

Screening und Diagnose der diabetischen Polyneuropathie in der klinischen Praxis: Eine Umfrage unter deutschen Ärzten (PROTECT Study Survey)

Ziegler D et al.

Prim Care Diabetes. Dez. 2022;16(6):804-809

Zusammenfassung:

- Die meisten Ärzte untersuchen regelmäßig auf diabetische sensomotorische Polyneuropathie (DSPN), verwenden aber häufig nicht die in den klinischen Leitlinien empfohlenen standardisierten Testverfahren und Bewertungen.
- Nicht standardisierte Testverfahren sind potenziell anfällig für diagnostische Ungenauigkeiten.
- Um die Leitlinien-Adhärenz zu verbessern, sollten die Gründe für die Nicht-Adhärenz untersucht und die Ärzte in den Entwicklungsprozess einbezogen werden, um ihre Erwartungen und Präferenzen einbringen zu können.

Einleitung & Hintergrund

Ein Drittel aller Patienten mit Diabetes ist von einer DSPN betroffen. Diese kann sich aufgrund von neuropathischen Schmerzen und Fußulzera negativ auf die Prognose, die Lebensqualität und die Morbidität auswirken. Dennoch wird DSPN nach wie vor oft nicht ausreichend diagnostiziert und therapiert. Komplikationen werden sowohl von Ärzten als auch von Patienten unterschätzt. Die Diagnose einer DSPN ist aufgrund des schleichenden Krankheitsbeginns, eines Mangels an zuverlässigen Biomarkern, unterschiedlichen Definitionen von DSPN und des Fehlens stan-

dardisierter Testverfahren komplex. Außerdem werden klinische Leitlinien in der täglichen Praxis wahrscheinlich nicht ausreichend akzeptiert und eingehalten, was die ungenügende Diagnose und Behandlung der DSPN verstärkt.

Diese Umfrage hatte das Ziel, Informationen zum Screening und zur Diagnose von DSPN in der klinischen Praxis zu sammeln und zu untersuchen, inwieweit Allgemeinmediziner, Internisten und Diabetologen in der klinischen Praxis standardisierte Leitlinien einhalten.

Materialien & Verfahren

Diese Querschnittsbefragung wurde bei 580 Allgemeinmedizinern, Internisten und Diabetologen in 13 von 16 deutschen Bundesländern durchgeführt. Die Ärzte wurden offline über eine Zufallsauswahl aus einer privaten Kontaktdatenbank rekrutiert. Die Umfrage umfasste Multiple-Choice-Fragen und offene Fragen zur medizinischen Qualifikation und Spezialisierung. Außerdem wurde die Häufigkeit des Screenings, die Verwendung von klinischen Neuropathie-Scores und die Leitlinienadhärenz untersucht. Daneben gab es Fragen zur Nutzung von Bedside-Tests und zur Einhaltung von standardisierten Verfahren für verschiedene Tests am Patienten.

Ergebnisse

76 % der Teilnehmer waren Allgemeinmediziner, gefolgt von 28 % Internisten und 11 % Diabetologen. Die meisten teilnehmenden Ärzte (86 %) waren einem Disease-Management-Programm für Typ-2-Diabetes angeschlossen.

87 % der Ärzte gaben an, dass sie mindestens einmal pro Jahr bei Patienten mit Diabetes ein DSPN-Screening durchführen. 65 % gaben an, dass sie die Füße von DSPN-Patienten mindestens zweimal jährlich untersuchen. 72 % der Ärzte gaben an, keine klinischen Scores oder Fragebögen für die Bewertung der mit DSPN verbundenen Symptome zu nutzen. Die Ärzte, die die Nutzung bestätigten (28 %), bevorzugten etwa zur Hälfte den Neuropathy Symptom Score (NSS; 51 %) und die visuelle Analogskala (VAS; 45 %) für Schmerzen.

Ärzte, die angaben, klinische Scores (20 %) zur Bewertung des Schweregrads neuropathischer Symptome zu verwenden, wählten am häufigsten den Neuropathic Disability Score (NDS; 76 %). 80 % der Ärzte nutzten jedoch keine klinischen Scores zur Bewertung von neuropathischen Symptomen. Die bevorzugten Untersuchungsinstrumente waren der Reflexhammer (71 %), VبراTip (70 %), 10-g-Monofilament (52 %) und TipTherm (41 %). Diese Untersuchungsinstrumente wurden von etwa der Hälfte der Ärzte an mehreren Stellen angewendet. Außerdem wurde von 32 % der Teilnehmer die Rydel-Seiffer-Stimmgabel verwendet. Sie wurde in 80 % der angegebenen Fälle an mehreren Stellen eingesetzt, nämlich am Innenknöchel (60 %) und am Mittelfußknochengelenk (48 %).

Die Bewertung neuropathischer Anzeichen betreffend gaben 40 % der Ärzte an, dass sie eine altersunabhängige Bewertung des Vibrationsempfindens mit Hilfe der Stimmgabel durchführen. 18 % sprachen von einer altersabhängig angepassten Bewertung und 41 % gaben an, dass sie kein standardisiertes Verfahren zur Bewertung des Vibrationsempfindens nutzen.

Zur Beurteilung des Druckempfindens über das 10-g-Monofilament wurde dieses meist am Mittelfußballen des Fußes (42 %) und an der plantaren Seite der Großzehe (35 %) verwendet. 58 % der

Befragten gaben an, dass sie kein standardisiertes Testverfahren nutzen. 73 % gaben an, dass sie keine standardisierte Bewertung des Druckgefühls einsetzen.

Die Schmerzempfindung wurde meist an der Plantar- (54 %) und Dorsalseite (41 %) des Fußes beurteilt. Die meisten Ärzte gaben jedoch an, kein standardisiertes Testverfahren (62 %) und keine standardisierte Bewertung (77 %) zu nutzen.

Die Bewertung des Wärmeempfindens betreffend befanden sich die bevorzugten Teststellen am Fußrücken (59 %) und Fußballen (36 %). Die meisten Ärzte verwendeten weder ein standardisiertes Testverfahren (54 %) noch eine standardisierte Bewertung (66 %).

Diskussion & Schlussfolgerungen

Diese Umfrage zeigte, dass die meisten Ärzte ihre Patienten zwar regelmäßig auf DSPN untersuchten, dabei aber keine klinischen Fragebögen und Scores für die Bewertung des Schweregrads neuropathischer Symptome nutzten und kein standardisiertes Verfahren bzw. keine standardisierte Bewertung für die Prüfung von Vibrations-, Druck-, Schmerz- oder Wärmeempfindung zum Einsatz kam. Außerdem richtete sich nur die Hälfte der teilnehmenden Ärzte nach Leitlinien zur Diagnose oder zum Ausschluss einer DSPN.

Wegen des Fehlens einheitlicher DSPN-Diagnosekriterien und der subjektiven Natur verfügbarer Tests ist Leitlinienadhärenz erwünscht, um diagnostische Unschärfen zu vermeiden. Dies ist zum Beispiel für die Beurteilung des Vibrationsempfindens mit der Stimmgabel wichtig, da die Ergebnisse des Stimmgabel-Tests mit zunehmendem Alter naturgemäß abnehmen; daher können altersunabhängige Klassifizierungen den Verlust des Vibrationsempfindens überbewerten.

Um die Leitlinienadhärenz zu erhöhen, sollten die Bedürfnisse von Ärzten berücksichtigt werden, indem die Komplexität verringert und Anwendbarkeit sowie Klarheit sichergestellt werden.

Limitationen dieser Studie waren eine mögliche Verzerrung der Auswahl und der Quellen, eine ungleiche Verteilung der eingeschlossenen Fachrichtungen und eine begrenzte Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse.



Scannen Sie bitte den QR-Code ein, um die Originalveröffentlichung aufzurufen.

Ein Service der
Nationalen Aufklärungsinitiative
zur diabetischen Neuropathie

