

6. Journal Club

Gute Ärzte braucht das Land

McMaster EvidenceAlerts:

Suissa S, Dell`Aniello S, Ernst P. Long-Acting Bronchodilator Initiation in COPD and the Risk of Adverse Cardiopulmonary Events: A Population-Based Comparative Safety Study. Chest. 2017 Jan;151(1):60-67. doi: 10.1016/j.chest.2016.08.001. Epub 2016 Aug 20.

Tiotropium vs LABA (oder LABA+ICS)

Ergebnis: kein Unterschied (nach 1 J Folgezeit) bzgl. kardiovask. NW. Bei LABA (bzw. LABA+ICS) mehr Pneumonie. Wahrscheinlich liegt letzteres an dem ICS.

Bemerkung: es geht hier nicht darum ob überhaupt und wie viele schwere kardiovask. NW bei einer oder anderer Therapie auftreten. LABA (egal welche) wird mit LAMA (hier nur Tiotropium) verglichen.

Fazit:

Das kardiovaskuläre Risiko ist demnach nicht erhöht. Beide haben ein ähnliches Risikoprofil. Damit kann symptomorientiert verordnet werden: LAMA oder LABA.

Arznei-Telegramm 02/17:

Anaphylaktische Reaktionen unter Chlorhexidin:

Warnung vor seltenen schweren allergischen Reaktionen auf das Haut- und Schleimhautdesinfizierens Chlorhexidindigluconat überwiegend nach Gebrauch von Mundspüllösungen.

Man sollte nach allergischen Reaktionen auf jegliche Desinfektionsmittel fragen, betroffene Patienten sollten Chlorhexidin-haltige Produkte meiden.

Fazit:

Wegen der allergischen Potenz sollten Desinfizienzen nicht empfohlen werden. Eher Kamillentee, Salbei-Tee oder lauwarmes Salzwasser. Und Schmerzmittel oral. Außerdem sind diese Mittel sehr teuer. Bonbons zum Einspeicheln (hat eine betäubende Wirkung) sind preiswerter.

Tod nach Überdosierung von Colchizin

Todesfälle bereits nach Einnahme von 7 mg innerhalb von 4 Tg. beschrieben-> AT: die hierzulande empfohlene Dosierung (bis zu 8 mg in 24h) wird als zu hoch bewertet.

Fazit:

Ein Grund mehr, auf andere entzündungshemmende Substanz auszuweichen. Wenn, dann geht es auch sehr niedrig dosiert (1-0-1). Es wirkt offensichtlich und macht dann keinen Durchfall.

Cochrane Review Februar 2017

Vergleich Therapie LAMA +LABA versus LABA + ICS bei COPD

Die Behandlung der COPD mit LAMA +LABA bringt

- weniger Exacerbationen
- ein besseres FEV1
- ein geringeres Pneumonie Risiko und
- bessere Lebensqualität

Damit stützen diese Daten die erst kürzlich revidierte GOLD-Leitlinie 2017, die für Patienten mit moderater bis schwerer COPD die Kombination von LAMA +LABA gegenüber LABA + ICS bevorzugt.

Hier noch der shortcut zu der Kurzversion der Leitlinie:

<http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/11/wms-At-A-Glance-2017-FINAL.pdf>

Fazit:

Bei einer Eskalation der COPD-Therapie keine Kombi aus LABA und ICS sondern LABA+LAMA wählen. Wenn es über einen längeren Zeitpunkt genommen werden soll, ggf. als Kombi-Präparat. Laut Arzneimitteltelegramm ist hier wohl nur Indacaterol/Glykopyrronium sinnvoll. Sinnvoll erscheint auf alle Fälle, sich bei der Einstellung der Patienten mit Atemnot genau zu überlegen, ob die restriktive oder obstruktive Komponente überwiegt. Danach sollte dann der Wirkstoff gewählt werden.

Huisarts & Wetenschap 60 (2)

Neue Leitlinie: aspezifische Rückenschmerzen (2. Revision)

(Wenn ich es richtig sehe, gibt es dazu keine DEGAM Leitlinie, wie besprochen gebe ich euch daher eine kurzfassung)

Es geht in dieser Leitlinie um niedrigen Rückenschmerzen, oder "LWS-Schmerzen" (zwischen den untersten Rippen und den Anfang der Pofalte)

2 Diagnosen bei Rückenschmerzen die ein medizinischer Notfall sind:

- Ruptur Aneurysma Aortae Abdominalis
 - Alter > 40J
 - akut sehr starke Schmerzen unabhängig von Bewegung oder Haltung
 - Aneurysma Abdominalis in der Vorgeschichte
 - Shocksymptome (Schwindel, Schwitzen, Gefühl in Ohnmacht zu fallen)

Cauda Equina Syndrom

- motorische und/oder sensible Ausfall (Reiterhoseanästhesie?)
- starke radikläre Schmerzen
- Urinretenz und/oder -Inkontinenz oder Stuhkinkontinenz
- Rezenter Eingriff am Rücken (< 3 Tage oder <14 Tage bei Antikoagulantia)

Selbstverständlich: Handeln nach ABCDE-Schema (wie jeder medizinischer Notfall) und sofortige Einweisung.

Spezifische Ursachen von LWS-Schmerzen mit Risikofaktoren/Merkmale (etwa bei 5%):

- Malignität (meist Metastasen):
 - Bei Malignität in Vorgeschichte (vor allem Mamma-, Prostata- und Lungenkrebs)

- Alter >50
- Immer Schmerzen unabh. von Bewegung oder Haltung
- Nächtliche Verschlimmerung
- neurologische Ausfallerscheinungen
- Malaise, nächtliches Schwitzen
- unerklärter Gewichtsverlust

Wirbelfraktur

- Alter >65
- Weiblich
- Schmerzen nach hochenergetisches Trauma
- Corticosteroideinnahme über längere Zeit
- Kyphose thorakal verstärkt
- Körperlänge hat sich reduziert
- Plötzlich entstanden
- niedriges Körpergewicht
- Hüftfrakturen

Axiale Spondyloarthritis

- Anfang vor 45. Lebensjahr
- Dauer mehr als drei Monate (fast täglich)
- langsam entstanden
- nächtliche Schmerzen
- Verbesserung bei Bewegung
- Keine Besserung in Ruhe
- Starke Besserung nach NSAR
- Aufgehoben lumbale Lordose, zugenommen thorakale Kyphose in Kombination mit verringerter Beweglichkeit Wirbelsäule
- Vorgeschichte/Familieanamnese (Uveitis anterior, psoriasis vulgaris, unerklärte periphere Arthritis, entzündliche Darmerkrankung)

Spondylolisthesis

- Start Schmerzen vor 20. Lebensjahr
- Palpable "Treppe" über die Prozessus Spinosi niedrig lumbal
- neurologische Ausfallerscheinungen

Spondylodiscitis/epidurales Abszess

- nicht ausreichende Besserung bei (hochdosierte) Schmerzmedikation
- schnell progressive neurologische Ausfall
- Fieber, Schüttelfrost, nächtliches Schwitzen
- unerklärter Gewichtsverlust
- intravenöser Drogenkonsum
- Komorbidität (immunschwächend)
- Rezente Operation am Rücken, epidurale Injektion, Lumbalpunktion oder Nervenblockade

Spinales epidurales Hämatom

- Gerinnungsstörung oder Antikoagulantia
- schnell progressive neurologische Ausfallerscheinungen
- Rezente Operation am Rücken, epidurale Injektion, Lumbalpunktion oder Nervenblockade

Diagnostik

Wenn es *keine* Hinweise für oben genannten Diagnosen gibt bei der Anamnese und körperlichen Untersuchung, wird bildgebende Diagnostik nicht empfohlen, da:

- es gibt keine Korrelation zwischen gefundene Abweichungen (wie degenerative Abweichungen von Wirbelsäule oder Disci) und Beschwerden
- es ergibt keine therapeutische Konsequenz
- Diagnostik hat keinen positiven Einfluss auf die Prognose der Beschwerden
- Es bedeutet eine Strahlenbelastung

Behandlung

Die Behandlung von aspezifischen LWS-Schmerzen (bei 95%) wurde revidiert und besteht hauptsächlich aus dem aktiv halten von den Patienten: In Bewegung kommen und bleiben und Arbeit, Haushalt und Hobbys weiterhin ausüben trotz den Beschwerden.

Schmerztabletten nur wenn das für o.g. Ziel notwendig ist. Wichtig ist die Aufklärung: Bewegung ist wichtig und schadet nicht. Wichtig ist die Aktivitäten Zeitgebunden aufzubauen und *nicht* "je nach Beschwerden", da Zeitgebunden ("bleiben Sie in Bewegung und breiten Sie Ihre Aktivitäten immer mehr aus, in 14 Tagen sollten Sie wieder normal funktionieren") bewiesen besser funktioniert.

Fazit:

*Der Hinweis mit der **Zeitbindung der Erkrankung** ist wichtig. Auch die vier Argumente in der Diskussion, ob Bildgebung oder nicht.*

- *es gibt keine Korrelation zwischen gefundene Abweichungen (wie degenerative Abweichungen von Wirbelsäule oder Disci) und Beschwerden*
- *es ergibt keine therapeutische Konsequenz*
- *Diagnostik hat keinen positiven Einfluss auf die Prognose der Beschwerden*
- *Es bedeutet eine Strahlenbelastung*

Uptodate Online

Behandlung der akuten Divertikulitis ohne Antibiotika

Die akute Divertikulitis wird typischerweise mit Antibiotika behandelt. Jedoch zeigt eine dänische Studie folgendes: Es wurden über 500 Patienten mit geringem Risiko mit einer ersten Episode einer per CT gesicherten, akuten, unkomplizierten, Divertikulitis zufällig aufgeteilt, ein Teil nur Observation, der andere Teil antibiotische Therapie. Das Outcome war für beide Gruppen ähnlich. Weil aber fast alle Patienten für einen oder mehrere Tage ins Krankenhaus geschickt wurden, konnte diese Studie nicht die Sicherheit für ambulante Patienten mit geringem Risiko ohne antibiotische Therapie darstellen. Solange es keine anderen Daten gibt, wird daher immer noch für Patienten, die ambulant geführt werden können, eine antibiotische Therapie empfohlen.

Fazit:

Solange keine Hinweise für eine komplizierte Divertikulitis vorliegen (das sind: Erbrechen, Blutverlust, Zunahme der Beschwerden und Temperatur über 39 Grad), ist der Verzicht auf Antibiose möglich. Watchful waiting. Metamizol ist die Therapie der Wahl.

Dauer der Therapie der akuten Otitis media (AOM) bei **Kindern unter 2 Jahren**

Bislang waren Studien zur Dauer der Therapie der AOM durch die Methodik limitiert. Diese Problematik wurde jetzt in einer Studie aufgegriffen und es wurden mehr als 500 Säuglinge und Kleinkinder (im Alter von 6 - 23 Monaten) zufällig aufgeteilt und nach strikt definierte AOM Therapie (AmoxiClav) behandelt. Eine Gruppe erhielt Amoxicillin-Clavulansäure für 10, die andere Gruppe für 5 Tage. Die 5-tages Gruppe erhielt zusätzlich eine 5 tägige Behandlung mit Placebo. Die 10 Tage Gruppe hatte dabei weniger Therapieversager (16 vs. 34%) und nicht mehr Nebenwirkungen. **Nach dieser Untersuchung empfiehlt sich also eine 10 Tage Therapie mit Antibiotikum bei der akuten Otitis media bei Kindern unter 2 Jahren.**

Dazu im Vergleich:

DEGAM Leitlinie "Ohrenschmerzen" zu Kinder im Alter von 6-24 Monate:

- Wenig ausgeprägte Krankheitssymptome → sonst stationär!
- Gute Überwachung
- Zunächst keine AB, wenn Wiedervorstellung nach 24h gewährleistet
- Analgesie mit Paracetamol bis max. 60mg/kgKG/d (verteilt auf 3-4x10-15mg/kgKG) oder Ibuprofen bis max. 20-30mg/kgKG/d (verteilt auf 3-4 Gaben/d)
- Alternativ:
 - 1. Wahl: **Amoxicillin 50 mg/kgKG/d (2-3 Einzeldosen) über 7 Tage**
 - 2. Wahl : Orales Cephalosporin der 2. Generation:
z.B. Cefuroximaxetil 20-30 mg/kgKG/d für **5-10d**
 - Bei Vorliegen von Allergien gegen Penicilline/
Cephalosporine Makrolid: z.B. Erythromycin über 7 Tage

Fazit:

Wichtig ist zu entscheiden, ob überhaupt eine Otitis vorliegt (Ärzteblatt). Dann kann über die Antibiose entschieden werden. Wenn Symptomfreiheit besteht, evtl. noch zwei Tage behandeln, 5-10 Tage, je nach Alter und Schwere.