

So erkennen und behandeln Sie diabetische Hautveränderungen

Münchener Diabetessymposium widmet sich dermatologischen Folgeerkrankungen

Bei 30 bis 70 Prozent aller Menschen mit Diabetes mellitus treten im Krankheitsverlauf pathologische Hautveränderungen auf. An einem Symposium im Rahmen der Fortbildungsveranstaltung «Innere Medizin fachübergreifend – Diabetologie grenzenlos» wurden die wichtigsten Punkte hierzu erläutert.

Claudia Borchard-Tuch

Hautveränderungen bei Diabetes mellitus kommen häufig vor. Die Pathomechanismen sind vielfältig und noch nicht für alle diabetischen Hauterkrankungen geklärt. «Es kann sich um allergische Reaktionen auf Antidiabetika handeln», erklärte Dr. med. Dipl.

soll. Eine Lipohypertrophie kann entstehen, wenn ein Patient seine Injektionen immer wieder in den gleichen Regionen setzt. Es handelt sich um gummiartige und auch harte oder narbenähnliche Schwellungen im subkutanen Gewebe. Ursache sind vor allem

Um eine Insulinatrophie zu vermeiden, ist es empfehlenswert, den Ort der Einstichstelle ständig zu verändern und ggf. die Insulinart zu wechseln.

chem. Alexander Konstantinow, München. Besonders häufig treten allergische Reaktionen auf Sulfonylharnstoffe oder Metformin auf. Auch Verzögerungssubstanzen wie Protamin oder gewisse Additiva können Allergien verursachen. Insulin selbst kann Hautreaktionen auslösen. Allergische Reaktionen können auch durch Süsstoffe wie Cyclamat, Aspartam oder Benzosulfimid ausgelöst werden.

Die Insulinatrophie ist eine eher seltene Nebenwirkung, welche sich in den ersten zwei Jahren nach Therapiebeginn manifestiert. An der Einstichstelle kommt es zu einer umschriebenen Fettgewebsatrophie. Es zeigen sich keine entzündlichen Reaktionen. Um eine Insulinatrophie zu vermeiden, ist es empfehlenswert, den Ort der Einstichstelle ständig zu verändern und gegebenenfalls die Insulinart zu wechseln.

Der Referent ging nicht auf die Lipohypertrophie ein, die an dieser Stelle jedoch als recht häufige Nebenwirkung von Insulininjektionen erwähnt werden

wachsende Fettzellen. Die Lipohypertrophie hat Folgen für den Stoffwechsel: Das in die Bereiche gespritzte Insulin wird weitaus langsamer resorbiert als aus gesundem Gewebe. Infolgedessen kann es zu Blutzuckerschwankungen kommen.

Diabetes mellitus kann auch mit Pigmentstörungen einhergehen.

Hautveränderungen können auch als direkte Folge der Grunderkrankung auftreten. Ursachen sind Mikroangiopathie, Neuropathie und Glykierung. Schweißdrüseninsuffizienz und Polyurie führen zu Hauttrockenheit. Die Talgproduktion ist vermindert. Die trockene Haut führt bei Diabetespatienten häufig zu Juckreiz; 20 bis 40 Prozent aller Patienten leiden daran. Besonders häufig sind die Extremitäten betroffen. Kratzen verstärkt die Beschwerden. Um Juckreiz, Kratzen und kutane Folgeerkrankungen zu vermeiden, ist eine konsequente Hautpflege wichtig.

W/O-(Wasser-in-Öl-)Emulsionen sind zu empfehlen, da sie die Haut mit Feuchtigkeit versorgen. Zusätze von Harnstoff erhöhen die Wasserbindungsfähigkeit der Haut. Bei ausgeprägtem Juckreiz können topisch aufgetragene Glukokortikoide vorübergehend Linderung verschaffen.

Die diabetische Dermopathie ist eine Pigmentierungsstörung, die meistens an den Schienbeinen, manchmal auch an Unterarmen und Füßen auftritt. An den betroffenen Stellen zeigen sich schmerzlose, rötliche bis braune, rundliche Atrophien. Histologisch finden sich Hyalineinlagerungen in den dermalen Gefäßen. An der Entstehung sollen Mikroangio- und Neuropathie beteiligt sein. Angaben zur Prävalenz der diabetischen Dermopathie schwanken stark und liegen zwischen 10 bis 70 Prozent der Diabetespatienten. Die Erkrankung tritt häufiger bei Männern, älteren Patienten und bei zunehmender Diabetesdauer auf, kann sich aber auch bei Nichtdiabetikern zeigen. Wirksame Therapien sind nicht bekannt und nicht erforderlich. Gelegent-

lich bilden sich die Hyperpigmentierungen von selbst zurück. Einige Experten betrachten die diabetische Dermopathie als Marker für weitere diabetische Folgeerkrankungen.

Auch Bindegewebe und Gelenke betroffen

Beim diabetischen Sklerödem Buschke handelt es sich um eine eher seltene Bindegewebserkrankung. Etwa 20 bis 30 Prozent der Patienten sind Typ-2-Diabetiker, wobei sie zumeist älter und männlichen Geschlechts sind. Es findet sich eine Kollagenvermehrung mit

Dystrophie, lymphohistiozytären Infiltraten und Muzinablagerungen. In der Dermis kommt es zu einem schmerzlosen, wachstartigen Umbau. Zunächst ist der Hals betroffen, später sind es das Gesicht, der Thorax, die Arme, die Handflächen und schliesslich die Finger. Die Haut ist verdickt, die Gelenkmobilität eingeschränkt. Schliesslich treten Kontrakturen auf. Eine PUVA-(Psoralen-plus-UV-A-)Therapie verbessert bei den meisten Patienten die Beschwerden, wobei es notwendig ist, diese Therapie in regelmässigen Abständen zu wiederholen.

Mit Cheiropathie, auch Cheiroarthropathie oder «limited joint mobility» genannt, wird eine krankhafte Einschränkung der Beweglichkeit vor

Diabetisches Fussyndrom

Als Spätfolge eines Diabetes mellitus kommt es zum diabetischen Fussyndrom. Etwa 3 Prozent aller Diabetiker haben Fussulzera. Das diabetische Fussyndrom ist die häufigste Ursache für eine Amputation. Zugrunde liegen die Makroangiopathie und die Neuropathie. Infolge des Diabetes mellitus kommt es zu einer Arteriosklerose der Unterschenkelarterien und der Arteria femoralis profunda. Als Folge einer Schädigung des Gefässendothels durch Glykierung entwickelt sich eine Hyperkoagulabilität. Bei zwei Dritteln der Diabetiker entsteht eine periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK). Die Ischämie bleibt infolge der diabetischen sensorischen Neuropathie häufig län-

Staphylococcus aureus, Escherichia coli oder Pseudomonas aeruginosa. Oberflächliche Spezies sind oft wenig relevant. Daher sollten tiefe Abstriche durchgeführt werden. Eventuell ist auch eine Probeexzision erforderlich, zum Beispiel bei Verdacht auf einen MRSA-Keim (methicillinresistenter Staphylococcus aureus).

Der Therapie kommt eine besondere Bedeutung zu. Bei konsequenter Behandlung in interdisziplinären Zentren mit Ausschöpfung aller Möglichkeiten zur Revaskularisierung kann die Amputationsrate um bis zu 80 Prozent gesenkt werden. Die arterielle Rekonstruktion kann zur Revaskularisierung der Unterschenkelarterien führen.

Im Vordergrund stehen fast immer eine Nekrose und eine Infektion. Es ist eine stadiengerechte feuchte Wundbehandlung indiziert. Bei Gangrän muss ein radikales chirurgisches Débridement durchgeführt werden. Der Patient muss einen Vakuumverband (Unterdruckwundverband) erhalten. Es sollte eine sorgfältige Fusspflege durchgeführt werden mit Behandlung von Nagelmykosen und Hornhautschwielen. Durch das Tragen von Spezialschuhen kommt es zur Druckentlastung der Wunde.

Fussdeformitäten und Fettpolsterrückbildung können durch chirurgische Gelenkrekonstruktion und Fetttransplantation behandelt werden. ❖

Claudia Borchard-Tuch

Quelle: Symposium «Diabetes und Dermatologie» im Rahmen der Fortbildungsveranstaltung «Innere Medizin fachübergreifend – Diabetologie grenzenlos», München, 19. Februar 2016.

Bei konsequenter Behandlung kann die Amputationsrate um bis zu 80 Prozent gesenkt werden.

allem der Finger- und Handgelenke bezeichnet. Langfristig erhöhte Blutzuckerspiegel fördern die Bildung von AGE (advanced glycation end products). Es kommt zu einer Glykosilierung des Kollagens und zu Störungen der Kollagensynthese. Muzin wird abgelagert, und es finden sich verdickte Kollagenschollen. Die Haut verdickt sich wachstartig, vor allem an Fingern, Handflächen, Unterarmen und Oberschenkeln. Die Gelenkmobilität ist eingeschränkt. Eine Cheiropathie kann einem Diabetes vorausgehen, so Konstantinow. Die Risiken für eine Retinopathie und eine Neuropathie sind erhöht.

gere Zeit unbemerkt. Bei autonomer Neuropathie mit Autosympathektomie erweitern sich die Gefässe, sodass die Haut warm ist.

Arteriovenöse (AV) Shunts mit Unterversorgung der Endstrombahnen, Neuroosteoarthropathien mit Fussdeformitäten (Plattfuss, Krallenzehe) oder Rückbildung und Verlagerung der Fettschicht im Vorfussbereich fördern ebenfalls die Entstehung eines diabetischen Fussyndroms. Es kommt zunächst zu Kallusbildung, dann zu subkutaner Einblutung und schliesslich zur Ulzerierung der Haut. Die Gefahr für eine tiefe Fussinfektion mit Osteomyelitis besteht. Sehr häufig sind die Erreger