

Burgwal, H., K. Zink, J. Stumpf

Fallbeschreibung Orthesen-Versorgung für einen stark deformierten Charcotfuß

Zusammenfassung

Es ist technisch möglich, auch stark deformierte und instabile Charcotfüße langfristig mit einer adäquaten Schuhversorgung zu versorgen. Dazu ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Fachrichtungen notwendig.

Einführung

Im Juli 2008 bekam eine 60 Jahre alte Frau (116Kg, 1,63 m, BMI 43,6) einen Charcotfuß mit der Lokalisation Sanders II-IV und schweren Deformitäten. Im weiteren Krankheitslauf kam es zu einer schweren Sepsis. Der Fuß wurde chirurgisch behandelt und dabei das Talus entfernt, um eine stabile calcaneotibiale Fusion zu erreichen. Zur Stabilisierung des Fußes und Unterschenkels wurde ein Fixateur-Extern verwendet.

Methoden

Nach der Entfernung des Fixateur-Extern im November 2008 wurde die Patientin mit einer rotationsstabilen 2-Schalen-Unterschenkelorthese postoperativ versorgt. Aufgrund der noch nicht stattgefundenen calcaneotibialen Fusion, der OP-Wunden, der starken Deformierung und des hohen BMI wurde diese stabile Versorgung vom behandelnden Arzt gewählt. Ziel der Versorgung war, den Fuß zum Unterschenkel in neutraler Position zu halten und die Patientin in häuslicher Umgebung ambulant weiter zu behandeln. Dazu wurde ein Unterschenkelgips vom betroffenen Bein der Patientin in funktionsgerechter Stellung und anschließend ein Unterschenkelklee angefertigt. Über den Leisten wurde eine 2-Schalen-Orthese ohne Kniekondylenaufhängung gebaut. Als Versteifungsmaterial wurden Cellacast Xtra-Binden verwendet, um die Akzeptanz des Hilfsmittels zu erhöhen. Nach 6 Monaten wurden orthopädische Maßschuhe mit einem Arthrodesen-Innenschuh für den Charcotfuß als definitive Versorgung angefertigt.

Ergebnisse

Durch die Ruhigstellung des Fußes ist die Patientin auch 3 Jahre nach der Operation ohne Rezidiv, allerdings ist noch keine stabile calcaneotibiale Fusion entstanden. Daher sind weiterhin orthopädische Maßschuhe mit einem Arthrodesen-Innenschuh für den Charcotfuß indiziert, welche von der Patientin konsequent getragen werden müssen. Der Arthrodesen-Innenschuh muss einen absolut stabilen vollbelastbaren 90° - Winkel aufweisen, um sämtliche Fußbewegungen auszuschließen und den Fuß zu fixieren. Nur so lässt sich eine Rezidiv-Freiheit des instabilen „Sprunggelenks“ erreichen.

Schlussfolgerung

Es ist möglich, auch bei schwersten Deformitäten eine angemessene, Stadien gerechte Versorgung zu erhalten. Dafür ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit im Rahmen einer diabetischen Fußambulanz wichtig und man kann so langfristig eine

Rezidiv freie Versorgung erreichen. Dem Patienten kann dadurch ein Teilhaben am sozialen Leben ermöglicht werden und die Lebensqualität erhalten bleiben.

Literaturreferenzen

Stumpf, J.: Akutversorgung: Ein- und Zweisohlenorthesen. Orthopädienschuhtechnik Sonderheft Diabetes 2005