

## Wundversorgung, Abszess

# Kleine Notfallchirurgie in der Hausarztpraxis

Dominik Heim<sup>a</sup>, Christine Pignolet<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Facharzt für Chirurgie, FMH, Chir. Praxis Hohmad, Thun; <sup>b</sup> Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Hausarztpraxis Einigen-Gwatt

«Klein» ist hier eigentlich das falsche Wort. Es suggeriert «unbedeutend», das ist es aber nicht. Auch in diesen «kleinen» Situationen braucht es viel Kompetenz.

Das Video zu diesem Artikel finden Sie hier: [primary-hospital-care.ch](http://primary-hospital-care.ch)



## Wundversorgung

Zur Wundversorgung wird eine entsprechende Infrastruktur benötigt. Es braucht eine gute Lichtquelle, sterile Instrumente, entsprechendes Nahtmaterial, sterile Plastik«schläuche» (Option: aufgerollter Finger eines sterilen Handschuhfingers mit ausgeschnittener Kuppe) für eine Blutsperre an den Akren oder eine manuelle Blutdruckmanschette für eine Blutsperre weiter proximal. Eine einfache Lupenbrille ist von Vorteil.

## Anästhesie

- Infiltration von Lokalanästhetika rautenförmig um die Wunde selbst.
- Finger- oder Zehenleitungsanästhesie: Auch Oberst-Block genannt (Abb. 1). Kein Zusatz von Adrenalin. Alternative: Intrathekale Fingerleitungsanästhesie [1].
- Handblock: Siehe dazu die angegebene Literatur [2].
- Man benutze kurz wirksame Anästhetika wie Xylocain oder Lidocain 1%, Mepivacain, seltener länger wirksame wie Bupivacain oder Ropivacain. Ein Zusatz von Natriumbicarbonat (Verdünnung 5:1; ph



Abbildung 1: Leitungsanästhesie nach Oberst (Oberst-Block). © Foto: D. Heim.

wird neutralisiert) führt zu schnellerem Wirkungseintritt, verstärkt die Wirkung und vermindert das Brennen bei der Injektion. Die Maximaldosen der eingesetzten Medikamente sind unbedingt einzuhalten [3].

## Bei Kindern:

- Mit der lokalen Applikation von LET-Gel kann im besten Fall auf eine Infiltrationsanästhesie verzichtet werden.
- Anwendung des LET-Gels: Gel auf die zu anästhesierende Region applizieren und mit einer Folie (z.B. mit Opsite) für ca. 20–30 Minuten abdecken.
- Cave: LET-Gel ist aufgrund des Adrenalinzusatzes an Akren, Nase, Ohren, Penis und Schleimhäuten kontraindiziert.

**Merke:** Der Zusatz von Natriumbicarbonat vermindert das Brennen bei der Injektion. Bei Kindern und schmerzempfindlichen Patienten kann vorgängig eine Lokalanästhetika-haltige Salbe oder Gel am Ort der Infiltrationsanästhesie appliziert werden.

## Naht

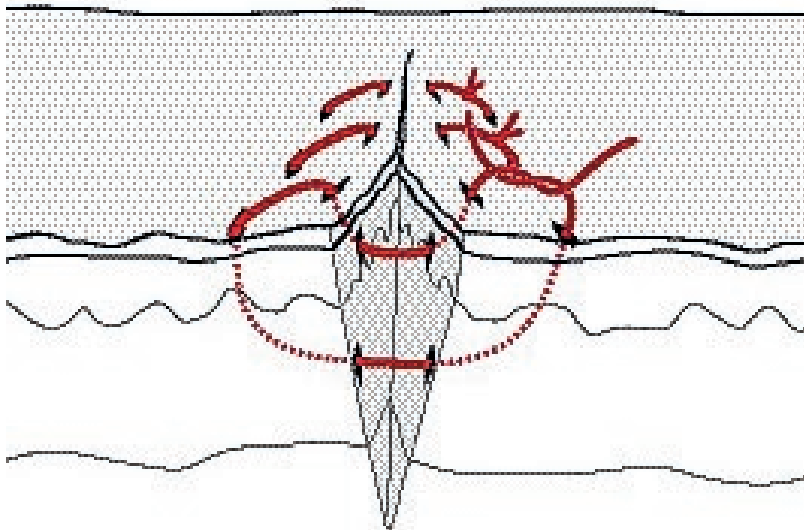
- Diese kann in der Praxis bei entsprechendem Interesse und Kompetenz innerhalb von 6 Stunden nach der Verletzung problemlos durchgeführt werden.
- Wirtschaftlich betrachtet lohnt sich das eher nicht! Einweginstrumente «rentieren» dabei eher als die Sterilisation von Mehrweginstrumenten (was eigentlich ein ökologischer Unsinn ist).
- Vor der Naht an Fingern und Hand erfolgt die Wundrevision zur Inspektion der tieferliegenden Strukturen (incl. Nerven) ohne Lokalanästhesie, sonst kann die Sensibilität im Referenzspital nicht mehr geprüft werden! Zur Prüfung von Sehnen an Fingern und Hand werden die entsprechenden Gelenke passiv bewegt.
- Bei zeretzten Wundrändern sollte vor der Wundnaht eine sehr limitierte Wundrandexzision erfol-

**Tabelle 1:** Nahtmaterial und Zeitpunkt der Fadenentfernung.

Lokalisation	Fadenstärke	Fadenentfernung
Gesicht	5.0	5 Tage
behaarter Kopf (kein schwarzer Faden)	3.0	10 Tage
über Gelenke	3.0	2½ Wochen
sonstige Körperregionen	4.0	10–14 Tage

gen. Im Gesicht und am behaarten Kopf ist dies nicht notwendig.

- Die Wunde wird durch Ausspülung mit einfacher Ringer- oder NaCl-Lösung gesäubert. Es können auch lokale Antiseptika wie Lavasept und Pronto-san verwendet werden. *Cave:* Octenisept ist kontraindiziert, da es Nekrosen und Vernarbungen verursachen kann. Man verzichte auch auf Spülun-



**Abbildung 2:** Donati-Naht (aus [5]: Heim D, Renga M. Kleine Chirurgie in der Praxis. Ars medici. 2011;24:1042–6. © 2011. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung von der Rosenfluh Publikationen AG).



**Abbildung 3:** Drainage (Pfeil) durch die Wunde und Verband mit Jelonet. © Foto D. Heim.

gen mit Povidon-Iod-Lösung (zytotoxisch) und Wasserstoffsuperoxid (Fettgewebnekrosen, Unmöglichkeit, später noch einen Gasbrand zu diagnostizieren).

- Nahttechnik: Nahtmaterial siehe Tabelle 1. Eine subkutane Naht mit resorbierbarem Nahtmaterial ist selten nötig. Die Hautnaht soll in der Einzelknopftechnik erfolgen (bei Infekt Wundspreizung möglich). An der Hand und am Fuss reicht eine einfache Naht ohne Rückstich, ansonsten sind die Donati-Naht (Abb. 2) oder die Allgöwer-Donati-Naht mit dem intrakutanen Rückstich (in vaskulär heiklen Gebieten) anzuwenden. Eine Drainage (Abb. 3, Tab. 2) ist nie falsch, aber nicht nötig im Gesicht und am behaarten Kopf.

**Merke:** «Dilution is the best solution against pollution»!

**Verband:** An Händen und Füßen kann eine Fettgaze die Haut (und Wunde) geschmeidig halten (Abb. 3).

**Fadenentfernung:** Siehe Tabelle 1. Bei Operationsnarben erleichtern Einlagefäden die Fadenentfernung. Man beachte die Vorgaben des Operateurs. Tipp: Anstelle einer Schere kann man ein Stickskalpell (11er-Klinge) benutzen!

**Versorgung spezieller Wunden**

**Wunden am Kinn:** Man denke immer an eine Kieferköpfchenfraktur. Mundöffnung und Zahnstellung sollten kontrolliert werden (allenfalls im Verlauf Orthopantomogramm oder CT empfehlen).

**Wunden nahe an Augenlidern:** Grosszügige spezialärztliche Versorgung bei Gefahr für späteres Ektropium.

**Bisswunden (Mensch und Tier):** Wunde (auch oberflächliche!) in Lokalanästhesie ausschneiden, spülen und offen lassen. Bei stark klaffender Wunde: Sekundärnaht in Erwägung ziehen. Danach Schienung und Breitbandantibiotika für 5 Tage. Eine alleinige Antibiotikagabe reicht nicht aus!

**Merke:** Wunden durch Biss oder ein Fleischmesser (rohes Fleisch) dürfen nie primär verschlossen werden. Einzige Ausnahme sind Wunden im Gesicht, bei denen aber anschliessend zwingend eine Antibiotikaprophylaxe erfolgen muss!

**Tabelle 2:** Drainagen (Drainagen liegen nicht auf der Haut, deshalb Einschneiden der ersten Lage des Verbandes).

Lokalisation	Entfernung
Blutungsdrainage	1 Tag
Verschmutzte Wunde	2 Tage
Abszess	5 Tage
Eröffnete Bursa	5 Tage



**Abbildung 4:** Applikation von Kältespray aus einer Sprühdose (gelb) auf die zu inzidierende Fläche; Fläche wird weiss. © Foto D. Heim.



**Abbildung 5:** Kaudal vom Messer entleert sich rötlicher, rahmiger Eiter. © Foto D. Heim.

**Wunde mit eröffneter Bursa:** Eine eröffnete Bursa kann mit einer Klemme ausgetastet werden. Entgegen anderslautender Devise [4] erhalten wir bei einfacher Eröffnung die Bursa. Zerfetzte Bursae werden aber anlässlich der Wundversorgung entfernt. Vorgehen: Einlage und Annaht einer Drainage. Keine Bursannaht. Verschluss der Haut (siehe oben). Belassen der Drainage für 5 Tage (Tab. 2), keine Spülung! Ruhigstellung des Gelenks in einer Schiene für eine Woche. Antibiotische Abschirmung während der Drainagedauer. In speziellen, sauberen Fällen darf eine Drainage auch unterbleiben.

### Abszess-Inzision

**Merke:** Abszesse werden inzidiert und nicht mit Antibiotika behandelt: *«ubi pus ibi evacuatio»*.

*«For abscesses, incision and drainage are paramount and might avoid the need for antibiotic treatment in uncomplicated cases» [6].*

### Anästhesie

Eine Lokalanästhesie in der Region des Abszesses sollte nicht gemacht werden, da die Lokalanästhetika im entzündeten Milieu ihre Lipophilie verlieren und schlecht zum entzündeten Ort vordringen können. Überdies besteht das Risiko einer Keimversprengung. Eine Lokalanästhesie à distance ist hingegen möglich, z.B. eine Fingerleitungsanästhesie bei einem Panaritium. Eine Option ist eine Inzision unter Verwendung von Kältespray/Chlorethylspray. Praktisches Vorgehen: Man bespraye die zu inzidierende Region ohne Pause, bis die Haut weiss wie Schnee ist. Diese Massnahme eignet sich beispielsweise für infizierte Atherome (bei kleinen Atheromen ist eine in toto-Entfernung eine Option), Furunkel oder Sakraldermoide (Abb. 4 und 5).

**Merke:** Keine lokale Infiltrationsanästhesie bei Abszessinzision.

### Inzision

Nach genügender Kältesprayapplikation kann die Haut mit einem beherrzten Messerschnitt eingeschnitten werden (Abb. 4). Der austretende Eiter (Abb. 5) wird mit reichlich Spüllösung ausgeschwemmt, eine Drainage (evtl. ein Stück eines sterilen Handschuhs) wird eingelegt. Diese wird an der Haut angenäht. Eine Keimbestimmung (Antibiogramm und Resistenzprüfung) ist fakultativ: *«In immunocompetent patients with no confounding risk factors, incision and drainage under local anesthetic is generally sufficient for abscess management. There is no compelling evidence for routine cultures or empiric treatment with antibiotics» [7].*

Weitere Behandlung: Tägliches Spülen mit den oben erwähnten Flüssigkeiten (siehe Naht) während 5 Tagen, danach ist die Drainage zu entfernen, und die Inzision wird einem spontanen Wundverschluss überlassen.

### Literatur

- 1 Juon Personeni B, Vögelin E: In mano veritas. Behandlung alltäglicher offener Handverletzungen in der Praxis. *Ars medici*. 2013;12:652–5.
- 2 Regionalanästhesie/Techniken im operativen und geburtshilflichen Bereich (ed. H. Chr. Niesel, C. Panhans, M. Zenz), Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, New York 1981.
- 3 Arzneimittel-Kompendium der Schweiz 2011, Documed AG, Basel
- 4 Bühren V, Keel M, Marzi I. Checkliste Traumatologie. 8. Auflage. Thieme Verlag. 2016:527–30.
- 5 Heim D, Renga M. Kleine Chirurgie in der Praxis. *Ars medici*. 2011;24:1042–6.
- 6 Larru B, Gerber JS. Cutaneous bacterial infections caused by *Staphylococcus aureus* and *Streptococcus pyogenes* in infants and children. *Pediatr Clin North Am*. 2014;61(2):457–78.
- 7 Korownyk C, Allan GM. Evidence-based approach to abscess management. *Can Fam Physician*. 2007;53(10):1680–84.

Korrespondenz:  
PD Dr. med. D. Heim  
Facharzt für Chirurgie,  
FMH, Chir. Praxis Hohmad  
Thun  
Heim.dominik[at]  
bluewin.ch