

Mythen und Märchen

Vermeintliches Regelwissen kritisch beleuchtet

Zusammenfassung: Was beim DFS ist denn ein Märchen oder Mythos?

- Alles! Ideensammlung ,z.B. diese Wundaufgabe kann alles!
- Mythos 1- Der Patient hört auf das, was man sagt! Fallbeispiel des Wundschlusses trotz Nichtbeachtens der Empfehlung
- Mythos 2-Ich trage immer meine Schuhe! Gibt es geeignete Schuhe für jede Lebenslage? Große Variabilität individueller Lösungen und des Verordnungsverhaltens
- Mythos 3-Evidenzbasierte Therapie der Osteomyelitis- Übereinstimmung mit dem aktuell veröffentlichten Konsensus
- Mythos 4- Gezielte Antibiotikatherapie – Gewebe+Knochenbiopsie, hohe Dosis , kurze Dauer (?)
- Mythos 5- Evidenzbasierte Diagnostik/Therapie Charcot Fuß- Konsens bei Diagnostik, MRT- Verlauf +Therapiedauer variiert


Workshop Nationale Netzwerke,
Dr. Anna Katharina Trocha

Mythos 2- Geeignete Schuhe für jede Lebenslage ist das nötig oder realistisch?

- Gibt es eine Einlage/Schuhversorgung die immer hilft? Nein!
– Nicht immer maximaler Schutz! Kompromisse sind möglich für Zuhause, nachts auf's Klo, Schwimmbad (DNOAP), Autofahren
- Regionale Unterschiede in der Schuhverordnung
– konsequente Schuhversorgung (2 Straßen + 1 Hausschuh) versus nur auf Nachfrage nach 1. Schuhversorgung
– Erst Straßenschuh vs. erst Hausschuh (Anzahl der Schritte zu Hause!)
- Tragezeit sehr gering!
Studie Bad Mergentheim Temperatursensor an Sohlen
– 26 Patienten mit durchschnittlich 133.5 Tagen "Tragezeit"
– Temperature>25°C im Durchschnitt 3.4h/Tag
– An 51% Tagen wurden die Sohlen nicht getragen.

Workshop Nationale Netzwerke,
Dr. Anna Katharina Trocha

Trotz Guidance- Unremovable oder TCC ist nicht die Regel sondern die Ausnahme zur Ulcus-Therapie



Prevention and management of foot problems in diabetes: a Summary Guidance for daily practice 2015, based on the IWGDF Guidance documents

Introduction	Principles of ulcer treatment
Foot problems in diabetes	<i>Relief of pressure and protection of the ulcer</i> This is a cornerstone in treating an ulcer associated with increased biomechanical stress: • The preferred treatment for a neuropathic plantar ulcer is a non-removable knee-high offloading device, either total contact cast (TCC) or removable walker rendered immovable.
Pathophysiology	• When a non-removable TCC or walker is contraindicated, use a removable device
Cornerstones of prevention	• When these devices are contraindicated, use footwear that does not offload the ulcer • In non-plantar ulcers, consider offloading with shoe-modifications, temporary footwear, toe-spacers or orthoses
Foot ulcers	• If other forms of biomechanical relief are not available, consider fatted foam, in combination with appropriate footwear • Instruct the patient to limit standing and walking, and to use antiholts if necessary
Ulcer treatment	Restoration of skin perfusion
Principles of ulcer	• In patients with either an ankle pressure <80mm Hg or ABI <0.5 consider urgent vascular imaging and, when appropriate, revascularisation, if the toe pressure is <80mmHg or TspO2 is <25 mmHg a revascularisation

Workshop Nationale Netzwerke,
Dr. Anna Katharina Trocha


Mythos 3: Osteomyelitis-Diagnose+ Therapie leitliniengerecht

- Diagnose?
- Wann muss der Knochen weg?

-> Diskussion im Plenum und große Übereinstimmung mit dem folgenden Konsensus

Workshop Nationale Netzwerke,
Dr. Anna Katharina Trocha

Konsensus Osteomyelitis



Diabet Foot Ankle. 2016; 7: 10.3402/dfa.v7.30079. PMID: PMC4944594
Published online 2016 Jul 12. doi: 10.3402/dfa.v7.30079

Consensus on surgical aspects of managing osteomyelitis in the diabetic foot

Sachin Allahabadi, BS, BA,¹ Kareem B. Haroun, BS,¹ Daniel M. Musher, MD,² Benjamin A. Lipsky, MD,^{3,4,5} and Neal R. Barshe, MD, MPH^{6*}
delphi methodology*, 14 Experten stimmen ab

Workshop Nationale Netzwerke,
Dr. Anna Katharina Trocha

Best practice guidelines

- 50 % der Ulcerationen sind infiziert
- 20 % mit Osteomyelitis
- „Level of recommendation“ ist niedrig
- Operationen bei Osteomyelitis sind häufig
- Diagnose Osteomyelitis
 - Sichtbarer, chron. freiliegender trabekulärer Knochen beim Vorfußulkus
 - MRT oder Knochen Biopsie (Kultur oder Histopathology) als Bestätigung oder „second line diagnostic“

02.09.16

Workshop Nationale Netzwerke,
Dr. Anna Katharina Trocha

Osteotomie bei OM

- Knochen destruiert
 - klinischer oder radiologischer Nachweis eine substantiellen kortikalen Destruktion
 - Osteolyse, Knochenfragmentation, nekrotischer Knochen
 - Sichtbarere trabekulärer Knochen (kein konsens zu kortikalem Knochen)
- Gelenk involviert oder infiziert
- Schwere systemischer Infekt

02.09.16

Workshop Nationale Netzwerke,
Dr. Anna Katharina Trocha

OP-Technik

- Metatarsaköpfchenresektion bzw proximaler Phlangeale Osteotomie ist eine gute Alternative zur Zehen oder Strahlamputation
- Mit der oszillierenden oder sagitalen Säge
- Zusätzliche orthopädische Prozedure inkl. Achillessehnenverlängerung für Pat. mit biomechanische Abnormalität, insbesondere bei Vorfußulcus, Re-Ulceration oder Transferulcus
- Multidisziplinäres Team verbessert das outcome und reduziert Beinamputationen
- Ziel: Biomechanisch stabiler Fuß , nicht nur Wundschluss bei Vorfußosteomyelitis

02.09.16

Workshop Nationale Netzwerke,
Dr. Anna Katharina Trocha

Mikrobiologie

Knochenproben:

- Makroskopisch abnormaler Knochen zur Initialanbibiose
 - Mikrobiologie + Histopathologie
- Knochenabsetzungsrand, da noch häufig Osteomyelitis im scheinbar gesunden Knochen!
 - Mikrobiologie+Histo

02.09.16

Workshop Nationale Netzwerke,
Dr. Anna Katharina Trocha

Mythos 4- Resistenzgerechte Antibiose

- Umstellung nach Erhalt der Mikrobiologie auf gezielte Antibiose
 - Wie wurde der WA gewonnen (tief, oberflächlich, Gewebe, Knochen, BK bei Bakteriämie)
 - Welche Bakterien sind für den Weicheilinfekt bzw. für die Osteomyelitis verantwortlich
- Hautabstrich nur bei oberflächlicher Wunde, sonst immer Gewebe- oder Knochenprobe
 - Falls bei vermuteter Osteomyelitis kein Keimnachweis oder kein Nachweis pathogener Keime -> Staph. epidermidis ?

02.09.16

Workshop Nationale Netzwerke,
Dr. Anna Katharina Trocha

Dosisierung hoch! Bioverfügbarkeit z.T. schlecht!

Substanz	Orale Dosierung	Bioverfügbarkeit
Amoxicillin	3x1g/	70-90%
Amoxicillin plus Clavulansäure	2-4x1g	60%*
Sultamicillin	2x375-1.5g	80%
Cefuroxim	2x250-500mg	40-45%** (nur 25% unter PPI-Einnahme)
Clindamycin	3-4x600mg	90%
Ciprofloxacin	2-3x500mg	60-80%
Cotrimoxazol	3x0.16/0.8g	>90%
Linezolid	2x600mg	99%

*unmittelbar vor
**gleichzeitig mit der Mahlzeit

02.09.16

Workshop Nationale Netzwerke,
Dr. Anna Katharina Trocha

