

# Amputation? Nein, danke!

**Fallbeispiel** In diesem Beitrag beschrieben ist ein mehrmonatiger Verlauf eines Patienten mit einer diabetischen Fußkrankung mit Remission und Rezidiv. Dr. Joachim Kersken berichtet aus seiner praktischen Arbeit.

Text: Dr. Joachim Kersken.

**E**in pensionierter Geschäftsmann, 68 Jahre, stellte sich vor etwa 3 Jahren mit einer tief infizierten Wunde am rechten Großzeh (DI) vor. Der seit Jahren manifeste Typ-2-Diabetes mellitus wird mit oralen Präparaten halbwegs ausreichend behandelt. Er ist sehr selbstbewusst und hat in seinem Leben und in dem seiner Familie zahlreiche schwere Schicksalsschläge erlebt. Initial und formal bestand das Wundstadium 3D (aus-



Redaktion: 06131/9607035

*Gewidmet den langjährigen Mitarbeiterinnen (Wundassistentinnen DDG) Bettina Gebker, Marion Grunden, Ulla Jung, Silvia Niemöller, Andrea Schröder und der OÄ Dr. Wagner, mit denen dieser Behandlungsverlauf so möglich war. Diese Fußbehandlungseinrichtung wurde leider aufgelöst.*

*Der Patient ist ausdrücklich mit einer anonymisierten Darstellung dieses Verlaufs einverstanden.*

gedehnter Infekt, freiliegender, herausbröckelnder Knochen bei path. Dopplersignalen und Verschlussdrücken). Über viele Monate – Geduld auf beiden Seiten – regelmäßigem Wunddebridement und Herausluxieren von Knochenfragmenten, antibiotischer Therapie, Ruhigstellung der Wunde heilte die große Wunde am rechten DI ohne OP/Amputation ab. Die durchgeführte Diagnostik, Behandlung und der langwierige Verlauf der Wunde am rechten Fuß sei an dieser Stelle im Einzelnen übergangen, da hier das Erstulcus auf der anderen, der linken Seite, im Fokus steht.



Abb. 1-3: Befund im September 2019.



Alle Fotos: Joachim Kersken

Soweit (Abb.1-3) ist bei einer ambulanten Regelkontrolle im September 2019 alles ok, keine Schmerzen (bei PNP), subjektiv sehr zufrieden, zieht empfohlene und verordnete Schuhe (ausreichende Weite im Vorfußbereich, keine Kappen im Zehenbereich, Polsterrung) nicht an. Die reizlose, oberflächliche Restwunde versorgt er eigenständig und er ist stolz und froh die Wunde am rechten DI ohne OP geschafft zu haben.

Im Verlauf wird er etwa einmal im Quartal regelmäßig in der ambulanten Fußbehandlungseinrichtung (als Ermächtigungsambulanz) vorgestellt.



Abb. 4: Oktober 2020, rechter Fuß.

Im Oktober 2020 stellt er sich mit folgendem, schmerzlosem Befund vor (Abb. 4). Etwa 5 x 3 cm große Wunde mit leichter Umgebungsrötung, die Achillessehne quillt oedemös heraus, Wundränder sind vital, bis zwei Zentimeter unterminiert, klinisch kein Verhalt, keine Schmerzen. Zur Genese und Dauer kann er keine Angaben machen: „ist doch nicht schlimm“. Er trägt wohl unverändert und weiter Reittiefel.

Neben Gewebegewinnung zur mikrobiologischen Diagnostik, antibiotischen Therapie, Dopplerdiagnostik, Ruhigstellung der Wundre-



Abb. 5: schuhtechnisches Hilfsmittel zur Ruhigstellung der rechten Fersenregion.



Abb. 6 und 7 zeigen den Verlauf über 10 Monate - zwischenzeitlich ambulante Vorstellung in einer Klinik für plastische Chirurgie ohne Änderung der Therapiestrategie.

Abb. 8: Ein paar Wochen später zeigt sich folgender Befund: Restläsion mit geringem serösen Sekret.

gion (konfektionierte Orthese, siehe Abb. 5) und intensivem Wunddebridement alle 2-3 Wochen wünschte der Patient nach ausführlicher Aufklärung (Perfusion, Infekt, OP) ausschließlich die Fortführung der ambulanten Versorgung.

Nach etwa 10 Monaten und einem zwischenzeitlich, lokalchirurgisch behandelten Abszeß proximal der distalen chronischen Ulceration im Bereich der Achillessehnenregion zeigt sich der folgende Befund (Abb. 8): flache, längliche, nicht-infizierte Restläsion mit geringem serösen Sekret, die in den folgenden Wochen vollständig zur Abheilung kam.

Im November 2021 kommt der Patient dann, zwischenzeitlich 71 Jahre, mit folgendem Befund am linken Fuß (Abb. 9-11):

frei, kein Fieber, keine Schmerzen, „wollte nur mal vorbeischaun“.

Es zeigt sich plantar Di links ein ausgedehnt nekrotisches Ulcus, bis zum Knochen mit regionaler Rötung, bläulich-livider Haut und medialem Vorfußoedem, Wundränder vital, etwas Pus.

Ad hoc durchgeführt: Doppler mit peripher drei biphasischen art. Signalen, Gewebe zur Mikrobiologie, unmittelbare Versorgung mit einem Langzeit-Verbandschuh, Desinfektion und ausgiebiges Wunddebridement, Verband. Nach ausführlicher Aufklärung und Erklärung des Befundes (Amputationsgefahr, Ausdehnung des vor-

Enterobacter cloacae complex+++ und Anaerobier.

Von ärztlicher Seite wie aus Sicht der Wundassistenz wurde der Befund wiederholt dem Patienten er-

läutert und eine stationäre Aufnahme empfohlen. Der Patient entschied sich bei diesem Erstkontakt wie auch bei den folgenden Vorstellungen – auch in seiner Rückmeldung ausreichend

informiert – zur Fortführung der ambulanten Behandlung.

Röntgen linker Vorfuß in zwei Ebenen wenige Tage nach der Erstvorstellung (Abb. 12): Radiologisch sind deutlich die Osteolysen im Bereich des Grundgliedes und des

*„Behandlung mit mehrmals wöchentlicher Vorstellung und oraler antibiotischer Therapie.“*

Abb. 9-11: Es zeigt sich plantar Di links ein ausgedehnt nekrotisches Ulcus, bis zum Knochen mit regionaler Rötung, bläulich-livider Haut und medialem Vorfußoedem, Wundränder vital, etwas Pus.



Anamnese: Vor dem letzten Wochenende habe er Fieber und Schüttelfrost bekommen, vom Hausarzt daraufhin ein (namentlich nicht genanntes) Antibiotikum erhalten und sei kurzfristig in die Fußambulanz verwiesen worden. Allgemeinzustand stabil.

Bei der Erstvorstellung wegen der infizierten, tiefen Wunde am linken Fuß, unter DI (vom Patienten bis auf die Rötung nicht zu sehen) war der Patient beschwerde-

handenen Infektes, Verbesserung der Perfusion) lehnte der Patient all dies ab und wünschte explizit die Fortführung der amb. Behandlung mit mehrmals wöchentlicher Vorstellung und oraler antibiotischer Therapie. Labordiagnostik und Mikrobiologie bei Erstkontakt mit infiziertem Ulcus: CRP: 33,5 mg/l (N <5), HbA1c: 8,5% (4,3-5,9%).

Kuturdiagnostik aus Gewebe vom Ulcus DI links: Staph. aureus+++, Serratia marcescens+++,

Endgliedes DI links zu sehen. Im Einklang mit dem plantarem, tiefen Ulcusbefund und dem manifesten

Abb. 12 Röntgenaufnahme linker Vorfuß.





Abb. 13: Infekt ist dies sicher als Osteomyelitis zu werten.

Eine bildgebende Diagnostik (wie arterielle BBA mit Option zur PTA lehnte der Patient ab) zeigte einige Wochen später folgendes Bild, auch zur Veranschaulichung der arteriellen Perfusion für den Patienten (Abb. 13).

Verlaufdokumentation DI links:

Abb. 14 (links) und Abb. 15 (Mitte): Dezember 2021.



Abb. 16 (rechts): Januar 2022.

Abb. 17 (links) und Abb. 18 (rechts): März 2022.



**i Kontakt**

Dr. Joachim Kersken  
Rheine, Arzt für  
Innere Medizin/  
Diabetologie  
Angestellter Arzt im  
Zentrum für Kardiologie und Diabetologie, 48268 Greven / Fußbehandlungseinrichtung DDG  
Ehem. Chefarzt der Klinik für Diabetologie, Klinikum Westmünsterland, Ahaus/Stadtlohn  
Mail: kersken.joachim@gmail.com

Eine Verifizierung der dargestellten Stenosen/Gefäßabbrüche/Ver-schlüsse durch eine selektive arterielle Becken-Bein-Angiografie lehnte der Patient ab und wünschte unverändert die Fortführung der Therapie mit regelmäßigem chirurgischem Wunddebridement, Desinfektion, Fortführung der antibiotischen Therapie und Entlastung/ Ruhigstellung der Wundregion.

**Wundbefund im Verlauf**

Zwischenzeitlich erfolgten ausführliche Gespräche mit dem Patienten und auch Angehörigen zum durchaus positiven Verlauf und weiter beste-

hender Amputationsgefahr DI links. Für eine zweite unabhängige Meinung zur Therapie und Amputationsgefahr DI links erfolgte die ambulante Vorstellung bei einem erfahrenen Chirurgen, der die kurzfristige, auch ambulant durchzuführende, DI Amputation empfahl. Hierzu konnte sich der Patient nicht entschließen.

Daraufhin erfolgte – auf Patientenwunsch – die regelmäßige und engmaschige Weiterbehandlung in unserer Diabetes-Fuß-Ambulanz (zertifizierte Fußbehandlungseinrichtung DDG) (Abb. 14 – 18).

Spätestens ab März 2022 zeigte sich nun dem Patienten und den TherapeutInnen, dass trotz initial



Abb. 22: patienteneigene und präferierte Schuhe nach amputationsbedrohten DI beidseits und ausge-dehntem dorsalem Fersenulcus.

Ab Juli 2022 (Abb. 19 und 20) bestand für die Wunde am linken DI eine nahezu vollständige Wundheilung, Epithelisierung (Remission).

Beide Großzehen zeigen eine deutliche Deviation nach dorsal und eine Deformation, aber nun beidseits ohne Wunde. Den Patienten



stört der Fußaspekt nicht und ist mit dem Verlauf zufrieden.

Auf die weitere und spezialisierte Schuhversorgung angesprochen, die er bislang für sich nicht akzeptieren konnte, brachte der Patient bei einem ambulanten Vorstellungstermin folgende von ihm bevorzugte und angezogene Schuhe mit.

Dem Patienten ist eine Weiterbetreuung in einer qualifizierten, patientenorientierten Fußbehandlungseinrichtung zu wünschen, damit die Wahrscheinlichkeit für den Erhalt der Remission erhöht wird und das Risiko für eine Ulcusrezidiv gesenkt wird.



ausgedehntem Ulcus mit Infekt und Osteolyse eine DI-Amputation nicht erforderlich ist und über eine konsequente konservative Therapie ein Zehenerhalt links (wie vorher auch schon rechts mit Defektheilung) möglich sein wird.



Abb. 19 (links) und Abb. 20 (rechts): nahezu vollständige Wundheilung.