

Fußläsion bei einer Diabetikerin

Frau Barbara W. ist 62, und seit 8 Jahren ist bei ihr ein Typ-2-Diabetes bekannt. Die Patientin ist adipös (BMI 30,7), Hypertonikerin und hat bereits eine eingeschränkte Nierenfunktion. Derzeit nimmt sie ein Diuretikum, einen ACE-Hemmer, einen Kalziumantagonisten, weiters eine antidiabetische Dreierkombination aus Metformin, einem Sulfonylharnstoff und einem Glitazon. Jedenfalls sollte sie diese Medikamente nehmen – die Therapieadhärenz ist durchaus fraglich. Zum Beispiel messen Sie heute einen Blutdruck von 180/100mmHg, und das HbA_{1C} beträgt 8,7%. Aber noch etwas hat Frau W.: „ein Loch in der Fußsohle“, wie sie selber sagt. Sie hätte das ja nicht bemerkt, sie sieht schlecht und ist recht unbeweglich, aber der Fußpflegerin ist es aufgefallen. Nein, wie lang sie das hat, weiß sie nicht. Die Läsion ist fast kreisrund, wirkt wie ausgestanzt. Das Bein ist blass, Fußpulse sind nicht tastbar. Wie gehen Sie weiter vor?

Vorwort:

Um ein diabetisches Fussyndrom oder auch jegliche andere chronische Wunde adäquat behandeln zu können, muss man sich zu allererst dessen bewusst sein, dass es Ursachen gibt, die dieses Problem überhaupt verursachen. Und dass dementsprechend „nur“ die alleinige Wundversorgung zu wenig ist. Es muss immer auch parallel zur Wundversorgung die Ursache behandelt oder am besten entfernt werden.

Als allererstes erkläre ich Frau W. – und zwar in diesem Fall (Compliance↓) schonungslos - was die Konsequenzen sind und dass die Amputation des Beines droht, wenn Sie nicht spätestens jetzt die Notbremse zieht und beginnt ihren lifestyle und ihre Therapiekonsequenz zu ändern.

Dann erkläre ich ihr die Möglichkeiten der Therapie. Und beginne, sofern ich ihr Einverständnis habe mit der Behandlung.

Zuallererst begutachte ich ihre Füße und auch die Zehenzwischenräume, ob dieses „Loch“ die einzige Läsion ist. Dann entferne ich mit dem Skalpell die Hyperkeratosen, die üblicherweise bei solch einem Ulcus vorhanden sind, bzw. sonstige Beläge und nehme einen Wundabstrich ab, danach lege ich den Wundverband an.

Die Lokalisation und Art der Wunde lässt auf ein neuropathisches Ulcus schließen.

Trotzdem und aufgrund der Anamnese und fehlender Fusspulse vereinbare ich einen Termin an der Gefäßambulanz zur Beurteilung der arteriellen Durchblutungssituation. Eventuell, falls in den letzten 4 Wochen kein Laborbefund erhoben wurde, nehme ich noch Blut ab, damit entlasse ich sie fürs erste. Aber nicht ohne ihr Hausaufgaben aufzugeben. Sie muss bis zum nächsten Besuch, der in 3 Tagen erfolgen wird Blutzuckerprofile, RR_Profile und ein Nahrungsprotokoll erstellen, aufschreiben und beim nächsten Besuch mitbringen.

In weiterer Folge wird dann die antidiabetische und antihypertensive Therapie adaptiert, der orthopädische Schuhmacher zugezogen, der je nach Situation Einlagen oder orthopädische Schuhe anfertigen wird – dazu braucht es auch noch die Messung der Nervenleitgeschwindigkeit - es erfolgt eine Ernährungsberatung durch die Ernährungsberaterin und darauf eine Ernährungsumstellung oder durch ein Metabolic balance Programm bei mir.

Verbandswechsel 2-3x wöchentlich, je nach Situation der Beine eine Lymphdrainage – falls eine Schwellung vorliegt auch eine Änderung der antihypertensiven Therapie dahingehend als ich den Kalziumantagonisten durch eine andere Substanz ersetze.

Weiters erhält die Patient eine Nahrungsergänzung.

Je nach Gefässbefund ergibt sich dann das weitere Procedere. Eventuell ist eine Revaskularisierung im Sinne von perkutaner transluminaler Angioplastie erforderlich/möglich oder sogar pedale Bypässe.

Ergänzend setze ich rheologische Massnahmen durch zusätzliche Gabe von einem Thrombozytenaggregationshemmer.

Je nach Fortschreiten der Wundheilung und Antibiogramm erhält die Patientin zusätzlich eine antibiotische Therapie (immer nur systemische-niemals lokale Antibiotika!!) und bei den weiteren Verbandswechseln werden regelmässig Beläge bzw. Hyperkeratosen entfernt und die Patientin erhält Therapie mit Low Level Laser.

Keine Betaisodona- oder sonstigen Fussbäder!

Unter diesem Regime sollte es zu einer Verbesserung bzw. Abheilung der Wunde kommen und auch eine Verbesserung der Compliance der Patientin erzielt werden. (Da sie zur Fusspflege geht, ist das schon eine gute Voraussetzung)

Als allererstes erkläre ich Frau W. – und zwar in diesem Fall (Compliance↓) schonungslos - die Konsequenzen und dass die Amputation des Beines droht, wenn Sie nicht spätestens jetzt die Notbremse zieht und beginnt ihren lifestyle und ihre Therapiekonsequenz zu ändern. Denn eines ist klar: Ohne Mitarbeit des Patienten geht gar nichts, deshalb ist das die erste Maßnahme, sonst kann ich mir den Rest sparen.

Als nächstes beginne ich - ihr Einverständnis vorausgesetzt - mit der Behandlung und erkläre ihr dabei die Therapieoptionen.

Dazu gehört die Begutachtung ihrer Füße und der Zehenzwischenräume, ob dieses „Loch“ die einzige Läsion ist. Dann entferne ich mit dem Skalpell die Hyperkeratosen und eventuelle Beläge, die üblicherweise bei solch einem Ulcus vorhanden sind, nehme einen Wundabstrich ab – bei Infektion ist eine antibiotische Therapie (systemisch!!) unerlässlich, cave: keinen Abstrichbefund behandeln, jede chronische Wunde ist kontaminiert - bestrahle mit Low Level Laser, danach folgt die Versorgung mit interaktiven Wundverbänden.

Die Lokalisation und Art der Wunde lässt auf ein neuropathisches Ulcus schließen - Die fehlenden Fusspulse sprechen für eine zusätzliche angiopathische Komponente, daher führe ich ein paar einfache Untersuchungen zur Abklärung durch (Monofilament Tip-Therm, Gefäßdoppler etc.)

Zur exakten Evaluierung der arteriellen Durchblutungssituation und gegebenenfalls der Revaskularisation vereinbare ich einen Termin an der Gefässambulanz.

Weiters –sofern kein rezenter Laborbefund vorliegt - nehme ich noch Blut ab, schreibe eine Überweisung für ein Vorfußröntgen. Damit entlasse ich sie fürs erste. Aber nicht ohne Hausaufgaben. Sie muss bis zum nächsten Besuch, der in 3 Tagen erfolgen wird Blutzuckerprofile, RR-Profile und ein Nahrungsprotokoll erstellen, alles aufschreiben und beim nächsten Besuch mitbringen.

In weiterer Folge wird dann die antidiabetische und antihypertensive Therapie adaptiert, bei Bedarf der Lipidstoffwechsel reguliert. Der orthopädische Schuhmacher wird zugezogen, der je nach Situation Einlagen oder orthopädische Schuhe anfertigen wird–dazu braucht es auch noch die Messung der Nervenleitgeschwindigkeit zur Bewilligung durch die Krankenkasse. Die Druckentlastung der Wunde durch adäquate Schuhzurichtung ist ein wesentlicher Bestandteil der Therapie und auch der Prophylaxe. Die Ernährungsumstellung ist unerlässlich, mit Hilfe der Ernährungsberaterin oder durch ein Metabolic-balance Programm bei mir. Bei den nächsten Verbandswechseln werden immer wieder Vorgehensweise und Verhaltensregeln besprochen. Vorzugsweise in Anwesenheit des Lebenspartners falls vorhanden. Es muss in Fleisch und Blut übergehen.

Oberstes Ziel sollte immer der Erhalt der Extremität und die Vermeidung der Komplikationen (z.B. kardiovaskulär od. septisches Nierenversagen) und damit der Erhalt der Lebensqualität sein.

Entscheidend für den Behandlungserfolg und damit auch das Schicksal der Patienten sind die Compliance sowohl der Patienten als auch des Behandlers und die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kommunikation.