

## Ödematöses Ulcus cruris

### Kompressionstherapie unabhängig von der Ursache sinnvoll

— 60% der in der Praxis präsentierten chronischen Unterschenkelgeschwüre entpuppen sich als Ulcus cruris venosum, je 10% als Ulcus cruris arteriosum oder als Ulcus cruris mixtum, informierte Prof. Joachim Dissemund, Essen. Der Rest verteilt sich auf seltenere Geschwüre, die in Summe aber epidemiologisch nicht unbedeutend sind.

Tritt ein Ulcus cruris plötzlich auf bislang unauffälliger, unverfärbter und nicht atrophiertes Haut oder an untypischen Stellen auf, sollte man an ungewöhnliche Ursachen denken – etwa an eine leukozytoklastische Vaskulitis, die sich binnen weniger Tage zum schmerzhaften Geschwür entwickeln kann. Die Diagnose wird biopsisch-histologisch gesichert, Therapie der Wahl sind systemische und lokale Kortikoide.

Manifestiert sich ein schmerzhaftes Geschwür primär an Schienbein oder Fußrücken, könnte es sich um eine Necrobiosis lipoidica handeln. Klarheit verschafft die Histologie. Eine Biopsie der Läsion sollte allerdings erst erfolgen,

wenn sie bereits geschwürig ist. Gegen die als autoimmun bedingt eingeschätzte Erkrankung, die in etwa 50% mit einem Diabetes mellitus assoziiert ist, können im Off-label-Einsatz Fumarsäureester und bei schweren Verläufen TNF-alfa-Inhibitoren verordnet werden.

Beginnt ein Ulcus cruris mit kleinen, sternförmigen, heftig schmerzenden Ulzera, kann es sich um eine Livedovaskulopathie handeln. Diese Erkrankung gilt heute als rheologisches Leiden, das innerhalb weniger Tage sehr gut auf niedermolekulares Heparin anspricht.

#### Mit Kompression gegen Ödeme

Dissemund betonte, dass jedes von einem Ödem begleitete Ulcus cruris einer Kompressionstherapie bedarf, damit die The-



Beim Ulcus cruris ist eine differenzierte Diagnose wichtig.

rapeutika ins Zentrum des Geschehens gelangen. Auch beim ödematösen Ulcus cruris mixtum überwiege ab einem Knöchel-Arm-Index von mehr als 0,5 bei einer vorsichtig individuell angepassten Kompressionstherapie der Nutzen klar das Risiko.

■ Werner Stingl

▪ Workshop „Thrombose, CVI, Ulcus cruris venosum – Wo sind die Hürden?“, 57. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie; Bamberg, September 2015 (Veranstalter: Medi)

## Substitutionstherapie

### Retardiertes Morphin reduziert Craving nach Heroin

— Mit 21 Jahren spritzte er sich erstmals Heroin, erzählte Patient Lennart B. im Video-Interview. Seit 2008 unternahm er mehrere Substitutionsversuche. Doch Methadon habe ihn „runtergezogen“, er habe sich sediert gefühlt und stark geschwitzt. Unter Buprenorphin litt er unter Schlafstörungen.

Nach sechsmonatiger Therapie mit retardiertem Morphin (Substitol®) fühlt er sich besser: „Es ist überhaupt kein Vergleich zu vorher. Ich bin wacher, rieche und schmecke wieder besser, nehme wieder am Leben teil.“

Das deckt sich mit den Erfahrungen von Dr. Chaim Jellinek, Allgemeinarzt in der Berliner Ambulanz für integrierte Drogenhilfe Neukölln. Auch Studien

zeigten, dass retardiertes Morphin im Vergleich zu Methadon das Craving nach Heroin sowie die psychische Belastung mindere und die Patienten zufriedener seien [Hämning R et al. J Subst Abuse Treat. 2014;47:275–81].

#### Substitute wirken unterschiedlich

Die psychiatrische Komorbidität sollte laut Jellinek die Behandlung bestimmen, da die Substitute sehr unterschiedlich wirkten. So helfe Buprenorphin Patienten mit niedrigem Sucht-Score und geringer psychischer Belastung sowie depressiven, alkoholkranken oder methadonmüden Spritzdrogenabhängigen. Methadon eigne sich eher bei schweren Persönlichkeitsstörungen und Psycho-

sen, verbunden mit Ängsten oder Wahnvorstellungen. Hochdosiertes Methadon bilde eine Mauer um jede emotionale Regung. Dies könne zu Depressionen und Alkoholismus führen.

Ein Viertel der Substituierten konsumiere weitere Opiate. Dies könnte laut Jellinek an einem falschen Substitut liegen. Retardiertes Morphin bewirke ähnliche psychische Effekte wie Heroin und sei daher das ideale Präparat für monovalent Heroinabhängige ohne Zwang, sich zu spritzen, bzw. für therapiereife Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung.

■ Susanne Pickl

▪ Pressebriefing „6 Monate Substitol“: Fallbeispiele aus der Praxis“, 24. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin; Berlin, 6. November 2015 (Veranstalter: Mundipharma)