



Der Experte

Dr. med. Berthold Amann
Facharzt für Innere
Medizin, Angiologie
und Diabetologie
(DDG), Chefarzt
am Berliner Franziskus-Krankenhaus

Quelle: Pressekonferenz zur
16. Diabetes-Herbsttagung der
Deutschen Diabetes Gesellschaft
(DDG) in Kooperation mit der
Deutschen Gesellschaft für An-
giologie (DGA), 16.11.2022

Literatur:

1. Normahani P et al. Cost-Effectiveness of Diagnostic Tools to Establish the Presence of Peripheral Arterial Disease in People with Diabetes. *Ann Surg* 2021; doi: 10.1097/SLA.0000000000004815

einer Mortalität von über 30% innerhalb der nächsten fünf Jahre assoziiert.

Messung schon zum Zeitpunkt der Diabetesdiagnose

Um solche Verläufe zu verhindern, müsse bereits zum Zeitpunkt der Diagnose eines Typ-2-Diabetes angesetzt werden, forderte Dr. Berthold Amann von der Deutschen Gesellschaft für Angiologie (DGA) im Vorfeld der Diabetes-Herbsttagung. „Schon bei der Diagnosestellung des Diabetes ist die Chance, dass eine Durchblutungsstörung am Bein vorliegt, über 50%“, so DGA-Tagungspräsident Amann. In diesem Fall steige das Risiko, ein Bein zu verlieren, bereits bei Vorliegen einer kleinen Wunde auf bis zu 20%. „Da kommen dann auch die 30.000 Amputationen pro Jahr her, die bei Diabeteserkrankten durchgeführt werden.“ Kritisch werde es immer dann, wenn die Durchblutung nicht ausreiche, um eine Wundheilung zu erlauben.

Ein Viertel der Amputationen könnte verhindert werden

Ein Großteil, nämlich rund 80% der insgesamt über 8 Millionen an Diabetes erkrankten Menschen in Deutschland, wird primär in hausärztlichen Praxen versorgt. Nach Amann kommt Hausärzten daher in der Diagnostik von Diabetes-bedingten Durchblutungsstörungen eine entscheidende Rolle zu. Eine von Amann zitierte Studie [1] aus England zeigt: Bis zu einem Viertel der Amputationen könnten verhindert werden, wenn rechtzeitig eine angemessene Durchblutungsdiagnostik durchgeführt worden wäre. Dabei gibt es dem Angiologen zufolge allerdings gleich mehrere Probleme, welche die Bestimmung des Knöchel-Arm-Index (Ankle Brachial Index, ABI) in der Praxis betreffen.

– Das eine ist die diagnostische Herausforderung: Ein Diabetes mellitus verursacht nicht nur die Polyneuropathie, die dafür sorgt, dass Schmerzen als Warnsignal bei Fußverletzungen wegfallen. Er kann auch zu einer Verhärtung der inneren Muskelschicht in den Unterschenkelarterien führen, der sogenannten Mediasklerose. „Dann ist der Blutdruck am Bein plötzlich doppelt so hoch wie am Arm“, erklärte Amann. In diesem Fall sei das Ergebnis der ABIMessung für die Durchblutungsdiagnose nicht zu verwerten.

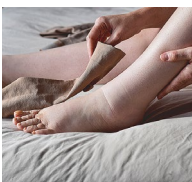
– Das andere Problem betrifft die Gesundheitspolitik: Die Knöchelblutdruckmessung durch den Hausarzt wird von den gesetzlichen Krankenkassen nicht vergütet. Amann sieht darin eine „gravierende Versorgungslücke“; es sei, als ob man „dem Kardiologen verbieten würde, ein EKG zu machen“. Sein Appell an die Entscheidungsträger lautet, sich „bei dieser basalen Diagnostik vorwärtszubewegen“.

Frühzeitig zur Duplexsonografie!

Dem Hausarzt bleibe inzwischen nur, von Anfang an auf die Patienten zuzugehen, sich die Füße anzuschauen und zu versuchen, den Puls am Knöchel zu tasten – was allerdings alles andere als trivial sei. „Wenn der Puls da ist, können Sie sich erst einmal entspannen. Ist er nicht da, und das passiert ganz häufig, muss man durch apparative Methoden feststellen, ob eine Durchblutungsstörung vorliegt.“ Für die sichere und zuverlässige Messung, die auch im Verlauf, spätestens aber bei Auftreten einer Fußwunde durchzuführen sei, stehe die Duplexsonografie zur Verfügung, am besten beim Angiologen. „Wir plädieren für einen relativ frühen Einsatz dieser Untersuchungsmethode“, schloss der DGA-Experte. ■

Lymphödeme: Das ist wichtig bei der Therapie

Unverzichtbare Anwendungen -- Autorin: Dr. Nicola Zink



Selten verordnet, selten getragen: Kompressionsstrümpfe bei Lymphödem.

Bei der Therapie des Lymphödems kommt es häufig zu Versäumnissen. Welche wichtigen Aspekte nicht ausreichend beachtet werden, fasste Dr. Katja Mühlberg aus Leipzig in einem Vortrag auf dem Internisten-Update zusammen.

Eine aktuelle Befragung der Charité-Universitätsmedizin Berlin kommt zu dem Ergebnis, dass viele Patientinnen und Patienten mit einem Lymphödem während der COVID-19-Pandemie nicht adäquat versorgt waren: Die Lebenszufriedenheit nahm ab, wichtige

Therapieziele wurden bei 23% der Teilnehmenden nicht erreicht, bei 40% verschlechterten sich die Befunde [1]. Doch nicht nur während der Pandemie waren viele Betroffene unterversorgt.

In puncto manuelle Kompressionstherapie – einer der unverzichtbaren Therapiekomponenten beim Lymphödem – liegt vieles im Argen: Beispielsweise wird die manuelle Lymphdrainage nicht immer mit flachgestrickten medizinischen Kompressionsstrümpfen kombiniert. „Viele Patientinnen und Patienten bekommen zwar eine Lymphdrainage verordnet, jedoch häu-



Aktuelle Berichte vom 17. DGIM – Internisten-Update-Seminar, 2.–3.12.2022, Berlin/Livestream

Die nächsten Internisten-Updates finden statt am 10.–11.11.2023 in Wiesbaden und Hamburg, am 17.–18.11.2023 in München und Köln sowie am 1.–2.12.2023 in Berlin

Literatur:

1. Phlebologie 2022; 51:230–6
2. Kiriko Abe et al. Support Care Cancer 2021; 29:6535–43
3. Sandra Hayes et al. Med Sci Sports Exerc 2022;54:1389–99

fig ohne Kompression oder aber sie tragen die Strümpfe nicht“, bemängelte die Fachärztin für Angiologie. In diesen Fällen sei es „komplett sinnlos“, die Lymphe herauszumassieren, denn sobald die Patientinnen und Patienten von der Behandlungsliege aufstünden, sacke die Lymphe wieder nach unten.

Ganz wichtig bei der Therapie ist deshalb auch eine Anleitung zur Durchführung der Selbstbehandlung. „Bitte verordnen Sie, wenn Sie ein Lymphdrainage-Rezept ausstellen, auch eine Anleitung zum Selbstmanagement“, appellierte Mühlberg. Denn das Lymph-ödem bestünde sieben Tage die Woche, Lymphdrainagen fänden jedoch meist nur zwei- bis dreimal pro Woche statt. Für die restlichen Tage müssten die Patienten Techniken erlernen, um sich zumindest bis zu einem gewissen Grad selbst zu therapieren. Eine weitere wichtige Komponente, die ebenfalls in den Händen der Erkrankten liegt, ist die Hautpflege bzw. Wundbehandlung zur Prophylaxe eines Erysipels.

Bewegungstherapie kommt häufig zu wenig zum Einsatz

Die zweite große Säule der Lymphödemtherapie kommt laut Mühlberg ebenfalls häufig zu kurz: die Bewegung. Denn Sport und Bewegung unter Kompression sind ein ganz wesentlicher Aspekt der Behandlung und sollten allen Erkrankten verordnet werden. Wie wenig dabei schon hilft, zeigt eine Studie von Kiriko Abe et al. [2]. Darin wendeten Frauen mit tumorassozierten Lymphödemem der unteren Extremität drei verschiedene Therapien an: 15 Minuten lang in sitzender Position bzw. in liegender Position ein Fahrradergometer betätigen oder lediglich die Beine für 15 Minuten hochlegen. Die Frauen der Cross-over-Studie trugen jeweils elastische Bandagen und wurden den drei Therapien in unterschiedlicher Reihenfolge zugelost mit mindestens einer Woche Pause zwischen den Übungen. Radfahren im Liegen

war dem Hochlegen der Beine signifikant überlegen. Das Volumen der Beine sowie Schmerzen und Schwellgefühl in den Beinen hatten sich deutlich gebessert. „Diese kurze Therapie war schon extrem effektiv“, kommentierte Mühlberg die Ergebnisse. Fahrradfahren in sitzender Position zeigte zwar auch Effekte im Vergleich zum Hochlegen der Beine, diese waren jedoch statistisch nicht signifikant.

In einem systematischen Review mit Metaanalyse von Sandra Hayes et al. [3] konnte dargestellt werden, dass auch kombiniertes Kraft- und Ausdauertraining sowohl zur Prävention als auch zur Therapie tumorassoziierter Lymphödeme gut wirksam ist. Der Effekt fiel besonders stark aus, wenn mehr als fünf Lymphknotenstationen reseziert worden waren. Nach der Intervention wurden Verbesserungen in den Parametern Schmerz, Funktionalität, Kraft, Fatigue und Lebensqualität der Teilnehmenden der Sportgruppen beobachtet. Mühlberg betonte, dass körperliche Betätigung möglichst strukturiert und verordnet angewendet werden sollte, aber auch in Eigeninitiative betriebener Sport zeige Erfolge.

Innovation bei der Kompressionstherapie

Zum Schluss stellte Mühlberg noch eine vielversprechende Therapieoption vor: die apparative Kompression. Lymphentstauungsgeräte können supportiv zur manuellen Lymphdrainage verordnet werden. Bisher mussten die Patientinnen und Patienten für diese Art von Therapie jedoch über mehrere Stunden liegen, etwa bei Anwendung einer Lymphhose. In den USA wurden aktuell tragbare pneumatische Kompressionssysteme getestet, die auch im Alltag, etwa beim Spazierengehen, getragen werden können. „Eine Pilotstudie hat gezeigt, dass diese apparative Kompression unglaublich effektiv ist und die damit behandelten Patienten sehr davon profitieren – nicht nur hinsichtlich der Symptomregredienz, sondern auch hinsichtlich der Lebensqualität“, so Mühlberg. ■

Basistherapie bei PAVK häufig vernachlässigt

Vor allem Frauen werden schlechter versorgt -- Autorin: Dr. Nicola Zink

Wie aus einer Studie mit Daten von AOK-Mitgliedern hervorgeht, klaffen bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit (PAVK) große Lücken. Die Therapie besteht aus drei wichtigen Bausteinen, die Dr. Katja Mühlberg aus Leipzig im Detail erläuterte.

Jeder Patient bzw. jede Patientin mit PAVK sollte eine Statintherapie erhalten. Für das Low-density-Lipoprotein (LDL) werden Zielwerte < 1,8 mmol/l (70 mg/dl) anvisiert oder eine Halbierung des Ausgangs-LDL. Bei Hochrisikopatienten wird ein LDL von < 1,4 mmol/l (55 mg/dl) angestrebt. Zur Basistherapie gehören ne-