reits bei der AWA-Tagung im September in Salzburg präsentiert wird.

Massive emotionale und physische Traumata

Für die Betroffenen haben diese strukturellen Probleme unmittelbare Auswirkungen, stellte Dr. Anna Vavrovsky, von der Academy for Value in Health, Wien, fest: Unkoordinierte Präventionsmaßnahmen und uneinheitliche Therapiestandards verzögern die Heilung und beeinträchtigen damit die Lebensqualität der Betroffenen deutlich. „Chronische Wunden“, so Vavrovsky, „fügen Betroffenen, aber auch den

Angehörigen massive emotionale und physische Traumata zu.“ Bei 85 % aller Amputationen treten im Vorfeld chronische Wunden auf, weltweit findet alle 30 Sekunden eine Amputation aufgrund eines nicht heilenden diabetischen Ulkus auf. Hinzu kommt ein volkswirtschaftlich zunehmend relevanter werdender Aspekt. Patienten mit chronischen Wunden werden immer jünger, stehen also noch im Berufsleben und erleben aufgrund der chronischen Wunde eine Reduktion ihrer Produktivität. Spezialisiertes und intensives Wundmanagement sei also in mehrerer Hinsicht kosteneffektiv, so

Vavrovsky: Einige gesundheitsökonomische Studien konnten zeigen, dass ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis vorliegt. Eine dänische Studie belege, dass eine nationale Strategie basierend auf Best Practice Guidelines die Kosten für Wundmanagement um 30 % reduzieren könne.

ki

Wien klin Mag 2018 · 21:178–179
<https://doi.org/10.1007/s00740-018-0242-1>

© Springer-Verlag GmbH Austria, ein Teil von Springer Nature 2018

Opioid mit dualem Wirkungsmechanismus bei diabetischer Polyneuropathie

Niedrige Dosis und weniger Nebenwirkungen

Die diabetische Polyneuropathie trifft schätzungsweise zehn bis 26 % der Patienten mit Diabetes mellitus. Zur analgetischen Behandlung werden Antidepressiva wie Duloxetin sowie Pregabalin oder Gabapentin empfohlen. Eine Alternative ist die Behandlung mit Tapentadol, einem Opioid mit dualem Wirkungsmechanismus.

Für die Schmerzentstehung bei diabetischer Polyneuropathie werden sowohl zentrale als auch periphere Mechanismen verantwortlich gemacht. Hinzu kommt die vaskuläre Komponente infolge einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit. Tapentadol ist ein μ -Opioidrezeptor-Agonist und ein Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer und wirkt damit auf aufsteigende und auf absteigende Schmerzbahnen. Infolgedessen werden vergleichsweise niedrige Dosen benötigt und die Rate unerwünschter Wirkungen ist niedrig.

Die gepoolte Analyse von zwei Placebo-kontrollierten Doppelblindstudien ergab, dass bei 703 Typ-1- und Typ-2-Diabetes-Patienten mit neuropathischen Schmerzen mit einer retardierten Tapentadol-Formulierung innerhalb von zwölf Wochen eine klinisch relevante Schmerzre-

duktion erreicht wurde. Bei mehr als der Hälfte der Verumpatienten betrug die Schmerzreduktion 30 % und mehr, etwa 39 % erreichten eine Schmerzreduktion von 50 % und darüber. Dies ging einher mit signifikanten Verbesserungen der krankheitsbezogenen Lebensqualität und Funktionalität.

Bestätigt wurden diese Ergebnisse kürzlich von italienischen Forschern bei Patienten mit Typ-2-Diabetes. Lag die Schmerzintensität auf der numerischen Skala (0 bis 10) vor Therapiebeginn bei im Mittel 7,88, reduzierten sich die Schmerzen im Laufe von drei Monaten auf schließlich 2,84. Dies ging mit einer verbesserten Schlaf- und Lebensqualität einher [1].

In einer retrospektiven japanischen Studie waren 38 Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen und neuropathischen Schmerzen auf

Oxycodon, Tramadol oder transdermales Fentanyl sowie Koanalgetika eingestellt. Bei 18 dieser Patienten wechselten die Ärzte auf orales Tapentadol. Daraufhin sank der Schmerzscore von 3,78 auf 2,78 bei guter Verträglichkeit [2].

ÄZ/ner

Literatur

1. (2018) J Diabetes Res:1081792
2. (2018) Jpn J Clin Oncol 48(4):362–366

Wien klin Mag 2018 · 21:179
<https://doi.org/10.1007/s00740-018-0248-8>

© Springer-Verlag GmbH Austria, ein Teil von Springer Nature 2018