Der Charcot-Fuß

Die neuropathische Arthropathie wurde durch den französischen Neurologen Jean-Martin Charcot 1968 beschrieben, wobei er hier Veränderungen nach einer Lues-Neuropathie aufgezeigt hat, in Form der tertiären Syphilis bei der Tabes dorsalis. Neuropathische Veränderungen am Fuß sind sehr häufig und zeigen eine Prävalenz von ca. 1 %. Schwierig dabei ist jedoch die richtige und rasche Diagnosestellung.

» Der neuropathische Fuß wird häufig verkannt

Der neuropathische Fuß wird sehr häufig verkannt, da er zu Beginn mit einer Schwellung und Rötung einhergeht und so differentialdiagnostisch Probleme bereiten kann, v. a. bei einem in diesem Gebiet nicht erfahrenen Arzt. Differentialdiagnostisch können Ulcera durch Neuropathie, das diabetische Fußsyndrom, eine chronisch-venöse Insuffizienz, periphere arterielle Verschlusskrankheiten und Neuropathien mit Mikrozirkulationsstörungen verursacht werden. Dabei ist es gerade wegen der schwerwiegenden Folgen für den Patienten bis hin zur Mutilation und Amputation entsprechend wichtig, rechtzeitig richtig zu reagieren, eine entsprechende Therapie einzuleiten. Zu Beginn steht die Behandlung mit Vollkontaktgips und Ruhigstellung zur Vermeidung oder Abheilung von Ulcera und Knochenveränderungen im Vordergrund. Wichtig ist eine entsprechende sofortige Versorgung, um auf Basis der Ulcera die Entwicklung einer Osteomyelitis zu verhindern. Im Rahmen des diabetischen Fußsyndroms kommt es bei 10–20 % zu einer Beteiligung des Fußes, dabei ist die Namensgebung nicht immer einheitlich. Es gibt hier die Bezeichnung der Charcot-Osteoarthropathie, der neuropathischen Osteopathie oder auch die Bezeichnung der diabetisch-neuropathischen Osteoarthropathie. Ebenso werden auch Begrif-

fe wie diabetischer Fuß und Charcot-Fuß nebeneinander verwendet.

Neben der entsprechenden medizinischen Diagnose und Therapie ist auch von Seiten des Patienten ein entsprechender Lebensstil einzufordern, was jedoch gerade im Hinblick auf Raucher und auch bei Diabetikern oftmals schwierig ist. Es ist auf alle Fälle eine Veränderung der Konsumgewohnheiten anzustreben, um eine Ulkusbildung mit konsekutiver Infektion bis hin zur Amputation zu vermeiden. Falls eine Infektion begleitend stattfindet, ist natürlich eine entsprechende antibiotische Therapie anzustreben – bei systemischer Infektion systemisch, ansonsten lokal. Bei der diabetischen Fußinfektion geht ca. die Hälfte mit einer Osteomyelitis einher. Risikofaktoren für die Entstehung einer Osteomyelitis sind Biopsien, Teilamputationen und Ulzerationen, die über einem Monat bestehen oder rezidivierend auftreten. Natürlich spielen auch die Mikrotraumen eine Rolle, sowie die Gefäßneuropathie.

Insgesamt soll in diesem Heft nicht nur die Pathophysiologie beleuchtet werden, sondern v. a. auch Neuerungen in der Therapie, v. a. im Hinblick auf die operative Versorgung, ausgeleuchtet und bewertet werden.

K. Trieb

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. K. Trieb
 Abteilung für Orthopädie und
 orthopädische Chirurgie
 Klinikum Wels-Grieskirchen
 Grieskirchnerstr. 42, 4600 Wels
 klemens.trieb@klinikum-
 wegr.at

Interessenkonflikt. K. Trieb gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.