



Patientendaten und Anamnese:

53 Jahre, männlich

- Hereditäre Polyneuropathie
- Z. n. Gehirntumor seit dem 40. Lebensjahr
- Sprunggelenkfraktur vor 5 Jahren; Gelenk musste versteift werden
- Alkohol- und Nikotinabusus

Mit 50 auftretende Schmerzen im Sprunggelenk. Schwellung und Wassereinlagerungen. Der Hausarzt verwies ihn zum Orthopäden. Zunächst Bandagen, Einlagen und Schuhversorgung zur Stabilisierung. Diagnose: Arthrose im oberen Sprunggelenk. Ein Jahr später OP im Krankenhaus. Versteifung des oberen Sprunggelenks, wieder orthopädischer Schuh, Schmerzen und Schwellung hielt an. Wechsel vom Facharzt, Zweifel an der Versorgung. Durchführung von Versteifung des oberen und unteren Sprunggelenks, Kürzung des Wadenbeins um 15 cm, um mit dem Knochenmaterial eine Verbindung mit dem Vorderfuss zu schaffen. Stabilisierungsplatte eingebaut. Die OP fand 2015 statt.

Anlage eines Liegegipses für zwei Monate. Belastung mit 20 kg mit Steigerung auf 40 kg in den folgenden zwei Monaten. Anfang 2016 Anpassung eines VACO PED Schuh für weitere Entlastung, Entstehung einer Wundsituation aufgrund von Druck des Schuhs im Narbenbereich ohne Schmerzwahrnehmung. Wundheilung wurde über mehrere Monate verschleppt.

Im Februar 2017 zeigte ein erneuter Wundabstrich einen deutlichen Keimbefall. Daraufhin erfolgte zweimalig die Anlage einer VAC. Im März 2017 erfolgte eine Verlegung in die BG Unfallklinik Murnau mit Verdacht auf akute Sepsis. Nach positivem Wundabstrich wurde eine hochgradige Antibiose über 6 Wochen durchgeführt.



Abb. 1: Im Jahr 2015 Versteifung des oberen und unteren Sprunggelenks, Kürzung des Wadenbeins um 15 cm, um mit dem Knochenmaterial eine Verbindung mit dem Vorderfuss zu schaffen. Einbau einer Stabilisierungsplatte.



Abb. 2: Im April 2017 Anlage eines Fixateur externe (Stabilisierung des Sprunggelenks mit Schienbein und Fersenbein). Entlassung nach 6 Wochen, Teilbelastung der Ferse erlaubt (Krückenversorgung).



Abb. 3: Im Juni 2017 erfolgte ein 3D CT mit Keimdarstellung: Zerfall des Wadenbeines, Frass des oberen und unteren Sprunggelenks. Schmerztherapie trotz Polyneuropathie (Morphin hochdosiert).



Abb. 4: Juli 2017: Einstichstellen sind entzündet (Materialreaktion). Versorgung mit **LIGASANO® weiß** Schlitzkompressen. Druckentlastung mit Kompressionsmaßanfertigung.



Abb. 5: 17.07.2017 Der Verbandwechsel erfolgte alle zwei Tage.



Abb. 6: 17.07.2018 Als Primärverband wurde sterile Schlitzkompressen aus **LIGASANO® weiß** verwendet.



Abb. 7: 17.07.2017: Sekundärverband und Abpolsterung mit LIGASANO® weiß.



Abb. 8: 17.07.2017 Durch die erlaubte Fersenbelastung polsterten wir mit LIGASANO® weiß und grün zur Druckentlastung. Gleichzeitig Behebung eines Defektes am unteren Ballen.



Abb. 9: 17.07.2018 Maßanfertigung eines Kompressionsverbandes



Abb. 10: Im Januar 2018 Abnahme des Fixateur externe. Für die nächsten sechs Wochen ist eine Teilbelastung von maximal 20 kg erlaubt.



Abb. 11: Teilbelastung danach mit 40 kg. Ab Juni 2018 Vollbelastung auf dem Fersenbein erlaubt. Eine Vollbelastung des gesamten Fusses wird erst in einigen Jahren möglich sein.



Abb. 12: Versorgung mit einem Spezialschuh, 2fach. Krückenversorgung. Pflege und Versorgung erfolgt durch die Ehefrau Patient ist in Rentenvorruhestand, derzeit Pflegestufe 3.

Autoren:

Caritas Sozialstation Berchtesgadener Land, Wundteam Christine Kantsperger, Martina Vogel
Dr. med. Rudolf Bauer, Siegsdorf, Facharzt für Allgemeinmedizin