

Summary:

Das Syndrom des diabetischen Fußes gilt als eine schwerwiegende Spätkomplikation bei Patienten mit lange bestehendem Diabetes mellitus. Leider erfolgen auch heute noch viel zu viele Amputationen bei Patienten mit diabetisch bedingten Ulzerationen der Füße.

So wären bei sachgemäßer Behandlung und gezielten Präventionsmaßnahmen über 50% der Amputationen verhinderbar. Zum Erreichen dieses Zieles ist eine konsequente Zusammenarbeit der einzelnen Fachgebiete (Diabetologe, Orthopäde, Orthopädieschuhmacher, Hautarzt, Neurologe...) notwendig, um eine optimale Behandlung zu gewährleisten. Denn nicht nur dem betroffenen Patienten schadet die gegenwärtige unzureichende Betreuung in der Praxis, sondern auch der Ärzteschaft und den letztendlich zahlenden Krankenkassen.

Ein seit Jahren bestehender Diabetes mellitus sollte immer dazu Anlaß geben, sich auch einmal die Füße des Patienten zeigen zu lassen. Bereits mit einfachen klinischen Untersuchungen, wie z.B. der Überprüfung des Vibrationsempfindens mit der Stimmgabel, des Berührungsempfindens mit dem Mikrofilament und der groben Untersuchung des Gefäßstatus mit dem Handdopplergerät lassen sich hinreichend genaue Aussagen zu aufgetretenen Spätschäden am Fuß machen.

Der diabetische Fuß entwickelt sich auf der Grundlage zweier grundverschiedener Pathomechanismen - der Neuropathie und der Angiopathie, wobei der Neuropathie die führende Rolle zukommt. Man unterscheidet dabei drei Formen: Durch die sensible periphere Neuropathie werden das Vibrationsempfinden, sowie das Temperatur- und Schmerzempfinden herabgesetzt. Dies führt zu einer gestörten Reizwahrnehmung mit fehlender Entlastung stark druckbeanspruchter Fußbereiche.

Die motorische Neuropathie bewirkt eine Atrophie der kleinen Fußmuskeln, wodurch die Entstehung von Fußdeformitäten begünstigt wird. Krallenzehen und der Charcot-Fuß sind vorwiegend durch diese Form der Neuropathie bedingt. Häufig sind zusätzlich die Muskeleigenreflexe herabgesetzt. Die dritte Form, die autonome Neuropathie führt zu einer Vaso- und Sudomotorenparese. Am Fuß kommt es zu einer gesteigerten Ruhedurchblutung, Anhidrose und trophischen Störungen.

Eines der ersten Frühwarnzeichen stellt der Verlust, bzw. die Verminderung des bereits erwähnten Temperatur- und Schmerzempfindens dar (Burning feet-syndrom). Sind die dünneren Nervenfasern betroffen, verspürt der Patient brennende und stechende Sensationen an den Fußsohlen. Bei Befall der dickeren Nervenfasern sind

keine Dysästhesien auslösbar, aber das Vibrationsempfinden ist deutlich gemindert.

Der neuropathische Fuß unterscheidet sich vom ischämischen Fuß durch folgende Punkte: Er ist warm und rosig, die Fußpulse sind tastbar und der Patient verspürt keinen Schmerz.

Daraus ergeben sich wichtige Behandlungsrichtlinien für den neuropathischen Fuß. Im Allgemeinen erfolgt eine konservative Versorgung mit Ruhigstellung, Antibiose, täglicher Wundhygiene und der Anpassung eines Entlastungsschuhes. Wichtig für die Prävention diabetischer Fußulzera ist die rechtzeitige und fachgerechte Versorgung des Patienten mit einem orthopädischen Maßschuh, der bereits bei ersten Anzeichen einer Neuropathie ordiniert werden sollte. Wichtig in diesem Zusammenhang ist die tägliche Inspektion der Füße durch den Betroffenen, sowie eine umfassende Patienten- und Angehörigenschulung. Nur durch eine aktive Zusammenarbeit der beteiligten Fachbereiche untereinander und mit dem Patienten ist eine optimale Betreuung gegeben. Erst dann wird man in der Lage sein, dem diabetischen Fußsyndrom wirkungsvoller entgegenzutreten und die derzeit noch hohe Amputationsrate spürbar zu senken.