

## BIATAIN® CONTACT Silikonwundkontaktauflage in der Endphase der sekundären und chronischen Wundheilung, sowie bei oberflächlichen Hautläsionen, Hautentnahmestellen und postoperativer Wundnaht –

Ein erster Praxistest

**Hat das Granulationsgewebe chronisch und sekundärheilender Wunden das Hautniveau erreicht, bestehen nach traumatischen Verletzungen Hautabschürfungen oder sonstige Läsionen oder die postoperativ mittels Naht oder Klammer verschlossenen Wunden sind sachgerecht zu versorgen. In diesen Situationen sind insbesondere Silikonwundkontaktauflagen eine oft bessere Alternative als herkömmliche Fettgaze-kompressen. In einem ersten Test kommt die neue Biatain® Contact Silikonwundkontaktauflage zum Einsatz (Abb. 1).**

### Chronische Wunden (Abb. 3a,b,c)

In der Endphase der Wundheilung ist es das Ziel des Behandlers, eine Hypergranulation durch semiokklusive Verbände zu vermeiden und über einen guten Wundrandschutz die Epithelisation zu fördern. Die Entscheidung, die feuchte Wundbehandlung zu verlassen und zu einer konventionellen Therapie zurückzukehren, fällt nicht immer leicht. Insbesondere dann, wenn nur Gazeverbände auf Wollwachs- oder Paraffinbasis o.ä. zur Verfügung stehen. Die Erfahrung hat uns gezeigt, dass Fettgazeverbände sehr leicht mit dem Wundgrund verkleben und es bei der Entfernung schnell zum Abriss von neugebildetem Epithel kommt. Solch eine Traumatisierung des Wundgrundes gilt es zu vermeiden. Hilfreich sind hier Wundauflagen mit Silikonbeschichtung.



Abb. 1:  
Zur Applikation wird bei Biatain® Contact die Schutzfolie nicht vollständig entfernt, sondern an den Rändern belassen. So ist eine einfache Fixierung auf der Wunde möglich.

Silikonwundkontaktauflagen (nachstehend abgekürzt: **SWKA**) gibt es viele auf dem Markt und so war u.a. die Frage: Gibt es etwas Neues, Beachtenswertes, bei diesem Produkt? (Abb. 2)



Abb. 2:  
Vergleich der Porengröße zwischen Biatain® Contact und Mepitel One.



Abb. 3a:  
Die Silikonwundkontaktauflage ist appliziert. Die hohe Transparenz lässt eine gute Beurteilung der Wunde zu.



Abb. 3b:  
Epithelisierende Wunde über der Tibiakante in der Endphase der Heilung.



Abb. 3c:  
Wundabdeckung bei einer gering exsudierenden Wunde (Vaskulitis) an der Wade.

## Traumatische Wunden (Abb. 4a,b,c)

In den Notaufnahmen und chirurgischen Ambulanzen der Kliniken, aber auch in den Fach- und Hausarztpraxen müssen ständig oberflächliche, traumatisch entstandene Hautläsionen und kleine, örtlich begrenzte Verbrennungen und Verbrühungen bis 2. Grades versorgt werden. Kann bei Hautläsionen die Silikongaze direkt nach der Wundversorgung appliziert und mit Kompressen fixiert werden, beinhaltet die Verbrennungs-/Verbrühungswunde häufig noch zusätzlich ein antiseptisch wirkendes Gel. Neben der Infektionsprophylaxe wird die Wunde anfangs gekühlt, was der Verletzte als sehr angenehm empfindet. Die über dem Gel aufgebrachte SWKA fixiert das Gel und sorgt so für eine gleichbleibende Verteilung. Im Verlaufe der Tragezeit dieses Verbandes kann seröses Exsudat der Wunde dennoch gut abgeleitet werden.



Abb. 4a:  
Hautabschürfung am Ellenbogen, Versorgung mit Biatain® Contact

Abb. 4b:  
Verbrühung 2. Grades am Bauch. Unter der Silikonwundabdeckung kann die Wunde epithelisieren und Exsudat abgeleitet werden.



Abb. 4c:  
Eine traumatische Hautläsion bei Pergamenthaut wird mit Biatain® Contact und einer Saugkomresse versorgt.

## Operativ mittels Naht oder Klammer versorgte Wunden (Abb. 5a,b)

Nach operativem Verschluss frischer traumatischer Wunden oder nach Operationen wird der Behandler immer einen für diesen spe-

ziellen Patienten geeigneten Wundverband auswählen. Abhängig ist dies u.a. auch von der Verbandwechselhäufigkeit oder geringer Nachblutung der versorgten Wunde. Kann der Erstverband einige Tage belassen werden, dann bieten sich z.B. flexible transparente Hydrokolloidverbände wie Comfeel® Plus Transparent an. Ist ein kürzeres Intervall nötig, kann hier eine SWKA genutzt werden. Blutig-seröses Exsudat kann bei ausreichend großen Poren der abfließen (Abb. 5b) und ein festes Anhaften am Wundgrund, wie unter Umständen bei der Fettgaze, wird vermieden.



Abb. 5a:  
Dezente Wundnahtdehiszenz am Handgelenk postoperativ.



Abb. 5b:  
Nahaufnahme von Biatain® Contact über einer Wunde am Unterschenkel. Auch zähflüssiges Exsudat kann durch die großen Poren in den Deckverband abgeleitet werden.

## Mögliche weitere Indikationen (Abb. 6a,b,c)

### Hautentnahmestellen

Die Varianten der Versorgung von Hautentnahmestellen sind vielfältig und abhängig von der Erfahrung des Behandlers. Ziel sollte es aber immer sein, einen schmerzfreien und atraumatischen Verbandwechsel durchzuführen. SWKA bieten hier eine sehr gute Möglichkeit. Unbedingt beachten sollte man allerdings, dass mehrere Gaze nicht übereinandergelegt werden. Die Poren werden verschlossen, Exsudat fließt nicht ab und es kommt zur Hypergranulation und Mazeration.

### Ekzeme

Haut- und Nässeekzeme, ausgelöst durch eine semiokklusive Wundbehandlung oder in Hautfalten auftretend, zwingen den Behandler erneut, seine eingeschlagene Therapie zu verlassen. Eine zeitlich begrenzte Therapie mit z.B. Kortison kann erforderlich sein. SWKA

verhindern ein Verkleben von Kompressen mit dem Wundgrund und können so zum baldigen Abklingen der Ekzeme beitragen.

**Allergien**

Manche Patienten reagieren auf moderne Wundauflagen, insbesondere auf den Borderrand, mit einer Allergie auf die Inhaltsstoffe. In solchen Fällen ist die Therapie umzustellen. Neben einer kortisonhaltigen Creme sind dann SWKA als Wundabdeckung das Mittel der Wahl. Ein Abklingen der Hautreaktion und eine gute Wundabdeckung sichern den Fortschritt der Wundheilung. Als Abdeckung und Fixierung kommen Kompressen oder Saugkompressen zum Einsatz.



Abb. 6a:  
Atraumatische Verbandwechsel bei Hautentnahmestellen sichern das sich bildende Epithel.



Abb. 6b:  
Ekzeme, auch Nässeekzeme, verhindern oft eine semiokklusive Wundabdeckung. Eine Silikonwundkontaktaufgabe, manchmal in Kombination mit einer Kortisonsalbe, verbessern die Hautverhältnisse.



Abb. 6c:  
Gut zu erkennen ist die allergische Reaktion eines PU-Schaum Borders. Der vorübergehende Wechsel zu Biatain Contact lässt die Reaktion abklingen.

**Biatain® Contact – Handhabung und Anwendung in der Praxis (Abb. 7a,b,c) + (8a,b,c)**

Beim Entfernen der Schutzfolie fällt auf, dass Biatain® Contact etwas flexibler ist als Marktalternativen. Es ist daher empfehlenswert, dass die Schutzfolie vor der Applikation nicht komplett entfernt, sondern als „Applikationshilfe“ genutzt wird. Auf diese Weise kann eine exakte Platzierung auf der Wunde erfolgen.

Die Silikonbeschichtung findet sich nur auf einer Seite, dies erleichtert das Handling und sorgt für eine besonders hohe Transparenz des Verbandes, durch die eine Wundinspektion, auch ohne Verbandwechsel, sehr gut möglich ist.

Bereits auf den ersten Blick fällt die Porengröße ins Auge. Subjektiv und objektiv nachgemessen, hat Biatain® Contact die größten Öffnungen in der Gaze, von allen uns bekannten Produkten. Dies ist bei der Versorgung exsudierender Wunden von großer Bedeutung. Oft finden wir nicht nur flüssig-seröses, sondern auch sämiges Exsudat vor, das durch kleine Porenöffnungen schlecht oder gar nicht abfließen kann. Dann kommt es unter dem Verband zum Exsudatstau und das Risiko einer Infektion steigt ebenso, wie die Mazeration des sich frisch gebildeten Epithels, des Wundrandes und der Wundumgebung.



Abb. 7a:  
Eine diabetische Ulzeration am Großzehenendglied wird mit einer Silikonwundkontaktaufgabe und einer Baumwollkomresse versorgt.



Abb. 7b:  
Beim Verbandwechsel nach 3 Tagen lässt sich erkennen, dass sämiges Exsudat durch Biatain® Contact hindurchgetreten ist und von der Komresse aufgenommen wurde. Keine Mazeration durch Exsudatstau.



Abb. 7c:  
Nach der Wundreinigung zeigen sich sauber und infektfreie Wundverhältnisse. Der Defekt epithelisiert und der Nagel wächst nach.



Abb. 8c:  
Auf dem Wundgrund ist ein weicher Fibrinbelag zu erkennen. Dieser lässt sich mit einer Baumwollkompressen leicht wegwischen.

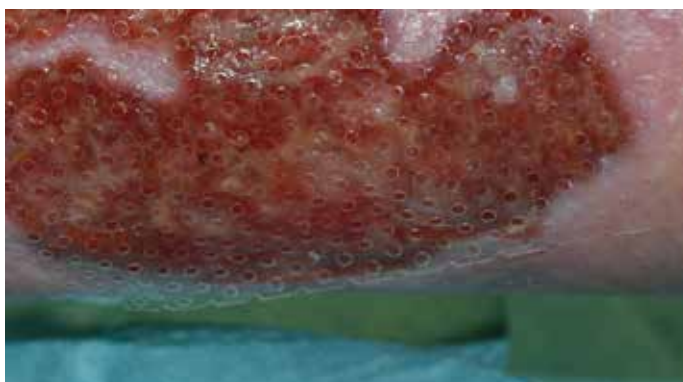


Abb. 8a:  
Wegen rezidivierender Nässeekzeme in der Wundumgebung wird dieses mässig exsudierende UCV vorübergehend mit Biatain Contact und einer superabsorbierenden Saugkompressen, bei 2-tägigen Verbandwechselintervallen, behandelt.



Abb. 8b:  
Bei der dritten Verbandabnahme nach 6 Tagen hat sich das Ekzem zurückgebildet. Das Exsudat ist durch die Poren abgeflossen und nur auf den Epithelinseln ist eine leichte Hydratation zu erkennen, die in wenigen Minuten (schon während des Verbandwechsels / der Wundbehandlung) wieder abgeklungen ist.

## Zusammenfassung / Resümee

Bei einem großen Angebot von Silikonwundkontaktauflagen spielt für uns neben der einfachen Applikation insbesondere die Exsudatdurchlassfähigkeit eine große Rolle. Mit sehr großen Poren ist dies bei Biatain Contact gelungen.

Nicht immer finden wir seröses, dünnflüssiges Exsudat vor. Gerade dann, wenn sich Fibrin über dem Wundgrund bildet und abfließen soll, ist dies bedeutsam. Bei allen unseren Wunden konnten wir sehen, dass auch dieses, dann sämige Exsudat, optimal abtransportiert wird. Die Wunden, Wundränder und die Wundumgebung zeigten keine Mazeration. Das Entfernen gestaltete sich komplikationslos und atraumatisch.

## Verfasser:

M.-Rebecka von Hallern<sup>1</sup>

Bernd von Hallern<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zentrale Notaufnahme im Elbe Klinikum Stade

<sup>2</sup>Facharztpraxis Dr. med. Rik v.d. Daele, Stade

Vogelsang 28

21682 Stade