Juckreizes mit der Ferse des rechten Fußes öfters an der Wunde (grüner Kreis). Bei der genaueren klinischen Betrachtung des Unterschenkels und der Füße wurde dann der dringende

Wie sieht histologisch ein nekrotischer Belag aus?

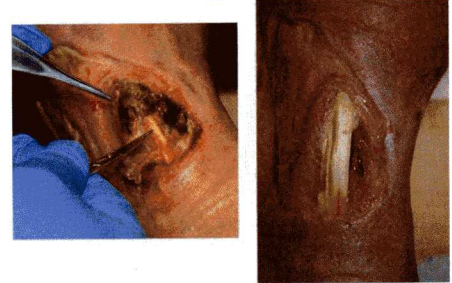


Abb. 19

Verdacht auf eine massive dystrophe Onychomykose (blauer Kreis), *Tinea pedis* beider Füße („Kein Nagelpilz ohne Fußsohlenpilz!“) und eine *Tinea cruris* links (roter Kreis). Es wurde eine fräszytologische Abklärung auf Pilze an den drei Stellen durchgeführt, die jeweils die Verdachtsdiagnosen bestätigte. Die WGZ in der Wunde (grüner Kreis) zeigte neben reichlich Kugelkokken auch Mikrosporen, Sporen und einzelne Hyphenfäden.

Dieser Fall zeigt deutlich den Nutzen dermatologischer Zytologien mit verschiedenen Entnahmeverfahren. Der Patient wurde für eine Woche mit einem antientzündlich wirksamen Breitband-Antimykotikum zweimal täglich behandelt – worauf der Juckreiz am Unterschenkel und am Innenknöchel verschwand – und dann nachfolgend einmal täglich mit einem Breitband-Antimykotikum in Cremeform für vier Wochen zum Auftragen auf beide Unterschenkel und Füße. Zusätzlich wurde noch eine orale Antimykose im Intervall verordnet. Die Wunde mit den kleinen Ulzerationen heilte nach vier Wochen ab. Der Patient konnte seine Kompressionsstrümpfe wieder tragen usw.

Hier bewies sich wieder einmal, welchen guten Erfolg eine umfassende Diagnostik haben kann und wie andere Hauterkrankungen die Behandlung von Wunden beeinflussen können. Die Dermatologen sollten öfters von den anderen ärztlichen Wundbehandlern konsultiert werden. Besteht der Verdacht auf ein **Wundkarzinom**, so sollte mindestens eine Zytologie abgenommen und in ein erfahrenes Zytologielabor eingesendet werden. Sicherer ist hier selbstverständlich eine tiefere Probenentnahme zur Histologie.

Generell kann die Wundgrundzytologie auch zur Fremdbefundung in ein zytologisches Labor versendet werden. Hier muss

