

WISSEN AKTUELL

Wiler Symposium 2016

«Querbeet» – ein allgemein-internistisches Potpourri

Wenn es vielleicht in früheren Jahren noch als Geheimtipp galt, so gehört das jährliche Wiler Symposium der Spitalregion Fürstenland-Toggenburg inzwischen zum festen Bestandteil im Kalendarium der allgemein-internistischen Fortbildungsveranstaltungen. Es fand am 24.11.16 nun zum 7. Mal statt, diesmal unter dem Titel: «Querbeet – ein allgemein internistisches Potpourri», und über 65 Interessierte nahmen daran teil. Die Programmgestalter Dres. med. Urs Trümpler und Marc Looser haben darauf geachtet, eine gute Mischung von paxisrelevanten Präsentationen im Plenarsaal und in interaktiv gestalteten Workshops anzubieten.

Das erste Referat von Frau Dr. med. Natalie Köger (KSSG) behandelte die häufige **Polymyalgia rheumatica**, wobei die Differentialdiagnose und die Therapierichtlinien seit den neuen EULAR-Kriterien von 2012 einige Änderungen erfahren haben. Unverändert bleibt, dass ein sicheres auslösendes Agens nicht bekannt und dass die genaue Abgrenzung gegenüber der Riesenzell-Arteriitis nötig ist und dass die nichtsteroidalen Antirheumatika unwirksam sind. Das klare Referat hob folgende neue Richtlinien hervor: Prednison muss weniger hoch (aber genügend lange) verordnet werden, normalerweise sollte die Dosis von 15–25 mg nicht überschritten werden, eine sofortige Schmerzfreiheit nach wenigen Tagen gilt nicht mehr als sicheres diagnostisches Kriterium. Schon früh empfiehlt sich die Kombination mit Methotrexat (15–30 mg 1x wöchentlich). Nach Symptomlinderung ist eine langsame Reduktion der Prednison-Dosis nötig (unterhalb 10 mg monatliche Reduktion von lediglich 1 mg täglich). Eine neue Behandlungsoption ist der humanisierte monoklonale Antikörper Tocilizumab (TCZ), wobei dann der CRP-Wert nicht mehr verwertbar ist. Komorbiditäten sind nicht typisch, aber die Suche nach einem paraneoplastischen Syndrom ist nötig.

Die zweite «Plenarvorlesung» stand unter dem Titel «**Schlaf gut. – Ursachen und Behandlung von Schlafstörungen**». Frau Dr. med. Stefanie Faulhaber (OÄz Wil) sprach über die sehr unterschiedlichen Insomnie-Formen und räumte vor allem mit vielen unzutreffenden Schlafmythen auf: 8 Stunden durchgehendes Schlafen ist nicht zwingend, frühe Tagwache verlangt nicht à priori frühes Zubettgehen, Vorschlafen und Nachholen bringen wenig, die innere Uhr ist nicht auf genau 24-Stunden-Rhythmus fixiert, es gibt kein optimales Schlafmittel ohne Nebenwirkungen. – Einen breiten Raum nahm die Erörterung der therapeutisch einsetzbaren Substanzgruppen ein. Am besten wirksam (allerdings mit reichlich Nebenwirkungen) sind die Benzodiazepine (maximal für 4 Wochen), allenfalls kommen Antihistaminika, schlafanstossende Antidepressiva und bei älteren Patienten atypische Neuroleptika (wie Dipiperon®) in Frage. Die Wirksamkeit der Phytotherapeutika sei nicht belegt, Agomelatin und Melatonin sind als Schlafmittel noch nicht zugelassen. Das früher oftmals eingesetzte Chloralhydrat wird kaum mehr gebraucht.

Das nächste Referat im Plenarsaal über «**Vitamine**» (vorgetragen von Dr. med. Stefan Bilz, KSSG) wies darauf hin, dass ein Vitaminmangel (abgesehen vom häufigen Vit.-D-Defizit) selbst bei Veganern sehr selten ist. Eine Vitamin-Supplementierung sei deshalb meistens unnötig (vergleiche dazu die D-A-CH-Referenzwerte für Nährstoffzufuhr unter www.sge-ssn.ch) und eine prophylaktische Wirkung auf maligne und kardiovaskuläre Erkrankungen sei nicht nachweisbar. Ebenso sind auch hohe Dosen von Vit. B12 für die kognitiven Funktionen wirkungslos. Kurz: Es werden viel zu viele Vitamin-Kombinationspräparate eingenommen (abgesehen bei nachgewiesenem Vit. B12-Mangel, wobei Vit. B12 übrigens bei genügend hoher Dosierung auch per os gegeben werden kann, ganz besonders bei langdauernder Metformin-Therapie).

Der vierte und letzte Plenar-Vortrag von **Dr. rer. nat. Jochen Beyer**, KSSG behandelte das praxisrelevante Thema «**Medikamente und Fahrtauglichkeit**» (davon zu unterscheiden ist die Fahreignung). Auf originelle Art demonstrierte der Forensische Toxikologe das rasch ansteigende Unfallrisiko bei Alkohol-, Cannabis- und Amphetamin-Abusus, aber auch bei übermässiger Einnahme von Dextromethorphan, Clonidin und verschiedenen sedierenden Mitteln. Vergessen wird oft das vielgebrauchte Zolpidem, der Referent konnte von sehr eindrücklichen Fällen inadäquaten Fahrverhaltens unter Zolpidem berichten.

Im grossen Vortragssaal hatten auch zwei Allgemeinpraktiker aus Wil Gelegenheit, je einen bemerkenswerten Fall zu präsentieren. **Dr. med. Cornel Wick** berichtete über einen «**atypischen Spontanpneumothorax**», welcher erst mittels Lungensonographie diagnostiziert wurde. Für die Berufskollegen mit entsprechender Ultraschalleinrichtung wurden die besonderen US-Zeichen demonstriert (vergl. www.sonoabcd.org). – **Dr. med. Maurilio Bruni** schilderte einprägsam die verzögerte Diagnose eines «**M. Still bei einem Erwachsenen**» mit Fieber, Myarthralgien, Leukozytose – aber fehlendem Exanthem und Lymphknotenschwellung sowie negativen Rheumafaktoren. Der Verlauf war sehr langwierig trotz Behandlungsversuchen mit Steroiden und Imurek®. Schliesslich halfen Biologicals.

Zum Wiler Symposium gehören auch die verschiedenen Workshops, die jedes Mal viele Tipps für den Praxisalltag bringen. Schade, dass wegen gleichzeitigem Angebot diesmal nur 3 von 4 Diskussionsrunden besucht werden konnten.

Im Workshop über «**Palliative Symptomtherapie**» wurde die Pharmakotherapie von Übelkeit und Erbrechen (z.B. Haloperidol, Nozinan®, Risperdal®) sowie das Vorgehen bei tumorbedingtem Ileus (z.B. Paspertin®, auch subkutan) und bei begleitender Atemnot besprochen. Bei schwerer Obstipation wird zwischen den rascher wirksamen stimulierenden Laxantien (z.B. Dulcolax®) und den

osmotisch wirksamen Mitteln (z.B. Transipeg®, Movicol®, Importal®, Magnesium) unterschieden. Vielfach sind rektal applizierbare Medikamente (z.B. Glycerin-Zäpfchen) vorzuziehen. Übrigens: Motilium® kann nicht subkutan gegeben werden und die linguale Form wird buccal nicht resorbiert.

Didaktisch besonders eindrücklich war der Workshop über «**Steroidtherapie**». Wichtige Take-Home-Messages waren u.a.: In der Startphase ist auf Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz und Hypertonie, Glaukom und Katarakt, Osteoporose (alle benötigen Vit. D!), psychische Erkrankungen und latente Tbc (Auskünfte über Tb-Hotline 0800 388 388) zu untersuchen. Lebendimpfstoffe sind während der Steroidtherapie kontraindiziert. – Während der Behandlungsphase ist besonders auf das Auftreten eines latenten Diabetes (regelmässige postprandiale BZ-Messung nötig!), auf psychische Reaktionen (häufig schon bei niedriger Steroiddosis!) und natürlich auf die iatrogene NNR-Insuffizienz (Steroidentzugssyndrom) zu achten. Die äusserst gefährliche Addisonkrise tritt besonders bei gastrointestinalen Infekten und allgemein bei Fieber auf und ist ein hospitalisationsbedürftiger Notfall.

Der Workshop «**Psychosomatik: Wie viel Soma braucht die Psyche**» schliesslich diskutierte Fehldiagnosen wie Burnout bei koronarer Herzkrankheit, Eisenmangelanämie bei unerwarteter Chorea Huntington, psychische Auffälligkeit bei unbekannter Zöliakie, Halluzinationen und andere psychische Symptome bei einer Hashimoto-Enzephalopathie. – Nur die wiederholte genaue Anamnese konnte schliesslich die voreilig als Psychosen gestempelten Fälle richtigstellen. – Die Workshop-Teilnehmer mussten sich selber fragen, wie viele ähnliche Fehldiagnosen ihnen schon unterlaufen sind.

Unter www.wiler-symposium.ch (Download 2016) sind sämtliche Präsentationen abrufbar.

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

Quelle: 7. Wiler Symposium der Spitalregion Fürstenland Toggenburg SRFT, 24. November 2016, Wil SG

Fachzeitschriften vom Aertzerverlag medinfo

Fortbildung aus erster Hand



www.medinfo-verlag.ch

Aertzerverlag medinfo AG, Seestrasse 141, 8703 Erlenbach