

Journal Club

Weekly Briefing

Prof. Dr. med. Lars C. Huber, Prof. Dr. med. Martin Krause

Wissenschaftliche Redaktion Swiss Medical Forum

Chronisches Subduralhämatom

Dexamethason oder Evakuuation?

Bei der Genese chronischer Subduralhämatome werden entzündliche Prozesse im Subduralraum postuliert, die kontinuierlich Blutungen verursachen und dadurch die Symptome unterhalten. Dies war die Ausgangslage für eine randomisierte Studie, in der getestet wurde, ob Dexamethason 2×8 mg/Tag in absteigender Dosierung über 19 Tage oral verabreicht gleichwertig war wie die Standardtherapie = chirurgische Evakuuation über ein Bohrloch. Das Resultat, bei 252 Personen untersucht, war eindeutig: Mit Dexamethason war das neurologische Resultat nach drei Monaten signifikant schlechter, die Komplikationen/Todesfälle waren deutlich häufiger und in >50% war es nachträglich notwendig, doch noch chirurgisch zu entlasten. Die Studie wurde vorzeitig abgebrochen. Also: bohren und evakuieren!

N Engl J Med. 2023, doi.org/10.1056/NEJMoa2216767.
Verfasst am 16.6.23_MK

Asthma und COPD

Hospitalisationrate 1998–2018

Die optimale Betreuung bei Asthma oder chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) verhindert Hospitalisationen. Die Hospitalisationsrate (HR) dieser Erkrankungen gilt daher als Qualitätsmassstab ihrer ambulanten Versorgung. Die jährliche Asthma- und COPD-assoziierte HR von sieben Regionen der Schweiz zwischen 1998 und 2018 wurde ermittelt. Während die HR für Asthma stabil war, zeigte sich für COPD eine Zunahme von 77,4 auf 142,7/100 000 Einwohnerinnen und Einwohner. Die jährlichen Spitaltage stiegen auf das 1,6-Fache, entsprechend die jährlichen Kosten auf 91,2 Mio. CHF an. Dies steht im Kontrast zu deutlich sinkenden HRn in verschiedenen Nachbarländern. Offenbar besteht in der Schweiz noch ein grosses Potential, die ambulante COPD-Betreuung zu verbessern.

Healthcare (Basel). 2023,
doi.org/10.3390/healthcare11091229.
Verfasst am 15.6.23_MK

Erworben vs. hereditär

Tiefes C1q beim erworbenen Angioödem

Angioödeme treten 1. bei ACE-Hemmern, 2. allergisch über IgE/Histamin und 3. hereditär über Mangel des C1-Esterase-Inhibitors (C1-INH) auf. Eine vierte Ursache wird beschrieben: Eine 61-Jährige entwickelte eine Schwellung von Zunge und Gaumen, die sich nach Adrenalin besserte. Die Konzentration des C1-INH war erniedrigt, die C1-INH-Funktion tief normal. Die Komplementfaktoren C4 und C1q waren nicht messbar. Weiter: ein IgG-lambda-Paraprotein und 20% monoklonale Plasmazellen. Dies ist die klassische Konstellation des erworbenen Angioödems: >40-jährig, fehlende Familienanamnese, C1-INH-hemmende Paraproteine, tiefes C1-INH, tiefe C4- und C1q-Werte. Letzteres im Unterschied zum hereditären Angioödem, das normale C1q-Spiegel aufweist.

Am J Med. 2023, doi.org/10.1016/j.amjmed.2023.01.036.
Verfasst am 16.6.23_MK

CME

Singultus

- Singultus entsteht durch die unwillkürliche, unilaterale Kontraktion des linken > rechten Zwerchfells mit unmittelbar darauffolgendem Glottis-Schluss, der das charakteristische Geräusch erzeugt. Es gibt unzählige Namen für dieses Geräusch (im Schweizerdeutschen etwa: Gluxer, Gluxi, Higger, Higgi, Hitzgi, Hixer ...). Die Frequenz beträgt 4–60/min.
- Akuter Singultus dauert <2 Tage, ist selbstlimitierend, harmlos, aber lästig. Hält er >2 Tage an oder persistiert sogar >1 Monat, ist er lebensbehindernd und abklärungsbedürftig.
- Zu Manövern gegen akuten Singultus gehören: 1. CO₂-Anstieg erzielen: Atem lange anhalten oder in einen Sack rückat-

men; 2. Vagusstimulation: eiskaltes Wasser oder Essig trinken, Druck auf Carotis oder Augenbulbus, Gurgeln, Ohrspülungen; 3. Bizzares: sexuelle Stimulation, rektale Massage. Bei chronischem Singultus wirken diese Manöver nicht.

- Folgende Medikamente können Singultus verursachen: Dexamethason, Benzodiazepine, Cisplatin, Opioide und Levodopa. Alkohol ist ein häufiger Auslöser.
- Erkrankungen, die chronischen Singultus auslösen: gastroösophagealer Reflux (GERD), kardiale Erkrankungen, Erkrankungen des Zentralnervensystems wie zum Beispiel Aneurysma, Tumoren, Parkinson, Multiple Sklerose sowie otorhinolaryngologische Erkrankungen.
- Auch psychische Konstellationen können einen persistierenden Singultus auslösen:

Stress, Aufregungen, Angst mit Hyperventilation.

- Die auslösende Erkrankung gehört zuerst behandelt: Ein Versuch mit Säureblockern ist empfehlenswert, da GERD zu den häufigsten Ursachen zählt.
- Wirksame Medikamente gegen chronischen Singultus: Chlorpromazin, Metoclopramid, Baclofen, Gabapentin.
- Akupunktur sollte versucht werden, wenn Medikamente nicht wirksam sind.
- Bei nicht beherrschbarem Singultus stehen invasive Massnahmen wie Vagus-Stimulation oder Phrenikus-Blockade zur Verfügung.

StatPearls. 2022, www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538225.
Verfasst am 18.6.2023_MK

Supraventrikuläre Tachykardien

Ein Nasenspray zur Behandlung?

Die Resultate der RAPID-Studie (multizentrisch, randomisiert, placebokontrolliert) sind vielversprechend. 184 Personen mit vorbekannten, symptomatischen und jeweils >20 min anhaltenden Episoden paroxysmaler supraventrikulärer Tachykardien wurden eingeschlossen. 99 von ihnen erhielten einen intranasalen Kalziumantagonisten (Etripamil 70 mg, maximal 2 Dosen), 85 ein Placebo. Die Konversionsrate von Reentry-Tachykardien nach 30 min war 64% (63/99) in der Etripamil- respektive 31% (26/85) in der Placebo-Gruppe. Intranasales Etripamil war gut verträglich, unerwünschte Wirkungen waren selten und mild (nasale Missempfindungen, Obstruktion, Rhinorrhoe). Im Unterschied zu den oralen Therapieoptionen («pill in the pocket») wirkt der Etripamil-Spray schneller und er kann als Vorteil gegenüber den hochwirksamen intravenösen Optionen selbständig und ausserhalb von Spital und Praxis verabreicht werden. Bei häufig rezidivierender Symptomatik bleibt natürlich die Katheterablation die definitive Therapieoption.

Lancet. 2023, doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00776-6.
Verfasst am 19.6.23_HU

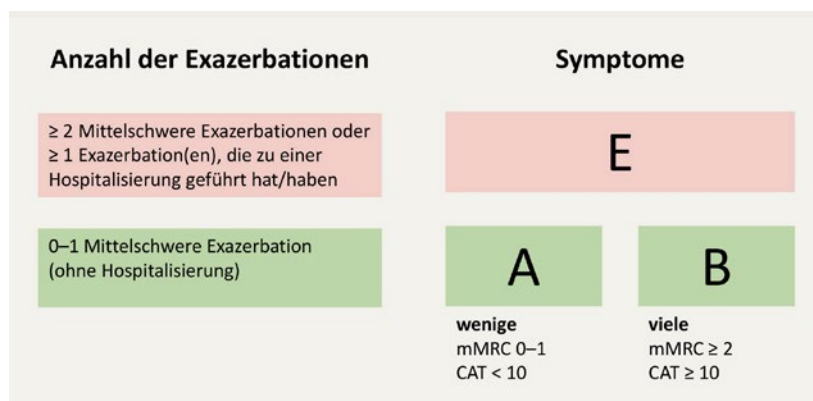
Unerwünschte Arzneimittelereignisse

Antikoagulation damals und heute

Diese retrospektive Studie aus einem grossen US-amerikanischen Spital untersuchte Ursachen, Schweregrad und Outcome unerwünschter Arzneimittelereignisse im Zusammenhang mit einer therapeutischen Antikoagulation. Die Daten wurden im Anschluss an die spitalweite Einführung eines digitalen Klinikinformationssystems erhoben und mit einer historischen Kohorte verglichen: Unerwünschte Wirkungen (wie Blutungen, thromboembolische Ereignisse, Thrombozytopenien) waren in der historischen Kohorte deutlich häufiger. Diese haben, vermutlich durch die Verfügbarkeit der direkten oralen Antikoagulanzen und damit eine neue Verordnungspraxis, von 30,5 auf 1,3% abgenommen. Umgekehrt fanden sich deutlich mehr Verordnungsfehler in der zeitgenössischen Kohorte, unter anderem eine falsche Dosierung, ein inadäquates Monitoring, ein fehlerhafter Interaktionscheck usw. Fazit: Digitalisierung und neue Antikoagulanzen haben die Patientensicherheit verbessert, gleichzeitig erfordern sie mehr Kompetenzen beim Personal.

Am J Med. 2023, doi.org/10.1016/j.amjmed.2023.05.013.
Verfasst am 19.6.23_HU

Quiz



© 2023 The Author(s). CC BY 4.0.

COPD-Risikoklassen (Auszug aus Abb. 2 aus: Leuppi JD, et al. COPD – eine unterschätzte Erkrankung. Praxis. 2023;112(7–8):403–12. doi.org/10.1024/1661-8157/a004049, a Hogrefe OpenMind article [creativecommons.org/licenses/by/4.0]). mMRC: modified Medical Research Dyspnea Questionnaire; CAT: COPD Assessment Test.

Inhalationstherapie bei COPD

Dieses Quiz nimmt Bezug auf das CME des Weekly Briefing der letzten Ausgabe (Swiss Medical Forum 27–28) [1].

Vignette: Der 63-jährige Patient stellt sich in Ihrer Praxis zur Verlaufskontrolle nach einem kürzlich stattgehabten Spitalaufenthalt aufgrund einer akuten Exazerbation seiner chronisch obstruktiven Lungenkrankheit (COPD) vor. Vom Spitalaufenthalt hat sich der Patient gut erholt, er ist wieder auf seinem Vorniveau aktiv. Unverändert besteht eine leichte Anstrengungsdyspnoe («modified Medical Research Dyspnea Questionnaire [mMRC] 1»). Das Rauchen hat der Patient vor Jahren erfolgreich sistiert. Zu einer hospitalisationsbedürftigen Dyspnoe ist es bisher erst einmal gekommen. Eine spirometrische Kontrolle vor der Hospitalisation hat eine mittelschwere Obstruktion ohne signifikante Reversibilität auf inhalede Bronchodilatoren gezeigt. Bislang stand der Patient unter einer kombinierten Inhalationstherapie mit einem langwirksamen Beta-mimetikum (LABA) und einem Kortikosteroid (ICS), die er mehr oder weniger konsequent einsetzt. Im Labor finden sich keine Hinweise auf eine aktive Entzündung, die Eosinophilen im Differentialblutbild liegen bei 120 Zellen/μl.

Welche Aussage zu Beurteilung und Management ist korrekt? (Einfachauswahl)

- A) Da der Patient wenig symptomatisch ist, liegt eine Risikoklasse A vor.**
- B) Aufgrund der hospitalisationsbedürftigen Exazerbation belassen Sie die etablierte Inhalationstherapie (LABA+ICS).**
- C) Sie stellen die Inhalationstherapie primär auf ein Kombinationspräparat aus einem LABA und einem langwirksamen Anticholinergikum (LAMA) um.**
- D) Aufgrund der Gesamtsituation ist die Indikation für eine dreifache Inhalationstherapie (LABA+LAMA+ICS) eindeutig gegeben.**
- E) Es ist ein Vorteil der neuen Inhalations-Devices, dass sich die Überprüfung der Inhalationstechnik erübrigt.**

Lösung C: Aufgrund der hospitalisationsbedürftigen Exazerbation liegt eine Risikoklasse E vor. Diese Einteilung erfolgt unabhängig von Schweregrad der Symptome und lungenfunktioneller Einschränkung. ICS erhöhen das Risiko für Pneumonien. Von einer ICS-Therapie profitieren primär Erkrankte mit Eosinophilenzahl ≥300/μl – dies trifft hier nicht zu. Eine hospitalisationsbedürftige Exazerbation alleine rechtfertigt eine ICS-Therapie nicht. Die Adhärenz ist auch bei modernen Inhalativa ein limitierender Faktor für den Therapieerfolg. Überprüfung und Schulung sind deshalb wesentliche Aspekte. Aufgrund von Schweregrad und Risikoklasse benötigt der Patient aus der Vignette eine konsequente Inhalationstherapie mit einem LABA+LAMA-Präparat.

1 Swiss Med Forum. 2023, doi.org/10.4414/fms.2023.09461.
Verfasst am 19.6.23_HU