

WISSEN AKTUELL

Spitalregion Fürstenland Toggenburg (SRFT)

4. Wiler Symposium «Vom Symptom zur Diagnose»

Ganz offensichtlich scheint das Wiler Symposium der SRFT und von Hygieia, des regionalen Ärztevereins Wil-Untertoggenburg-Gossau, zu einer beliebten Tradition zu werden: das Interesse der zirka 80 anwesenden Ärzte war erfreulich, die gebotenen vier Hauptvorträge und die vier Workshops im kleineren Kreis waren interessant, durchwegs praxisnah und informativ. Die Organisation des Symposiums unter der Gesamtleitung von Dr. Urs Trümpler, Ressortleiter Medizinische Kliniken SRFT, war tadellos und das Sponsoring der anwesenden pharmazeutischen Firmen wohlthuend zurückhaltend. Der Besuch dieses Fortbildungstages unter dem Titel „Vom Symptom zur Diagnose“ hat sich auf jeden Fall gelohnt.

Schon der erste Hauptvortrag von Prof. Walter Reinhart, KSp Chur, zeugte von der grossen Erfahrung und dem didaktischen Geschick dieses Klinikers. Er referierte über den Entscheidungsweg von den ersten Krankheitszeichen bis zur endgültigen Diagnose und zum Behandlungsplan, über die entscheidenden Faktoren bei der ärztlichen Tätigkeit, über die verschiedenen Formen der Heuristik und die möglichen Stolpersteine. „Die Medizin ist eine Wissenschaft der Unsicherheit und eine Kunst der Wahrscheinlichkeit“ (W. Osler). Die Vortestwahrscheinlichkeit ist zu beachten. Die Diagnose muss nur dann ganz sicher sein, wenn die Behandlung wirksam, nebenwirkungsarm und kostengünstig ist. Nicht indizierte Untersuchungen sind unbedingt zu unterlassen (siehe z.B. unter www.choosingwisely.org).

Der zweite Hauptvortrag (von Dr. Dario Fortanel, LA Gastroenterologie, Spital Wil) befasste sich mit der problematischen

Diagnose und der noch kniffligeren Therapie des ach so häufigen „Unbehagens im Oberbauch“. Bei der schwer fassbaren funktionellen Dyspepsie kann der postprandiale (ulcusähnliche) Typ und der epigastrale (Dysmotilitäts-)Typ unterschieden werden. (vergl. dazu die Rom-Kriterien unter www.romecriteria.org). Nur etwa 30% der symptomatischen Patienten finden den Weg zum Arzt, die übrigen versuchen es mit Selbstmedikation. Die Behandlung ist oft frustrierend. Der Referent schlug ein stufenweises Vorgehen vor: 1. Aufklärung des Patienten über die Gutartigkeit der Beschwerden, 2. dann Behandlungsversuch mit PPI, Prokinetika, Helicobacter-Eradikation, Antidepressiva) – zurückhaltend, zeitlich limitiert und an Leitsymptome orientiert. Iberogast kann versucht werden, Anxiolytika sind unwirksam.

Der Vortrag über „Der lästige Husten“ von Prof. Robert Thurnheer (Chefarzt KSp Münsterlingen) war keinesfalls trocken, wie es das Thema erwarten liesse. Husten ist das 5. häufigste Symptom, für welches Patienten einen Arzt aufsuchen, Didaktisch geschickt verband der Referent lehrreiche Information mit humorigen Merksätzen. Der anamnestiche Weg beginnt mit der Frage nach einem ACE-Hemmer, dann „Wie lange schon“, „Ist es wirklich Husten, oder nur Räuspern, Hüsteln?“, dann die Frage nach der Art des Auswurfs. Ein akuter Husten benötigt eine nähere Abklärung nur bei Alarmsymptomen (Hämoptoe, eitriges Sputum, schwere Allgemeinsymptome). Über 80% des chronischen Hustens haben als Ursache eine der drei wichtigsten Diagnosen (upper airway cough syndrome (41%), GERD (21%) und Asthma (25%)). Ein Erregernachweis wird auch im Spital höchst selten durchgeführt. Husten bei GERD ist auch ohne Refluxbeschwerden möglich. Die Eosinophile Bronchitis liegt bei 15% des chronischen Hustens vor. Ein neu definiertes Krankheitsbild ist der „Idiopathic chronic cough“.

besonders bei Frauen nach der Menopause (cough hypersensitivity syndrome), oft mit Hypothyreose verbunden.

Zusatzuntersuchungen wie Thorax-RX, Spirometrie mit Methacholin-Provokation sind gezielt einzusetzen, ein Therapieversuch vorab mit PPI, topischen Steroiden nebst Antitussiva sind vertretbar, Acetylcystein hat keinen antitussiven Effekt.

Die letzte der Hauptvorlesungen bestritt **Dr. Christine Gutmann**, Oberärztin Infektiologie am Ksp St. Gallen; sie behandelte sehr praxisnahe und mit sehr konkreten Hinweisen das Thema „Schmerzen beim Wasserlösen“. Sie wies darauf hin, dass eine banale Bakteriurie (häufig mit Leukozyturie vergesellschaftet) nicht gleichbedeutend mit einem relevanten Harnwegsinfekt ist. Antibiotika sind meistens unnötig (nur bei Schwangeren und vor urologischen Operationen), Spontanheilung einer unkomplizierten Zystitis ist klinisch in 50 bis 70%, mikrobiologisch in über 25% zu beobachten. Spontane Remissionen sind statistisch gleich häufig wie behandelte. Eine neuere Arbeit zeigt gar, dass signifikant weniger HWI-Rezidive bei unbehandelten Frauen auftreten als nach Antibiotika-Einsatz. Vielfach hilft zur Beschwerdefreiheit auch nur ein NSAR (die Heilungskurven zwischen Ibuprofen und Ciprofloxacin bei einem unkomplizierten HWI der jungen Frau decken sich.). Das einmalig dosierte MonurilR hat im ambulanten Bereich gelegentlich einen Sinn, UroxomR kann bei rezidivierenden Zystitiden versucht werden.

Die Teilnehmer des lehrreichen Symposiums hatten Gelegenheit, an drei der vier Gruppen-Workshops teilzunehmen. **Dr. Michael Brabetz** (Klinik Littenheid) diskutierte anhand eines Supervisions-Videos die „Brücke zwischen Körper und Seele“ im Workshop „Der psychosomatische Zugang“.

Dr. Raphael Koller (Herzteam Wil) und **Dr. Philipp Schweizer** (OAZ Spital Wil) diskutierten den Problemkreis „Geschwollene Beine“ anhand von 4 instruktiven Fällen. Mittels wertvollen Guidelines zeigten sie auf, dass Anamnese und Stuserhebung oft schon für den Entscheid des weiteren Vorgehens genügen; die Zusatzuntersuchungen wie Labor, Sonographie, EKG, Thorax, BNP-Bestimmung, Echokardiographie und Sonographie Abdomen sind nur wenn wirklich indiziert einzusetzen. „Beinödem heisst nicht a priori Diuretikum-Indikation“.

Die Dermatologin **Dr. Barbara Gaus** (KSp St. Gallen) präsentierte in ihrem Workshop 10 Fälle mit hartnäckigem Pruritus. Es wurde vor allem aufgezeigt, wie schwierig in gewissen Fällen die genaue Festlegung der Ätiologie und einer wirksamen Therapie sein kann. Chronischer Pruritus (d.h. über 6 Wochen) tritt bei dermatologischen, metabolischen, hämatologischen, neurologischen und psychischen Erkrankungen auf. Polypragmasie ist nicht angezeigt.

Im Workshop „Atemnot beim Treppensteigen“ behandelten **Dr. Daniel Güntert** (Pneumologe in Wattwil) und **Dr. Daniel Nobel** (LA Kardiologie Spital Wil) die möglichen Ursachen für Anstrengungsdyspnoe und deren kostengünstige zielgerichtete Abklärung. Schwieriger zu diagnostizieren, da oft beim Hausarzt ohne objektive Befunde, sind verschiedene Formen von Pneumopathien, muskulärer Dekonditionierung, von peripheren Lungenembolien und chronischem Hyperventilationsyndrom, die diastolische ventrikuläre Dysfunktion und die pulmonale arterielle Hypertonie. Ein



Fotos: dr. Kull

Ob in den interaktiven Workshops oder in den Hauptreferaten – die Informationen waren durchwegs praxisbezogen.

negatives (NT-pro)DNP schliesst eine Herzinsuffizienz aus, ein positives DNP ist nicht beweisend; aber eine genaue Anamnese, der Nachweis eines 3.Herztones und der abdominojuguläre Reflux helfen weiter. „Wenn du dem Patienten sorgfältig zuhörst, nennt er die Diagnose...“

Nach der abschliessenden Fragerunde wies der Organisator auf das Download der Präsentationen hin (www.srft.ch/gn/zuweiser) und lud bereits zum nächstjährigen 5. Wiler Symposium ein: am Donnerstag, 27.Nov. 2014 (die Thematik wird sich voraussichtlich rund ums Labor drehen). Wir werden alle wieder kommen.

▼ **Dr. med. Hans-Ulrich Kull, Küsnacht**

Quelle: 4. Wiler Symposium der SRFT vom 16. Dezember 2013 in Wil (SG)