

Prophylaxe des diabetischen Fußsyndroms

Die Prävalenz des Diabetes mellitus hat bereits epidemische Ausmaße erreicht und steigt weiter an. Deshalb hat die Prophylaxe von Begleit- und Folgeerkrankungen einen extrem hohen Stellenwert.

Das diabetische Fußsyndrom ist eine der schwerwiegendsten und kostenintensivsten Folgeschäden des Diabetes mellitus. Die Charakteristik ist ein breites Krankheitsbild von der banalen Fußpilzinfektion, oberflächlichen Ulzeration und lokalen Infektion bis hin zur Osteomyelitis, Knochen- und Gewebsdestruktion und sogar generalisierten Sepsis.

Es ist die Hauptursache für Hospitalisierung und stellt eine enorme gesundheitsökonomische Belastung dar (25% der Behandlungskosten).

Das diabetische Fußsyndrom ist die Ursache für ca. 40-60% aller nichttraumatisch bedingten Amputationen und davon geht 85% eine ulceröse Läsion voraus. Die Rezidivrate von Fußläsionen beträgt bis zu 70% nach 5 Jahren (Apelqvist et al.)

Deshalb ist die Prävention und rechtzeitig eingeleitete Therapie von immenser Bedeutung.

Angestrebte Ziele sind

- Die Vermeidung von Komplikationen
- Reduktion der Amputationsrate (St. Vinzenzdeklaration von 1989)
- Erhaltung und Verbesserung der Mobilität und Lebensqualität
- Reduktion der Kosten

Zur Reduktion der Prävalenz von Fußläsionen um bis zu 50% sind vor allem folgende Faktoren von wesentlicher Bedeutung:

- Ausführliche Schulung und Motivation von Patienten, deren Angehörigen und Mitarbeitern des Gesundheitswesens. Eine eigenverantwortliche Beteiligung der Patienten ist unabdingbar (Selbstuntersuchung, Compliance, Hygienemaßnahmen), ebenso kommt aber auch der professionellen Fußuntersuchung eine präventive Bedeutung zu (Levin 1995, Ronnema et al.)
- Identifizierung von Hochrisikopatienten (siehe Tabelle 1)
- Regelmäßige Inspektion und Screening der Füße und des Schuhwerks (siehe Tabelle 2), adäquate Schuhversorgung
- Zufriedenstellende Stoffwechseleinstellung (NüBz < 120 mg/dl, 2h pp Bz < 160-180 mg/dl kapillär, HbA1c < 6,5%)
- Behandlung sonstiger Erkrankungen und Risikofaktoren (arterielle Hypertonie, Nikotin, Dyslipidämie, Adipositas, Bewegungsarmut, pAVK mit gegebenenfalls revaskularisierenden Maßnahmen)

Weitere wesentliche Vorbedingungen zur Läsionsprophylaxe sind eine verletzungsfreie Fußpflege und die regelmäßige Entfernung von Hyperkeratosen als unmittelbarer Risikofaktoren (Caputo et al., Murray et al., American Diabetes Association 2002)

Eine wesentliche Rolle bei der Verminderung des Langzeitrisikos für Ulzerationen und Amputationen spielt die multidisziplinäre Betreuung der Patienten.

Ein gutes Zusammenspiel von Diabetologen, Angiologen, Chirurgen, Dermatologen, Orthopäden, Diabetesberatern, geschulten Fußpflegern und orthopädischen Schuhmachern ist von hohem Stellenwert und bewirkt eine Senkung der Inzidenz des diabetischen Fußsyndroms, hoher Amputationen und Amputationen überhaupt.

Die Qualität des Informationsaustausches beeinflusst das Behandlungsergebnis.

Zusammenfassung

Die wesentlichen Eckpfeiler der Prophylaxe sind eine ausführliche Schulung der Betroffenen, deren Angehörigen und von medizinischem Personal, tägliche Selbstkontrollen und regelmäßige professionelle Screenings und Betreuung, fachmännische Fußpflege, sowie Versorgung mit adäquatem Schuhwerk und ein funktionierendes interdisziplinäres Zusammenspiel - denn

Aus des Diabetikers Fuß soll kein diabetischer Fuß werden!

“I marvel that society would pay a surgeon a large sum of money to remove a patient’s leg...but nothing to save it.”

George Bernard Shaw



Tabelle1:

		The University of Texas Diabetic Foot Risk Classification System	
		0	keine Neuropathie
Risiko für Ulcus	1	Neuropathie	
	2	Neuropathie + Deformität	
	3	Neuropathie + Deformität + abgeheiltes Ulcus	

Risiko für Amputation	4	aktives Ulcus oder akuter Charcotfuß
	5	Infektion
	6	Ischämie

Fußbezogene Risikofaktoren
periphere Neuropathie mit Hypästhesie
periphere Neuropathie mit veränderter Biomechanik
Druckläsionen (Hyperkeratose mit Erythem, Hämorrhagie)
knöcherne Deformation
pAVK (abgeschwächte oder fehlende Pulse)
frühere Ulzeration oder Amputation
schwere Nageldeformitäten

Tabelle 2:

Regelmäßige Kontrollen beim Arzt (Screening)	
Risikofaktor	Fußuntersuchung
Keine Neuropathie	1 x alle 12 Monate
Sensorische Neuropathie	1 x alle 6 Monate
Sensorische Neuropathie und pAVK und/oder Fußdeformität	1 x alle 3 Monate
Zustand nach früherem Ulcus	1 x alle 1 bis 3 Monate

