

8. Wiler Symposium 2017

Querbeet II

Das ganztägige Ärzte-Symposium der Spitalregion Fürstentland Toggenburg, das dieses Jahr bereits zum 8. Mal durchgeführt wurde, ist längst kein Geheimtyp mehr. Wiederum versammelten sich in Wil über 60 Ärzte und Ärztinnen zu einer sehr wertvollen Fortbildung, verbunden mit der angenehmen Möglichkeit zum kollegialen Gedankenaustausch.

Es hat sich einmal mehr gelohnt und alle Teilnehmer des bestens organisierten Symposiums werden ihren Nutzen daraus gezogen haben. Der Titel «Querbeet II» entsprach voll dem reichhaltigen Programm mit einem guten Mix aus mehreren Hauptreferaten und vier zusätzlichen Workshops. Die Gesamtleitung hatten wiederum **Dr. med. Urs Trümpler**, Chefarzt Medizin Spital Wil und sein Stellvertreter, **Dr. med. Marc Looser**.

Im ersten Hauptreferat sprach die rheumatologisch interessierte Internistin Frau **Dr. med. Natalie Köger** (St. Gallen) über die **Gicht**, wobei sie gerade zu Beginn postulierte, dass Hyperurikämie (über 360 µmol/l) noch nicht «gleich Gicht» bedeutet und bei beschwerdefreien jüngeren Patienten nicht unbedingt behandelt werden muss, sondern erst nach über zwei Schmerz-Attacken, und nur wenn nicht medikamentös-bedingt. Diätetische Massnahmen seien wenig wirkungsvoll, und es sei noch unklar, ob die Hyperurikämie zum sog. Metabolischen Syndrom gehöre und einem Risikofaktor gleichkomme. Bei der Behandlung muss zwischen der akuten Anfallstherapie (Colchicin, 1–2 mal 0,5 mg, NSAR oder Prednison, 35 mg über 5 Tage, und weiteren Möglichkeiten (ev. Biologica), sowie der Langzeittherapie (vor allem Allopurinol, ev. das teurere Febuxostat, 40 – max. 120 mg) unterschieden werden. Das Allopurinol kann bereits im Gichtanfall (zusammen mit der Akutbehandlung) abgegeben werden. Uricosurica werden von der Referentin selten bis nie verschrieben, hingegen empfiehlt sie den Patienten, täglich mehr als 2 Liter Flüssigkeit zu trinken.

Im zweiten Hauptreferat im Plenarsaal sprach die dipl. Juristin und langjährige Pflegefachfrau **Yvonne Padrutt** (KSp Winterthur) über «**Ist Selbstbestimmung erlaubt**» und beleuchtete dabei alle Fragen rund um die Urteilsfähigkeit eines Patienten (ZGB Art. 169), sowie die medizinisch-ethischen Richtlinien der SAMW (Pt. 2.1.). Besonders eindringlich wurde über die rechtsgenügende Aufklärung des Patienten (vergl. auch FMH-Standesordnung, Art. 10) gesprochen. Diese Aufklärung muss vom Arzt protokolliert werden («wer hat wann worüber wie lange aufgeklärt und hat es der Pat. auch verstanden?»). Keine Wahlmöglichkeit besteht für den Patienten, wenn keine Indikation für eine medizinische Intervention besteht oder wenn die Wunscherfüllung vom Gesetz untersagt ist (z.B. aktive Sterbehilfe). Beim urteilsunfähigen Patienten kann am besten eine Patientenverfügung weiterhelfen, bei Fehlen wird der mutmassliche Willen bei den nächsten Verwandten (gem. ZGB Art 378) abgeklärt (Stichwort KESB).



Dr. med. Urs Trümpler



Dr. med. Marc Looser

Ganz besonders instruktiv und didaktisch gut und kompetent präsentiert war das Hauptreferat von **Prof. Dr. med. Urs Marbet** (Altdorf) über «**Placebo-Nocebo-Precebo**». Die zahlreichen eindrücklichen Beispiele aus der Praxis zeigten den grossen Stellenwert der Erwartungshaltung bei der Wirkung von Placebos/Nocebos, diese ist eine omnipotente Tatsache. Placebos wirken sehr oft auf eindrückliche Weise und sind deshalb nicht a priori als unethisch abzulehnen. Das Referat zeigte aber auch deutlich, wie wichtig die Wortwahl bei der Patienten-Aufklärung sein kann: eine «negative Suggestion» ist zu vermeiden, die positive Erwartungshaltung ist zu fördern. Die vorgestellten Beispiele wären es wert, einzeln protokolliert zu werden.

Beim letzten Hauptvortrag im Plenarsaal (von **Prof. Dr. med. Michael Brändle**, KSp St. Gallen) ging es um eine Tour d'horizon über das Vitamin D. Mag auch das Thema häufig in den Publikationen abgehandelt werden, ist die Erörterung doch immer wertvoll, wie auch die abschliessende Diskussion zeigte. Wann ist ein Vit.-D-Mangel-Screening sinnvoll? (kaum bei unter 45-Jährigen ohne Begleit-Risiken) – Messung des 25-OH-D3 (nicht 1,25(OH)2-D3) leider nicht standardisiert – Parathormon nur bei Hypercalcämie bestimmen – Noch keine randomisierte kontrollierte Studien bezüglich Vit.-D-Mangel und Begleitrisiken (Diabetes mellitus, Karzinome, Depression etc.) verfügbar – Vit.-D-Substitution zur Sturzprophylaxe wahrscheinlich sinnvoll – Von 1x-jährlicher Substitution in Maximal-Dosis wird abgeraten.

Zur geschätzten Tradition in diesem Symposium sind die Fallpräsentationen durch Praktizierende Ärzte geworden: In diesem Jahr sprach vorerst **Dr. med. Simon Boltshauser** (Wil) über den erfolgreichen «**Eingriff ins Microbiom**» bei einem Fall von pseudomembranöser Colitis (nach Stammzellen-Transfusion wegen Multiplem Myelom). Die rezidivierenden schweren Durchfälle liessen sich (nach Metronidazol, dann Vancomycin) erst mit einer Stuhltransplantation bessern. Das etwas komplizierte Vorgehen in der Praxis wurde erklärt, der therapeutische Wert der Probiotika hingegen relativiert (bei Antibiotica-Therapie höchstens Perenterol). Der Merkspruch: «Schützen Sie das Microbiom» blieb haften!

Die zweite Präsentation «Aus der Praxis für die Praxis» (von **Dr. Thomas Lüthi**, Wil) betraf die hochakute Gefahr einer akuten **nekrotisierenden Fasziiitis**, die ohne tiefes Débridement in etwa 40% zum Tode führen kann. Der foudroyante Verlauf besonders bei Risikopatienten (Diabetes mellitus, periphere art. Verschlusskrank-



heit, Niereninsuffizienz, Immunschwäche) beginnt meistens mit starken örtlichen Schmerzen, Fieber, später Schwellung und Blasenbildung. Die Entzündungsparameter sind am Anfang oft noch nicht stark erhöht. Eine Sonderform ist die **Fournier-Gangrän** in der Leisten- und Genitalregion bei Männern. Also Drandenken: Ein hochakuter Notfall!

Zu jedem Ärzte-Symposium gehören auch die Workshops, wo interaktiv zwischen den Referenten und den anwesenden Zuhörern aufgeworfene Probleme tiefer besprochen werden können. Das Wiler-Symposium bot in drei Blöcken 4 Workshops an, so dass leider für alle Teilnehmer eine der interessanten Diskussionen durch die Maschen fallen musste (im Falle des Berichterstatters war es der Workshop «Radiologie-Thoraxbilder», präsentiert von Dr. J. Kellner, St. Gallen und SRFT).

Eine Alternative dazu war «**Alte Medikamente**», besprochen von **Dr. med. Bernhard Kistler** und **Dr. S. Maag**, Wattwil). Die Pharmakinetik bei betagten Patienten kann stark vermindert sein, eine Dosisreduktion ist oft um 50% nötig; besonders bei Begleitmedikamenten der Gruppen «CAN NOT» (Ca-Antagonisten, Antiarrhythmica, Nitrate – Neuroleptica, Opioide, Trizyklika). Ca. 7–15% der Patienten sind besonders langsame Metabolizer, 2–3% verstoffwechseln die Medikamente ultraschnell (so dass die Standarddosierungen unwirksam sind). Für die reduzierte glomeruläre Filtrationsrate (geht etwa parallel zum altersbedingten Muskelabbau) kann die vereinfachte MDRD-Formel (sie berücksichtigt Serum-Kreatinin, Alter und Geschlecht des Patienten) herangezogen werden, besser als die Cockcroft-Gault-Formel (beruht auf Serum-Kreatinin, Alter und Körpergewicht). Eine Polypragmasie ist zu vermeiden («Less is more!»). Im Alter mag eine Negativliste (wie z.B. die in den USA entwickelte BEERS-Liste, oder die bessere deutschsprachige PRISCUS-Liste nebst den irischen STOP/START-Kriterien) hilfreich sein. Besonders empfohlen wird die FORTA-Klassifizierung, wobei die Medikamente der Kategorie D bei älteren Patienten zu vermeiden sind. «Start low, go slow, but go and stop» ist immer beachtenswert.

Der neuere Begriff «**Integrative Medizin**» (Workshop geleitet von den **Drs. med. Marc Schächli** und **Stefan Hägele-Link**, KSp St. Gallen) umfasst die älteren Bezeichnungen Alternativ- und Komplementär-Medizin und favorisiert das Zusammenwirken, d.h. einen Brückenschlag, zwischen Schulmedizin, Phytotherapie, Naturmedizin, Anthroposophie und ähnlichen Heilmethoden unter wissen-

schaftlicher Überprüfung. Die beiden Referenten berichteten über Fälle mit wirksamen Alternativ-Behandlungen, welche den Schulmediziner zum Erstaunen bringen. So kamen kliniküberwacht z.B. Cannabisöl, rhythmische Einreibungen, Seufzetherapie, Schafgarben-Wickel und (in der Onkologie) Mistel-Medikamente zum Einsatz. Dem Patienten half es, und das sollte genügen. Alle diese Massnahmen sind zwar kaum lebensverlängernd, aber vor allem bei Chemotherapie die Lebensqualität verbessernd. Es zeigt sich ja, die meisten Tumorpatienten haben irgendeinmal Komplementärmedizinische Versuche gemacht.

Und last, not least: der letzte Workshop («**Urinspuren**», didaktisch geschickt als wegweisendes, interaktives Gespräch von **Dr. med. Marc Looser**, Spital Wil, dem Mitorganisator des ganzen Symposiums, präsentiert) wusste zu begeistern. Die Teststreifen-Untersuchung wird ja fast nur wegen fraglichem Leuco-, Ec- und Nitratgehalt beachtet, aber sie gibt noch viel mehr kostengünstige Hinweise bei der Erstabklärung: Nur schon die Präanalytik ist zu beachten: Sauberes, verschliessbares Gefäss, Mittelstrahlurin oder 1x Katheterisierung, max. 2 Std. Lagerung bis zur Untersuchung! – Ein spezifisches Gewicht von unter 1010 («Hypostenurie») lässt Verdünnung mit Wasser vermuten und ist kaum verwertbar. – Urobilinogen «normal» ist normal, «negativ» kann auf Gallengangsverschluss hinweisen. – Mikroalbuminurie (unter 300 mg/24h), tubuläre Proteinurie z.B. Microglobulie, Paraproteinurie werden im Streifen nicht erfasst. – Bei Ketonurie ist differentialdiagnostisch an Diabetes mellitus, Alkoholabusus, Anorexie/Bulimie, akute Gastroenteritis zu denken. – Mikrohämaturie ist zwar häufig (und oft passager), kann aber Hinweis für Malignom sein (dann diagnostisch CT und/oder Zystoskopie indiziert, Sonographie bringt nichts.) – Dysmorphie Erythrozyturie (präglomerulär) wird im Labor häufig falsch beurteilt. – **Fazit:** All die verschiedenen Indikatoren auf dem Streifen sind genau zu würdigen und gegeneinander abzuwägen.

Das nächste (9.) Wiler Symposium ist auf keinen Fall zu verpassen, es findet in ähnlichem Rahmen am 29. November 2018 statt. – Die Referate sind unter www.wiler-symposium.ch abrufbar.

▼ **Dr. med. Hans-Ulrich Kull**