

Fragen aus den Qualitätszirkeln

Im Rahmen der Ärztetage in Velden beantworteten Experten einschlägige Fragen, die sich aus der Arbeit in Qualitätszirkeln ergeben hatten.

Die Ärztetage in Velden am Wörthersee erfreuen sich zunehmender Beliebtheit: Die Veranstalter zählten heuer über 500 teilnehmende ÄrztInnen. Neben bereits bewährten Formen der Wissensvermittlung und Diskussion gab es auch eine relativ neue – und leider noch zu wenig genutzte – Veranstaltungsform unter dem Titel „Aus den Qualitätszirkeln“. Was dabei aus den Qualitätszirkeln stammte, waren spezifische Fragen, die im Rahmen des Zirkels selbst nicht beantwortet werden konnten. Es lag also nahe, diese Fragen in Form einer Fortbildungsveranstaltung an Experten des jeweiligen Fachgebiets heranzutragen. So entstand ein praxisnaher Dialog über zum Teil recht unterschiedliche Teilgebiete eines Faches. Gefragt waren diesmal ein Dermatologe, ein Gastroenterologe und ein Pulmologe. Im Folgenden finden Sie jeweils ein Beispiel.

1. Frage aus der Dermatologie

Eine der Fragen an den Dermatologen, Univ.-Prof. Dr. Norbert Sepp, Univ.-Klinik für Dermatologie, Innsbruck, lautete: „UV-Bestrahlung als Therapie: Welche Erkrankungen? Welche Wellenlängen? Welche Dosierungen?“

Die Antwort des Experten: Zunächst muss zwischen Phototherapie und Photochemotherapie unterschieden werden. Unter Phototherapie versteht man UV-Bestrahlung – zumeist mit UVB – ohne Verwendung eines Photosensibilisators. Wird ein photosensibilisierendes Medikament verwendet (zumeist in Kombination mit UVA-Bestrahlung), so spricht man von Photochemotherapie oder von PUVA (= „Psoralen plus UVA“).

Psoralene sind therapeutisch verwendete photosensibilisierende Substanzen (wobei man darauf hinweisen sollte, dass es noch eine Vielzahl von anderen photosensibilisierenden Stoffen, sowohl externer als auch interner Art gibt). Verwendet werden z.B. 8-Methoxypsoralen (8-MOP oder Ammoidin) in einer Dosis von 0,6–0,8mg/kgKG, wobei eine Kapsel 10mg enthält; weiters das 5-

MOP (Bergapten) in einer Dosierung von 1,2mg/kgKG, auch hier sind Kapseln zu 10mg im Handel. Bestrahlt wird nach Einnahme von 8-MOP eine Stunde später, nach Einnahme von 5-MOP zwei Stunden später. In der Indikation Vitiligo wird auch ein Furanochromon verwendet, das in Deutschland als Khellin(r) im Handel ist (in Österreich nicht erhältlich). Neben der oralen PUVA können Psoralene auch als Creme oder durch Bäder („Bade-PUVA“) in Kombination mit UVA verwendet werden.

Voruntersuchungen. Sehr wichtig ist es, in der Anamnese nach Lichtdermatosen zu fragen; weiters muss unbedingt erhoben werden, ob früher eine photosensibilisierende Medikation wie Arsen oder Zytostatika eingenommen wurde. Gerade Arsen, das in den fünfziger und sechziger Jahren mancherorts als Psoriasis-Therapeutikum verwendet wurde, bleibt sehr lang im Körper und kann in Kombination mit UV-Bestrahlung zur Entstehung von Plattenepithelkarzinomen oder anderen Hauttumoren führen.

An Laboruntersuchungen sind vor allem Leber- und Nierenwerte wichtig. Neben einer korrekten Indikation ist auch auf das Vorhandensein von zusätzlichen Dermatosen und von Nävi zu achten, die auf die Bestrahlung reagieren.



Sepp: „PUVA bei diversen Indikationen einsetzbar“

Kontraindiziert ist die PUVA-Therapie bei Porphyrie, Schwangerschaft sowie bei Einnahme von photosensibilisierenden Arzneimitteln (z.B. Phenothiazine, Sulfonamide, Sulfonharnstoffe, Thiazide und Tetracycline). Mit Vorsicht und nur nach klarer Indikationsstellung sollte PUVA im jugendlichen Alter, bei Hauttumoren in der Anamnese, bei vorhergegangener Strahlentherapie, bei Melanomen – auch in der Familienanamnese –, bei Herpes simplex, ferner bei gestörter Immunabwehr, Katarakt und

schweren Herz-Kreislauf-Erkrankungen verwendet werden.

Indikationen. In der klassischen Indikation Psoriasis ist die PUVA heute gegenüber neueren medikamentösen Therapien in den Hintergrund getreten. Weitere Indikationen sind in der Therapie die Mycosis fungoides, die Vitiligo, die atopische Dermatitis oder der Lichen ruber planus. In der Prophylaxe lässt sich PUVA z.B. bei polymorpher Lichtdermatose einsetzen.

UVB-Bestrahlung wird ebenfalls therapeutisch verwendet, wobei sich das Indikationsspektrum teilweise mit dem der PUVA deckt. Darüber hinaus verwendet man UVB etwa auch für Pityriasis lichenoides, Dermatitis herpetiformis oder eosinophile Follikulitis.



2. Frage aus der Gastroenterologie

Der Leiter der internen Abteilung im Krankenhaus Hall in Tirol, Univ.-Prof. Dr. Herbert Tilg, wurde unter anderem nach Relevanz und Sensitivität von Atemtests in der Gastroenterologie gefragt.

Die Antwort des Experten: Grundsätzlich ist zu sagen, dass Atemtests in der Gastroenterologie eine sehr patientenfreundliche Maßnahme darstellen, die auch von den PatientInnen gut angenommen wird. Derzeit werden drei Atemtests verwendet, der Helicobacter-Test, der Fruktosetest und der Laktosetest.

Der Helicobacter-Test beruht auf der Fähigkeit des Helicobacter pylori, Harnstoff zu spalten. Dabei entsteht unter anderem CO₂, das aus dem Magen über die Blutbahn in die Ausatemluft gelangt. Verabreicht man mit radioaktivem Kohlenstoff (¹³C) markierten Harnstoff, so kann man anschließend die ausgeatmete Radioaktivität massenspektrometrisch messen. Derzeit ist der ¹³C-Test sicherlich der praxisrelevanteste und beste nicht invasive Test



Tilg: „Atemtests sind besonders patientenfreundlich“

auf *H. pylori*. Wichtig dabei: Der Patient darf fünf Tage zuvor keinen Protonenpumpenhemmer eingenommen haben! Mit einer Sensitivität und Spezifität von über 90% kommt der ¹³C-Test nahe an den Goldstandard – die Endoskopie – heran.

Eine der Indikationen für den Helicobacter-Test ist – neben der Erstdiagnose vor dem 40. Lebensjahr – auch die Therapiekontrolle nach Eradikation. Allerdings müs-

relevante Test, nicht zuletzt deshalb, weil die physiologische Metabolisierung der Fruktose im menschlichen Organismus gar nicht restlos geklärt ist. Auch gibt es wenig publizierte Literatur über die Wertigkeit der Fruktoseintoleranz und den Sinn dieses – ebenfalls auf H₂ beruhenden – Atemtests. Bei positiver Testung ist ein Diätversuch anzustreben; kommt es dadurch zu keiner Besserung der klinischen Symptomatik, so kann auf eine Diät allerdings verzichtet werden.

3. Frage aus der Pulmologie

Der Leiter des Ambulatoriums für Atemwegs- und Lungenerkrankungen „Gesunde Lunge“ in Wien, Univ.-Prof. Dr. Wolf-

es festzustellen, wie hoch der Grad der Abhängigkeit ist; dabei hilft z.B. der Fagerström-Test.

Rehabilitation ist ebenfalls eine nicht medikamentöse Strategie bei COPD. Dazu gehören Belastungs- und Ausdauertraining, d.h. der Patient kann und soll trainieren, mit dem eben noch vorhandenen Rest an Lungenfunktion das zu können, was er/sie vorher auch gekonnt hat. Das ist durch Training erreichbar. Indem die PatientIn lernt, ihre Aktivitäten des täglichen Lebens wieder auszuführen, steigt die Lebensqualität enorm an.

Auch Ernährungsberatung ist ein Teilbereich der COPD-Rehabilitation. PatientInnen mit schwerer COPD sollten kleine



Helicobacter-Test: Der Atemtest (Bild links) beruht auf der Fähigkeit des Helicobacter, Harnsäure zu spalten



Bei COPD ist die Raucherentwöhnung die wichtigste Maßnahme

Foto: BilderBox - Erwin Wodicka, Neumayer, University of Sheffield, Norbert Hasenöhr (3)

sen zwischen letzter Antibiotikagabe und Atemtest mindestens vier Wochen vergangen sein. Auch die Untersuchung von Kindern ist eine Indikation.

Der Laktose-Test. Diarrhoe, abdominale Schmerzen und Flatulenz nach Genuss von Milchprodukten weist auf eine Laktoseintoleranz hin. Die Laktoseintoleranz ist die häufigste genetische Erkrankung in Mitteleuropa; ihre Prävalenz wird allerdings sehr divergent mit 10 bis 90% angegeben. Die Laktaseaktivität ist nach der Geburt am höchsten und sinkt im Laufe des Lebens kontinuierlich ab, allerdings mit individuell unterschiedlicher Geschwindigkeit. Der Laktose-Test basiert auf der Spaltung von Laktose, wobei u.a. H₂ entsteht, das in der Ausatemluft gemessen werden kann. In Sensitivität und Spezifität ist der H₂-Test dem Laktose-Absorptionstest überlegen. Ab 20ppm (parts per million) ist der Test positiv. In diesem Fall ist auch die Suche nach sekundärer Laktoseintoleranz (bakterielle Überwucherung, Lambliasis, Zöliakie, Crohn) obligat.

Der Fruktose-Test ist von den drei erwähnten sicherlich der am wenigsten

gang Popp, hatte unter anderem die Frage nach Möglichkeiten und Erfolgen der nicht medikamentösen COPD-Behandlung zu beantworten.

Die Antwort des Experten: Die erste und wichtigste nicht medikamentöse Maßnahme bei COPD ist die Raucherentwöhnung. Mehr als 90% der COPD-Kranken sind RaucherInnen. Entscheidend dabei ist die Eigenmotivation des Patienten. Nützlich ist die Strategie der „5 A“: ASK (Frage jeden Raucher nach Zahl und Umständen) – ADVISE (Anweisung zum Aufhören und kurze Anregung) – ASSESS (Evaluieren der Bereitschaft zum Aufhören) – ASSIST (Unterstützung beim Aufhören) – ARRANGE (Vereinbare Kontrollen).

Nicht sinnvoll ist der Versuch, dem Patienten/der Patientin Angst zu machen. Sinnvoller ist



Popp: „Raucherentwöhnung und Training bei COPD“

Mahlzeiten essen, um das zur Verfügung stehende Atemvolumen nicht weiter zu verkleinern. Ebenso ist das Essen größerer Mengen von Kohlehydraten für Patienten mit respiratorischer Globalinsuffizienz nicht zu empfehlen, da sonst die metabolisch produzierte CO₂-Menge ansteigt. In diesem – bereits terminalen – Stadium ist ein höherer Fettanteil in der Nahrung günstig; allerdings gibt es hierzu bislang nur Evidenz der Klasse C.

Auch bei der Beatmungstherapie ist nicht ganz klar, ob diese – teure – Therapie die Lebensqualität und die Lebenserwartung steigert. Für die nicht invasive positive Druckbeatmung gibt es Daten bezüglich einer geringen funktionellen und klinischen Besserung bei COPD im Endstadium. ■

Dr. Norbert Hasenöhr

Diese erfolgreiche Serie wird fortgesetzt bei den Arzttagen Bad Hofgastein 6.-11.3.2004. In Diskussionen mit Experten werden die Themen Ernährung, Pblebiologie und Neurologie behandelt. Näheres unter www.arztakademie.at