

Fortbildung

Medizin in der Manege

Unter dem Vorsitz und der wissenschaftlichen Leitung von Dr. med. Hans Spring, ärztlicher Direktor, Rehasentrum und Swiss Olympic Medical Center, Leukerbad fand das traditionelle, stets sehr informative und gut organisierte Fortbildungssymposium „Medizin in der Manege“ bereits zum 19. Male statt.

Schulterverletzungen: Immer röntgen? Wann und wie operieren?

Häufig im Alltag sind Rotatorenmanschettenläsionen, Bizepsprobleme und Arthrose. Nicht jede Schulter muss operiert werden, erläuterte PD Dr. med. Mathias Zumstein, Bern. Verletzungen der

- Rotatorenmanschette: Tendinopathien und Partialrupturen sind häufig, der M. Supraspinalis ist nicht alleine verantwortlich für Schmerzen, die Operationsindikation soll zurückhaltend gestellt werden, aber nicht Jahre warten bis Rekonstruktionsindikation gestellt wird.
- Bizepspathologien: Arthro-MRI bei Tendosynovitis, Verdickung, Subluxation. Arthroskopische Bizepsstenodese.
- Arthrose: Die konservativen Therapiemöglichkeiten sind limitiert, bei konzentrischer Arthrose: knochen sparende Prothese, bei exzentrischer Arthrose mit Rotatorenmanschette: inverse Prothese

Drei grosse Neuerungen bei Diagnose und Therapie des Glaukoms

Wenn der Druck im Auge steigt: In den letzten Jahren ergaben sich 4 wesentliche Neuerungen auf dem Gebiet des Glaukoms, die von Prof. Dr. med. Jörg Stürmer, Winterthur, zusammengefasst wurden. Die erste Neuerung betrifft die Definition des Glaukoms. Der erhöhte Augendruck ist nicht mehr Teil der Definition des Glaukoms, ist aber ein Hauptrisikofaktor der Krankheit., nur ein kleiner Teil der Glaukompatienten hat einen normalen Augendruck (Normaldruckglaukom). Der erhöhte Augendruck ist aber nach wie vor der einzige behandelbare Risikofaktor. In den letzten Jahren konnte auch endlich gezeigt werden, dass die Drucksenkung die Progression des Glaukoms in allen Stadien positiv beeinflusst und dies sogar beim Normaldruckglaukom. Je jünger der Patient, je niedriger der Druck bei der Diagnose des Glaukoms, je ausgeprägter der Glaukomschaden und je grösser die Progressionsgeschwindigkeit desto mehr muss der Augendruck gesenkt werden.

Diagnostische Verfahren – neue High-Tech Geräte

Die zweite Neuerung betrifft die Diagnose und Verlaufskontrolle des Glaukoms. Die Druckmessung und die Erfassung des Glaukomschadens sind durch die Verwendung von High-Tech Geräten verbessert worden. Die Druckmessung kann heute mit einem neuen Messverfahren (Pascal®) unabhängig von der Rigidität des Au-

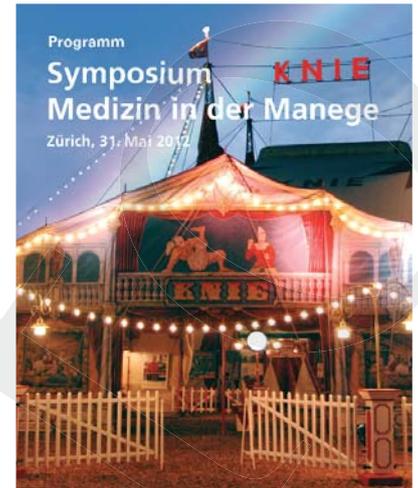
ges und vom Einfluss des Untersuchers sehr genau durchgeführt werden. Die neuen Messverfahren erlauben ohne Erweiterung der Pupille eine genaue Vermessung des Sehnervenkopfes und der Nervenfaserschichtdicke und damit eine Beurteilung bezüglich Stadium der Erkrankung und deren Verlauf. Bei der Untersuchung des Gesichtsfeldes kommt immer noch die computerisierte Statistische Perimetrie (Octopus®) zur Anwendung. Neuere Computerprogramme zur Auswertung des Verlaufs erleichtern die Bestimmung der Progressionsgeschwindigkeit. Bei älteren Patienten mit nur geringer Progression kann damit bei regelmässiger Kontrolle unter Umständen auf eine Behandlung mit Einschränkung der Lebensqualität verzichtet werden.

Glaukomtherapie: Einführung der Kombinationspräparate

Die zahlreichen nun verfügbaren Kombinationspräparate zur drucksenkenden Tropftherapie stellen die dritte wesentliche Neuerung dar. Die beiden zur Drucksenkung hauptsächlich verwendeten Betablocker und Prostaglandinderivate sind bei den Kombinationspräparaten Xalacom®, Ganfort® und Duotrav® in einer Tropfflasche enthalten, so dass der Patient nur einmal pro Tag einen Tropfen applizieren muss und trotzdem eine starke Drucksenkung erreicht wird. Zusätzlich gibt es noch die Kombination aus einem Betablocker und einem topischen Carbonhydrasehemmer (Cosopt® und Azarga®) und aus einem Betablocker und Brimonidin (Combigan®). Leider enthalten alle diese Kombinationspräparate einen Betablocker, was ihren Einsatz bei bestehender Kontraindikation (Asthma, COPD, Bradykardie, arterielle Hypotonie) verunmöglicht. Trotzdem kann das Glaukom bei einem grossen Teil der Patienten über viele Jahre mit einer einfachen Tropftherapie ohne wesentliche Einschränkung der Lebensqualität kontrolliert werden. Heute gibt es auch von den meisten drucksenkenden Tropfen Generika. Wenn die Tropftherapie nicht ausreichend ist, kann eine Lasertherapie versucht werden, meist ist dann aber eine Operation unumgänglich

Verfeinerung der Operationstechnik der Trabulektomie

Die vierte grosse Neuerung betrifft nicht unbedingt die neueren Operationsverfahren (tiefe Sklerektomie, Viskokanalostomie, Kanalplastik und Express Implantation), sondern die ständige Verbesserung und Verfeinerung der konventionellen Trabekulektomie. Neben dem Off-Label Einsatz von zytotoxischen Substanzen (Mitomycin C) oder Antimetaboliten (5-Fluorouracil) zur Modulation der Wundheilung haben auch andere kleine Modifikationen



dazu geführt, dass die Trabekulektomie nur noch eine eher kleine Komplikationsrate aufweist und so auch vermehrt unter ambulanten Bedingungen durchgeführt werden kann. Die Trabekulektomie lässt sich zudem gut mit der modernen Kataraktoperation (Phakoemulsifikation mit Implantation einer faltbaren Intraokularlinse) kombinieren lässt, was vielen älteren Patienten die später oft nötige Kataraktoperation erspart. Der Visusgewinn durch die Kataraktoperation ist gerade bei Patienten, die einem operativen Eingriff skeptisch gegenüberstehen ein nicht zu vernachlässigender Vorteil.

Arrhythmien und Sport – wenn das Herz stolpert

Eine regelmässige körperliche Betätigung reduziert das Risiko für eine koronare Herzerkrankung durch positive Beeinflussung der kardiovaskulären Risikofaktoren. Andererseits erhöht Sport das Risiko für einen arrhythmogenen plötzlichen Herztod bei vorbestehender kardialer Erkrankung. Gesunde Sportler haben kein relevant erhöhtes Herztodrisiko. Ausdauersport über viele Jahre kann das Risiko für Vorhofflimmern und Sinusknotenerkrankungen erhöhen. Dr. med. Matthias Wilhelm, Bern, erinnerte an 4 junge Sportler und Sportlerinnen, die an Arrhythmien beim Ausüben ihres Sports verstarben. Die Inzidenz eines plötzlichen Herztodes bei Athleten beträgt 3.02/100'000 pro Jahr bei männlichen Athleten und 1,30/100'000 pro Jahr bei weiblichen Athletinnen. In der Regel ist ein „Herzstolpern“ harmlos – es sollte aber abgeklärt werden, da es Ausdruck einer strukturellen Herzerkrankung sein könnte. Lebensbedrohliche ventrikuläre Arrhythmien können durch körperliche Aktivität getriggert werden. Meistens liegt eine strukturelle oder elektrische Herzerkrankung zugrunde. Plötzliche Todesfälle im Sport sind insgesamt selten. Das Risiko hängt vom Geschlecht, von der Ethnizität und von der Sportart ab.

Ungleichgewichte bei Burnout und Depression

Die psychischen Erkrankungen haben seit dem Jahre 1994 deutlich zugenommen. Gegen 10% der Fehlzeiten am Arbeitsplatz sind durch psychische Probleme, v. a. Depression und Burnout bedingt, erklärte Prof. Dr. med. Daniel Hell, Meilen. Dabei spielen sozioökonomische Trends eine Rolle, einerseits die Entwicklung von der Industriegesellschaft (19.20. Jahrhundert) zur Dienstleistungsgesellschaft (Ende 20./Anfang 21. Jahrhundert), andererseits die Entwicklung vom Wir zum Ich (von der hierarchisch strukturierten Sozialgemeinschaft zur individualisierten Gesellschaft), vom Leiden an den Umständen zum Leiden an sich selbst d.h. vom „Du sollst“ zum „Ich kann“ (yes we can) oder vom Scheitern am Über-Ich zum Scheitern am Ich-Ideal. Der Verlust des seelischen Gleichgewichts ist vor allem eine Folge der Diskrepanz von Selbstbild/Ich-Ideal und Umweltbedingungen/Beziehungsrealität.

Burnout – Ungleichgewicht von Leistung und Belohnung

Einem grossen Einsatz, grosser Leistung und hoher Verausgabung (hohe Verausgabung) stehen wenig Lohn, kaum Anerkennung, wenig Weiterbildung, keine Förderung (niedrige Belohnung) gegenüber. Dies kann zu gesundheitlicher Beeinträchtigung, zum „Burnout“ führen.

Die Burnout-Dynamik beruht auf zwei Polen. Auf der einen Seite steht der persönliche Pol, „Selbstverbrenner“ (überhöhte Leistungsziele) auf der andern Seite der Umweltpol, „wear out“ (Verschleiss durch äusseren Druck).

Gegenüberstellung der Depressions- und Burnout-Symptomatik	
Depressive Leitsymptome (ICD-10)	Burnout-Leitsymptome (Maslach und Leiter)
Depressive Stimmung (Bedrücktheit)	Emotionale Erschöpfung
Interesseverlust	Desinteresse, Zynismus
Antriebsverlust und gesteigerte Ermüdbarkeit	Reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit
Depressionsskalen und Maslach Burnout-Inventar weisen hohe Korrelationen auf.	

Das Depressionsrisiko nimmt durch belastende Lebensereignisse zu. Die Odds Ratio (Faktor der Risikoerhöhung einer Depressionserkrankung im Monat nach dem Ereignis) beträgt bei Trauma (Überfall) 25,4, bei schwerwiegenden Eheproblemen 8,4, bei schwerwiegenden sozialen Schwierigkeiten 7,2, bei Todesfall von Angehörigen 6,3, bei Schwierigkeiten mit Bezugspersonen 5,0 und bei Verlust der Arbeitsstelle 4,0.

Depression ist mehr als Erschöpfung. Sie ist konzeptuell nicht auf Arbeits- und andere Belastungen beschränkt. Krankheitssymptome stehen im Fokus. Zur Depression gehören auch negative Bewertungen der eigenen Person und/oder körperliche Störungen.

Kriterien der depressiven Episode (nach ICD-10)

Leitsymptome:

- ▶ Depressive Stimmung (Bedrücktheit während mind. 14 Tagen)
- ▶ Verlust von Interesse und Freude
- ▶ Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit

Zusatzprobleme sind verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit (Selbstvorwürfe), negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, wiederkehrende Suizidgedanken oder -handlungen, Schlafstörungen und verminderter Appetit. Die Symptome bei Burnout und Depression überschneiden sich, die Symptomatik ist aber schwerer bei der Depression.

Die Suche nach stabilisierenden Ressourcen betrifft:

- ▶ In Bezug auf den Organismus:
 - medizinischer Bereich (Antidepressiva, Sedativa etc)
 - somatische Behandlung.
- ▶ In Bezug auf das Umfeld
 - Beziehungsbereich
 - am Arbeitsplatz
 - im Gemeindeangebot (z.B. Spitex).
- ▶ In Bezug auf die Person
 - Persönliche Stärken (Biographie)
 - Tätigkeitsfelder und Hobbies
 - Geistige Werte (Glaube, Philosophie).

Die individuelle Vorbeugung von Burnout und Depressivität umfasst die folgenden Punkte:

- ▶ Rhythmisierung im Alltag (Pausen und angenehme Tätigkeiten fördern)
- ▶ Achtsamer Umgang mit sich selbst und andern („Entschleunigen“, ev. Psychotherapie, Meditation)

TAB. 2 Relative Wirksamkeit gastroprotektiver Strategien bei Langzeittherapie mit NSAR*		
Strategie	Komplikationen des oberen GI Trakts (Gesamt)	Komplikationen des oberen GI-Trakts durch Ulcus ventriculi
Nur NSAR	1.0	1.0
Hoch dosierte NSAR	1.39 (1.20–1.62)**	1.48 (1.21–1.81)**
NSAR plus PPI	0.67 (0.48–0.95)**	0.50 (0.31–0.82)**
Nur COX-2 Hemmer	0.51 (0.43–0.60)**	0.46 (0.37–0.57)**
NSAR + Miso (niedrig dos.)	0.74 (0.61–0.89)**	0.61(0.41–0.80)**
NSAR + Miso (hoch dosiert)	0.23 (0.03–1.80)	0.42 (0.05–3.85)
COX-2 plus PPI	0.35 (0.28–0.47)**	0.23 (0.15–0.34)**
NSAR + H2-Blocker	1.19 (0.99–1.43)	1.34 (1.06–1.70)**

* Targownik et al Gastroenterology 200;134:937-44
 ** P<0.05-0.01

TAB. 3 Faktoren für die Vorhersage von Komplikationen im oberen GI-Trakt*		
Begleitmedikation	Komplikationen des oberen GI-Trakts (insgesamt)	Komplikationen des oberen GI- Trakts durch Ulcus ventricoli
Warfarin	1.92 (1.55–2.45)**	1.49 (1.07–2.08)**
Clopidogrel	1.40 (1.02–1.91)**	1.51 (0.98–2.33)
Systemische Steroide	1.48 (1.08–1.96)**	1.28 (0.84–1.97)

* Targownik et al Gastroenterology 200;134:937-44
 ** P<0.05-0.01

► Bei Enttäuschung und Deprimierung sich nicht mit negativen Gedanken identifizieren.

Therapie mit NSAR: Wann ist Magenschutz sinnvoll – auch bei Sportlern und gesunden jungen Leuten?

Zusammenhänge zwischen NSAR und dem gastrointestinalen Trakt betreffen asymptomatische Läsionen, dyspeptische Symptome, symptomatische Ulzera und Komplikationen, ferner Kolitis, Anämie/Proteinverlust und Divertikelkrankheit. Die Frequenz eines Ulkus bei Langzeittherapie ist 20% aller Patienten. Ein schwerwiegendes Ereignis tritt bei 1–1,5% aller Patienten unter Langzeittherapie auf und die Mortalitätsrate beträgt 10% bei Patienten mit Blutungen hielt Prof. Dr. med. Christoph Beglinger, Basel fest. Risikofaktoren für gastrointestinale Komplikationen durch NSAR sind Alter (>65 Jahre), GI-Ulkus in der Vergangenheit, Ulkuskomplikation im oberen GI-Trakt in der Vergangenheit, Begleitmedikation (z.B. Kortikosteroide, Kumarin), Einnahme mehrerer NSAR (verordnet + niedrig dosiertes Aspirin, verordnet + rezeptfreies NSAR), kardiovaskuläre Erkrankung. Unkontrollierbare Risikofaktoren sind Alter, Geschlecht, Krankheit, Schweregrad bestehender Komorbiditäten, Krankengeschichte (Ulkuskrankheit, Ulkuskomplikationen).

Die Behandlung mit NSAR beinhaltet auch ein erhöhtes Risiko für Blutungen im oberen GI-Trakt. Bei aktueller Behandlung mit einem beliebigen NSAR beträgt das relative Risiko 4,4 (3,7–5,3) und bei gleichzeitiger Behandlung mit mindestens 2 NSAR 7,8

(5,6–11,0). Auch im unteren GI-Trakt besteht eine Toxizität von NSAR. Ihre Bedeutung wird immer mehr anerkannt. Während die Läsionen im oberen GI-Trakt in der Zeitspanne von 1996 bis 2005 abnahmen, nehmen diese im unteren GI-Trakt in derselben Zeitspanne zu, wie in einer spanischen epidemiologischen Studie gezeigt wurde.

Die Prophylaxe umfasst allgemeine Massnahmen, H2-Rezeptorenblocker, Protonenpumpenhemmer, Prostaglandin-Analoga, COXIBE. Misoprolol hat in der MUCOSA Studie (Silverstein et al. An Intern Med 1995;123:241-49) eine signifikant (p=0,031) niedrigere Wahrscheinlichkeit für Komplikationen des oberen GI-Trakts ergeben. Die allgemeinen Komplikationen waren unter Misoprolol um 44% reduziert (p=0,007), die Blutung/Ulkuskomplika-tionen um 40% (p=0,049). Die rezidivierenden Ulzera unter nicht-selektiven NSAR konnten mit Omeprazol von 16,3% (unter Ranidin) auf 5,2 % gesenkt werden (Ulcus ventriculi) bzw von 5,7% (Ranidin) auf 0,5% (Ulcus duodeni). Misoprostol war aber im Vergleich zu Omeprazol etwas wirksamer (Hawkey CJ et al. N Engl J Med 1998;338:727-34).

Die Rolle der COXIBE

Unerwünschte Ereignisse des GI-Trakts wurden in einer Reihe von Studien (MUCOSA, CLASS SUCCESS, VIGOR MEDAL und TARGET) von der einfachen Inspektion sichtbarer Läsionen im oberen GI-Trakt bis zur robusteren Untersuchung von Blutungen untersucht. Der Vergleich von Celecoxib mit Diclofenac oder Ibuprofen in der CLASS-Studie (Silverstein FE et al)ergab, dass Celecoxib in grösseren Dosierungen als klinisch üblich mit einer geringeren Inzidenz symptomatischer Ulzera und Ulkuskomplikationen, sowie anderen klinisch bedeutsamen toxischen Effekten verbunden war. Der primäre Endpunkt wurde aber über den gesamten Studienzeitraum nicht erreicht (Goldstein J et al 2002). Lumiracoxib ergab bei Patienten ohne Aspirin eine Verringerung der Inzidenzrate von Ulkuskomplikationen im oberen GI-Trakt um 79% gegenüber NSAR (Naproxen, Ibuprofen). Bei der Population mit Aspirin dagegen war die Verringerung 21% (p<0.49).

Hochrisikopatienten >65 Jahre

Ulkuskomplikationen waren unter Lumiracoxib in der Population ohne Aspirin gegenüber NSAR signifikant erniedrigt (Hawkey C et al Gastroenterology 2007;133:57-64). Eine erneute Ulkusblutung in 12 Monaten unter COX-2 wurde unter Placebo in 8.9% festgestellt (ohne Aspirin 7.1%), unter Esomeprazol in keinem Fall.

Der Referent hielt zusammenfassend fest:

- alle anerkannten gastroprotektiven Strategien vermindern das Risiko für Komplikationen im oberen GI-Trakt unter der Therapie mit NSAR
- COX-2-Hemmer könnten einer Kombinationstherapie aus NSAR plus PPI dabei überlegen sein
- Eine Kombinationsbehandlung mit COX-2 plus PPI verringert das Risiko für Komplikationen im oberen GI-Trakt unter NSAR am wirksamsten
- Das Risiko ist bei jüngeren Leuten sehr gering; Komplikationen treffen ältere Personen >65 Jahre
- Eine gastroprotektive Behandlung ist indiziert, wenn Patienten unter NSAR GI-Symptome haben

▼ red.

Quelle: Symposium Medizin in der Mänge 2012, 31.5.2012, Zürich