

Journal Club

Weekly Briefing

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

Wissenschaftliche Redaktion Swiss Medical Forum

Primärprophylaxe mit Aspirin®

Risiko für gastro-intestinale Blutungen

Beinahe die Hälfte der US-amerikanischen Bevölkerung ≥ 70 Jahre nimmt Acetylsalicylsäure (Aspirin®) in primärprophylaktischer Intention (ppASA) ein. Mit relevanten gastrointestinalen Folgen! Im Zeitraum von 2016–2020 haben Notfälle durch obere gastrointestinale Blutungen aufgrund ppASA um rund 30% zugenommen: bei Frauen und bei Männern, ausgeprägt vor allem in der Kohorte ≥ 65 Jahre. ppASA erhöhte das Risiko für Erythrozytentransfusionen (Odds Ratio [OR] 1,15), notfallmässige endoskopische Versorgungen (OR 1,21) oder eine Hospitalisation (OR 1,41) mit entsprechenden Folgekosten. Ursächlich fand sich meist ein Ulkus oder eine Gastritis, beide Entitäten haben in der Beobachtungszeit ebenfalls signifikant zugenommen. Ein weiterer Grund zur Deprescription von ppASA!

Am J Med. 2023.
doi.org/10.1016/j.amjmed.2023.08.010.
Verfasst am 12.9.23_HU

Immunecheckpoint-Inhibitoren

Kutane Nebenwirkungen: signum bonum?

Unabhängig von ihrem Effekt bei der Tumorbildung können Immunecheckpoint-Inhibitoren zu einer immunologischen Aktivierung führen – in jedem Organsystem, zu einem beliebigen Zeitpunkt. Kutane immunassoziierte unerwünschte Ereignisse (cirAEs) sind die grösste Gruppe solcher «toxischer» immunologischer Effekte: Exanthem, lichenoidale Reaktion, Dermatitis, Psoriasis, bullöse Erkrankung – am häufigsten eine Vitiligo. Eine Metaanalyse (23 Studien, 22749 Personen) findet, dass Tumorpatientinnen und -patienten, die unter einer Immunecheckpoint-Inhibitor-Therapie eine cirAE entwickeln, ein signifikant höheres Überleben und eine Verlängerung des progressionsfreien Intervalls aufweisen. Das Auftreten einer unerwünschten Wirkung für einmal ein gutes Zeichen?

JAMA Dermatol. 2023.
doi.org/10.1001/jamadermatol.2023.3003.
Verfasst am 12.9.23_HU

Vintage Corner

Chronische Pankreatitis: okkulte Blutung?

...Ein Haemosuccus pancreaticus! Selten – in dieser prospektiven Langzeitkohorte von Erkrankten mit chronischer Pankreatitis wurde er in $< 1\%$ der Fälle diagnostiziert –, aber potentiell fatal! Ätiologisch kommt es zur Arrosion einer peripankreatischen Arterie durch eine Pankreaspseudozyste oder zur Aneurysmabildung mit konsekutiver Fistelung in den Pankreasgang. Diagnostisch ist der Haemosuccus pancreaticus nicht nur aufgrund seiner Seltenheit eine Herausforderung: Epigastrische Schmerzen und Blutungsstigmata (Hämatemesis, Meläna) sind optionale klinische Zeichen, auch Fälle mit isolierter Eisenmangelanämie sind beschrieben. Da die Blutung intermittierend auftritt, kann die endoskopische Abklärung im Intervall unauffällig sein.

Am J Gastroenterol. 1995, PMID: 7572914
Verfasst am 13.9.23_HU

CME

Prophylaxe der Pneumocystis-jirovecii-Pneumonie

- *Pneumocystis jirovecii* ist ein opportunistischer Pilz, der bei Immunkompromittierten mit schweren Pneumonien (PcP) – Fieber, unproduktiver Husten, Dyspnoe – und ausgeprägter Oxygenationsstörung einhergeht. Charakteristisch ist die Diskrepanz von radiologisch diffusen, bilateralen Milchglasopazitäten und unauffälliger pulmonaler Auskultation.
- Eine antibiotische Prophylaxe verhindert eine Infektion weitgehend. Sie wird bei folgenden Indikationen empfohlen: HIV/AIDS

(bei CD4-Lymphozytenzahl $< 200/\mu\text{l}$), akute lymphatische Leukämie, allogene Stammzelltransplantation, solide Organtransplantation.

- Auch Patientinnen und Patienten unter systemischer Steroidtherapie (≥ 20 mg/Tag Prednison, ≥ 1 Monat) sollten eine Prophylaxe erhalten, insbesondere wenn ein zusätzlicher Faktor für eine Immunsuppression besteht (Tumorleiden, duale medikamentöse Immunsuppression).
- Eine Behandlung mit Immunmodulatoren (zum Beispiel Immunecheckpoint-Inhibitoren, Tumornekrosefaktor-Hemmern, Anti-CD20-Antikörpern) ist per se keine Indikation für eine PcP-Prophylaxe. In Kombination mit anderen Risikofaktoren (Steroidtherapie, Lymphopenie) sollte eine solche aber erwogen werden.

- Trimethoprim/Sulfamethoxazol (Bactrim®) ist die erste Wahl zur PcP-Prophylaxe. Bei normaler Nierenfunktion wird 1 Tablette (800/160 mg) 3×/Woche oder ½ Tablette jeden Tag verabreicht. Häufige unerwünschte Wirkungen sind Übelkeit und Exanthem, im Labor ein Anstieg von Kreatinin und Kalium.
- Eine praktikable Alternative bei schwerer Unverträglichkeit (Allergie, Stevens-Johnson-Syndrom) bietet das Antimalarikum Atovaquon (1500 mg/Tag).
- Die Dauer der Prophylaxe richtet sich nach dem Status der Immunsuppression. Solange ein relevantes Risiko (siehe oben) besteht, sollte eine PcP-Prophylaxe durchgeführt werden.

JAMA. 2023, doi.org/10.1001/jama.2023.9844.
Verfasst am 13.9.23_HU

Oberärztinnen und Oberärzte

Tragende Säulen im Spital

Die Bedeutung und Zukunft der Oberärztinnen und -ärzte (OÄ) in den Kliniken der Schweiz wurde analysiert. Sie sind nicht einfach gute Assistenzärztinnen und -ärzte (AÄ) mit solidem Wissen im Fachgebiet, die befördert wurden. In der höheren Stufe werden neue Qualitäten erwartet: Verantwortung in der Patientenführung, Kommunikationssicherheit, Freude an Supervision, Teamführung, Teaching und Planung. Es entstehen neue Berührungsfelder mit AÄ/Studierenden, Chef- und Leitenden Ärztinnen und Ärzten, Pflegepersonal und zahlreichen anderen Fachbereichen. Die neue Funktion ist abwechslungsreich, spannend, lehrreich und herausfordernd.

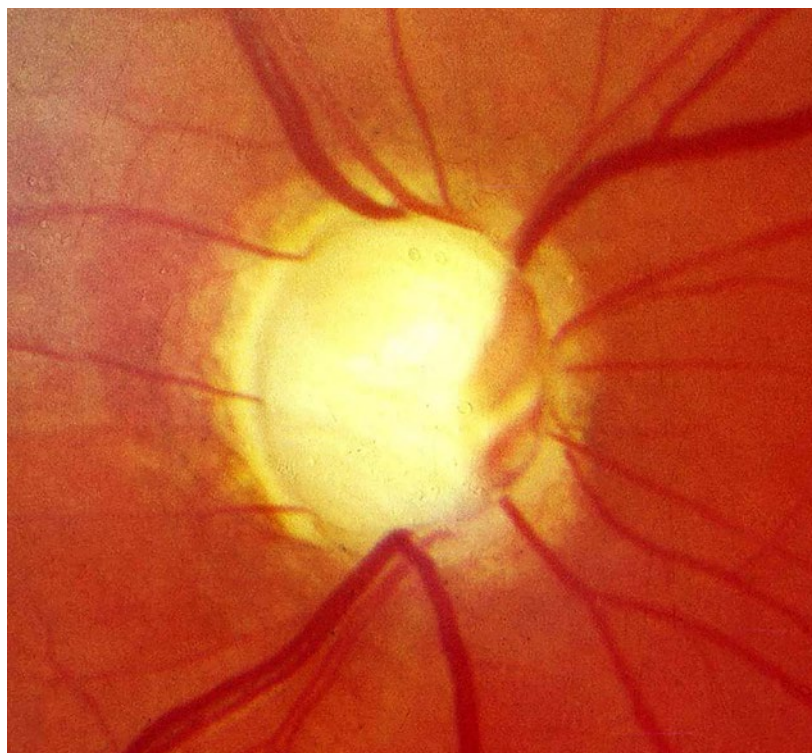
Trotz dieser Attraktion besteht in der Schweiz ein OÄ-Nachwuchsmangel – warum? Überforderung, Dienste, fehlende Teilzeitarbeit, fehlende Karriere Möglichkeiten, zu wenig Wertschätzung führen dazu, dass die OÄ-Stellen nach wenigen Jahren wieder verlassen werden. Die Nachbesetzung erfolgt oft abrupt und ohne adäquate Vorbereitung.

Die OÄ sind Schlüsselfiguren in jeder Klinik. Sie gewährleisten die Qualität der Patientenbetreuung und der Nachwuchsförderung. Ein stabiles OÄ-Team mit Erfahrung ist eine oder die tragende Säule in jeder Institution. Was sollen wir tun, um die Position attraktiver zu machen und die Lücken wieder zu schliessen? 1. Bessere Vorbereitung auf die neue Position: Definition der Aufgaben/Kompetenzen vor Stellenantritt, Schulungen für Leadership und Teaching (z.B. Kurse des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung [SIWF]) und Kommunikation; 2. regelmässiges Feedback: Gespräche, Korrekturen, aber auch Anerkennung durch Vorgesetzte; 3. Perspektiven schaffen: Abschluss der Weiterbildung und Facharztabschluss mitplanen und sicherstellen, akademische und/oder interne Aufstiegsmöglichkeiten aufzeigen, ermöglichen und begleiten; 4. angemessene Entlohnung vergleichbar mit einer Tätigkeit in der Praxis; 5. Sicherstellen von Teilzeitarbeit und Jobsharing auch im stationären Klinikbetrieb; 6. Dienstmodelle mit Rotationen, geschützten Bürozeiten, geplanten Kompensationen.

Aus dem Artikel ist unübersehbar: Um die Zukunft der OÄ als Schlüsselfiguren im Spital sicherzustellen und der kommenden Generation gerecht zu werden, bedarf es mehr zeitlicher und finanzieller Ressourcen der Vorgesetzten und Institutionen.

Swiss Med Forum. 2023.
doi.org/10.4414/smf.2023.09469.
Verfasst am 18.9.2023_MK

Kalziumantagonisten



Papillenexkavation bei fortgeschrittener Glaukomerkrankung.

Snoop. CC BY-SA 3.0, <http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/>, via Wikimedia Commons

Risikofaktor für Glaukom?

Glaukom ist ein Sammelbegriff für fortschreitende Schäden des Nervus opticus, die oft – aber nicht immer – durch einen erhöhten Augendruck verursacht werden. Risikofaktoren für ein Glaukom sind Alter, Hypertonie, Diabetes mellitus und Kurzsichtigkeit. Schon länger wird vermutet, dass auch zwischen Kalziumantagonisten und Glaukom eine kausale Verbindung besteht.

Eine grosse Querschnittstudie in England bei 427 480 Personen unterstützt diese Vermutung weiter. Bei allen Personen lagen Daten zum Glaukomstatus vor. Zusätzliche Untersuchungsdaten, nämlich intraokulärer Druck und auf optischer Kohärenztomographie (OCT) basierte retinale Schichtdicke, standen bei 97 100 respektive 41 023 Personen zur Verfügung. 114 311 Personen wurden wegen einer arteriellen Hypertonie behandelt, rund ein Drittel davon mit Kalziumantagonisten. Nach Angleichung soziodemographischer, medizinischer, anthropometrischer und Life-Style-Parameter wurde das Glaukomrisiko unter verschiedenen Antihypertensiva berechnet. Das Risiko war unter Kalziumantagonisten um 39% erhöht, im Gegensatz zu anderen Antihypertensiva (Diuretika, Renin-Angiotensin-Aldosteron-Inhibitoren, Beta-blockern), bei denen keine Assoziation nachweisbar war. Die Auswertung der zusätzlichen Untersuchungen liess darauf schliessen, dass der Pathomechanismus nicht über einen erhöhten intraokulären Druck, sondern über eine Neurodegeneration der Retina abläuft, die sich als Verdünnung der Schichtdicke in der OCT darstellen lässt.

Trotz der eindrücklichen Assoziation fehlt der Beweis der Kausalität weiterhin. Zahlreiche Details wie Effizienz der Blutdruckeinstellung oder nächtliche Hypotonien, die die retinale Durchblutung kompromittieren könnten, wurden in der Studie nicht berücksichtigt.

Kalziumantagonisten sind wirksame, gut verträgliche und gut konsolidierte Antihypertensiva. Sie beim aktuellen Wissensstand bei Glaukompatientinnen und -patienten zu sistieren wäre unbegründet und voreilig. Nach wie vor ist die intraokuläre Drucksenkung beim Glaukom die entscheidendste Massnahme zur Verhinderung retinaler Schäden.

JAMA Ophthalmol. 2023. doi.org/10.1001/jamaophthalmol.2023.3877.
Verfasst am 22.9.23_MK