



Frage des Monats Dezember 2025

Wundgeruch: Ist Metronidazol noch zeitgemäß?

In der **Frage des Monats Oktober 2022** wurden bereits einige Therapieoptionen bei übelriechenden malignen **Wunden** vorgestellt, darunter auch Metronidazol. Angesichts zunehmender Resistenzen, des mutmaßlich kanzerogenen Potentials von Metronidazol und der Verfügbarkeit moderner Antiseptika wird der routinemäßige Einsatz von Metronidazol allerdings immer wieder hinterfragt. Die Datenlage ist begrenzt. Dennoch können Pat. im Einzelfall von Metronidazol profitieren.

Metronidazol bei Wundgeruch

Metronidazol wirkt gut gegen anaerobe Bakterien und Protozoen; es lässt sich (off-label) topisch und systemisch (p. o., i. v.) zur Geruchsminderung einsetzen. Übler Wundgeruch entsteht durch flüchtige Fettsäuren, produziert von anaeroben Bakterien, die nekrotisches Gewebe kolonisieren [1]. Bei Ansprechen auf die Therapie sollte sich der Geruch rasch nach Therapiebeginn (2–7 Tage) mindern [2]. Falls der Effekt in der ersten Woche der Therapie ausbleibt, ist Metronidazol wieder abzusetzen und andere Maßnahmen sind zu erwägen.

Datenlage zu Therapie bei Wundgeruch

Eine systematische Übersichtsarbeit zu Interventionen bei Wundgeruch stellte einen Mangel an Forschung im Bereich randomisierter kontrollierter Studien fest. Nur fünf Studien erfüllten die Einschlusskriterien; in allen war die Stichprobe klein (n = 11–41). Die Interventionen umfassten Metronidazol, Silber, grünen Tee und Polyhexanidgel. Die Übersichtsarbeit gelangte zum Schluss, dass Metronidazol und Silber zur Geruchskontrolle beitragen können, die Beweiskraft der vorliegenden Studien ist jedoch gering [3].

Eine 2025 erschienene **Leitlinie der European Wound Management Association** weist darauf hin, dass die Evidenz zu Metronidazol (wie auch zu allen anderen topischen/systemischen Maßnahmen zur Geruchsminderung) allgemein sehr gering ist. Empfohlen werden primär lokale Maßnahmen: häufige Verbandswechsel, Debridement nekrotischen Gewebes, ggf. lokale Applikation von Metronidazol-Gel (0,75–1%) oder Metronidazol-Lösung [4]. *Von der topischen Anwendung gemörserter Metronidazol-Tabletten sollte dabei unbedingt Abstand genommen werden! Tablettenhilfsstoffe haben auch in einer malignen Wunde nichts zu suchen!*

Bei systemischen Therapiemaßnahmen dagegen mahnt die Leitlinie zu angemessener Umsicht: "Systemische Antibiotika werden eingesetzt, um die bakterielle Besiedlung zu reduzieren und so den unangenehmen Geruch [...] zu kontrollieren. Eine der Einschränkungen systemischer Antibiotika sind ihre Nebenwirkungen und die Notwendigkeit einer ausreichenden Blutversorgung der Wunde, damit sie wirksam sind. Im Einklang mit den Grundsätzen der antimikrobiellen Kontrolle sollte der Einsatz systemischer Antibiotika in der Wundversorgung umsichtig erfolgen [...]" [4].

Grundsätzlich werden zur Wundantiseptik moderne Wundantiseptika empfohlen, wie **Polihexanid** und **Octenidin**; das gilt insbesondere bei kolonisierten Wunden. **Hypochlorige Säure** kann vor allem zum Reinigen der Wunde verwendet werden [5].

Direktorin der Klinik: Prof. Dr. med. Claudia Bausewein PhD MSc
Leitung Kompetenzzentrum Palliativpharmazie: PD Dr. rer. biol. hum. Constanze Rémi MSc

Vorstand: Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Markus Lerch (Vorsitz), Kaufmännischer Direktor: Markus Zendler,
Pflegedirektorin: Carolin Werner, Vertreter der Medizinischen Fakultät: Prof. Dr. med. Thomas Gudermann (Dekan),
Institutionskennzeichen: 260 914 050, Umsatzsteuer-Identifikationsnummer gemäß §27a Umsatzsteuergesetz: DE813536017

Das Klinikum der Universität München ist eine Anstalt des Öffentlichen Rechts
Gemeinsam. Fürsorglich. Wegweisend.

Zudem werden weitere **allgemeine Maßnahmen zur Geruchsreduktion** im Raum empfohlen (z. B. häufige Wäschewechsel, Raumdüfte, geruchsbindende Stoffe und häufiges Lüften). Allgemeine **Maßnahmen zur Keimreduktion** (insb. Behandlung mit lokalen Wundantiseptika) sind ebenfalls Therapie der Wahl [5].

Fazit

Wunden sollten nur dann mit Metronidazol behandelt werden, wenn andere Maßnahmen sich nicht als ausreichend wirksam erweisen. Zur Reinigung und bei (bakteriell) kolonisierten Wunden ist modernen Wundantiseptika der Vorzug zu geben. Sollte Metronidazol zum Einsatz kommen (topisch als Gel/Spray/Wundspülung), ist auf **ausreichend Personenschutz** zu achten. Bei ausbleibendem Erfolg (2–7 Tage nach Therapiebeginn) ist Metronidazol wieder abzusetzen.

Literatur

1. Leitlinienprogramm Onkologie. Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung. Langversion 2.2–September 2020. AWMF-Registernummer: 128/001OL.
2. Lyvers E, Elliott DP. Topical Metronidazole for Odor Control in Pressure Ulcers. Consult Pharm. 2015 Sep;30(9):523-6.
3. Gethin G, Vellinga A, McIntosh C et al. Systematic review of topical interventions for the management of odour in patients with chronic or malignant fungating wounds. J Tissue Viability. 2023;32(1):151-157.
4. Gethin G, Kottner J, Lamza A, Meaume S, Megal C, Conde Montero E, Rawlinson F, Ryan H, Probst S. Palliative wound care. Recommendations of the management of wound-related symptoms. J Wound Management, 2025;26(1 Sup1):S1-S40. DOI 10.35279/jowm2025.26.01.sup01 [Palliative wound care - Recommendations for the management of wound-related symptoms :: Cambridge Media Journals](#)
5. Kramer A, Dissemond J, Kim S, et al. Consensus on Wound Antisepsis: Update 2018. Skin Pharmacology and Physiology. 2018;31(1):28-58. doi:10.1159/000481545.