

## 7. Journal Club 11.04.2017

### Degam Benefits 02/2017

#### Endoprothesen: Je jünger, desto schlechter

21.02.2017 13:11

1 „Der Einsatz von jährlich mehr als 400.000 künstlichen Hüft- und Kniegelenken gehört zu den häufigsten Operationen, die in Deutschland durchgeführt werden. Gleichzeitig sind aber jährlich knapp 42.000 Wechseloperationen erforderlich. Über die Gründe ist bisher wenig bekannt – das Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) will das ändern“.

Die Ziele jedes endoprothetischen Eingriffs sind eine Verbesserung von Gelenkfunktion, Schmerz und Lebensqualität der betroffenen Patienten. Nicht vergessen werden sollten dabei Mortalität und Morbidität sowie Häufigkeit notwendiger Revisionen der Operationen als wichtige Endpunkte.

Schätzungen der zahlenmäßigen Entwicklung in der Zukunft sind zwar mit gewissen Unsicherheiten behaftet. Kaum ein Experte zweifelt aber daran, dass die Operationen häufiger werden – keineswegs alleine aufgrund der steigenden Lebenserwartung, sondern auch weil **sich immer mehr Personen unter 60 Jahren dem Eingriff unterziehen**.

#### Quintessenz:

Aus einer hausärztlichen Datenbank in Großbritannien mit 6.5 Millionen Personen wurden alle 117.434 Patienten (Alter >50 Jahre) identifiziert, die zwischen 1991 und 2011 eine Endoprothese an Hüfte oder Knie erhalten hatten.

Die „Haltbarkeit“ für beide Prothesentypen betrug nach 10 bzw. 20 Jahren zwischen 85% und 96%, bei Frauen länger als bei Männern.

Je jünger ein Patient bei der Prothesenimplantation war, desto höher lag das Revisionsrisiko - bei Männern zwischen 50 und 54 Jahren mit einer Knieprothese 35%! Im Gegensatz dazu betrug das Risiko bei Patienten über 70 Jahre weniger als 5%.

**Insbesondere jüngere Männer, die eine Prothesenimplantation erwägen, sollten unbedingt diese Zahlen kennen, bevor Sie zusammen mit ihrem Arzt eine informierte Entscheidung treffen.**

Aber was zu tun diese Zeit bis “richtigen Alter” zu verschieben?

#### **Fazit:**

*Wir versuchen ja eh, eine Endoprothese so lange wie möglich hinauszuzögern. Mit KG und Schmerzmitteln und Eigenübungen sollte man beginnen. Und eine Zweitmeinung einholen bei Orthopäden, die eher zurückhaltend mit einer Operation sind.*

*Wenn es für den Patienten gar nicht geht, dann muss man wohl auch in jüngeren Jahren eine Prothese einbauen. Der Patient hat hier das letzte Wort.*

## Evidenz Alerts Mc Master

Temel JS, Greer JA, El-Jawahri A, et al. **Effects of Early Integrated Palliative Care in Patients With Lung and GI Cancer: A Randomized Clinical Trial.** J Clin Oncol. 2016 Dec 28

**Patienten sollten bereits im Frühstadium mit der palliativen Versorgung in Kontakt gebracht werden.**

### **Fazit:**

*Wir würden gerne intensiver mit dem Palliativdienst zusammenarbeiten. Für uns ist es jedoch schwierig, konkrete zeitnahe Absprachen zu treffen und die Therapie adäquat zu harmonisieren. Im Prinzip ist eine enge Zeit- und Aufgabenabsprache notwendig. Hierfür sind Strukturen von beiden Seiten zu erarbeiten.*

## Infusionstherapie bei Hörsturz (Igel-Monitor)

***Beim Hörsturz kommt es zu einem akuten, meist einseitig auftretenden Hörverlust ohne feststellbaren Anlass. In Deutschland sind davon etwa drei von tausend Menschen, meist im Alter von 40 bis 54 Jahren und beiderlei Geschlechts, betroffen. Je nach Ausprägungen der Hörminderung können PatientInnen unter leichten Störungen bis hin zur Taubheit leiden. Die Bewertung der individuellen Gesundheitsleistung (IGel) von rheologischen Infusionstherapien bei Hörsturz-PatientInnen wurde in einem Evidenzbericht des Igel-Monitor Portals untersucht. Entwickelt wurde diese Internetplattform von Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), um PatientInnen eine informierte Entscheidung über selbst zu bezahlende medizinische Leistungen zu ermöglichen.***

Rund 50% der betroffenen PatientInnen erfahren eine Spontanheilung mit vollständigem Rückgang der Symptome. Die Infusionstherapie zur Verbesserung der Blutzirkulation im Innenohr ist nur eine der Behandlungsmöglichkeiten, die PatientInnen in Deutschland zur Verfügung stehen. Um die Wirksamkeit der rheologischen Infusionstherapie zu bewerten, wurden nach der Literaturrecherche drei Reviews in den Bericht des Igel-Monitor-Portals eingeschlossen. In diesen konnten wiederum zwei geeignete Studien identifiziert werden, welche die Behandlung mit zwei Substanzen (Pentoxifyllin und Dextran) untersuchten. Nur eine der beiden Substanzen, Pentoxifyllin, ist für die Hörsturzbehandlung in Deutschland zugelassen, jedoch kann diese nicht mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden. Dextran hingegen kann überhaupt nicht im Rahmen der ärztlichen Therapiefreiheit zur Hörsturzbehandlung eingesetzt werden („Off-Label-Use“). Die Mittel werden meist an fünf bis zehn Tagen nacheinander über eine Vene an der Hand oder am Arm als Infusion verabreicht.

Die zwei untersuchten Primärstudien wiesen ein unklares bzw. hohes Risiko einer systematischen Verzerrung (Bias) sowie geringe Fallzahlen (n=184 und n=27 PatientInnen) auf. Hinsichtlich des Ergebnisses einer Hörverbesserung konnten keine Vorteile der Infusionstherapie zur Behandlung eines Hörsturzes im Vergleich zu Placebo festgestellt werden. Insgesamt zeigte sich kein Hinweis auf einen Nutzen, allerdings wurden mögliche Schäden durch Therapienebenwirkungen abgeleitet. Die Igel „Durchblutungsfördernde Infusionstherapie beim Hörsturz“ wurde daher mit „negativ“ bewertet (Schaden wiegt schwerer als Nutzen) und wird nicht empfohlen. PP

**Igel-Monitor/ DE 2017:** Rheologische Infusionstherapie beim Hörsturz.  
<https://www.igel-monitor.de/igel-a-z/igel/show/durchblutungsfoerdernde-infusionstherapie-beim-hoersturz.html>

**Fazit:**

*Laut Uptodate: Häufig spontane Verbesserung. Die Studien zur Kortisontherapie sind widersprüchlich. Trotzdem wird zwei Wochen mit 1 mg/kg/die Prednison (max. 60 mg) behandelt (best practice). Alternativ intratympanische Glucocorticosteroide.*

*Aufgabe: Nach Kortisontherapie-Evidenz suchen*

## Horten-Stiftung:

Magnesium bei nächtlichen Wadenkrämpfen sehr wahrscheinlich unwirksam

Nach den Ergebnissen dieser Studie ist Magnesiumoxid in der Prävention nächtlicher Wadenkrämpfe nicht wirksam. Bemerkenswert ist die Halbierung der Anzahl nächtlicher Krämpfe in der zweiwöchigen Screeningphase (Beobachtung ohne Magnesium). Überschätzen die Menschen die Anzahl nächtlicher Wadenkrämpfe oder führt allein schon die Erwartungshaltung zu einer Reduktion der Krämpfe?

**Literatur:**

Maor NR et al. Effect of Magnesium Oxide Supplementation on Nocturnal Leg Cramps. A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2017 doi:10.101/jamainternmed. 2016.9261

**Fazit:**

*Arzneitelegramm empfiehlt die Gabe von Chinin nicht. Das hat zu viele gefährliche Nebenwirkungen (u.a. Herzrhythmusstörungen). Magnesium hilft nicht. Schonung scheint in 50% alleine zu helfen. Patienten aufklären, dass die Beschwerden harmlos sind. Auch chininhaltige Limonaden in großen Mengen haben eine potentiell tödliche Wirkung (FDA).*

Aufklärung, dass Wadenkrämpfe durch eine Fehlbelastung oder Überbelastung der Muskel hervorgerufen werden kann. Hier sind Dehnübungen und adäquates Training wichtig.

## McMaster

Nielsen PB, Larsen TB, Skjoth F, et al. **Outcomes Associated With Resuming Warfarin Treatment After Hemorrhagic Stroke or Traumatic Intracranial Hemorrhage in Patients With Atrial Fibrillation.** JAMA Intern Med. 2017 Feb 20

Beobachtungsstudie, 1998-2016, 3 dänische Datenbanken, 2415 Patienten (ca. 55% Stroke ca. 45% traum. ICB; Man:Frau ca. 60:40 %, Durchschnittsalter 77 J)

Wiedereinleitung von OAK (hier Warfarin) nach **spontaner ICB** bei Patienten mit VHF führte zu weniger ischämischen Ereignissen aber zu höherer Rate von erneuter ICB im Vergleich zu Patienten ohne erneute OAK, wobei letzteres ohne statistische Signifikanz. Bei Patienten mit **traumatischer ICB** kam es zu weniger Ereignissen bzgl. bd. Komplikationen.

### **Fazit:**

*Es benötigt eine individuelle Risikoabwägung zwischen Embolierisiko und Blutungsrisiko.*

### **Faktoren, die für eine Antikoagulation sprechen:**

- geringes Risiko für eine Rezidiv-ICB (eher eine tiefe Blutung, keine lobären Blutungen [parietal, temporal, frontal, okzipital], gut eingestellter Blutdruck)
- Hohes Risiko für thrombembolische Komplikationen (CHADS<sub>2</sub>≥5, kürzlich stattgehabter ischämischer Apoplex oder TIA, Herzklappenerkrankungen, künstliche Herzklappe)

### **Faktoren, die gegen eine Antikoagulation sprechen:**

- hohes Risiko für eine Rezidiv-ICB (eher lobäre Blutungen [parietal, temporal, frontal, okzipital], keine tiefe Blutung, schlecht eingestellter Blutdruck)
- Geringes Risiko für thrombembolische Komplikationen (CHADS<sub>2</sub> ≤2, kein kürzlich stattgehabter ischämischer Apoplex oder TIA, Herzklappenerkrankungen)

*Bei Patienten mit gleichermaßen hohem Risiko für Blutung und thrombembolischem Ereignis oder mit mittlerem thrombembolischem Risiko sollte eine Therapie mit Plättchenaggregationshemmern statt Antikoagulantien bedacht werden, da das Risiko für eine intracerebrale Rezidivblutung unter ASS eher niedriger ist als unter Antikoagulation.*

## UptoDate

### **Glycemic outcomes following bariatric surgery in obese patients with type 2 diabetes-**

Additional follow-up from a bariatric surgery trial in obese patients with type 2 diabetes (134 patients in follow-up study, 150 patients in initial trial) continues to show reduced glycated hemoglobin (A1C)

### **Fazit:**

*Es bestehen hohe Hürden, um überhaupt auf Kosten der GKV eine bariatrische Operation durchführen zu lassen. Sie sollte in einem erfahrenen Zentrum durchgeführt werden. Die Evidenz weist wohl darauf hin, dass auch andere Risikofaktoren positiv beeinflusst werden. Wir recherchieren noch einmal den Weg zur OP und überlegen, für welche unserer Patienten das in Frage kommt.*