

Erstbehandlung bei Verdacht auf diabetisches Fußsyndrom

H. Brunner, Chirurgie FMH, Bern, Schweiz

▲ Zur Erhärtung des Verdachts auf diabetisches Fußsyndrom (DFS) müssen die Stoffwechsellage, das Ausmaß von Neuropathie und Angiopathie sowie der Wundstatus erfasst werden. Die Diagnose Diabetes mellitus ist bedeutsam, weil Diabetes zur Neuropathie führt. Die Neuropathie (sensibel, motorisch und autonom) ist die wichtigste Ursache diabetischer Ulzera.

Für die korrekte Erstbehandlung müssen wir den Status des DFS erfassen. Als Hilfe gibt es verschiedene Klassifikationen. In der Praxis bewährt sich die Einteilung der diabetischen Fußläsionen nach *Wagner* (Tab. 1).

Die Erstbehandlung richtet sich individuell nach dem Formbild der Läsionen und dem Ausmaß von Risikofaktoren, Ischämie und Infektion. Dem DFS wird nur eine multifaktorielle und interdisziplinäre Vorgehensweise gerecht, idealerweise in einem dafür eingerichteten Zentrum.

Bei den Stadien 0 bis 2 ist die Erstbehandlung präventiv-therapeutisch. Sie besteht in Wundbehandlung, Optimierung der Stoffwechsellage und Entlastung in orthopädischem Schuhwerk, ergänzend durchblutungsverbessernde Maßnahmen, systemische Therapien und Operationen.

Zur Differenzierung der Stadien 2 und 3 ist das chirurgische Debridement als Erstbehandlung unverzichtbar. Stößt man an Knochengewebe, spricht man von Probe-to-bone-positive, was für eine mindestens lokale Osteomyelitis beweisend ist.

Jedes Stadium des DFS hat seine optimale Erstbehandlung. Im Idealfall kommt es zu einer Erstbehandlungsstrategie mit dem Ziel der Extremitätenerhaltung durch Infektkontrolle mit minimalem Gewebeerlust.

Bei einer partiellen Fußgangrän (Stadium 4) ist eine mögliche Strategie: sofortiges Debridement mit Nekrosektomie, Abszessevakuation und Bakteriologieabnahme. Das erlaubt einen raschen Start mit i.v.-Antibiotikatherapie, angiologischer Standortbestimmung, präoperativen Abklärungen und chirurgischer Strategieplanung.

Baumgartner hat erkannt, dass ein Diabetiker bei einer Gewebsnekrose infolge Durchblutungsstörung eine bessere Aussicht hat, mit einer lokal begrenzten Amputation

davonzukommen (1, 2). Es wird nur das amputiert respektive entfernt, was infiziert ist und die Wundheilung stört, gemäß den Prinzipien der septischen Chirurgie. Proximalere Amputationen lassen sich meist vermeiden. Noch besser ist es, nicht zu amputieren. Nach dieser Erkenntnis kann mit einer Minoramputation am Fuß, d. h. einer Amputation distal des Sprunggelenkes, operiert und eine Heilung erzielt werden.

Dabei geht es nicht ohne multimodale chirurgische Strategien: Mit mehrzeitigen Operationen, Phasen der Wundkonditionierung mit Niederdrucktherapie und Defektdeckung wird versucht, den Fuß zu erhalten.

Jedes DFS ab Stadium 3 ist extremitätenbedrohend, das bedeutet, es droht eine Majoramputation proximal des Sprunggelenkes. Bei der Fußnekrose mit fortgeschrittener Infektion (Stadium 5) können intensivmedizinische Maßnahmen und die kniegelenkerhaltende Unterschenkelamputation das Leben retten.

Unser Ziel ist ein vom diabetischen Fußsyndrom geheilter, selbstständiger und mobiler Patient. Es lohnt sich, längere Heilungsdauer und Reoperationen bewusst in Kauf zu nehmen.

Literatur

1. Greitemann B, Brückner L, Schäfer M, Baumgartner R. Amputation und Prothesenversorgung, 4. Aufl. Thieme, Stuttgart 2016.
2. Baumgartner R, Möller M, Stinus H. Orthopädie-Schuhtechnik, 2. Aufl. Maurer, Geislingen 2013.

Der Beitrag beruht auf einem Vortrag auf der Dreiländertagung Gefäßchirurgie am 05.–07.10.2016 in Bern/Schweiz.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Hans Brunner
Chirurgie FMH
Jupiterstraße 55
CH-3015 Bern
E-Mail: dr.brunner@bluewin.ch



0	1	2	3	4	5
Prä- oder post-ulzerativer Fuß	oberflächliche Wunde	Wunde bis Gelenkkapsel, Sehnen, Knochen	Wunde bis Knochen und Gelenke	Nekrose von Fußteilen	Nekrose des gesamten Fußes

Tab. 1: Stadieneinteilung nach Wagner.