

5. Journal Club

Gute Ärzte braucht das Land

8.2.17

Huisarts & Wetenschap 60

Evidenzbasierte hausärztliche Zeitschrift aus den Niederlanden

Studie: wo finden niederländische ÄiW die Antworten auf den Fragen die während der Sprechstunde auftauchen?

Methode: Logbook während der Sprechstunde durch 82 ÄiW (3. Jahr der Weiterbildung, in der Hausarztpraxis) über im Schnitt 7 Arbeitstage

Results: 7300 Konsultationen führten zu 1533 Fragen. Im Schnitt ist das eine Frage pro 5 Patienten.

Die Benutzte Quellen:

- Hausarzt (Weiterbilder, oder anderer Hausarzt in der Praxis) fragen: 28%
- Leitlinien von den niederländischen Hausärzten (NHG): 26 %
- Lehrbücher: 8%
- Facharzt anrufen: 7%
- Farmacotherapeutisch Kompas (etwas wie IFAP/Rote Liste): 6%
- Andere Leitlinien: 5%
- (Rest wie "andere Quellen", Cochrane, Clinical Evidence, TRIP usw)

In 61% der Fälle wurde die Antwort während des Konsultation gesucht. Im Schnitt dauerte das Suchen 4 Minuten, bei 30% weniger als 2 Minuten und nur bei weniger als 10% mehr als 10 Minuten.

Bei 83% der gesuchten Fragen fanden sie tatsächlich eine Antwort. Wenn sie in den Leitlinien gesucht haben war das 91%.

Impact der "Suchaktion" war: in 26% eine "bessere Entscheidung", in 23% "Bestätigung der vorgesehenen Therapie", in 18% "Verbesserung der eigenen Kenntnissen" und in 14% das "Auffrischen von alten Kenntnisse".

Fazit für die Praxis:

- Teilweise dauert es lange in Leitlinien zu suchen.
- Man kann sich selbst eine Mail schicken, um es abends nachzuschauen.
- Es gibt auch die Möglichkeit Kollegen per Mail zu konsultieren
- Hilfreich wäre, wenn der Zugang zu Quellen wie Deximed, UpToDate, usw. ohne Einloggen mit Shortcut zu erreichen wäre

Arznei-telegramm 01/17

Erhöhtes Risiko kardio-vaskulärer Krankheiten durch PPI?

Derzeit fehlen ausreichende Belege. Akt. Datenlage spricht nicht für erhöhtes Risiko.

Bei Ulkuskomplikationen unter ASS mindert PPI das Rezidivrisiko signifikant und relevant (mehrere kleine Studien).

Lt. Leitlinie: Prophylaxe mit PPI bei ASS und hohem gastrointestinalem Risiko (v.a. Magen-Darm-Blutung) empfohlen.

Arznei-telegramm: Sehen Empfehlung PPI auch bei Ulkuskomplikationen in der Vorgeschichte (unabhängig von Therapie mit ASS). Empf. Standarddosis: Omeprazol 20 mg 1xtgl (würde dann ja Pantoprazol 40 1xtgl. entsprechen).

PPI auch besser wirksam als H2-Blocker. Risikopat. ohne Ulkuskomplikationen individuelle Entscheidung.

Soweit ich erkenne zählen zu Risikopatienten: Ulcus, hohes Lebensalter (ich habe mal > 65 J. gelesen), Komedikation mit Antikoagulantien, Kortikosteroide, NSAR, duale Plättchenaggr.hemmung.

Fazit für die Praxis:

- Eine Anleitung für den generellen Umgang mit PPI vor dem Hintergrund der potentiellen Schäden wäre extrem wichtig.
- Die Veröffentlichung von Kochen (Arznei-telegramm: Sonderbeilage a-t 2006; 37: 103-4) ist eine sehr gute Handlungsgrundlage (Google-Stichwörter: Kochen, PPI)

Horten-Stiftung:

1. Das primäre Ziel dieser Studie ist zu untersuchen **wie viele Patienten mit ärztlich diagnostiziertem Asthma bronchiale tatsächlich Asthma haben** (Laut Studien wird in der täglichen Praxis die Diagnose oft ohne den tatsächlichen Nachweis einer Obstruktion der Atemwege gestellt und ein Behandlungsversuch mit Medikamenten begonnen)

Aaron SD et al. Reevaluation of Diagnosis in Adults with Physician-Diagnosed Asthma. JAMA 2017; 317: 269-279

- Man kann das Ergebnis auf zwei Arten interpretieren:
entweder: Asthma kann beim Erwachsenen verschwinden, so dass Pat vom Asthma „geheilt“ (zumindest für eine bestimmte Zeit) sind

oder aber: einige der Patienten mit Asthma hatten gar kein Asthma->die Diagnose war damit inkorrekt.

- Bei Kindern mit Asthma verschwindet das Asthma bis ins Erwachsenenalter bei etwa drei Viertel der Kinder; bei Erwachsenen liegen die Zahlen nach den derzeit vorliegenden Publikationen bei etwa 3% bis 8%.

Fazit für die Praxis:

- Eine Überprüfung im Rahmen des Asthma-DMP ist wichtig und es sollte ein besonderer Fokus daraufgelegt werden.

2. Wie wirken sich β -Blocker nach einem Myokardinfarkt in Hochbetagten auf die Aktivitäten des täglichen Lebens, die Mortalität und die Rehospitalisationsrate aus?

Steinman M A et al., Association of beta-Blockers with Functional Outcomes, Death, and Rehospitalisation in Older Nursing Home Residents After Acute Myocardial Infarction. JAMA Intern Med 2016. 10.1001/jamainternmed.2016.7701

- In dieser Studie an hochbetagten Alters- und Pflegeheimbewohnern waren β -Blocker in den beobachteten 3 Monaten nach Myokardinfarkt mit einer 26% erniedrigten Mortalität einerseits und einem 14% erhöhten Risiko einer bedeutsamen Reduktion im Funktionsniveau der Aktivitäten des täglichen Lebens assoziiert.
- Bei den Pat. mit bereits anfangs stark reduziertem Funktionsniveau oder stärkeren kognitiven Defiziten (MMS ≤ 14) war die Assoziation mit einem schlechten Outcome jedoch wesentlich höher (>30%). Umgekehrt schien der Outcome bei Patienten mit erhaltenem Funktionsniveau und höchstens leichtem kognitivem Defizit unbeeinträchtigt.
- Diese Studie legt nahe, dass die Entscheidung ob ein β -Blocker bei Hochbetagten nach Myokardinfarkt eingesetzt werden soll, anhand des kognitiven Status und des Funktionsniveaus und nicht anhand des Alters oder Multimorbidität per se getroffen werden sollte.
- Für gewisse betreuungsbedürftige Personen scheint sich nach einem Myokardinfarkt die Frage zu stellen, ob eine Maximierung der Lebenszeit oder eine Erhaltung des Funktionsniveaus Priorität haben.

Da es sich um eine Beobachtungsstudie handelt, ist nicht ausgeschlossen, dass sich die untersuchten Gruppen hinsichtlich unerkannter (im propensity score nicht abgedeckter) Merkmale unterscheiden, welche das Resultat verzerrt haben könnten.

Fazit für die Praxis:

- Man kann also mit gutem Gewissen bei Hochbetagten den Betablocker weglassen, wenn man sowieso Medikamente reduziert. Gerade wenn man die Nebenwirkungen Sturz, Schwindel oder Synkopen bedenkt.

Uptodate online

Relative kardiovaskuläre Sicherheit von Celecoxib, Naproxen und Ibuprofen

Die kardiovaskuläre Sicherheit von Celecoxib, COX-2 selektives NSAR, im Vergleich zu anderen NSAR wird diskutiert. In einer randomisiert kontrollierten Studie (PRECISION) mit über 24.000 Patienten mit Arthritis und entweder bekannter kardiovaskulärer Erkrankung oder kardiovaskulären Risikofaktoren war die kardiovaskuläre Sicherheit von Celecoxib der von Naproxen und Ibuprofen, 2 nicht selektive NSAR, nicht unterlegen. Abhängig von der Analyse erlebten ca. 2-5% der Patienten ein kardiovaskuläres Ereignis während des "Follow-up", was etwas weniger als die erwartete Rate war. Abgesehen von ein paar Einschränkungen suggeriert diese Studie, dass Celecoxib in moderater Dosierung, wenn indiziert, gegeben werden kann, ohne Sorge vor einem erhöhten kardiovaskulären Risiko im Vergleich zu Naproxen und Ibuprofen.

Fazit für die Praxis:

- Anscheinend kein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko durch Celecoxib. In der Untersuchung zeigt sich aber auch kein Vorteil von Celecoxib in Bezug auf das kardiovaskuläre Risiko, nur eine Nicht-Unterlegenheit im Vergleich zu Ibuprofen und Naproxen. Für die Praxis weiterhin eingeschränkte Empfehlung, da unklare andere Nebenwirkungen. Ibuprofen und Naproxen hingegen sind bewährte und wirksame Medikamente.

Cochrane Library

Betablocker für Hypertonie

Untersucht wurden Effekte von Betablockertherapie als First-line-Therapie bei Hypertonie, (wenn keine Indikation wie Myocardinfarkt oder Herzinsuffizienz) auf Morbidität und Mortalität bei Erwachsenen. Atenolol war der am häufigsten eingesetzte Betablocker, Studien zwischen 1970 u. 2000, damit hohes BIAs-Risiko); Firstline-Therapie mit Betablockern führt zu Reduktion der CVD, aber wenig bis keine Effekte auf Mortalität und war anderen Antihypertensiva unterlegen;

Fazit für die Praxis:

- Wenn keine zwingende Indikation wie Myocardinfarkt oder Herzinsuffizienz dann rücken Betablocker zur Behandlung der Hypertonie in die zweite Reihe

Der Arzneimittelbrief

AMB 2017, **51**, 02

Antibiotika bei der Exazerbation von Asthma häufig nicht vorteilhaft (Anton)

Studie ergab bei der Behandlung des akuten Asthma-Anfalls keinen Vorteil einer antibiotischen Behandlung mit Azithromycin hinsichtlich klinischer Symptome und Verbesserung der Lungenfunktion im Vergleich mit Placebo. Wahrscheinlich gilt dies auch für andere Antibiotika bei Asthma-Exazerbationen.

Fazit für die Praxis:

- Bei Asthma Exazerbationen kein Antibiotikum. Das haben wir bisher eh nicht gemacht.

Evidence

EvidenceAlerts McMaster PLUS

<http://plus.mcmaster.ca>

Crowley MJ, Diamantidis CJ, McDuffie JR, et al. **Clinical Outcomes of Metformin Use in Populations With Chronic Kidney Disease, Congestive Heart Failure, or Chronic Liver Disease: A Systematic Review.** Ann Intern Med. 2017 Jan 3. doi: 10.7326/M16-1901. (Review)

Typ 2 Diabetiker mit chron. Niereninsuff (GFR unter 60), chr. Herzinsuff oder chr. Hepatopathie wurden untersucht.

Ergebnis: reduzierte Gesamtmortalität bei den Patienten, weniger KH-Aufnahmen bei Patienten mit chr. HI und chr. NI.

Konklusion: Metformin kann/soll bei Pat. mit GFR 30-60 verordnet werden.

Fazit für die Praxis:

- Die Studie zeigt eine verringerte Sterblichkeit und geringere Hospitalisierungen von Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz und/oder chronischer Herzinsuffizienz unter Metformintherapie bei Diabetes mellitus. Daher soll Metformin auch bei einer GFR von 30-60ml/min eingesetzt werden. Ergänzend wurde noch das DEGAM-Benefit von Kochen (11/2016) miteinbezogen → Anpassung der Metformin-Dosis an die Nierenfunktion und regelmäßige Nierenwertkontrollen notwendig. Laut Kochen bei älteren und/oder multimorbiden Patienten und wenn die GFR an der unteren Grenze des Normbereiches liegt: mindestens zwei- bis viermal jährlich.