

16. Journal Club

Childhood predictors of lung function trajectories and future COPD risk: a prospective cohort study from the first to the sixth decade of life

The Lancet Respiratory Medicine journal April 2018

Background

Lifetime lung function is related to quality of life and longevity. Over the lifespan, individuals follow different lung function trajectories. Identification of these trajectories, their determinants, and outcomes is important, but no study has done this beyond the fourth decade.

Methods

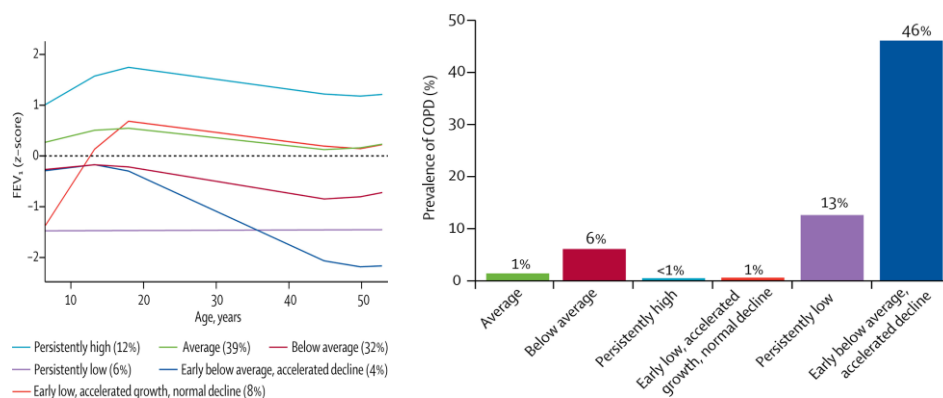
We used six waves of the Tasmanian Longitudinal Health Study (TAHS) to model lung function trajectories measured at 7, 13, 18, 45, 50, and 53 years. We analysed pre-bronchodilator FEV1 z-scores at the six timepoints using group-based trajectory modelling to identify distinct subgroups of individuals whose measurements followed a similar pattern over time. We related the trajectories identified to childhood factors and risk of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) using logistic regression, and estimated population-attributable fractions of COPD.

Findings

Of the 8583 participants in the original cohort, 2438 had at least two waves of lung function data at age 7 years and 53 years and comprised the study population. We identified six trajectories: early below average, accelerated decline (97 [4%] participants); persistently low (136 [6%] participants); early low, accelerated growth, normal decline (196 [8%] participants); persistently high (293 [12%] participants); below average (772 [32%] participants); and average (944 [39%] participants). The three trajectories early below average, accelerated decline; persistently low; and below average had increased risk of COPD at age 53 years compared with the average group (early below average, accelerated decline: odds ratio 35.0, 95% CI 19.5–64.0; persistently low: 9.5, 4.5–20.6; and below average: 3.7, 1.9–6.9). Early-life predictors of the three trajectories included childhood asthma, bronchitis, pneumonia, allergic rhinitis, eczema, parental asthma, and maternal smoking. Personal smoking and active adult asthma increased the impact of maternal smoking and childhood asthma, respectively, on the early below average, accelerated decline trajectory.

Interpretation

We identified six potential FEV1 trajectories, two of which were novel. Three trajectories contributed 75% of COPD burden and were associated with modifiable early-life exposures whose impact was aggravated by adult factors. We postulate that reducing maternal smoking, encouraging immunisation, and avoiding personal smoking, especially in those with smoking parents or low childhood lung function, might minimise COPD risk. Clinicians and patients with asthma should be made aware of the potential long-term implications of non-optimal asthma control for lung function trajectory throughout life, and the role and benefit of optimal asthma control on improving lung function should be investigated in future intervention trials.



16. Journal Club

Fazit:

Möglicherweise können wir durch eine kluge und nachhaltige Beratung in frühen Jahren das Entstehen einer COPD im Alter verhindern.

Bei entsprechenden Prädiktoren (pulmonologisch auffälliges Kind mit schlechter FEV1, rauchende Mutter, COPD in der Familie) nachdrücklicher auf präventive und therapeutische Möglichkeiten in der Verhinderung von COPD im Alter hinweisen:

- *Kein mütterliches bzw. elterliches Rauchen*
- *kein Rauchen des Betroffenen,*
- *konsequente Behandlung der Atemwegserkrankung*
- *Immuntherapie der Allergie*

Fazit REGEN:

Bei folgenden Kindern wären wir besonders achtsam:

- *Pseudo-Krupp*
- *Häufige Atemwegsinfekte, prolongiert*
- *Schon mal obstruktive Bronchitis (Gebrauch von Salbutamol etc.)*
- *Häufiger nächtlicher Husten (länger anhaltend)*
- *Husten bei Anstrengung*
- *Sportliche Leistung reduziert*
- *Körperliche Belastung im Winter deutlich reduziert*

16. Journal Club

McMaster

Di Nisio M, Wichers IM, Middeldorp S. Treatment for superficial thrombophlebitis of the leg. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Feb 25;2:CD004982. doi: 10.1002/14651858.CD004982.pub6. (Review)

Hintergrund: Die optimale Behandlung der oberflächlichen Thrombophlebitis (TP) der Beine ist umstritten. Die Therapie sollte einerseits die lokalen Symptome lindern (Schmerz), andererseits sollte eine TVT verhindert werden, die eine gefürchtete Komplikation ist. Dieses Review ist das dritte Update seit 2007.

Ziele: Feststellung der Effektivität und Sicherheit von topischen, medikamentösen und chirurgischen Therapien der TP bezüglich der Verbesserung von lokalen Symptomen sowie der Reduktion von thromboembolischen Ereignissen.

Methode: Untersucht wurden der Cochrane Vascular Specialised Register (March 2017), CENTRAL (2017, Issue 2), und der Studienregister (March 2017) durch den Cochrane Vascular Information Specialist. Die Autoren haben anschließend weitere relevante Quellen selbst durchgelesen (z.B. Referenzlisten von relevanten Studien).

Auswahlkriterien: RCTs wurden einbezogen, die sich mit den topischen, medikamentösen und chirurgischen Therapien der TP der Beine befassten und bei denen die Diagnose TP entweder klinisch oder sonographisch gestellt wurde.

Konklusion der Autoren: Fondaparinux in prophylaktischer Dosierung, verabreicht für 45 Tage erscheint als geeignete Therapie für die meisten Patienten. Evidenz an topischer und chirurgischer Behandlung ist eingeschränkt, v.a. was TVT betrifft, hier sollten Studien mit besserem Design erfolgen. Weitere Untersuchungen sind erforderlich die Effektivität von NOAKs, LMWH, NSAIDs sowie die Dauer und Dosierung bei Patienten mit verschiedenen Risikoprofilen (v.a. Rezidivthrombosen) festlegen zu können. Des Weiteren ist weiterhin unklar ob eine kombinierte Therapie effektiver ist als Monotherapie.

Fazit:

Im Grunde geht man leitliniengerecht vor: Der erste Schritt ist die klinische Einschätzung der Lokalisation und Ausbreitung der Thrombose.

Ist man sich nicht sicher, sollte die oberflächliche Thrombophlebitis geschallt werden, um leitliniengerecht handeln zu können. Entweder selber oder beim Spezialisten.

Die Wahl einer halbtherapeutischen oder einer therapeutischen Dosierung (analog zur Wahl der Antikoagulation) erfolgt nach den Untersuchungsergebnissen.

Leitlinie:

Wann sollte eine Antikoagulation erwogen werden?

- Bei Varikothrombosen der V. saphena magna oder parva und großkalibriger Varizenäste besteht die Gefahr eines appositionellen Wachstums und der Ausbreitung in das tiefe Venensystem.
- Antikoagulation daher bei dieser Lokalisation:
 - ab einer Thrombuslänge von 5 cm
 - bei Annäherung des Thrombus < 3 cm an eine Mündungsklappe zum tiefen Venensystem (saphenopoplietaler und saphenofemorale Übergang)⁹
 - bei Progression in das tiefe Venensystem hinein.
- Antikoagulation individuell erwägen bei weiteren Risikofaktoren (Vorgeschichte, Malignom, OP vor Kurzem, Immobilität).

16. Journal Club

Antikoagulation, Substanzen und Dosierung

Gabe von niedermolekularem Heparin (NMH) oder Fondaparinux (Arixtra)

- *Niedermolekulares Heparin*
 - *Eine halbtherapeutische oder therapeutische Dosis von NMH ist der prophylaktischen Dosis hinsichtlich der Inzidenz einer begleitenden Venenthrombose überlegen.*
 - *In einer Studie wurde mindestens 10 Tage niedermolekulares Heparin verabreicht. Damit konnte die Ausbreitung der oberflächlichen Thrombophlebitis reduziert werden, und es kam zu weniger Fällen einer tiefen Venenthrombose oder Lungenembolie.*
 - *In der aktuell gültigen Leitlinie gibt es keine konkrete Empfehlung für Präparat, Dosierung oder Dauer der Antikoagulation mit NMH.*
- *Fondaparinux*
 - *Eine von der Industrie gesponserte Studie mit 3.000 Patienten zeigt, dass in der Placebogruppe bei 1,3 % und in der Fondaparinux-Gruppe bei 0,2 % der Patienten eine Lungenembolie oder tiefe Venenthrombose nachgewiesen wurde.¹⁵ Behandlungsdauer 45 Tage. Dosis 2,5 mg s. c./Tag.*
 - *Die NNT (Anzahl der notwendigen Behandlungen) beträgt 90, um Komplikationen vorzubeugen.*
 - *Gemäß Fachinformation beträgt die Dosierung 2,5 mg tgl. s. c. für 30–45 Tage.*
- *Direkte (neue) orale Antikoagulanzen*
 - *Es gibt bei dieser Indikation bisher keine abgeschlossenen Studien.*
- *Behandlung wie bei tiefer Venenthrombose:*
 - *Bei Annäherung des Thrombus auf weniger als 3 cm an eine Mündungsklappe zum tiefen Venensystem bzw. bei einem Progress in das tiefe Venensystem hinein wird wie bei einer Venenthrombose antikoaguliert.*

Fazit REGEN:

Folgende Überlegungen sind uns wichtig:

- *Kompression, um den Flow in den tiefen Beinvenen zu verbessern*
- *Wenn Risikofaktoren im Sinne des Wells-Score vorliegen, dann eher Antikoagulation*

Es herrscht eigentlich eine große Unsicherheit – bei uns und in der Medizin überhaupt. Selbst die LL legt sich nicht richtig fest.

Letztlich müssen wir es selber entscheiden. So werden wir eher zu einer Maximaltherapie greifen als abwarten.

16. Journal Club

Arzneimitteltelegramm

Korrespondenz a-t 2018; 49: 28

HORMONELLE KONTRAZEPTIVA – SICHERE VERHÜTUNG AUCH UNTER ANTIBIOTIKA?

Auf dem Beipackzettel eines Antibiotikums vermisste ich den Hinweis auf eine Wechselwirkung mit der Pille. Daraufhin sah ich mir mehrere andere Antibiotika an, auch hier fehlte der Hinweis. Eine Rückfrage bei einem Anbieter ergab, dass der Hinweis vor etwa zwei Jahren entfallen ist, da sich Wechselwirkungen nicht bestätigt haben. Was sagen Sie zu diesem Statement?

*A. MUTH (Fachapothekerin für Offizinpharmazie)
D-47807 Krefeld*

Die zur Tuberkulosetherapie angebotenen Rifamycin-Antibiotika Rifampicin (EREMFAT) und Rifabutin (MYCOBUTIN) induzieren in der Leber Zytochrom-P-450-Enzyme wie CYP 3A4 und steigern so die Metabolisierung hormoneller Kontrazeptiva. Darüber hinaus führt Rifampicin zu einer verstärkten Bildung von sexualhormonbindendem Globulin (SHBG), wodurch die Plasmaspiegel freier aktiver Sexualhormone weiter gesenkt werden.¹ Für die anderen hierzulande angebotenen Antibiotika sind dagegen keine relevanten enzyminduzierenden Effekte bekannt. Trotzdem wiesen bis vor Kurzem viele Fach- und Gebrauchsinformationen kombinierter hormoneller Kontrazeptiva und Nicht-Rifamycin-Antibiotika darauf hin, dass bei gleichzeitiger Anwendung der beiden Stoffgruppen zusätzliche nichthormonelle Verhütungsmethoden verwendet werden sollen.^{2,3} Laut einer aktuellen systematischen Übersicht liegen zwar anekdotische Berichte und unkontrollierte Beobachtungsstudien zu Pillen-Anwenderinnen vor, die während einer antibiotischen Therapie schwanger geworden sind. Diese berücksichtigen aber nicht das Hintergrundrisiko für Schwangerschaften unter oralen Kontrazeptiva, das aufgrund von Anwendungsfehlern bis zu 9% betragen kann.³ Daten aus kontrollierten Beobachtungs- und Pharmakokinetikstudien sprechen hingegen nicht für eine Wechselwirkung, die die kontrazeptive Sicherheit beeinträchtigt.⁴

FAZIT: Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) wie auch verschiedene medizinische Fachgesellschaften äußern schon seit Jahren keine Bedenken mehr gegen die gleichzeitige Anwendung von Nicht-Rifamycin-Antibiotika und kombinierten hormonellen Kontrazeptiva.^{5,7} Deshalb hat sich im März 2015 auch die europäische Koordinierungsgruppe für dezentral zugelassene Humanarzneimittel (CMDh) dafür ausgesprochen, den Warnhinweis vor Wechselwirkungen zumindest aus den Produktinformationen kombinierter *oralen* Kontrazeptiva und nicht enzyminduzierender Antibiotika zu streichen.⁸ Nur wenn unter diesen Antibiotika Durchfall oder Erbrechen auftritt, muss weiterhin von einer verminderten Sicherheit oraler Kontrazeptiva ausgegangen werden.⁹

Fazit:

Außer bei Tuberkulose keine Einschränkung notwendig.

Fazit REGEN:

Andere Medikamente können allerdings noch einen Einfluss haben: Z.B. Antidepressiva, Antiepileptika.

Macht Durchfall eine verminderte Wirksamkeit?

16. Journal Club

Cochrane Review März 2018

Oral vitamin B₁₂ versus intramuscular vitamin B₁₂ for vitamin B₁₂ deficiency

Vit- B12 Mangel ist häufig und mit dem Alter ansteigend. Meist wird kein orales Vit. B12 verordnet, sondern i.m. appliziert.

Ziel der Studie:

Effekte von oralem Vit. B12 versus i.m. bei Vit. B12-Mangel

Primärer Outcome Serum Vit. B12-Spiegel, klinische Zeichen und Symptome Vit. B12 Mangel; Sekundärer Outcome: Lebensqualität, HB, MCV, Homocystein und Methymalonat

Ergebnisse:

3 RCT erfüllten Einschlusskriterien. 153 Teilnehmer, davon erhielten ca. 50 % orales und 50 % i.m. Vit B12; 3- 4 Monate Dauer, mittleres Alter 38-72 Jahre;

2 Studien nutzten 1000 µg/Tag orales Vit B12 und zeigten keinen Unterschied zu i.m. Gabe in den Blutspiegeln. 1 Studie nutzte 2000 µg/Tag B12 und zeigte höhere Vit B12 Spiegel bei der oralen Gabe.

2 Studien berichteten über Nebenwirkungen, 1 Studie berichtet, dass keine NW gefunden wurden. In 1 Studie haben 2 von 30 abgebrochen wegen NW;

Keine Studie untersuchte klinische Symptome oder Lebensqualität. 1 Studie fand geringere Therapiekosten bei der oralen Vit. B12- Gabe;

Schlussfolgerung der Autoren: bei nur geringem Evidenzlevel (wenige Studien, geringe Teilnehmerzahlen) zeigten sich ähnliche Effekte bei der Normalisierung der Blutspiegel bei oralem und i.m. Vit. B12, aber geringere Kosten bei orales Applikation;

Fazit:

Orale Gabe ist ähnlich gut wie die parenterale Gabe und sollte bei einem erniedrigten Spiegel bevorzugt werden. Spritzen sind eher ein Teil einer Seelenmassage und haben somit eine doppelte Funktion.

Fazit REGEN:

Laut Arzneimittelbrief reicht auch die passive Aufnahme von 1% der oralen Gabe bei Fehlen von intrinsic factor oder Malabsorption. 4µg am Tag reichen sogar bei Schwangeren!

16. Journal Club

Huisarts en Wetenschap März 2018

Candesartan als Migräneprophylaxe

Bei zwei oder mehr Migräne-Attacken pro Monat kann eine prophylaktische Behandlung erwogen werden. Bis jetzt waren Betablocker 1. Wahl. Die werden aber bekannterweise nicht von jedem vertragen. Rezente neurologische Leitlinien nennen Candesartan als Alternative. Dieser Artikel ging die Frage nach: ist Candesartan genauso effektiv für die Migräneprophylaxe?

Gesucht wurde im Cochrane Library und in Pubmed. Gefunden wurde ein relevanter RCT (Tronvik et al: Prophylactic treatment of migraine with an angiotensin II receptor blocker: a randomized controlled trial. JAMA 2003; 289(1):65-9)

RCT mit Placebo, Candesartan 16 mg und Propranolol 160 mg. 71 Patienten mit mindestens 2 Migräneattacken pro Monat. Alle Patienten haben triple blindiert alle Medikamente bekommen (cross-over) inklusive eine Woche aufbau und abbau. Ergebnis: Placebo gibt bereits eine Reduktion von 1,3 Tag Migräne pro Monat. Candesartan und Propranolol gaben eine kleine: 0,58 bzw und 0,62 Migränetag pro Monat weitere Reduktion.

Fazit:

Candesartan kann eine Alternative zu Betablockern oder den anderen empfohlenen Maßnahmen zur Migräneprophylaxe sein.

Mittel der ersten Wahl (LL) für die Migräneprophylaxe sind neben Beta-Blockern (Propanol, Metoprolol, Bisoprolol ist 2. Wahl) eigentlich Antiepileptika wie Valproinsäure und Topiramate sowie der Kalziumantagonist Flunarizin. Auch Entspannungsverfahren (insbes. die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson), Akupunktur, Ausdauersport und verschiedene Arten von Biofeedback sind neben der Anwendung kognitiver Verhaltenstherapie in der Behandlung der Migräne effektiv."

Placebo gibt bereits eine Reduktion von 1,3 Tag Migräne pro Monat. Candesartan und Propranolol gaben eine kleine: 0,58 bzw und 0,62 Migränetag pro Monat weitere Reduktion.

16. Journal Club

Arzneimittelbrief

Vorhofflimmern bei Herzinsuffizienz: Verbesserung der Prognose durch Ablationsbehandlung möglich? Arzneimittelbrief

Aus der randomisierten, kontrollierten CASTLE-AF-Studie gibt es Hinweise, dass die Vorhofablation bei symptomatischem, paroxysmalem oder persistierendem Vorhofflimmern bei einer kleinen Subgruppe von Patienten mit symptomatischer Herzinsuffizienz und unzureichender Behandelbarkeit mit Antiarrhythmika die Prognose verbessern kann.

Nach 60 Monaten befanden sich 63% der Patienten in der Ablationsgruppe im Sinusrhythmus und 22% in der Kontrollgruppe.

Bei den Subgruppenanalysen ergaben sich Hinweise darauf, dass Patienten > 65 Jahre, in höheren NYHA-Stadien und mit einer sehr stark reduzierten LVEF (< 25%) möglicherweise keinen oder nur einen geringen Nutzen von der Ablation haben.

Fazit:

Das Design war schwach.

Grundsätzlich bestehen die Alternativen: Cardioversion, Ablation, Medikamentöse Behandlung.

Bei jungen Menschen ohne strukturelle Erkrankung kann in der Regel rasch ablatiert werden. Eine Alternative ist die Cardioversion. Nur wenn diese mehrmals nicht erfolgreich ist, kann entweder ablatiert (eher Jüngere) oder medikamentös behandelt werden (eher Ältere). Der potentielle Benefit einer Ablation ist größer als der einer nebenwirkungsreichen medikamentösen Therapie.

Bei großem Vorhof und langem VHF wird eher die medikamentöse Alternative eingesetzt werden.

Wie immer: wir müssen diese Aspekte mit unseren Patienten intensiv erörtern und sie eingehend beraten.

16. Journal Club

Degam Benefit 04/2018)

Über den Wert (Evidence) der Rectalen Digitalen Untersuchung (DER)

Es ist eigentlich ein Grundsatz in verschiedenen medizinischen Bereichen - dass die DER obligat ist und zur körperlichen Untersuchung gehört. Denn: Mit dieser Art Routinescreening könne man bei Männern Prostatakarzinome und bei Personen beiderlei Geschlechts diverse andere Pathologien identifizieren (Appendizitis, Rectumtumoren, Haemorrhoiden, Prozesse in Douglas-Raum usw.).

1. untersuchen Sie eigentlich alle Ihre Patientinnen und Patienten im Laufe Ihrer hausärztlichen Betreuung rektal-digital? Nur Männer? Nur bestimmte Patienten?- Trotz dieser Einstellung geben zum Beispiel 50% aller Staatsexamenskandidaten an kanadischen Universitäten an, sie hätten während ihres Studiums keine einzige rektale Untersuchung durchgeführt. Nicht sehr viel besser sieht es mit dem Zutrauen fertiger Ärzte in die eigenen manuellen Fähigkeiten aus [http:](http://)
Viele Fachgesellschaften empfehlen es weiter z.B. bei Prostata-Krebsscreening ist DER ein wichtiger Bestandteil.

Wie aber sieht es mit wissenschaftlichen Belegen im hausärztlichen Bereich für diese gelehrte Überzeugung aus?

1. Bereits vor 25 Jahren äußerte André Knottnerus, Professor für Epidemiologie in der Allgemeinmedizin an der Universität Maastricht, in der Zeitschrift Family Practice leise Zweifel am Nutzen der DER und mahnte fehlende Untersuchungen im hausärztlichen Setting an.
2. Sechs Jahre später erschien eine Metaanalyse zum Thema aus der Arbeitsgruppe von Prof. Frank Buntinx, damals ebenfalls in Maastricht, später im belgischen Leuven. Eingeschlossen wurden 14 primärärztliche Arbeiten mit histologischer Bestätigung der Diagnose, wovon nur fünf als methodisch gut bezeichnet wurden. **Der rektalen Untersuchung wurden hohe Spezifität und negativer Vorhersagewert, aber niedrige Sensitivität und positiver Vorhersagewert bescheinigt.**
3. Allerdings wurden auch methodisch zweifelhafte Arbeiten propagiert, wie z.B. eine Veröffentlichung von Urologen aus einer spezialistischen Überweisungsambulanz im British Journal of General Practice.
4. Soeben erschien eine neue systematische Übersicht mit Metaanalyse aus der Feder kanadischer Autoren. Deren initiale Suche in den gängigen Datenbanken ergab nicht weniger als 8.217 Arbeiten, von denen dann **nur neun englischsprachige Studien (mit 9.241 Patienten) den strengen methodischen Kriterien entsprachen.** So musste die rektale Untersuchung zwingend von einem Hausarzt ausgeführt werden; eine histologische Bestätigung der Diagnose Prostatakarzinom war obligat. Die Ergebnisse; **Eine Sensitivität von 0.51, eine Spezifität von 0.59, ein positiver Vorhersagewert von 0.41 und ein negativer Vorhersagewert von 0.64. sind miserable Resultate für einen diagnostischen Test, von Screeninguntersuchungen ganz zu schweigen...**

Die digital-rektale Untersuchung ist als Screeningtest für die Entdeckung eines Prostatakarzinoms unzureichend und sollte – ob isoliert oder zusammen mit dem PSA-Test - nicht durchgeführt werden.

Auch für andere Ziele (Abklärung von Bauchschmerzen; Verdacht auf Appendizitis; Untersuchung von Traumapatienten <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmid/29589196/>) eignet sich die Methode nur mit erheblichen Einschränkungen.

Im Einzelfall kann eine rektale Untersuchung z.B. bei folgenden Situationen nützlich sein: Rektale Blutung, veränderte Stuhlgewohnheiten, vom Patienten berichtete Auffälligkeit am Enddarmausgang, Abklärung einer Eisenmangelanämie, Diagnostik bei Verdacht auf Benigne Prostatahyperplasie, gynäkologische Erkrankungen z.B. mit Beteiligung des Douglas-Raums.

16. Journal Club

Trotz eindeutigen wissenschaftlichen Belegen, die der screeningmäßig durchgeführten, rektalen Untersuchung ein schlechtes Zeugnis ausstellen, bleibt die Überzeugungsarbeit schwierig. Als Beispiel für die Skepsis gegenüber solchen Fakten kann ein 2017 erschienenes Editorial eines amerikanischen Kollegen dienen. Dort heißt es:

„Im Zeitalter von hochentwickelten und kostspieligen Testverfahren wie PET-Scans, NMR-Ultraschall-Fusionsbiopsien, genetischen Testpanels und Computeralgorithmen scheinen wir vergessen zu haben, dass wir Ärzte bzw. Chirurgen sind. Ärzte berühren Patienten – gelegentlich an Orten, die üblicherweise sonst niemand anfasst. Im Eid, den wir alle zu Beginn unserer Tätigkeit schworen heißt es auch: „Nicht schaden“.

Wenn wir aber auf die rektale Untersuchung verzichten, weil es für den Patienten unangenehm ist, steht das diesem Eid diametral entgegen. Auch wenn wissenschaftliche Belege sagen, dass die rektale Untersuchung doch nicht so nützlich ist, wie wir früher alle glaubten, könnte es katastrophal sein, wenn wir eine behandelbare Pathologie auf diese Weise übersehen“ (Rosenberg MT. Make the DRE great again. Int J Clin Pract. 2017; 71: e12953).

Die Metanalyse (Ann Fam Med 2018), können Sie frei herunterladen unter <http://www.annfammed.org/content/16/2/149.long>

Fazit:

Die Evidenz für die rektale Untersuchung ist schlecht. Für das Screening auf Prostatakrebs ist sie nicht geeignet. Auch nicht bei Appendizitis.

Im Einzelfall kann eine rektale Untersuchung möglicherweise z.B. bei folgenden Situationen nützlich sein: Rektale Blutung, veränderte Stuhlgewohnheiten, vom Patienten berichtete Auffälligkeit am Enddarmausgang, Abklärung einer Eisenmangelanämie, Diagnostik bei Verdacht auf eine Benigne Prostatahyperplasie, gynäkologische Erkrankungen z.B. mit Beteiligung des Douglas-Raums.

Fazit REGEN:

Wenn man gar nicht mehr untersucht, fehlt auch die Übung, um bei Indikationen die Untersuchung fachgerecht durchführen zu können.

Die Diskussion bleibt offen...