

Nationales Treffen Netzwerke Diabetischer Fuß 2018 31.08.-01.09.2018 Halle/Saale
Protokoll zum Workshop am 31.8.2018
Zehenüberlastung gemeinsam analysiert und gelöst

Einführende Theorie	<p>Hauptprobleme in der Zehenversorgung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plantarisierung der Zehen - Kuppenverletzungen - Seitliche Wunden an den Zehen durch Kombination Flexion/Torsion (D1 und D5). - Hohe Rezidivrate innerhalb eines Jahres (ca. 50%) - Weiterhin hohe Minoramputationsraten - Überwiegen der extrinsischen gegenüber der intrinsischen Muskulatur mit Zig-Zag deformity (Dysbalance) - Problem der Wadenmuskelverkürzungen („Achillessehnenverkürzung“) - Problem des funktionellen Hallux rigidus - Problem des hypermobilen oder hochstehenden 1. Strahls (Metatarsus primus elevatus) mit Überlastung des 2. Strahls - Je größer das Problem, je höherwertiger die Schuhversorgung - Ziel ist der Erhalt der alltagstauglichen Mobilität (siehe auch pdf der einführenden Folien)
Interventionsmöglichkeiten	<p>Tenotomien der Flexor Hallucis longus -, oder der Flexor digitorum longus-Sehne in perkutaner Technik Schuhversorgung: Ballen-Rolle ohne oder mit Sohlenversteifung (biomechanischer, dynamischer Ansatz) unabhängig von der Einlagenversorgung (statischer Bettungsansatz)</p>
Praktischer Teil	<p>Fußuntersuchung der Probandin durch Dr. Engels (schön mit Kamera)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einordnung der Beschwielung des linken Fußes der Probandin: Problem eines funktionellen Hallux rigidus bei Metatarsus primus elevatus li. Mit pathologischer Beschwielung im Bereich des Kopfes des Metatarsale 2. <p>Demonstration der dynamischen Ganganalyse mit den orthopädischen Schuhmachern. Vorbereitet waren konventionelle Varoflex-Verbandschuhe mit einer Ballenrolle in Höhe der (vermuteten) Metatarsalia bei einer Schuhlänge Größe 39/40 und einer etwas weiter distaleren Rolle mit jeweils zusätzlich einzulegender Versteifung unter der Konfekions-Weichpolstereinlage</p>

	<p>Demonstration der unterschiedlichen Analysemöglichkeiten bei der durchgeführten Laufbandanalyse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spitzendrucke im Vor- und Rückfußbereich - Durchschnittliche Drücke im Vor- und Rückfußbereich - Gangphasenzeiten - Gegenüberstellung bei unterschiedlichen Schuhzurichtungen (Verbandsschuh, Verbandsschuh mit Rolle, Verbandsschuh mit Rolle und Sohlenversteifung) - Schmetterlingsdiagramm <p>(Leider hat sich bei Demonstration nicht das gewünschte Ergebnis gebracht. Wahrscheinlich bedingt durch die oben genanntr Pathologie, die eine differenzierte Strategie erforderlich macht.)</p>
Diskussion	<p>Stellenwert der aktuellen Literatur:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sind RCTs überhaupt möglich oder reicht uns unsere Evidenz in der Chirurgie bezüglich der operativen Maßnahmen: Dr. Engels weist auf publizierte Kohortenstudien hin (Engels, Stinus, Hochlenert, Klein: Konzept der Plantarisierung zur Zehenkorrektur beim diabetischen Fußsyndrom. OOT Heft 5 (2016). DOI: 10.1007/s00064-016-0453-9 (Zusammenfassung der Publikation in der Präsentation zum Workshop) <p>Komplikationen bei den Tenotomien (Nosokomiale Infektraten, Transferläsionen, Problem der Transferläsion im Bereich der Mittelgliedkondyle plantar bei Tenotomie der FDL-Sehne bei Vorliegen einer fixierten Beugefehlstellung im PIP-Gelenk (selten), diese Pathologie wird in der oben genannten Publikation beschrieben.</p> <p>Wo und in welchem Winkel muss die Rolle positioniert werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klärung von Begrifflichkeiten: Rollwinkel, Rollscheitel - Stärke der Rolle, individuelle Positionierung der Rolle - Wie kommt der Patient mit der Rolle zurecht. - Ausprobieren, ob eine andere Rollenposition nicht besser ist. Wird der Schuh erst nach Gangprobe und Ausprobieren der Rolle fertiggestellt? Cellonapolsterung unterhalb des Schuhs zur Imitierung einer Rolle, um zu schauen, ob Patient davon profitiert. - Ist die Rollenposition passend zum Gang des Patienten? (schräg angebrachte Rolle bei Abduktionsgang des Patienten) - Je distaler die Rollenposition (was bei einer Zehenläsion sinnvoll zu sein scheint) desto

	<p>problematischer ist die Gangabwicklung in einem solchen Schuh (zunehmender Fersenschlupf). Die Patienten beklagen dann, die Schuhe seien viel zu schwer und haben das Gefühl, immer bergauf zu gehen. Daher erklärt sich die reduzierte Akzeptanz für die Schuhe mit sehr distaler Rolle. Kompromisse sind bei dieser Problematik eigentlich unumgänglich, um wenigstens Teileffekte durch eine zeitliche Reduktion der Spitzendrücke in der Abrollphase zu erreichen.</p> <p>Leitlinien DFS:</p> <ul style="list-style-type: none">- Die Gültigkeit der Leitlinie zum DFS ist zuletzt 2008 upgedatet worden, die Gültigkeit ist abgelaufen. Aktuell findet sich niemand, der hauptverantwortlich die Neuauflage vorantreibt. Es gibt aber Menschen, die mitarbeiten wollen.- Empfehlung, sich an die Leitlinienkommission der DDG zu wenden.- Offenbar gibt es Bestrebungen, die Leitlinie mittelfristig, am ehesten über die AG Fuß der DDG und deren Mitglieder auf den aktuellen Stand zu bringen.
--	---

1.9.2018. Michael Birgel, Köln