

Diabetische Polyneuropathie

Mehr Lebensqualität ohne nervende Schmerzen



© Arteria Photography

Etwa jeder fünfte Diabetiker entwickelt eine Polyneuropathie.

— Etwa jeder fünfte Diabetespatient leidet an einer schmerzhaften diabetischen Polyneuropathie (DPNP). Die Patienten beschreiben typische neuropathische Schmerzen, die brennend, elektrisierend oder stechend sind. Häufig kommt es zu Parästhesie, Hyperalgesie und Allodynie. Typisch für diese Art von Schmerzen: In Ruhe verstärkt sich die Symptomatik oftmals. „Eine schmerzhaftes DPNP beeinträchtigt die Lebensqualität der Patienten substantiell und ist mit erheblichen Komorbiditäten assoziiert“, betonte PD Dr. Rolf Malessa aus Weimar. Schlafstörungen und Ängste, sozialer Rückzug, Immobilität und Schmerzfixie-

rung verstärken den Schmerz und treiben die Chronifizierung noch voran.

SSNRI lindert den Schmerz schon ab dem dritten Tag

Mit Duloxetine (Cymbalta®) steht ein Medikament zur Verfügung, das die deszendierenden schmerzmodulierenden Bahnen aktiviert und so den Schmerz wirksam bekämpft. Für den selektiven Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI) in Dosierungen von 60 und 120 mg zeigen Studien, dass die Schmerzintensität bereits ab dem dritten Behandlungstag signifikant stärker abgenommen hat als unter Placebo. Nach zwölf Wochen hatten zwei Drittel der Patienten eine mindestens 30%ige, die Hälfte eine mindestens 50%ige Schmerzreduktion. Die Wirkung bleibt langfristig erhalten, wie eine 6-Monats-Studie belegt.

Darüber hinaus verbesserte Duloxetine auch die Funktionalität und Lebensqualität: Allgemeine Aktivität, Gehvermögen und Lebensfreude steigerten sich, Arbeitsfähigkeit und soziale Aktivität wurden wiederhergestellt – was sich wiederum positiv auf die Schmerzverarbeitung auswirkt. Häufigste Nebenwirkung war

NSAR sind wirkungslos

Jeder zweite Patient falsch behandelt

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) und das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) empfehlen in ihren Leitlinien Duloxetine neben trizyklischen Antidepressiva und Kalziumkanalblockern als Medikament der ersten Wahl bei schmerzhafter DPNP. Tatsächlich wird aber nur ein Viertel der Patienten leitliniengerecht therapiert. Über die Hälfte wird mit nicht steroidal Antiphlogistika, Nicht-Opioid-Analgetika oder Tranquilizern behandelt, die bei schmerzhafter DPNP nicht geeignet sind.

Übelkeit, die laut Malessa vor allem in der Titrationsphase auftritt und sich durch eine Startdosis von 30 mg/Tag über eine Woche reduzieren lässt.

- Michael Koczorek
Quelle: Pressegespräch „Leitliniengerechte Therapie der schmerzhaften diabetischen Polyneuropathie“, Schmerzkongress, Mannheim, 7. Oktober 2010 (Veranstalter: Lilly Deutschland)

NO-Donor hat günstige strukturelle und hämodynamische Effekte

Ein neuer Ansatz gegen Herzinsuffizienz?

— Eine Abnahme NO-vermittelter Signale spielt eine wichtige Rolle im kardialen Remodelling und in der Progression der chronischen Herzinsuffizienz. Prof. Jochen Bauersachs und Mitarbeiter haben im Herzinfarktmodell an Ratten untersucht, wie sich verschiedene Stimulatoren der NO-Achse auf den Remodellingprozess auswirken. Besonderes Augenmerk richteten sie auf den NO-Donor Pentaerythryl-Tetranitrat (PETN), der als einziges Nitrat im Langzeitgebrauch nicht zu einer Toleranz führt und für den antioxidative Eigenschaften gesichert sind.

Die placebokontrollierte Therapie mit PETN (2 x 80 mg/kg) wurde nach Abschluss der frühen Heilungsphase mit reparativer Fibrose begonnen und über neun Wochen durchgeführt. In der Studie wurden sehr große Infarkte gesetzt, die gut die Hälfte des Myokards ausmachten, wie Bauersachs betonte. Entsprechend stieg der linksventrikuläre Füllungsdruck deutlich an und der linksventrikuläre systolische Druck nahm ab. Unter PETN-Langzeittherapie kam es im Vergleich zu Placebo zu einem signifikanten Absinken des rechtsatrialen Füllungsdrucks. Die

linksventrikuläre Kontraktilität und der Herzindex verbesserten sich signifikant, ebenso die Ejektionsfraktion. Die Rechtsverschiebung der Druck-Volumen-Kurve wurde durch PETN verhindert, die Myozyten-Hypertrophie fiel im Vergleich zu Placebo geringer aus.

Hinter diesen Effekten, die PETN als vielversprechende Option in der Therapie der chronischen Herzinsuffizienz erscheinen lassen, könnten mehrere Mechanismen stecken, wie Bauersachs spekulierete: PETN stimuliert die Proliferation und Migration von endothelialen Progenitor-

Zellen (EPC), senkt die mitochondriale Produktion reaktiver Sauerstoffspezies und verstärkt die Neoangiogenese im Myokard.

Pilotstudie bestätigt positive hämodynamische Effekte

Prof. Veselin Mitrovic, Bad Nauheim, und Mitarbeiter konnten in einer Pilot-

studie an fünf Patienten mit Herzinsuffizienz (NYHA II–IV) positive hämodynamische Effekt von PETN bestätigen. Sowohl akut nach einer Einzelgabe von 80 mg PETN als auch chronisch nach sieben-tägiger Therapie mit 2 x 80 mg täglich beobachteten sie eine Abnahme des Pulmonalarteriendrucks und des pulmonalen Kapillardrucks. Auch unter Belastung

wurde eine Drucksenkung im kleinen Kreislauf beobachtet. Dass der Effekt auch nach sieben Tagen nicht abgeschwächt war, bestätigt die fehlende Toleranz unter PETN.

■ Dr. med. Angelika Bischoff
Quelle: 17. PETN Expertentreffen, München, 16. Oktober 2010 (Veranstalter: Actavis)

Symptom Sodbrennen

Funktionelle Dyspepsie oder Refluxösophagitis?

— Beschwerden im Oberbauch wie Sodbrennen, frühes Sättigungsgefühl, Völlegefühl und Aufstoßen können sowohl organischer wie auch funktioneller Art sein. In der Regel sind die Symptome aber nicht eindeutig einer Krankheit zuzuordnen. Lautet das Hauptsymptom „Sodbrennen“, werden meist reflexartig Protonenpumpenhemmer (PPI) verordnet, da ein Säureüberschuss vermutet wird.



© Summer/Panthermedia.net

Thoraxschmerz und Aufstoßen: das spricht für eine Refluxkrankheit.

nen. PPI helfen hier aber nicht, da die Ursache nicht „zu viel Säure“ ist, sondern „Säure am falschen Ort“, zum Beispiel durch gestörte Magenmotilität. Schätzungen zufolge werden bis zu 50% der PPI nicht indikationsgerecht eingesetzt.

Checkliste für die Praxis

Die therapeutischen Konsequenzen der Differenzierung zwischen funktioneller Dyspepsie und Refluxösophagitis sind erheb-

lich. Während bei Letzterer der Einsatz eines Säureblockers in der Regel notwendig ist, kann die Dyspepsie meist mit einem Phytopharmakon wie Iberogast® erfolgreich behandelt werden.

Um bei der Erstbefragung des Patienten sicher zwischen funktioneller Dyspepsie und Refluxösophagitis unterscheiden zu können, hat das Kompetenzteam Magen unter Federführung von Prof. Hans-Dieter Allescher, Garmisch-Partenkirchen, eine strukturierte Diagnose-Checkliste erarbeitet – mit charakteristischen Symptombildern und zielführenden Fragestellungen für den Praxisalltag.

■ Steigerwald

Allerdings klagen auch Patienten mit funktioneller Dyspepsie über Sodbren-

Tabelle 1

Klärende Fragen an den Patienten

	Funktionelle Dyspepsie	Refluxkrankheit
1 Treten die Beschwerden vor allem nachts auf? Wachen Sie deshalb auf?	Nein	Ja
2 Treten die Beschwerden vor allem im Zusammenhang mit Mahlzeiten auf?	Ja	Nein
3 Leiden Sie derzeit unter einer zu großen Arbeitsbelastung?	Nein	Ja
4 Fühlen Sie sich seelisch gestresst?	Ja	Nein
5 Kommt es bei Ihnen häufig zu Thoraxschmerz und Aufstoßen?	Nein	Ja
6 Erleben Sie es häufig, dass Sie sich schon nach dem zweiten Bissen satt und gebläht fühlen?	Ja	Nein
7 Brauchen Sie eine spezielle Diät, um Beschwerden zu vermeiden?	Ja	Nein
8 Meiden Sie speziell Bohnenkaffee und Speisen mit „schlechtem“ oder kaltem Fett?	Nein	Ja

Quelle: Magen up to date, Kompetenzteam Magen, 2010

Magen up to date

Kompetenzteam Magen gibt praxisnahe Hilfestellungen

Mit dem Periodikum „Magen up to date“ lieferte das Kompetenzteam Magen einen praxisnahen Leitfaden für die fundierte Diagnose und Therapie von Oberbauchbeschwerden. Das Periodikum kann bei Steigerwald Arzneimittelwerk GmbH, Havelstr. 5, 64295 Darmstadt, telefonisch unter 06151 - 33 05 178 oder per E-Mail an most@steigerwald.de kostenlos angefordert werden. Mitglieder des Kompetenzteams Magen sind Prof. Hans-Dieter Allescher, Garmisch-Partenkirchen, Prof. Peter Malfertheiner, Magdeburg, Dr. Martin Strauch, München, und Dr. Ulrich Koczan, Augsburg.