

3. Journal Club

Holländische hausärztliche Informationsquelle

Uringewinnung bei Wickelkindern

Kennt ihr das Problem: Wickelkind mit Verdacht auf Harnwegsinfekt? Nicht unbedingt leicht da einen sauberen "midstream Urin" aufzufangen. Eine Studie aus dem Br J Gen Pract 2016;66:e516-24 hat untersucht ob man auch den Urin aus dem Windel untersuchen könnte. Ergebnis; das geht sogar relativ gut! (Für die statistisch interessierte: Area under the ROC-curve 0,82. Und bei midstream Urin 0,90). Praktisch. Werde ich so machen.

Unser Fazit:

Wenn man keine Alternative hat (keine Compliance der Eltern), ist es gut zu wissen, dass die Windel eine (wenn auch ein wenig schlechtere) Lösung ist. Wohl eine saugfähige Einlage einlegen, die (mit Handschuhen) auswringen und dann analysieren.

Harnwegsinfekte bei älteren Patienten

Wir bleiben beim Harnwegsinfekt aber jetzt bei der älteren Population im Pflegeheim. Neue holländische Studie. Frage: sind die Empfehlungen der NL Leitlinie für Harnwegsinfekte eigentlich auch passend für diese bestimmte Population? Methodik: Labordata (Kultur inkl Resistenz) von 289 ältere Patienten im Pflegeheim mit Harnwegsinfekte wurden ausgewertet. Ergebnis; E.coli (41%), proteus mirabilis (17%) und klebsiella pneumoniae (15%). Das ist anders als bei der "normalen" population einer Praxis, dort gibt es letzte beiden nur 3-6%, bei älteren daheim lebenden 6-8%. Bei 81% gab es mindestens Resistenz gegen 1 Antibiotikum. Empfehlung: am besten Kultur abwarten und danach handeln. Ansonsten: 1. Wahl Fosfomycin, oder bei Fieber Cotrimoxazol oder Ciprofloxaxon (letztes in NL noch "Reserve Antibiotikum")

Übrigens in dem ganzen Artikel kein Wort darüber dass Fosfomycin nicht zugelassen ist über 65 Jahre... auch im offiziellen Arzneimittelbuch von NL steht nichts darüber. Ist das pro Land unterschiedlich? Ich finde es oft schade, es bei den über 65-jährigen nicht verschreiben zu "dürfen", da die Resistenzzahlen in Bayern für Fosfomycin noch recht gut sind... und es ein praktisches Mittel ist. Wie handhabt ihr das?

Unser Fazit:

Primär ein Antibiotogramm. Beginn mit Cephalosporin, bei Versagen Therapie nach Antibiotogramm.

Horton

Wie beeinflussen Strategien mit verzögerter Antibiotika-Abgabe den Symptomverlauf und den Antibiotika-Gebrauch bei Patienten mit unkomplizierten respiratorischen Infekten?

Studie: etwas größere Symptomlast und Symptombdauer bei Patienten, welche ein Antibiotikum erst verzögert erhalten (maximal 1-2 Tage). 50% Laryngitis, 30% Bronchitits.

Verzögerte Verschreibungs-Strategien reduzierten den Antibiotika-Gebrauch auf 25%-32%.

Unser Fazit:

Wir geben einfach kein Antibiotikum, wenn es irgendwie möglich ist. Infos bei „Gesundheitsinformation.de“ für die Patienten.

Uptodate

Endocrine Society publishes updated guidelines for primary aldosteronism (June 2016)

In 2016, the Endocrine Society updated their 2008 clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of primary aldosteronism [3]. They continue to recommend case detection and case confirmation in patient groups with a relatively high prevalence of primary aldosteronism (eg, hypertension with hypokalemia, adrenal incidentaloma, or family history early-onset hypertension). However, there are broadened indications for screening to include patients with sustained blood pressure >150 mmHg (systolic) and >100 mmHg (diastolic), and patients with hypertension and sleep apnea. In addition, they emphasize the need for more timely diagnosis and treatment of primary aldosteronism given its prevalence (10 percent in patients with hypertension) and its association with cardiovascular and renal damage. (See "Diagnosis of primary aldosteronism", section on 'Expert guidelines'.)

Unser Fazit:

Sehr tricky: Wenn man den Quotienten messen will, muss man mehrere Wochen andere Antihypertensive absetzen (siehe Info des Labors: www.labor-limbach.de/Aldosteron-Renin-Quo.673.0.html). Das ist bei Hypertonikern recht schwer. Wenn Patienten über drei verschiedene Wirkstoffe haben, könnte man Spironalacton dazu geben und sehen, ob sich der Blutdruck senkt. Dann kann man die anderen Antihypertensiva langsam reduzieren (Pragmatismus).

USPSTF recommendations for colorectal cancer screening (July 2016)

The United States Preventive Services Task Force (USPSTF) issued new guidelines for colorectal cancer screening in average risk adults [19]. The guidelines make a strong recommendation for screening, starting at age 50 years and continuing to age 75 for most patients, but in a departure from prior recommendations do not give preference for any one of seven screening test strategies over another. Options for screening are shown in a table. We agree with this screening test strategy based on shared decision making. Incorporating patient personal preferences may increase the likelihood that ongoing screening will occur. (See "Screening for colorectal cancer: Strategies in patients at average risk", section on 'USPSTF guidelines'.)

Unser Fazit:

Der Test wird vom GBA empfohlen und ab 1.4.2017 standardmäßig in der Praxis angeboten.

USPSTF recommendations for skin cancer screening (August 2016)

In July 2016, the United States Preventive Services Task Force (USPSTF) updated its statement on skin cancer screening and concluded that there is insufficient evidence to assess the balance of benefits and harms of screening for skin cancer in asymptomatic adults with a clinical visual skin examination [18]. Although we agree with the USPSTF conclusion, we suggest that persons at higher risk for fatal melanoma (eg, white men 50 years of age and over), individuals with multiple moles or at least a few clinically atypical moles, and individuals with the "red hair phenotype" have a total body skin examination performed by a clinician who has had appropriate training in the identification of melanoma. (See "Screening and early detection of melanoma", section on 'Recommendations of expert groups'.)

Unser Fazit:

Wir beraten sehr gut zur Selbst- und Fremdkontrolle (Partner) und bilden uns kontinuierlich weiter.