

10. Journal Club

Huisarts & Wetenschap 60(7)

30-Minuten Blutdruckmessung in der Praxis

Was war schon bekannt?

- normale Blutdruckmessungen im Sprechzimmer führen zu Überbehandlung da ein erheblicher Teil der Patienten Weißkittelhypertonie hat.
- 24-Stunden blutdruckmessungen sind relativ unbequem, selbst messungen möchten nicht alle Patienten machen
- Automatische Blutdruckmessungen über 30 Minuten in der Praxis (= BD30) (das Gerät pumpt 30 Minuten lang alle 5 Minuten auf, das ergibt 7 Messwerte wovon die letzte 6 gemittelt werden) ergibt die gleiche werte wie eine 12-Stunden Blutdruckmessung daheim.

Die neue Studie hatte als Ziel zu untersuchen wie die BD30 das Verschreiben von Antihypertensiva beeinflussen würde.

Die BD30 wurde dazu neu in einer großen Praxis (11 feste Hausärzte, 12.500 fest eingeschriebene Patienten) eingeführt. Sie wurde eingesetzt wenn:

- ein Verdacht auf Weißkittelhypertonie bestand
- eine neue Diagnose Hypertonie gestellt wurde
- die gemessene Blutdruckwerte in der PRaxis stark schwankten
- Effekt von Therapie gemessen werden sollte
- Verdacht auf Therapieresistenz bestand oder
- Verdacht auf hypotensive Episoden

Es wurden 201 BD30 Messungen ausgewertet. Im Schnitt waren die Patienten 68,6 Jahre alt und 56,7% war Frau.

Ergebnis: Der systolische Blutdruck war bei der BD30 im Schnitt 22,8 mmHg niedriger als im Sprechzimmer! Es gab schon ein Unterschied: Bei unter 70-Jährigen war es im Schnitt 15,1 mmHg niedriger und bei den über 70-Jährigen 30,5 mmHg niedriger.

Diastolisch war der Blutdruck bei der BD30 im Schnitt 11,6 mmHg niedriger als im Sprechzimmer.

Nach den Messungen im Sprechzimmer wollte der Hausarzt bei 79,1% der Patienten die antihypertensive Medikation starten oder erhöhen. Nach der BD30 war das nur bei 24,9% noch der Fall.

FAZIT ÄiW:

Eine zusätzliche praktikable Möglichkeit für die Diagnostik in der Hausarztpraxis. Wenn 24h-RR-Messung nicht möglich oder schnelles Ergebnis nötig, eine Option.

Abrechnung nicht möglich. Gerät: Welch Allyn 6100 wurde benutzt (kostet etwa € 2.000,-)

Wie häufig liegt eine Lungenembolie vor, wenn Patienten erstmalig eine Synkope erleiden?

- Diese Studie untersuchte die Prävalenz von Lungenembolien nach erstmaliger Synkope systematisch und unabhängig des klinischen Verdachts, es wurden jedoch nur Patienten untersucht, die hospitalisationsbedürftig waren.
- Einer von sechs Patienten (17.3%) mit erstmaliger Synkope und anschließender Hospitalisation, wies eine Lungenembolie auf.
- Die Prävalenz von Lungenembolien war noch höher, wenn es für die Synkope sonst keine erklärende Ursache gab (25%), war jedoch auch beträchtlich (12.7%), wenn scheinbar eine (alternative) Ursache gefunden worden war.
- Nach einer Synkope sollte die Differenzialdiagnose einer Lungenembolie nicht außer Acht gelassen werden. Ob die Prävalenz in einem kollektiv ambulanter Patienten jedoch ähnlich hoch ist, bleibt offen.

Prandoni P et al., Prevalence of Pulmonary Embolism among Patients Hospitalized for Syncope. N Engl J Med 2016; 375(16): 1524-31.

DEGAM Benefit von 11/2016: **Quintessenz:** Unter Berücksichtigung einiger methodisch ungeklärter Fakten (wie viele Personen mit Synkope werden von italienischen Hausärzten zur Abklärung direkt ins Krankenhaus geschickt? Vermutlich die große Mehrheit..) und der angenommenen Übertragbarkeit der Daten auf Deutschland **leiden mutmaßlich ca. 3.75% der hausärztlichen Patienten mit Synkope an einer Lungenembolie.**

Aus meinen Studienzeiten erinnere ich mich noch an die Aussagen eines klinischen Lehrers, Lungenembolien seien die am häufigsten übersehenen Diagnosen überhaupt – bei jeder anderweitig nicht geklärten Bewusstlosigkeit (oder Atemnot) sei bis zum Beweis des Gegenteils an eine Lungenembolie zu denken...

Originalstudie:

11 teilnehmende Krankenhäuser in Italien mit je Versorgungsgebiet > 100.000; Vorstellungsgrund in der Notaufnahme: Synkope.

>75% waren älter als 70 J. (der Pat., die in die Studie eingeschlossen wurden). Durchschnittsalter 54 J. (Range: 16-79 J.).

2584 wurden vorstellig, 1867 wurden nicht hospitalisiert (anderer Grund für Synkope) o. verweigerten Teilnahme.

Grund der KH-Aufnahme: Trauma bei Sturz; severe coexisting conditions (wobei hier nicht genauer aufgeführt ist, ob ein schlechter AZ gemeint ist oder Tachypnoe, Hypotonie, Tachykardie o.ä.); keine ursächliche Genese der Synkope erkennbar; hohe Wahrscheinlichkeit einer kardialen Synkope.

Von 717 im KH aufgenommenen Pat. wurden 157 Pat. im Verlauf ausgeschlossen (wg. bestehender Antikoagulation; keine erstmalige Synkope; Einverständniserklärung wurde nicht unterschrieben; VHF; anderer Grund: z.B. Schwangerschaft).

Die Synkope war als plötzlich aufgetretene Bewusstlosigkeit unter 1 Min. definiert, mit konsekutiver völliger Bewusstseinsklarheit.

FAZIT:

Es gibt verschiedene Studien zur Prävalenz mit unterschiedlichen Ergebnissen von LE bei Synkopen: wenn man ohne Symptome nach LE screent, findet man viele (hohe Prävalenz). Wenn man nur nach Symptomen geht, ist diese Prävalenz wesentlich geringer. Es ist die Frage, ob man hier Diagnostik um der Diagnostik willen macht. Vorschlag: Wenn man als Ärztin keinen klaren Grund für eine banale Synkope sieht, sollte eine LE durch Wells-Score und D-Dimere abgeklärt werden.

Zum gleichen Thema: UpToDate Online

ACC/AHA/HRS Leitlinie zur Beurteilung und Management von Synkopen (Juli 2017)

2017 veröffentlichte das American College of Cardiology/American Heart Association/Heart Rhythm Society (ACC/AHA/HRS) Leitlinien zur Evaluation und zum Management von Synkopen, somit die erste neue große Leitlinie für Synkopen in 8 Jahren. Sowohl UpToDate als auch ACC/AHA/HRS betonen die Wichtigkeit der detaillierten Anamnese, körperlichen Untersuchung und Schreiben eines EKGs als erste Evaluation bei allen Patienten nach Synkope. Ein Echokardiogramm sollte bei Patienten mit bekanntem oder vermutetem strukturellen Herzschaden erfolgen, zusätzlich zu Untersuchungen, die sich aus der ersten Untersuchung des Patienten ergeben.

Auszug dazu aus der AWMF Leitlinie:

Was ist eine Synkope überhaupt:

Die klassische Symptomatik der Synkope besteht in einer zumeist sehr kurzen Ohnmacht und einer zügigen Reorientierung nach dem Aufwachen. Häufig kommt es während der Ohnmacht zu mehr oder weniger komplexen motorischen Phänomenen, die leicht mit ähnlichen epileptischen Phänomenen verwechselt werden können.

Folgende Begriffe im semantischen Umfeld der Synkope sollten abgegrenzt werden:

Kurzzeitiger Bewusstseinsverlust (TLOC, „transient loss of consciousness“): Zeitlich umschriebenes bis einige Minuten andauerndes Aussetzen der Bewusstseinstätigkeit ohne Festlegung auf die Pathogenese. Der Begriff „TLOC“ sollte als Oberbegriff im Abklärungsprozess so lange verwendet werden, bis klare Hinweise für eine bestimmte Pathogenese vorliegen (z. B. Epilepsie oder Synkope).

Synkope: TLOC durch globale Hirnperfusionsminderung mit – in aller Regel – spontaner Erholung nach maximal einigen Minuten.

Abzugrenzen sind hiervon andere Ursachen für ein TLOC: traumatische Ursachen, Hirnstammischämien, epileptische Anfälle, metabolische Ursachen, dissoziative (psychogene) Anfälle. Auch Sturzattacken ohne Bewusstseinsverlust („drop attacks“) zählen nicht zu den Synkopen.

Präsynkope: Prodromalstadium einer Synkope mit Schwinden der Sinne (Schwarzsehen, Leisehören), ggf. mit Schwitzen und ausgeprägter Hyperventilation. Muss nicht in eine Synkope einmünden.

Klassifikation

Synkopen und damit assoziierte Kreislauffehlregulationen lassen sich ätiologisch in 3 Klassen differenzieren: kardiale Synkopen, vasovagale (Reflex-)Synkopen und Synkopen durch orthostatische Hypotension.

Bei Lungenembolie spricht man von einer kardialen Synkope mit mechanischer Ursache (kardiovaskulär).

Basisdiagnostik

Die 4 Säulen der Basisdiagnostik umfassen:

1. ausführliche Anamnese und Fremdanamnese
2. körperliche Untersuchung

3. 12-Kanal-EKG

4. Schellong-Test

Die Anamnese umfasst das Erfragen der Frequenz von fraglichen Synkopen, die Exploration von Auslösern bzw. situativen Randbedingungen beim Auftreten von Synkopen, das Erfassen des Alters bei Beginn der Symptomatik, der Anfallshäufigkeit, des genauen Anfallsablaufes (Prodromi, Dauer, Reorientierungsphase), der Begleitsymptomatik (vegetative Zeichen, motorische Entäußerungen), der Verletzungsfolgen (z. B. Zungenbiss) sowie möglicher Erinnerungen an die Zeit der Ohnmacht. Nach Möglichkeit sollten zum Anfallsablauf Zeugen befragt werden. Vorerkrankungen müssen vollständig erfragt werden. Die Medikamentenanamnese ist obligatorisch. In der Familienanamnese dürfen Fragen nach plötzlichem Herztod naher Verwandter nicht fehlen.

Bei der körperlichen Untersuchung gilt die besondere Aufmerksamkeit dem Hydrationszustand, den kardialen und kardiovaskulären Befunden sowie neurologischen Auffälligkeiten.

Die Basisdiagnostik soll die Klärung von 3 Fragen ermöglichen:

1. Handelt es sich bei dem Ereignis um eine Synkope oder um eine andere Ursache für einen Bewusstseinsverlust?
2. Kann schon eine sichere ätiologische Diagnose (oder Verdachtsdiagnose) gestellt werden?
3. Liegen Hinweise für ein hohes Risiko schwerwiegender kardiovaskulärer Ereignisse vor?

Risikostratifizierung

Eine **sofortige Hospitalisierung mit EKG-Überwachung und zügig durchzuführender gezielter kardiologischer Abklärung** ist bei den folgenden Hochrisikokonstellationen indiziert:

- Herzinsuffizienz, niedrige Auswurfraction oder früherer Herzinfarkt
- Synkope während körperlicher Belastung oder im Liegen, wenn keine vasovagalen Trigger erkennbar sind
- plötzlicher Herztod bei nahen Verwandten
- EKG-Befunde, die eine rhythmogene Ursache vermuten lassen (s. ▶Tab. 3.2)
- ausgeprägte Anämie oder Elektrolytstörung
- Ansonsten ist für die Abklärung von TLOCs eine stationäre Aufnahme zumeist nicht erforderlich

EKG-Befunde laut S1 Leitlinie der Neurologen:

Tab. 3.2 EKG-Auffälligkeiten, die einen Verdacht auf rhythmogene Synkopen begründen.

EKG-Auffälligkeiten bei rhythmogenen Synkopen

- bifaszikulärer Block
- QRS-Dauer $\geq 0,12$ Sekunden
- AV-Block II. Grades Typ Wenckebach
- asymptotische Sinusbradykardie (< 50 Schläge/min), sinuatrialer Block oder Sinuspause ≥ 3 Sekunden ohne negativ chronotrope Medikamente
- nicht anhaltende Kammertachykardien
- QRS-Komplex mit Präexitation
- verlängertes oder verkürztes QT-Intervall
- Brugada-Syndrom
- negative T-Wellen in den rechts präkordialen Ableitungen, Epsilon-Wellen und ventrikuläre Spätpotenziale (verdächtig auf arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie)
- infarkttypische Q-Zacken

FAZIT:

Wir arbeiten eigentlich sehr pragmatisch. Anamnese, zielorientierte Untersuchung, und dann abhängig vom Patienten und seinen Erwartungen weitere Diagnostik (Schellong, EKG, D-Dimere), evtl. Überweisung.

Einig sind wir uns, dass es eine sehr unklare und schwierige Situation ist.

Oral antifungal medication for toenail onychomycosis

Lokale Therapie der Onychomykose ist oft nicht hilfreich. Diese Review untersucht, welche orale antimykotische Therapie im Vergleich mit Placebo wirksam ist.

Es gibt drei Hauptgruppen: Griseofulvin, verschiedene Medikamente der Azole Gruppe (itraconazole, fluconazole, albaconazole, posaconazole, ravuconazole) und Terbinafin.

Outcome waren klinische und mikroskopische Heilung. Meisten Studien fanden in einem ambulanten dermatologischen Setting in USA oder Europa statt. 48 Studien mit 10200 Teilnehmer.

Ergebnisse:

1. Verglichen mit Placebo sind Terbinafin und Azole gut wirksam, auch wenn man mikroskopisch nachuntersucht. Beide Substanzen beugen auch besser einer Reinfektion vor als Placebo. Es gab keinen signifikanten Unterschied bei Nebenwirkungen im Vergleich mit Placebo, am häufigsten wurden Magenprobleme und Kopfschmerzen berichtet.
2. Im Vergleich mit Azolen war Terbinafin wahrscheinlich effektiver, wobei das Risiko für die Nebenwirkungen beider Substanzen vergleichbar war insbesondere Kopfschmerzen, virale Infektion und Hautausschlag.
3. Griseofulvin war wohl vergleichbar effektiv als die Azole, aber weniger als Terbinafin und hat mehr Nebenwirkungen als die beiden anderen Substanzgruppen.

atd:

“Mittel der Reserve zur systemischen Behandlung von Nagelpilz, wenn eine Therapie angezeigt erscheint und die Lokalbehandlung versagt hat oder keine Erfolgsaussichten verspricht. Täglich 250 mg Terbinafin über 12 bis 16 Wochen wirkt mit kompletten (klinisch und mykologisch) Heilungsraten von 46% bis 55% nach Fußnagelmykose besser als als Fluconazol, Itraconazol und Griseofulvin. Der **Langzeiterfolg ist jedoch mit 35% nach 4,5 Jahren auch unter Terbinafin enttäuschend.**

Mit beträchtlichen **unerwünschten Wirkungen** ist zu rechnen: Die Gefahr einer Beeinträchtigung des Geschmacks durch Terbinafin (bis zu 3%) bis hin zum totalen Geschmacksverlust nimmt mit höherem Lebensalter, geringerem Körpergewicht und bei Geschmacksverlust in der Vorgeschichte zu.^{1 2} Die Störung bildet sich nach Absetzen oft nur langsam zurück (Verläufe bis zu zwei Jahre möglich), kann aber auch irreversibel sein. Zwischen zwei Tagen und sechs Monaten nach Therapiebeginn auftretende Hörminderungen bis hin zur Taubheit sind beschrieben.^{3 4} Wegen der zum Teil langen Latenzzeit dürfte die unerwünschte Wirkung schlecht als Folge der Therapie erkannt werden.⁴

Leberschädigung mit Notwendigkeit einer Lebertransplantation oder tödlichem Ausgang kommen auch bei Patienten ohne vorbestehende Leberschädigung vor.^{5 6}

Bei Hinweisen auf die wahrscheinlich immunogenen Leberfunktionsstörungen ist das Antimykotikum sofort abzusetzen.

Weitere immunogene Störwirkungen schließen Erythema exsudativum multiforme, toxische epidermale Nekrolyse (LYELL-Syndrom), Angioödem, Photosensibilisierung und Blutschäden wie Panzytopenie, Agranulozytose, Neutro- und Lymphopenie ein. Haarausfall unter der Einnahme ist beschrieben. **Da Nagelmykosen keine lebensbedrohliche Erkrankung bedeuten, ist die Indikation somit besonders streng zu stellen.**

FAZIT:

Wenn Patienten auf eine systemische Therapie bestehen, dann müssen sie ausführlich aufgeklärt werden. Das sollte dokumentiert werden.

Wenn eines gewählt wird, dann Terbinafin oder Azole. Laut holländischer LL an den Fingernägeln Itraconazol.

DEGAM Benefit

Oft kommen die Patienten mit der Frage, ob nach Durchfall oder Antibiotika verursachte Durchfall, Probiotika verwenden sollte.

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) informiert über Empfehlungen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) „zur weiteren Verwendung und zu Einschränkungen bei der Anwendung von **Symbioflor® 2** (lebende, autolysierte E. coli-Bakterien als Konzentrat in einer Suspension).

Im Text heißt es: „Deutschland hatte im März 2016 eine Überprüfung von Symbioflor® 2 und vergleichbaren Arzneimitteln bei der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) beantragt. Nach Überprüfung aller Daten zur Wirksamkeit und Sicherheit empfiehlt jetzt der Ausschuss für Humanarzneimittel der EMA, dass **diese Arzneimittel nur noch zur Behandlung des Reizdarmsyndroms bei Erwachsenen angewendet werden**. Es sollte nicht mehr eingesetzt werden zur Behandlung von „funktionalen gastrointestinalen Störungen“ oder anderen Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes. Der Nutzen bei Kindern mit Reizdarmsyndrom ist nicht belegt. Das Sicherheitsprofil wurde als akzeptabel eingeschätzt. Als Bedingung für die Aufrechterhaltung der Zulassung wurde der Hersteller aufgefordert, eine Studie aufzulegen, um die Wirksamkeit und Sicherheit von Symbioflor® 2 bei verschiedenen Varianten des Reizdarmsyndroms nachzuweisen“.

Die Empfehlung wird nun der Europäischen Kommission vorgelegt, die einen rechtlich bindenden Beschluss fassen wird. Die Produktinformationen werden dann angepasst.

Details zum Risikobewertungsverfahren des BfArM für Symbioflor® 2 unter http://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RV_STP/s-z/symbioflor2.html die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) informiert über Empfehlungen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) „zur weiteren Verwendung und zu Einschränkungen bei der Anwendung von **Symbioflor® 2** (lebende, autolysierte E. coli-Bakterien als Konzentrat in einer Suspension).

Im Text heißt es: „Deutschland hatte im März 2016 eine Überprüfung von Symbioflor® 2 und vergleichbaren Arzneimitteln bei der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) beantragt. Nach Überprüfung aller Daten zur Wirksamkeit und Sicherheit empfiehlt jetzt der Ausschuss für Humanarzneimittel der EMA, dass **diese Arzneimittel nur noch zur Behandlung des Reizdarmsyndroms bei Erwachsenen angewendet werden**. Es sollte nicht mehr eingesetzt werden zur Behandlung von „funktionalen gastrointestinalen Störungen“ oder anderen Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes. Der Nutzen bei Kindern mit Reizdarmsyndrom ist nicht belegt. Das Sicherheitsprofil wurde als akzeptabel eingeschätzt. Als Bedingung für die Aufrechterhaltung der Zulassung wurde der Hersteller aufgefordert, eine Studie aufzulegen, um die Wirksamkeit und Sicherheit von Symbioflor® 2 bei verschiedenen Varianten des Reizdarmsyndroms nachzuweisen“.

Die Empfehlung wird nun der Europäischen Kommission vorgelegt, die einen rechtlich bindenden Beschluss fassen wird. Die Produktinformationen werden dann angepasst.

Details zum Risikobewertungsverfahren des BfArM für Symbioflor® 2 unter http://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RV_STP/s-z/symbioflor2.html

FAZIT:

Die Frage kommt relativ häufig in der Praxis vor. Wir wissen nicht, wie man Patienten konsequent beraten kann. Laut Cochrane Review verkürzen Probiotika die Dauer um einen Tag bei einem von 5 Patienten.