

Dekubitus am Sprunggelenk beim Rind

– Eine retrospektive klinische Studie von 30 Fällen (2001 bis 2003).

U. Schildböck¹, B. Martinek², J. Kofler¹

Durch wiederholte traumatische Insulte der Haut über Knochenakren kommt es beim Rind aufstellungsbedingt häufig zum Auftreten von Dekubitus. Zu kurze Standflächen in der Anbindehaltung, zu kleine Liegeboxen in der Laufstallhaltung, mangelnde Einstreu und zu stark aufgerauter Stallboden sind dafür verantwortlich. Vermehrtes Liegen infolge von schmerzhaften Klauenerkrankungen oder nach Schweregeburten infolge Mineralstoffimbilanzen stellen weitere Faktoren dar. Kleine Hautläsionen stellen eine Eintrittspforte für ubiquitär vorkommende, unspezifische Eitererreger dar. Bei ungenügender oder ausbleibender Therapie kommt es rasch zu Infektionen tieferer Strukturen wie z. B. Schleimbeutel, Sehnenscheiden oder Knochen in dieser Region. Periarthritis tarsalis tritt auf, wenn der Prozess nicht auf die Schleimbeutel beschränkt bleibt. Lahmheiten treten meist erst nach Einbruch der Infektion in das Talokruralgelenk oder in die gemeinsame Sehnenscheide von *M. flexor hallucis longis* et *m. tibialis caudalis* auf, oder wenn der Knochen involviert ist

In den letzten 3 Jahren wurde bei 30 Rindern (3–10 Jahre alt) die Diagnose Dekubitus in der Sprunggelenkregion gestellt. Die Rinder waren größtenteils (90 %) wegen einer Umfangsvermehrung im Bereich eines (74 %) oder beider (26 %) Sprunggelenke zugewiesen worden. Beim ersten Grad ist die Haut noch intakt, jedoch bereits entzündet. 17 Rinder (57 %) zeigten Dekubitus 2. Grades, wo bereits ein Hautdefekt bis zur Subkutis vorlag. Bei 6 Rindern (20 %) lag Dekubitus 3. Grades mit ausgedehnten Nekrosen der tieferen Gewebsschichten vor. 14 Rin-

der (47 %) zeigten Dekubitus 4. Grades mit radiologisch nachgewiesener Knochenbeteiligung. In 3 Fällen (10 %) wurde die Diagnose Dekubitus als Nebenbefund gestellt. Der Hauptbefund war (1/3) ein infiziertes Klauengeschwür an den Außenklauen beider Hinterextremitäten bzw. eine septische Arthritis des Klauengelenks hinten rechts und eine Klauenbeinspitzennekrose hinten links (1/3). Bei einem Rind (1/3) lag eine eitrige Endometritis sowie eine Karunkelnekrose vor.

16 Kühe (53 %) wurden erfolgreich therapiert. Bei 15 Tieren (87 %) war eine chirurgische Intervention notwendig. Das betroffene Gewebe wurde unter intravenöser Stauungsanästhesie bzw. Infiltrationsanästhesie reseziert, Abszesse bzw. infizierte Bursen gespalten und drainiert. Die weitere Spülung erfolgte mit 0,1% verdünnter Polyvidonjodlösung. Nach 3 – 5 Tagen erfolgte täglich eine Kaltwasserkürettage. Die Wundhöhlen wurden mit Jodoformgaze oder Ligasano®-Polyurethan-Weichschaumstoff drainiert. Antibiotika (Ampivet®, Terramycin-spray®) wurden lokal appliziert (100 %) und nur bei 7 Rindern (44 %) zusätzlich parenteral verabreicht. 6 Rinder (37 %) wurden mit Antiphlogistika (Romefen®) parenteral therapiert. Die 16 Rinder wurden nach einer durchschnittlichen Behandlungszeit von 11 Tagen (5 – 21 Tagen) deutlich gebessert rückgestellt.

In 5 Fällen (17 %) lehnten die Besitzer aus Kostengründen eine Therapie ab und die Tiere wurden geschlachtet. 9 Rinder (30 %) wurden aufgrund infauster Prognose und infolge bestehender Wartezeiten euthanasiert.

¹Universitätsklinik für Orthopädie bei Huf- und Klautieren, Veterinärmedizinische Universität Wien, Veterinärplatz 1, A-1210 Wien.

²II. Medizinische Universitätsklinik für Klautiere, Veterinärmedizinische Universität Wien, Veterinärplatz 1, A-1210 Wien.