

Innovative Technologie fördert Granulation

Neue Chance bei schlecht heilenden Wunden

— Eine neuartige Technologie verspricht Unterstützung bei der oft frustranen Behandlung hartnäckiger chronischer Wunden. Das innovative PolyHeal™ besteht aus negativ geladenen, chemisch völlig inerten Polystyrol-Mikrosphären (Charged Polystyrene Microspheres = CPM), fünf Mikron groß, in steriler wässriger Suspension. Auf vielfältige Weise aktiviert das Präparat nach topischer Applikation Selbstheilungskräfte des Körpers und bringt den Wundheilungsprozess in Gang.

Nach Expertenmeinung geschieht dies durch Schaffung einer heilungsfördernden Mikroumgebung auf der Wundoberfläche, die Zellen wie Makrophagen, Monozyten, Lymphozyten, Fibroblasten, Keratinozyten und Endothelzellen die Anhaftung ermöglicht. Migration und Proliferation werden so stimuliert. Postuliert werden insbesondere die deutliche Aktivierung der Makrophagen im Wundgebiet, die Wiederherstellung des Gleichgewichts zwischen Zytokinen und

Wachstumsfaktoren sowie ein günstiger Einfluss auf die Kollagensynthese.

Dass das bei präklinischen Studien erforschte Prinzip in der Praxis funktioniert, belegen zahlreiche Fallstudien sowie eine doppelblind kontrollierte Prospektivstudie mit 58 ambulanten Patienten, bei der das CPM-Prinzip mit Kochsalzlösung verglichen wurde. 65% der mit PolyHeal, aber nur 19% der mit NaCl-Lösung behandelten Wunden erreichten eine mehr als 75%ige Granulation, die die Wundgröße reduzierte. Neben chronischen Ulcera und Traumen unter-



CPM-Prinzip aktiviert Selbstheilungskräfte.

© Hans Schulz

schiedlicher Genese konnten selbst schwer heilende tiefe Wunden mit offen liegenden Knochen und Sehnen zu 45% geschlossen oder auf eine vorher nicht mögliche chirurgische Abdeckung vorbereitet werden. Eine wesentliche Besserung war oft bereits nach vierwöchiger Behandlung mit PolyHeal zu verzeichnen. Laut Prof. Josef Haik, Sheba, gelang der Wundverschluss mitunter schon nach neun bis zehn Tagen.

Die CPM-Lösung wird zweimal täglich auf die gereinigte Wunde aufgetropft, dann mit einem gut durchfeuchteten Verband abgedeckt. Die Behandlung erfolgt zusätzlich zur wundgerechten Standardversorgung, ist wenig belastend, schmerzlos und in jeder Lokalisation einsetzbar. Nicht geeignet ist sie für nekrotische und infizierte Wunden, die vorher antibiotisch saniert werden müssen.

■ Ursula Einecke

Quelle: Satellitensymposium, Jahrestagung der EWMA, Brüssel, Mai 2011 (Veranstalter: TEVA)

Warum es sich lohnt, die Therapiestrategie bei Diabetikern zu überdenken

Auf frühzeitige Insulintherapie kann oft verzichtet werden

— Bei schlecht eingestellten Diabetes-Patienten sollten die therapeutischen Strategien stets hinterfragt und der Lebensstil optimiert werden, betonte Prof. Stephan Jacob, Villingen-Schwenningen. Oft könne auf eine frühzeitige Insulintherapie verzichtet werden. Der niedergelassene Diabetologe verdeutlichte dies an zwei Fallbeispielen.

Fallbeispiel 1

Eine 44-jährige Frau wird bereits seit drei Jahren wegen eines vermuteten Typ-1-Diabetes mit einer intensivierten konventionellen Insulintherapie (ICT) behandelt. Die Blutzuckereinstellung ist schwierig, da die Patientin, von Beruf Busfahrerin, aus Angst vor Hypoglykämien häufig zu wenig Insulin spritzt. Ihr HbA_{1c}-Wert liegt über 9%. Jacob überprüft die Diagnose, findet keine Hinweise für einen Typ-1-Diabetes und vermutet eine Typ-2-Erkrankung. Er stellt die Frau zunächst auf eine BOT (basal un-

terstützte orale Therapie) und den DDP-4-Hemmer Sitagliptin (Januvia®) um. Im weiteren Verlauf verzichtet er auch auf das Basalinsulin und setzt stattdessen Metformin ein. Unter der oralen Kombinations-therapie ist der HbA_{1c}-Wert unter 6,6% gefallen, und das Körpergewicht hat sich um 3 kg reduziert.

Fallbeispiel 2

Bei einem 67-jährigen Mann, der seit acht Jahren an Typ-2-Diabetes erkrankt ist, hilft ein 7-Punkte-Blutzuckertagesprofil und ein Ernährungsprotokoll zur Verbesserung der Blutzuckerkontrolle. Der Patient verträgt seit drei Jahren Metformin nicht mehr, berichtete Jacob; er spritzt morgens Insulin glargin und nimmt den Sulfonylharnstoff Glimperid ein. Die Blutzuckerwerte des Patienten sind an allen Messpunkten zu hoch, auch wegen regelmäßiger Zwischen- und Spätmahlzeiten. Jacob rät dem Pati-

enten, auf die Zwischenmahlzeiten zu verzichten. Er stellt ihn von Glimperid auf Sitagliptin 100 mg täglich um und setzt zusätzlich wieder Metformin ein, das jetzt besser vertragen wird. Insulin glargin spritzt der Patient abends in reduzierter Dosis (24 U.I.). Bereits drei Wochen später haben sich die Blutzuckerwerte erheblich verbessert.

Ziel der Diabetestherapie ist außer einer stringenten und sicheren Blutzuckereinstellung auch die Vermeidung von Hypoglykämien und therapieinduzierter Gewichtszunahme, betonte Prof. Wolfgang Schmidt, Bochum. Mit einer inkretinbasierter Therapie wie der DPP-4-Hemmung wird dies ermöglicht.

■ Roland Fath

Symposium „Inkretine – Neueste Forschungsergebnisse und ihre Relevanz für die Praxis“, DDG-Jahrestagung, Leipzig, Juni 2011 (Veranstalter: MSD Sharp & Dohme)