



**Wundversorgung.** Eine unangenehme Begleiterscheinung von Wunden kann Geruchsbelästigung sein. Für die Betroffenen bedeutet das eine erhebliche Einschränkung ihrer Lebensqualität. Sie schämen sich und meiden den Kontakt mit anderen Menschen. Dieser Beitrag fasst zusammen, was Pflegende gegen Wundgeruch tun können.

Von Gerhard Schröder und Robert Zimmer

# DEN GERÜCHEN HERR WERDEN

Neben Infektionen sind verfaulte Gewebe, beispielsweise Nekrosen bei Dekubitalgeschwüren, eine häufige Ursache für Wundgeruch. Bei onkologischen Wunden sind unangenehme Gerüche auf maligne Prozesse bei exulzierenden Tumoren zurückzuführen. Doch auch Therapien, etwa mit einem Hydrokolloidverband, können Wundgerüche erzeugen. Diese sind allerdings als physiologisch zu betrachten und nur beim Verbandwechsel wahrnehmbar.

## Empathisch sein

Vorrangiges Ziel der pflegerischen Betreuung von Patienten mit übelriechenden Wunden ist eine verbesserte Lebensqualität. Denn fast alle Betroffenen schämen sich für den Wundgeruch. Nicht wenige haben die Wahrnehmung, dass ihr ganzer Körper unangenehm riecht. Sie empfinden ein Gefühl von Machtlosigkeit. Viele leiden zusätzlich unter Schmerzen, Exsudat und Blutungen.

Einige Patienten experimentieren mit eigenen Maßnahmen herum, um den Wundgeruch zu unterbinden –

zum Beispiel, indem sie die Wunde mit Wasser ausspülen oder Parfum anwenden. Manche Betroffene versuchen, die Wunde zu verbergen. Sie gehen erst spät zum Arzt oder zu anderen Therapeuten, weil sie das Problem verdrängen. Andere wiederum erhoffen sich Hilfe von alternativen Heilmethoden oder suchen Halt in der Religion. Den Kontakt zu Menschen meiden viele Betroffene.

Studien zeigen, dass sich Betroffene von Mitarbeitern des therapeutischen Teams vor allem Ehrlichkeit, Empathie und Wertschätzung wünschen. Schon die Anwesenheit von Pflegenden oder Angehörigen anderer Heilberufe ist für viele Betroffene eine wichtige Stütze. Dies sei an



**W**undgeruch entsteht häufig aufgrund von Bakterien, deren Enzyme Fettsäuren und andere Komponenten zerlegen. Dabei werden Ammoniak und andere unangenehm riechende Substanzen frei. Wundgeruch ist also nichts „Normales“, was im Verlauf einer physiologischen Wundheilung entstehen kann. Geruchsbelästigung deutet immer auf einen Prozess hin, der genauer untersucht werden sollte.



**Abb. 1**  
Exulzierender Tumor an  
der linken Schulter



**Abb. 2** Abdeckung der  
Wunde mit einem silberhaltigen  
Schaumverband



**Abb. 3** Zustand der  
Wunde nach der Befreiung  
der Nekrosen

folgendem Praxisbeispiel eines onkologischen Patienten mit exulzierendem Tumor an der linken Schulter (Abb. 1) verdeutlicht: Der 45-Jährige hatte sich einer Strahlentherapie unterzogen, alle kurativen Maßnahmen waren ausgeschöpft. Als Folge der Bestrahlung war eine starke Rötung der Wundumgebung aufgetreten. Die Lebensqualität des Patienten war wegen Schmerzen, Angst, Schluckbeschwerden aufgrund einer Ösophagitis und Wundgeruch deutlich reduziert. Bei der Therapie stand zunächst die Behandlung der Ösophagitis und der Schmerzen im Vordergrund. Nach Absprache mit dem Patienten erhielt er eine PEG-Sonde, womit sein Ernährungszustand deutlich verbessert werden konnte.

Für die Wunde musste eine unkomplizierte Lösung gefunden werden, damit eine Versorgung in häuslicher Umgebung möglich war. Angesichts der großen Auswahl an Wundauflagen und Versorgungsmöglichkeiten galt es, das für den Patienten individuell passende Konzept herauszufiltern. Als Hautschutz entschied sich das therapeutische Team für die Anwendung einer Wasser-in-Öl-Creme, damit Feuchtigkeit in der Wunde gehalten werden und sich die von der Strahlentherapie belastete Haut regenerieren konnte. Als Wundantiseptikum wurde Octenisept® ausgewählt, damit die in der Wunde vorhandenen Keime abgetötet werden konnten. Als Wundfüller wurde ein Hydrogel verwendet, um eine autolytische Wundreinigung über den Körper zu unterstützen. Zur Wundabdeckung wurde

ein antibakterieller Schaumverband mit Silber gewählt (Abb. 2). Ziel waren eine Reinigung der onkologischen Wunde von Nekrosen und damit eine Geruchsminimierung.

Der Verbandwechsel wurde alle zwei Tage ambulant durchgeführt. Innerhalb einer relativ kurzen Zeit hatte sich der Zustand der Wunde deutlich gebessert (Abb. 3). Das Verbandkonzept war ein Puzzlestück einer ganzen Reihe von Maßnahmen, die alle dazu beigetragen haben, die Lebensqualität des Patienten zu erhöhen.

### Therapie muss individuell erfolgen

Bei der Therapie steht die ursächliche Bekämpfung des Wundgeruchs im Vordergrund. Wichtig ist die Infektiosanierung, wobei eine Geruchsminimierung auch über häufige Verbandwechsel und die Verwendung geruchsbindender Wundauflagen erreicht werden kann. Damit diese halten, ist die individuell abgestimmte Pflege der die Tumorstelle umgebenden Haut beziehungsweise der durch einen Tumor entstandenen Fistel wichtig.

Intakte Haut kann mit einer Wasser-in-Öl-Creme versorgt werden. Bei schuppiger Haut ist der Zusatz von drei bis fünf Prozent Harnstoff und bei einer von einer Mykose befallenen Haut ein fungizider Wirkstoff nötig. Zinkhaltige Salben schützen die perianale Haut bei Durchfällen, beispielsweise bei einer Strahlencolitis. Entzündete Haut wiederum kann den kurzfristigen Einsatz von Cortison oder anderen

Wirkstoffen erfordern. Eine ärztliche Anordnung ist immer einzuholen.

Praxisbeispiel: Abbildung 4 zeigt einen Unterschenkel mit Metastasen eines malignen Melanoms. Es war zu erwarten, dass die Metastasen abfallen und die Wunde nässen wird. In diesem Fall ist der Hautschutz genauso wichtig wie die richtige Auswahl der Wundauflage. Als Hautschutz stehen neben Cremes Hautschutzfilme zur Verfügung. Moderne Hautschutzfilme sind alkoholfrei und wirken bis zu drei Tage. Die zu pflegende Haut sollte von gefärbten Desinfektionsmittelresten befreit und trocken sein. Ein tägliches Auftragen des Hautschutzfilms sollte nicht erfolgen, da der Film die Haut dann zu sehr okkludieren kann.

Gerüche entstehen auch dadurch, weil die Patienten Angst haben, sich zu pflegen. Bestrahlte Haut zum Beispiel nicht zu waschen und nur zu pudern, ist nicht mehr zeitgemäß. Eine akute Strahlenreaktion äußert sich in der Regel immer

**Abb. 4** Unterschenkel mit Metastasen  
eines malignen Melanoms





**Abb. 5 Dünndarmfistel bei metastasierendem Ovarialkarzinom**

durch ein Ödem, meistens in der dritten bis vierten Bestrahlungswoche. Eine Hyperpigmentierung bei höherer Hautdosis über 50 Grey können auch feuchte Epitheliolysen, also eine krankhafte Ablösung des Epithels, entstehen lassen. Daraus können dauerhafte Vernarbungen entstehen.

Nach Bestrahlung sollte die Haut nur möglichst kurz gewaschen werden, um eine Hautaufweichung zu verhindern. Die Haut sollte mit einer pH-hautneutralen Wasser-in-Öl-Lotion oder Polyhexanidcreme abgetupft werden. Auf Reibung, Nassrasuren oder den Gebrauch von Deodorants und Parfums sollte grundsätzlich verzichtet werden.

Nicht beherrschbare Stuhlfisteln sind gerade bei der Geruchsbelastung ein Problem, weil sie das Raumklima dominieren. Auch hier kommt es auf eine auf den Patienten zugeschnittene Herangehensweise an. Die noch intakte Haut kann etwa mit einem Hautschutzfilm versorgt werden. Als Abdeckung dienen Hautschutzplatten, Fistelbeutel und als letzte Möglichkeit Vakuumverbände. Es sollte immer die einfachste funktionierende Lösung gewählt werden.

Beim Praxisbeispiel einer Dünndarmfistel bei metastasierendem Ovarialkarzinom (Abb. 5) war der



**Abb. 6, 7, 8 Einsatz eines Vakuumverbandes**

kurzfristige Einsatz eines Vakuumverbandes bis zum Abheilen der entzündeten Haut notwendig. Abbildungen 6, 7 und 8 veranschaulichen die Verbandtechnik: Innerhalb des Vakuumverbandes wurde vor der Anlage ein Schlot eingearbeitet. Eine Stomapaste oder vorgefertigte Hülsen dichten den Verband ab. Darauf wird ein Fistelbeutel geklebt. Sobald die Haut intakt ist, kann eine Beutelversorgung vorgenommen werden.

Eine wichtige pflegerische Maßnahme ist das atraumatische Entfernen der Wundauflagen. Folien, Hydrokolloidverbände und Hafränder können durch Überdehnen atraumatisch gelöst werden (Abb. 9). Bei empfindlicher Haut helfen moderne Pflasterentferner auf Silikonbasis.

### Ergänzende Maßnahmen

Verschiedene Interventionen können dazu beitragen, Wundgerüche zu minimieren. Zu den Basismaßnahmen zählen beispielsweise das regel-



**Abb. 9 Überdehnen eines Folienverbandes**

mäßige Wechseln der Kleidung und Bettwäsche sowie das Lüften des Raumes. Das kurzfristige Abdecken des Wundverbandes mit Klarsichtfolie, zum Beispiel während eines Einkaufs des Patienten, hilft ebenfalls, Gerüche zu minimieren. In der Praxis hat sich auch das Aufstellen von Schälchen bewährt, die mit Kaffeepulver gefüllt sind. Es ist jedoch darauf zu achten, dass die Schälchen täglich gewechselt werden. Ebenfalls in Erwägung gezogen werden kann der Einsatz von künstlichen Geruchsbindern wie Nilodur®. Diese Tropfen werden auf Tupfer beziehungsweise in der Umgebung des Patienten angebracht. Sie binden

**Abb. 10 Malignes Melanom am Unterarm**

**Abb. 12 Der fertige Verband (unten)**



Geruchsmoleküle und verbreiten einen milden Duft.

Manche Patienten mit riechenden Wunden mögen es, wenn eine Duftlampe im Zimmer aufgestellt wird. Es sollten aber keine süßen Düfte zum Einsatz kommen, sondern frische Substanzen wie Orange oder Zitrone verwendet werden. Süße Düfte würden den unangenehmen Geruch noch verstärken. Auch Kräuterkissen oder „Dufttupfer“, die auf den äußeren Verband der Wunde gelegt werden, haben sich in der Praxis bewährt. Oft gibt dies dem Betroffenen ein positives Gefühl, weil er das Gefühl bekommt, dass der Geruch „an der Quelle“ erstickt wird.

Zur Geruchsreduzierung weniger geeignet sind Maßnahmen aus der Aromatherapie. Diese Düfte überlagern allenfalls den unangenehmen Geruch, was zu Übelkeit und Erbrechen führen kann. Sollte der Patient dennoch eine Aromatherapie ausdrücklich wünschen, sollte darauf geachtet werden, nur milde Düfte zu verwenden. Meist genügen schon wenige Tropfen von Duftölen auf eine aufgebauchte Kompresse.

Linderung können auch geruchsbindende Wundauflagen schaffen. Das verdeutlicht folgendes Praxis-

**Abb. 11 Kombination aus Saugkomresse und Aktivkohle**



beispiel eines 40-jährigen Mannes mit einem malignen Melanom am Unterarm (Abb. 10). Die Wunde wies einen unangenehmen Geruch auf. Die Amputation des Armes wurde medizinisch erwogen. Bis zur Entscheidungsfindung in einigen Wochen wurde der Patient mit Aktivkohleverbänden versorgt. Es handelt sich hierbei um eine Kombination aus Saugkomresse und Aktivkohle (Abb. 11). Zwischen der Aktivkohle und dem Tumor befindet sich ein Wunddistanzgitter. Lokal wurde der Tumor mit Octenisept® behandelt. Der Verband nimmt den Geruch für 24 Stunden auf. Den fertigen Verband zeigt Abbildung 12.

Andere Patientenfälle erfordern wiederum ein anderes Vorgehen: Abbildung 13 zeigt das Beispiel eines Patienten mit exulzierendem Larynxkarzinom. Die Wunde roch und nässte mäßig. Lokal wurde zunächst ein Hydrogel angewendet (Abb. 14) und als Wundauflage eine silberhaltige Schaumauflage ausgewählt (Abb. 15). Das Ergebnis: Schon nach zwei Tagen war die Tumorstelle gereinigt und ein Geruch nicht mehr festzustellen (Abb. 16). Die individuell auf den Patienten abgestimmte Therapie hatte also schon nach relativ kurzer Zeit zu einem guten Erfolg geführt.

Es gibt kein einheitliches Konzept für die Behandlung onkologischer Wunden. Die Therapie muss immer individuell erfolgen. Wichtig ist eine empathische Betreuung durch das Pflegepersonal. Den Betroffenen ist es ein existenzielles Bedürfnis, über ihre Sorgen und Ängste frei sprechen zu können. Oft genügt schon die bloße Anwesenheit oder Körperkontakt, etwa das Halten der Hand des Patienten. Ziel ist immer, dass der Patient an Lebensqualität gewinnt und die Krankheitsbelastung in den Hintergrund tritt.

Gerhard Schröder, Lehrer für Pflegeberufe  
Akademie für Wundversorgung  
Dransfelder Straße 22  
37079 Göttingen  
info@akademie-fuer-wundversorgung.de

Robert Zimmer, Stationsleiter  
Universitätsklinikum Erlangen  
Chirurgische Klinik  
Krankenhausstraße 12, 91054 Erlangen  
robert.zimmer@uk-erlangen.de



**Abb. 13 Leicht nässendes exulzierendes Larynxkarzinom**



**Abb. 14 Anwendung eines Hydrogels**



**Abb. 15 Aufkleben einer silberhaltigen Schaumstoffauflage**



**Abb. 16 Die gereinigte Tumorstelle**