

NEUES FÜR DIE HAUSÄRZTLICHE PRAXIS



Die periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK), die sogenannte Schaufensterkrankheit, wird immer noch zu selten erkannt und behandelt.



Das **Praxis update** (8.-9.5.2020 als Livestream) bietet alljährlich eine umfassende Aktualisierung des Wissens aus allen Fachbereichen der Medizin, soweit es für die alltägliche Arbeit des Hausarztes wichtig und relevant ist.

Dr. med. Peter Stiefelhagen

Venöse Thromboembolie-Prophylaxe

Für Patienten mit einer COVID-19-Infektion gelten folgende Empfehlungen für eine VTE-Prophylaxe:

- Bei allen Patienten mit einer gesicherten Infektion sollte die Indikation für eine medikamentöse VTE-Prophylaxe mit einem NMH unabhängig von der Notwendigkeit einer Hospitalisierung fortlaufend geprüft und großzügig gestellt werden.
- Bei Patienten mit einer gesicherten Infektion und akuten Krankheitssymptomen ist die Bestimmung der D-Dimere sinnvoll. Bei signifikant erhöhten D-Dimeren ($\geq 1,5\text{-}2,0$ mg/l) ist eine medikamentöse Thromboseprophylaxe indiziert. Zudem sollte dabei unabhängig von der Krankheitssymptomatik eine stationäre Aufnahme zur Überwachung erwogen werden.
- Alle hospitalisierten Covid-19-Patienten sollten, soweit keine Kontraindikation vorliegt, eine medikamentöse VTE-Prophylaxe erhalten.
- Bei Patienten mit einer COVID-19-Infektion stellen eine Thrombozytopenie und eine verlängerte APTT oder Prothrombinzeit ohne Blutungssymptome per se keine Kontraindikation für eine VTE-Prophylaxe dar (*Edelgard Lindhoff-Last, Frankfurt a.M.*). ●

pAVK

Die Prävalenz der pAVK steigt ständig. Während die KHK und zerebrale Durchblutungsstörungen im Fokus des Interesses stehen, wird die pAVK immer noch zu selten erkannt und behandelt. Sie gilt als Marker-Erkrankung für die KHK und den ischämischen Insult. Nach dem 80. Lebensjahr ist jeder fünfte Patient betroffen. Patienten mit einer pAVK haben ein 2,5-fach erhöhtes Risiko für einen Myokardinfarkt und ein 3,1-fach erhöhtes Risiko für einen Apoplex. Patienten mit einer akuten oder chronischen Extremitätenischämie zeigen ein hohes Mortalitätsrisiko (bis zu 40 Prozent innerhalb von sechs Monaten) und eine hohe Amputationsrate (17-43 Prozent nach fünf Jahren). Nach neueren Untersuchungen scheint auch eine thrombophile Hyper-



koagulabilität wie z.B. die Faktor-V-Leiden-Mutation, die bisher nur bei venösen Thromboembolien eine Rolle spielte, auch bei der pAVK für die Thrombusentstehung relevant zu sein. Dies ist die Rationale für ein neues Therapiekonzept bei pAVK, das neben einer Thrombozytenaggregationshemmung auch eine Antikoagulation mit direkten Faktor-Xa-Hemmern in niedriger Dosierung bei deutlich fortgeschrittenen Stadien der pAVK berücksichtigt. (Edelgard Lindhoff-Last, Frankfurt a.M.). ●

Subklinische Hypothyreose

Mit der Hormonsubstitution vor allem bei älteren Patienten mit einer subklinischen Hypothyreose sollte man sehr zurückhaltend sein. Es gelten folgende Empfehlungen:

- Bei Erstdiagnose einer subklinischen Hypothyreose sollten zunächst die Schilddrüsenwerte nach 4–10 Wochen kontrolliert werden, da häufig eine „spontane“ Normalisierung eintritt.
- Menschen ohne potenzielle Hypothyreose-Symptome und einem TSH unter 20 mU/ml bedürfen keiner Behandlung, sondern lediglich einer jährlichen Verlaufskontrolle.
- Bei Patienten mit unspezifischen Hypothyreose-Symptomen (Müdigkeit, Gewichtszunahme etc.) sollte im Rahmen der Erstdiagnose nach möglichen Ursachen der Hypothyreose gefahndet werden (Ultraschall, Schilddrüsen-Antikörper), aber auch nach anderen extrathyreoidalen Ursachen für die Beschwerden.
- In der Patientengruppe mit bestätigt eindeutig erhöhten TSH-Werten und subjektiv klaren Beschwerden ist ein Therapieversuch mit Levothyroxin gerechtfertigt. Nach sechs Monaten sollte aber eine Re-Evaluation der Symptomatik vorgenommen werden. Bestehen die Symptome trotz normalisiertem TSH weiter, sollte das Levothyroxin wieder abgesetzt und nach anderen Ursachen z.B. psychosomatischer Genese gesucht werden.
- Bei Menschen über 65 Jahre ist die Indikation zur Substitutionstherapie strenger zu stellen, da im Alter der TSH-Wert physiologischerweise ansteigt (Martin Fassnacht, Würzburg). ●

Refluxkrankheit

Bei der Therapie der Refluxkrankheit sind PPI Mittel der Wahl. Auch eine Dauertherapie ist mit gutem Gewissen zu vertreten, wenn eine Indikation besteht, Exitstrategien erwogen werden und bei Beschwerdepersistenz trotz adäquater Dosierung oder Ablehnung berücksichtigt werden. Therapieabbrüche aus Verunsicherung und die damit verbundenen Risiken sind zu vermeiden. Bei persistierenden Refluxsymptomen trotz PPI-Therapie sollte zunächst die Compliance überprüft werden, bevor man die Dosis steigert oder auf ein anderes PPI wechselt. Dann sollte man auch eine Add-on-Therapie mit Alginat erwägen und Maßnahmen empfehlen wie Gewichtsreduktion, Rauchverzicht, Alkoholreduktion und Vermeiden von Spätmahlzeiten. Als ultima ratio sollte eine Antireflux-Operation erwogen werden (Wolfgang Fischbach, Aschaffenburg).

Reisediarrhö

Chinolone sollten bei der Reisediarrhö nicht mehr eingesetzt werden, da sich in einer Studie Rifamycin dem Ciprofloxazin als ebenbürtig erwiesen hat und die Gabe von Rifamycin im Unterschied zu Ciprofloxazin nicht mit einem Anstieg der ESBL-Kontamination einherging. Alternativen zum Rifamycin sind Rifaximin und Azithromycin (Wolfgang Fischbach, Aschaffenburg).

Hüft- und Kniearthrose

Die Frage nach dem Stellenwert eines Bewegungstrainings bei Arthrose wurde im Rahmen einer Metaanalyse nachgegangen. Untersucht wurden Ausdauer-, Kraft-, Wasser-basiertes Training und Tai-Chi. Durch ein solches Training wurden der Schmerz, die Lebensqualität und die Funktion deutlich verbessert. Die Effekte waren bei den unterschiedlichen Trainingsverfahren vergleichbar. Die schmerzlindernde Wirkung hielt bis zu sechs Monate nach Therapieende an, die funktionsverbessernden Effekte waren auch noch darüber hinaus messbar (Johannes Flechtenmacher, Karlsruhe).

Alopezie bei Frauen

10 bis 40 Prozent der Frauen jenseits des 50. Lebensjahres sind von einer androgenetischen Alopezie betroffen. Im Unterschied zur charakteristischen männlichen Form mit Bildung von Geheimratsecken und Tonsur manifestiert sich die weibliche Form der androgenetischen Alopezie als diffuse Lichtung im Oberkopfbereich unter Aussparung eines frontalen 1–2 cm breiten Haarstreifens. Auch wenn die Intensität der Haarlichtung zunimmt, so resultiert daraus keine völlige Kahlheit. Meist manifestiert sich die Alopezie erst im Klimakterium mit der Umstellung der Hormonlage, d.h. dem Absinken der Östrogene mit einem relativen androgenen Überschuss. Diagnostisch sollte eine hormonelle Dysregulation ausgeschlossen werden, doch es handelt sich um eine klinische Diagnose. Der subjektive Leidensdruck kontrastiert mit den begrenzten therapeutischen Möglichkeiten. Dazu gehören eine topische Therapie mit Minoxidil und die subdermale Injektion von plättchenreichem Plasma. Eine topische Therapie mit natürlichen Östrogenen besitzt keine ausreichende Evidenz, wenn keine hormonelle Dysregulation vorliegt (Thomas Dirschka, Wuppertal).

