

MEDIZIN AKTUELL 2013

PROGRAMM

18. und 19. Januar 2013
Filderstadt-Bernhausen
Filharmonie

Klinikum Esslingen 

Das Qualitätskrankenhaus

Kreisärzteschaft Esslingen 

Ärzteschaft Nürtingen

Foto: © Imagedirekt/John Kwan





Medtronic

Alle Wege offen – auch für Diabetiker!

RESOLUTE INTEGRITY

Simplify THE CHALLENGE.

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

von uns Ärzten wird immer nachhaltiger gefordert, dass wir auf dem aktuellsten Stand der medizinischen Wissenschaft sind. Die Zeiten, als der Arzt auf die Kenntnisse seines Studiums und die nachfolgenden Erfahrungen seiner klinischen Lehrzeit bauen konnte, sind längst Historie. Der Rest war dann die persönliche Erfahrung im Laufe des Berufslebens. Aber das medizinische Wissen erweitert und ändert sich in einer globalisierten Welt in atemberaubendem Tempo. Da mitzuhalten, fordert enormen Aufwand, selbst wenn man nur im eigenen Fachbereich aktuell informiert sein will. Und wir wissen alle, dass diagnostische und therapeutische Standards schnell obsolet sein können und sang- und klanglos verschwinden. Sich aktuelles klinisches Wissen anzueignen, aus der Fülle an publizierten und auf Kongressen vorgetragenen Studien auszuwählen, das schafft ein Einzelner nicht mehr.

Fortbildung gehört heute zum täglichen Brot des Arztes. Nun kann man inzwischen auch bequem über Fachzeitschriften CME-Punkte erhalten oder sich am PC weiterbilden. Das ist bequem. Man erhält die Welt medizinischen Wissens frei Haus geliefert. Doch eines fehlt: die Gelegenheit zum Nachfragen, die Möglichkeit zum kollegialen Austausch. Fortbildungsveranstaltungen sind oft die einzige Möglichkeit, Kollegen, mit denen man täglich zu tun hat, zu treffen und sich im Gespräch auszutauschen. Wahrscheinlich ist dies auch ein Grund, weshalb „Medizin aktuell“ im Laufe weniger Jahre zu einem Höhepunkt medizinischer Information und Diskussion in unserer Region geworden ist.

Uns ist es wieder gelungen, für jedes Fachressort hochkarätige Experten zu verpflichten und das ganze Spektrum der Inneren Medizin vorzustellen. Unsere Referenten bieten Ihnen kurz und präzise all das, was Sie in Ihrer täglichen Praxisarbeit wissen sollten. Dazu gehören durchaus auch marginale Themen, deren Kenntnis einem hier und da hilfreich sein kann.

Seien Sie herzlich willkommen!

Prof. Dr. Matthias Leschke

Dr. Rainer Graneis

Prof. Dr. Michael Geißler

Dr. Rainer Palme

FREITAG 18. Januar 2013

13.30

Grußworte

R. Graneis, Vorsitzender der Kreisärzteschaft Esslingen
R. Handschuh, Fortbildungsbeauftragter Ärzteschaft Nürtingen
M. Leschke, Esslingen

Vorsitz

M. Geißler, T. Andus

13.45

Update Infektologie

R. W. Braun, Esslingen/Stuttgart

14.15

Update Hepatologie

M. Geißler, Esslingen

14.45

Update Gastroenterologie

T. Andus, Stuttgart

15.15 – 16.00

PAUSE UND INDUSTRIEAUSSTELLUNG

Vorsitz

L. Kanz, W. Walter

16.00

Update Onkologie

L. Kanz, Tübingen

16.30

Häufige Reiseerkrankungen

C. Meyer, Hamburg

17.00

Update Endokrinologie und Diabetologie

S. Jacob, Villingen-Schwenningen

17.30 – 17.45

PAUSE UND INDUSTRIEAUSSTELLUNG

Vorsitz

S. Jacob, M. Leschke

17.45

Highlight-Session:

Walters Problemfälle aus und für die Praxis

E. Walter, Donaueschingen

18.15

„Everything you wanted to know about sex (but were afraid to ask)“

C. Holubarsch, Bad Krozingen

18.45

GET-TOGETHER IM FOYER

SAMSTAG 19. Januar 2013

Vorsitz

M. D. Alscher, M. Faehling

08.30 Update Pneumologie
H. Teschler, Essen

09.00 Update Somnologie
H. Woehrle, Blaubeuren

09.30 Update Sportmedizin
H. G. Predel, Köln

10.00–10.30 PAUSE UND INDUSTRIEAUSSTELLUNG

Vorsitz

C. Diehm, B. Hellmich

10.30 Update Kardiologie
M. Leschke, Esslingen

11.00 Update Angiologie
C. Diehm, Karlsbad-Langensteinbach

11.30 Update Nephrologie
M. D. Alscher, Stuttgart

12.00–13.00 PAUSE UND INDUSTRIEAUSSTELLUNG

Vorsitz

J. Hübner, R. Palme

**13.00 Update Radiologie: Was ist neu und relevant
für den Internisten und Allgemeinarzt?**
S. Krämer, Esslingen

13.30 Update Palliativmedizin
J. Hübner, Frankfurt

14.00 Update Rheumatologie
B. Hellmich, Plochingen

WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG

Prof. Dr. med. M. Leschke, Esslingen

Prof. Dr. med. M. Geißler, Esslingen

Dr. med. R. Graneis, Ostfildern

Dr. med. R. Palme, Deizisau



Prof. Dr. med. Rüdiger W. Braun
Labor Enders & Partner, Stuttgart/Esslingen
Zentrallabor Klinikum Esslingen
Hirschlandstr. 97; 73730 Esslingen
Tel.: 0711 3103-3250
Fax: 0711 3103-3344
braun@labor-enders.de

Prof. Dr. med. Rüdiger W. Braun ist Facharzt für Labormedizin und Infektiologe. Von 1990 bis 1993 war er Leiter des Instituts für Virologie der Bayer AG in Wuppertal danach Direktor und Forschungsleiter bei Bayer Yakuin Ltd. in Osaka, Japan am Forschungszentrum Kyoto. Seit 1996 Prof. Braun Partner des Labors Prof. Enders & Partner, Stuttgart/Esslingen, seit 2000 überwiegend in Esslingen.

Update Infektiologie

Durch die jährlich wiederkehrende Aufregung um mögliche Grippe-Pandemien und neu aufgetretene Coronaviren als Pneumonie-Erreger in der arabischen Welt sind viele Erreger, mit denen wir täglich zu tun haben, aus dem Zentrum unseres Blickfeldes gerückt. Dies kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Mehrzahl der behandlungsbedürftigen Infektionsfälle nicht von exotischen Viren, sondern durch eben die Erreger ausgelöst ist, mit denen wir im täglichen Leben konfrontiert sind. Obwohl für viele dieser Infektionen sogar eine Meldepflicht besteht, ist die Dunkelziffer hoch, da im Rahmen permanenter Budgetrestriktionen eine umfassende Diagnostik nicht regelmäßig durchgeführt werden kann. So müssen wir annehmen, dass Infektionen mit Legio-

BEIRAT

Prof. Dr. med. S. Jacob, Villingen-Schwenningen

Prof. Dr. med. L. Kanz, Tübingen

Dr. med. N. Smetak, Kirchheim u. T.

Prof. Dr. med. H. Teschler, Essen

Prof. Dr. med. R. Braun, Esslingen/Stuttgart

nellen spp., insbesondere aufgrund nicht sanierter Wasserleitungssysteme, deutlich häufiger sind, als vermutet. Gerade bei älteren oder vorbelasteten Patienten kann der Krankheitsverlauf schwer sein und führt dann trotz adäquater Therapie in einem hohen Prozentsatz zum Tode. Der Gesetzgeber hat hierauf reagiert und die Untersuchung von wasserführenden Systemen auf Legionellen und ggf. deren Sanierung im vergangenen Jahr zur Pflicht gemacht. Es steht zu hoffen, dass die Anzahl der Neuinfektionen hierdurch sinken wird.

Auch nicht ausreichend untersuchte und hygienisch nicht einwandfreie Lebensmittel können zur Ausbreitung von Infektionen beitragen. Erinnerung sei an die massenhafte Verbreitung von Noroviren bei Kindern im vergangenen Jahr durch industriell hergestellte Mahlzeiten in Brandenburg. Hier waren mehr als 4 000 Kinder von akuten Krankheitssymptomen betroffen. Der Vorfall zeigt auch, dass wir die Risiken einer industriellen Herstellung von Mahlzeiten nicht immer im Griff haben. Dies darf uns aber nicht vergessen lassen, dass in der warmen Jahreszeit die Gefahr einer Kontamination von Lebensmitteln durch Salmonellen und *S. aureus* einen mindestens ebenso hohen Stellenwert besitzt.

Eine weitere, ebenfalls durch Nahrungsmittel übertragene Infektion ist die Hepatitis E. Die Durchseuchung mit diesem Virus ist in Deutschland unerwartet hoch und liegt immerhin bei 1–3 %, bei immunsupprimierten Patienten bis über 10 % und in Europa regional bis 20 %. Die Übertragung erfolgt hauptsächlich von infizierten Schweinen auf den Menschen. Schweinepopulationen in Deutschland sind zu 15–70 % seropositiv. Gemeldet werden pro Jahr derzeit ca. 200 Fälle. Aufgrund der Erfahrung mit Hepatitis A darf jedoch angenommen werden, dass die tatsächliche Zahl infizierter Patienten bedeutend höher liegt und die Infektion in Deutschland signifikant unterdiagnostiziert ist. Es zeigt sich immer wieder, dass unsere Nahrungsmittel und unsere Tierbestände eine

wichtige potentielle Ursache für eine Vielzahl von Infektionen sind. Hierunter fällt auch die Infektion mit Mykobakterium paratuberculosis, das sowohl bei Schafen und Ziegen, als auch insbesondere bei Kühen nachgewiesen werden kann. M. paratuberculosis wird mit der Milch ausgeschieden, durch Pasteurisierungsverfahren jedoch nicht ausreichend abgetötet. Das Bakterium kann auch beim Menschen nachgewiesen werden. Spekulationen über eine Beteiligung von M. paratuberculosis an der Genese des M. Crohn sind jedoch derzeit nicht belegbar und durch Forschungsergebnisse nicht untermauert.



Prof. Dr. med. Michael Geißler
Chefarzt der Klinik für Allgemeine Innere Medizin,
Onkologie/Hämatologie, Gastroenterologie und Infektiologie
Klinikum Esslingen a. N.
Hirschlandstr. 97; 73730 Esslingen
Tel.: 0711 3103-2451
m.geissler@klinikum-esslingen.de

Prof. Dr. Michael Geißler ist Chefarzt der Klinik für Allgemeine Innere Medizin, Onkologie/Hämatologie, Gastroenterologie und Infektiologie. Neben seiner Spezialisierung in den Bereichen Gastroenterologie und Hepatologie hat er auch die Zusatzbezeichnung Hämatologie und Onkologie in Freiburg erworben. Er ist Ärztlicher Vorstand des Onkologischen Schwerpunktes Esslingen und leitet die von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifizierten Onkologischen und Lungenkrebszentren am Klinikum Esslingen. Er ist national und international anerkannter Experte auf dem Gebiet gastrointestinaler Tumoren und von Lebererkrankungen wie der Virushepatitis und dem hepatozellulären Karzinom.

Update Hepatologie

Virale Lebererkrankungen: Hepatitis B und C sind häufiger als angenommen in der Allgemeinbevölkerung. Bis zu 3 % bzw. 11 % der Allgemeinbevölkerung in Deutschland hatten im Rahmen eines hausärztlichen Screenings eine HBV bzw. HCV Infektion !

HBV

Impfung: Je älter Erwachsene zum Zeitpunkt der HBV-Impfung sind, desto stärker sinken im Verlauf die Titer. Auch bei fehlendem anti-HBs Titer besteht nach Impfung ein Infektionsschutz vermittelt durch virusspezifische Gedächtnis T-Zellen. Bei geimpften Menschen ohne Risikofaktoren kann daher evtl. auch auf eine Booster Impfung verzichtet werden.

Therapie: Entecavir und Tenofovir haben eine vergleichbare Effektivität, auch bei zirrhotischen Patienten. Bei vorbehandelten Patienten mit älteren NUCs wie Lamivudin und Adefovir und Ausbildung einer Resistenz führt eine Umstellung auf Entecavir und Tenofovir zu einer wirksamen und sicheren Viruskontrolle. PEG IFN lambda ist PEG IFN alpha nicht überlegen. Nach einer NUC Langzeittherapie mit niedrigen HBsAg Konzentrationen kann ein Wechsel auf PEG IFN zu einer erhöhten Serokonversionsrate bedingt durch Aktivierung von antiviralen Killerzellen führen. Der Endpunkt eines HBsAg Verlustes ist stabil.

Schwangerschaft: Insbesondere bei hochvirämischen Müttern kommt es trotz aktiver und passiver Impfung des Neugeborenen in 10–30 % zu einer vertikalen Virustransmission. Neue NUCs wie Tenofovir oder Telbivudin können effektiv und sicher im 2. und 3. Trimenon der Schwangerschaft eingesetzt werden.

Lebertransplantation: Nach Transplantation einer HBV-assoziierten Leberzirrhose wird die Reinfektion des Spenderorgans bislang durch die Gabe von Immunglobulinen und dem relativ schwach wirksamen NUC Lamivudin verhindert. Auf die teure Immunglobulingabe kann zukünftig verzichtet werden, wenn neue NUCs wie Entecavir oder Tenofovir mit hoher genetischer Barriere eingesetzt werden.

HCV

Therapie: Die neuen Triple Therapien mit PEG-IFN, Ribavirin (RBV) sowie Boceprevir (BOC) oder Telaprevir (TVR) sind hocheffektiv beim Genotyp 1, aber auch teuer und mit Nebenwirkungen versehen. Eine Subgruppe von Pat. mit niedriger Viruslast und Virusnegativität nach 4 Wochen alleiniger PEG-IFN/RBV Therapie scheint nicht von der zusätzlichen Gabe von BOC zu profitieren. Die Compliance der TVR-basierten Triple Therapie kann verbessert werden, wenn die tägliche TVR Dosis nicht auf 3 sondern auf 2 Gaben verteilt wird. Die Triple Therapie kann auch bei kompensierten Zirrhotikern durchgeführt werden. Bei Entwicklung einer Anämie sollte zuerst RBV reduziert werden.

Wegen der hohen Toxizität der aktuellen Triple Therapien ist es notwendig, einerseits IFN-freie Therapien und andererseits besser verträgliche hochpotente direkt antiviral wirksame Medikamente einzusetzen. Entsprechend ihrer Angriffspunkte werden aktuell neue NS3- und NS5a-Hemmer, nukleos(t)idische Polymerasehemmer (NUCs) und nicht-nukleosidische Polymeraseinhibitoren (non-NUCs) untersucht. Die bisherigen Daten geben Anlaß zur Hoffnung, dass in absehbarer Zeit IFN-freie Therapien zum Einsatz kommen werden. Insb. Genotyp 2/3 Pat., bei denen die bisherige Triple Therapie nicht wirkt, werden profitieren. Aufgrund der Vielzahl der in klinischer Testung befindlicher Substanzen mit unterschiedlichen Wirkungsprofilen wird die Therapie sehr viel komplexer und in Analogie zur Onkologie personalisiert werden.

In der Leber hydroxiliertes 25(OH) Vit. D₃ interagiert mit der Bildung von Virionen und scheint die Wirkung von IFN und Ribavirin zu verstärken. Evtl. kann die Vit. D Supplementierung also die Effektivität zielgerichteter und/oder immunmodulierender gegen das HCV gerichteter Therapien verstärken (Hepatology 2012; 56:1231; JHepatol 2013; 58: 184). Blüten- und Blattextrakte der Mariendistel werden seit Jahrhunderten zur Behandlung von Lebererkrankungen eingesetzt. Ein positiver Einfluß auf eine chron. HCV Infektion existiert nicht.

Lebertransplantation: Eine Triple Therapie bei Pat. auf der Warteliste ist mit einer hohen Rate an Therapieabbrüchen und hepatischen Dekompensationen assoziiert. Post-LTx werden die Triple Therapien besser vertragen und führen in bis zu 70 % zu einem virologischen Ansprechen.

Virushepatitis in der Onkologie: Die Exacerbation einer chron. HBV Infektion unter Chemotherapie ist bei onkologischen Pat. ein hoch relevantes klinisches Problem. Lamivudin bietet hier nur einen partiellen Schutz, sodass Entecavir oder Tenofovir eingesetzt werden sollten. Eine Chemotherapie führt aber auch bei 10 % der Patienten mit einer HCV Infektion zu einer akuten Exazerbation und bei 35 % zu einer Virusreaktivierung. Dies gilt insb. für Rituximab, Gemcitabine, Cytarabine, Vinorelbine und Methotrexat. Im Gegensatz zu HBV kommt es in der Regel aber nicht zu fulminanten Verläufen. HEV: HEV Infektionen nehmen in Deutschland zu. Bevor die Diagnose einer medikamenten-assoziierten Lebererkrankung nach Ausschluß einer Hepatitis A, B, C gestellt wird, sollte immer auch eine HEV Serologie bzw. PCR bei positiver Serologie durchgeführt werden. HEV Infektionen finden sich in 15–20 % der Fälle.

Autoimmunerkrankungen: Autoimmunhepatitis

Die AIH muß in den allermeisten Fällen als eine inkurable, dauerhaft immunsuppressiv zu behandelnde Erkrankung angesehen werden. Ähnliches gilt auch für andere Autoimmunerkrankungen wie D. mellitus Typ I, MS, Lupus oder RA. Das Absetzen der immunsuppressiven Therapie führt selbst bei Patienten mit langjährig normalen Leberwerten meistens zu einem Rückfall der Erkrankung. Insbesondere jüngere Patienten, Typ II und III AIH sowie extrahepatische Erkrankungsmanifestationen prädisponieren mit einem Rückfall. Späte Rückfälle auch nach Jahren sind nicht selten.

PBC: Rituximab könnte ein neues B-Zell depletierendes Therapeutikum der PBC insbesondere bei UDCA refraktären Pat. werden.

Autoimmunchoolangitis: Mehr als 2-fach erhöhte Serumkonzentrationen von IgG4 sind neben der Histologie ein spezifisches Diagnostikum. Aber auch bei Patienten mit PSC mit oder ohne Cholangiokarzinom (CCC) finden sich erhöhte IgG4 Konzentrationen im Serum. Da CCCs sehr viel häufiger als Autoimmunchoolangitiden sind, ist bei Strikturen im Gallenwegssystem auch bei erhöhten IgG4 Konzentrationen eine invasiv endoskopische und bildgebende Abklärung zum Ausschluß eines CCC und einer PSC bzw. einer Colitis ulcerosa notwendig. Die Messung von IgG4 in der Galle kann zu einer weiteren Erhöhung der diagnostischen Treffsicherheit führen.

NASH/NAFLD: Eine NAFLD findet sich bei knapp 50 %, eine NASH bei 30 % der westlichen Bevölkerung. RF: D.mellitus., Adipositas, fast food, Männer, wenig Bewegung, Hypertonie. Erhöhtes Ferritin korreliert mit fortgeschrittener Fibrose. Kaffee und Koffein sind mit einer Reduktion der Fibrose assoziiert. Es besteht ein erhöhtes Risiko für bakterielle Infektionen der Harnwege, Atemwege und Weichteilgewebe, insb. bei erniedrigten Vit. D Spiegel. Therapie der Wahl sind kohlenhydrat- oder fettreduzierte Diäten. Wirksame Medikamente existieren nicht. Evtl. stellen selektive Caspase-Inhibitoren eine neue Behandlungsoption dar.

Leberzirrhose: Bei fortgeschrittenen dekompensierten Zirrhosen sollten keine beta-Blocker zur Senkung der portalen Hypertension eingesetzt werden. Bei therapierefraktärem Aszites (=fehlende Wirksamkeit einer diuretischen Therapie mit mind. 2 Diuretika) sind wiederholte Parazentesen notwendig. Auch hier sind beta-Blocker mit einem hohen Risiko einer hypotonen Kreislaufdysregulation assoziiert. Dies ist aufgrund der

generellen Hypotonie aufgrund der peripheren Vasodilatation bei Zirrhosepatienten von Bedeutung. Die spontan bakterielle Peritonitis ist eine Komplikation, die mit einer sehr schlechten Prognose der Erkrankung einhergeht. Die empirische Standardtherapie mit Ceftriaxon i.v. ist nur bei ca. 60 % der behandelten Pat. wirksam. Wenn nach 2 Tagen kein Abfall der Granulozyten >25 % vorliegt, sollte daher die antibiotische Therapie umgestellt werden. Alternativ kann Piperacillin/Tazobactam als empirische Initialtherapie eingesetzt werden. Hier liegt die Wirksamkeitsrate bei 75 %. Nach großvolumiger Parazentese führt die teure Albuminsubstitution zu einem signifikant verbesserten Überleben im Vergleich zu den kostengünstigeren Plasmaexpandern und stellt daher die Therapie der Wahl dar.

Ein akutes Leberversagen auf dem Boden einer chron. Lebererkrankung ist mit einer hohen Mortalität assoziiert. Der Einsatz des Wachstumsfaktors G-CSF führt zu einem verbesserten Überleben bei diesen Patienten.



Prof. Dr. med. Tilo Andus
Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine Innere Medizin,
Gastroenterologie, Hepatologie und internistische
Onkologie am Krankenhaus Bad Cannstatt
Priesnisweg 24
70734 Stuttgart
Tel.: 0711 278-62401
Fax: 0711 278-60360
TAndus@klinikum-stuttgart.de

Prof. Dr. med. T. Andus ist Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologie, Hepatologie und internistische Onkologie am Krankenhaus Bad Cannstatt, Klinikum Stuttgart.

Update Gastroenterologie

Das Jahr 2012 brachte im Bereich der Gastroenterologie interessante Publikationen in den meisten Bereichen.

Ösophagus: Im Bereich der Diagnostik wurde der Wert des PPI-Test zur Diagnostik der Refluxkrankheit durch eine große Studie in Frage gestellt. Bei therapierefraktärer

Refluxkrankheit spielt die Impedanzmessung eine immer größere Rolle. Die Mortalität des Barrett-Ösophagus ist nach wie vor durch die erhöhte Adenokarzinomrate erhöht. Die Diagnostik bzw. Krebsvorsorge des Barrett-Ösophagus scheint aber durch die NBI-Methode leichter zu werden. Gegen die Symptome Aufstoßen und Dyspepsie können Baclofen und Buspiron versucht werden. Bei der Achalasie entsteht neben der Funduplicatio mit der peroralen endoskopischen Myotomie evtl. eine endoskopische Alternative.

Magen/Duodenum: NSAID erhöhen die Blutungsrate. Wenn man sie aber bei KHK-Patienten wegen einer oberen GI-Blutung absetzt, führt das zu einer erhöhten Mortalität.

Pankreas: 2012 brachte eine neue, genauere Klassifikation und eine neue S3-Leitlinie. Viele Arbeiten wiesen auf die Bedeutung der IgG4-assoziierten Autoimmunpankreatitis hin. Die Prophylaktische Gabe von NSAR kann die post-ERCP-Pankreatitis-Rate signifikant verringern.

Darm: Die Endoskopie kann durch Wasserfüllung des Darms und/oder durch Verwendung von CO₂ statt Raumluft angenehmer für die Patienten werden. Die diagnostische und therapeutischen Polypen-Detektion und -Entfernung kann durch Entfernung von kleinen Polypen schon beim Vorspiegeln und durch Gabe von Buscopan vor dem Zurückziehen erhöht werden.

Die Behandlung der Colitis ulcerosa könnte in Zukunft durch die Gabe von Budesonid-MMX und die des Anti-TNF-refraktären M Crohns durch Ustekinumab verbessert werden.

Die Proktokolektomie erfolgt nach wie vor in Deutschland nach Meinung der operierten Patienten zu spät.

Immunsuppressiva und die sogenannten Biologica führen zu einer erhöhten Rate von malignen Melanomen und nicht-Melanom-Hautkrebsen.

Die Effektivität und Sicherheit von Bisacodyl wurde in einer großen randomisierten Placebo-kontrollierten Doppelblind-Studie nachgewiesen, obwohl es schon lange auf dem Markt und sehr preisgünstig ist.

Die Behandlung der unkomplizierten Divertikulitis mit Antibiotika könnte bald der Vergangenheit angehören, da mehrere Studien zeigten, dass es auch ohne geht.



Prof. Dr. med. Lothar Kanz
Medizinische Universitätsklinik
Innere Medizin II
Otfried-Müller-Str. 10
72070 Tübingen
Tel.: 07071 29-82726
Fax: 07072 29-3671
Lothar.Kanz@med.uni-tuebingen.de

Prof. Dr. Lothar Kanz ist Geschäftsführender Ärztlicher Direktor der Medizinischen Uniklinik Tübingen und Ärztlicher Direktor der Abteilung für Onkologie, Hämatologie, Klinische Immunologie, Rheumatologie und Pulmologie.

Update Onkologie

Die Präsentation richtet sich an Kolleginnen und Kollegen, die selbst nicht schwerpunktmäßig Onkologie betreiben, jedoch als Internisten oder Allgemeinmediziner mit Tumorpatienten konfrontiert sind.



Prof. Christian G. Meyer
Bernhard-Nocht-Institut
für Tropenmedizin
Bernhard-Nocht-Str. 74
20359 Hamburg
Tel.: 040 42818-501
c.g.meyer@bnitm.de

Prof. Dr. Christian G. Meyer ist Facharzt für Innere Medizin, Genetiker und Experte für Tropenmedizin. Seit dem Jahr 2000 in der Abteilung Molekulare Medizin des Bernhard-Nocht-Instituts für Tropenmedizin, Hamburg. Autor des Standardlehrbuchs „Tropenmedizin“ und Leiter des jährlich stattfindenden dreimonatigen Diplomkurses „Tropenmedizin“, der für die Zusatzbezeichnung Tropenmedizin benötigt wird. Häufige

Studienaufenthalte in Afrika und Asien. Wissenschaftlicher Schwerpunkt ist die Untersuchung von humanen genetischen Faktoren, die vor Infektionskrankheiten schützen. Dabei interessieren besonders die Tuberkulose und Malaria.

Häufige Reiseerkrankungen

Bei kontinuierlich zunehmender weltweiter Reisetätigkeit und Migration werden auch immer wieder tropische Infektionskrankheiten, vor denen man sich nicht sicher durch Präventionsmaßnahmen schützen kann, nach Deutschland importiert. Da solche importierten Infektionen generell zunehmen, sollte auch der in Deutschland niedergelassene Arzt über diese Krankheiten hinreichend informiert sein. Die häufigsten drei Symptomkomplexe, die in den Ambulanzen von Tropeninstituten beobachtet werden sind Dermatosen, fieberhafte Erkrankungen und gastrointestinale Infektionen. Aus diesen drei Komplexen sollen beispielhaft einige Infektionen vorgestellt werden, die der niedergelassene Arzt nicht regelmäßig sieht, aber erkennen sollte. Für viele Tropen- und Reisekrankheiten sind diagnostische Systeme nur an spezialisierten Institutionen etabliert. Neben der Malaria, der wichtigsten und in Deutschland mit jährlich etwa 500–600 diagnostizierten Fällen eher seltenen Tropenkrankheit, sollen einige ebenfalls über Stechmücken übertragene virale und bakterielle Infektionen besprochen werden. Insbesondere Helminthosen bereiten oft diagnostische Probleme und beispielhaft soll auf die Hakenwurmkrankheit und die Anisakiasis eingegangen werden. Unter den durch Protozoen hervorgerufenen gastrointestinalen Infektionen wird die Amöbiasis – als gut behandelbare Infektion – dargestellt.



Prof. Dr. med. Stephan Jacob
Praxis für Prävention und Therapie
Brombeerweg 6
78048 Villingen-Schwenningen
Tel.: 07721 504388
Fax: 07721 504389
Mobil: 0177 3555730

Prof. Dr. med. Stephan Jacob ist Facharzt für Innere Medizin, Diabetologie und Endokrinologie, Ernährungsmediziner, Hypertensiologe DHL, Kardiovaskulärer Präventionsmediziner DGPR. Er hat einen Lehrauftrag an der Universität Tübingen. Seit 2006 ist Prof. Jacob als niedergelassener Arzt in privater Praxis für Prävention und Therapie tätig. Kürzlich wurde er aufgrund seiner Qualifikationen und der Empfehlungen in der FOCUS ÄRZTELISTE als einer der Deutschen Hochdruck-Experten aufgeführt.

Update Endokrinologie und Diabetologie

Adipositas: Neben den teilweise sehr euphorischen Berichten aus der bariatrischen Chirurgie, gibt es immer häufiger auch kritische Beobachtungen: „Heilung des Diabetes“ scheint wohl eher ein „Verschieben“ nach später: ca 30 % der bariatrisch – „Geheilten“ (Ex-)Diabetiker hatten diesen innerhalb von 5 Jahren wieder... Die Zahl der Depressionen und auch Suizide nach bariatrischer Intervention steigt deutlich, bei einer sicherlich hohen Dunkelziffer... Medikamente zur Gewichtsreduktion in Deutschland... auch 2012 keine NEUEN...

Diabetes mellitus: Es gibt wieder viele interessante Neuigkeiten in diesem Bereich, vor allem auch wieder mal Überraschungen und Unerfreuliches aus der Politik... Linagliptin, ein DPP4-Hemmer und AMNOG... man kann die Evidenz drehen wie man wohl will... gespannt wird nun der Prozess beobachtet, der nun auch die anderen DPP4-Hemmer betreffen wird... werden in Deutschland innovative Therapieansätze ausgebremst? Immer mehr Daten zeigen klare Risiken der „Standard-Referenz-Therapie“ mit SU... vermehrte Inzidenz an Karzinomen, erhöhte kardiovaskuläre und Gesamt-Mortalität...

Würde dies für die Neuen gezeigt... EBM. Welche Evidenz passt uns?...Evidence Based Medicine oder Economy Biased Medicine? Die neuen Versorgungsleitlinie Diabetes mellitus Typ 2, die mit DDG u. a. zusammen der DEGAM zur Diskussion gestellt wurde, machte sehr deutlich, wie unterschiedlich man die Fakten akzeptiert bzw. deutet... Auf dem ADA wurde die mit großer Spannung erwartete Outcome Studie ORIGIN vorgestellt, die zeigen sollte, dass die frühzeitige Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 mit Glargin Ereignisse reduziert (= „Outcome Reduction with an Initial Glargine Intervention“). Die sehr gut durchgeführte Studie konnte dies aber leider nicht zeigen: identische Ereignisraten in beiden Prüfarmen. Trotz signifikant besserer metabolischen Kontrolle hatten die mit Glargin Behandelten keinen Nutzen – aber auch keinen Schaden, denn die Inzidenz an Carcinomen war in den über 6 Jahren durch Glargin NICHT erhöht worden. Allerdings traten Hypoglykämien vermehrt auf... Fazit? Sehr frühe Insulinisierung ?...ohne Hinweis für oder gar Beweis einer Effektivität... Seit Dezember 2012 steht mit dem SGLT2-Hemmer Dapagliflozin ein weiterer hochspannender insulin-unabhängiger Therapieansatz an der Niere zur Verfügung... bisherige Daten sind vielversprechend... kardiovaskuläre Outcome Studien laufen!

Lipide: Mehrfache Ernüchterung: ORIGIN findet keinen Effekt der Omega 3 fettsäuren auf die (kardiovaskulären) Ereignisse...

Die HDL-Erhöhung durch Medikamente hat schwere Rückschläge erlitten, AIM High Studie, die DAL-Heart-Studie und die HPS Thrive wurden wegen fehlendem Nutzen abgebrochen...? Das Ende der pharmakologischen HDL Erhöhung?

Statine scheinen das Risiko für Diabetes mellitus Typ 2 zu erhöhen, doch das scheint prognostisch wenig bedeutsam zu sein, denn gerade die Statine haben am eindrucklichsten gezeigt, wie stark kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität reduziert werden.

Vitamin D: Dauerbrenner? Auch im letzten Jahr gab es wieder viele Publikationen zu Assoziationen von Vitamin D und nicht osseären Komplikationen, wie Krebs, Diabetes mellitus, Hypertonie und chronischer Entzündung. Doch die (kurzen) Interventionsstudien, die dies therapieren sollten, waren fast alle negativ. Wir brauchen Langzeitstudien.



Prof. Dr. med. Eike Walter
Klinik für Innere Medizin IV
Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Freiburg
Sonnhaldenstr. 2, 78166 Donaueschingen
Tel.: 0771 885311
Fax: 0771 885550
eike.walter@sbk-vs.de

Prof. Dr. med. Eike Walter ist Direktor der Klinik für Innere Medizin IV am Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen.

Walters Problemfälle aus und für die Praxis

Walters Fälle gehören auch dieses Jahr zum Programm von „Medizin aktuell“ und werden mit Sicherheit – wie in den letzten Jahren – spannend sein.



Prof. Dr. Christian Holubarsch
Ärztlicher Leiter der Klinik Lazariterhof
Chefarzt Innere Medizin, Kardiologie
Herbert-Hellmann-Allee 38
79189 Bad Krozingen
Tel.: 07633 93-6871
Fax: 07633 93-6872
c.holubarsch@park-klinikum.de

Prof. Dr. C. Holubarsch ist Internist mit den Zusatzbezeichnungen: Kardiologie, Intensivmedizin, Sozialmedizin, Sportmedizin. Spezielle Expertise auf dem Gebiet der arteriellen Hypertonie, Linksherzhypertrophie, Herzinsuffizienz sowie der Pharmakotherapie der genannten kardialen Erkrankungen. Er habilitierte sich im Fach Physiologie mit dem Thema „Sauerstoff- und Substratmangelkontraktur des Herzmuskels – statisch-elastische, energetische und dynamische Untersuchungen am isolierten

nativen Säugetiermyokard“ an der Universität Tübingen 1981 und mit dem Thema „Energetische Untersuchungen der Herzmuskelkontraktion“ im Fach Innere Medizin/Kardiologie an der Universität Freiburg im Jahre 1989.

Prof. Dr. C. Holubarsch ist Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation, der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, Fellow der European Society of Cardiology sowie der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin.

„Everything you wanted to know about sex (but were afraid to ask)“

„Sexualität ist Lebensqualität“ – nicht nur für gesunde, sondern auch für Patienten nach Infarkt und mit Herzinsuffizienz. Umso erschreckender ist die Tatsache, dass dieses Problem bei kardialen Patienten weder beim Hausarzt noch vom Kardiologen hinreichend besprochen wird, obwohl Ängste und Probleme (Erektile Dysfunktion) der Patienten und insbesondere ihrer Partner ausgesprochen hoch sind. Dabei ist auf Grund von physiologischen Messungen Sex weniger Herz- und Kreislauf-belastend als Golfen oder Gartenarbeit. Ein plötzlicher Herztod bei Geschlechtsverkehr ist ausgesprochen selten, betrifft überwiegend Männer und dies meistens bei außerehelichem Geschlechtsverkehr. Insbesondere bei chronischer Herzinsuffizienz sind sexuelle Probleme besonders häufig: Übergroßer Beschützerinstinkt der Partnerin (63 %), Angst der Partnerin vor Geschlechtsverkehr (36 %), mangelndes sexuelles Interesse (42 %), Erektionsprobleme (74 %), Orgasmusschwierigkeiten (51 %). Bei der erektilen Dysfunktion ist zu beachten, dass bestimmte Medikamente dazu beitragen: Thiazide, Digoxin, Aldosteron, β -Rezeptoren-Blocker. Therapeutische Strategien bei erektiler Dysfunktion werden besprochen.



Prof. Dr. med. Dipl. Ing. Helmut Teschler
Medizinische Universitätsklinik
Ruhrlandklinik, Abteilung Pneumologie
Tüschener Weg 40
45239 Essen
Tel.: 0201 433-4001
Fax: 0201 433-4009
Helmut.Teschler@Ruhrlandklinik.UK-Essen.de

Prof. Dr. med. Dipl. Ing. Helmut Teschler ist Chefarzt der Abteilung Pneumologie-Universitätsklinik und stellvertretender Ärztlicher Direktor der Ruhrlandklinik, Westdeutsches Lungenzentrum, Universitätsklinikum Essen.

Update Pneumologie

Asthma bronchiale: Lange Zeit wurde Asthma als eine mit chronischen Entzündungsvorgängen in den Atemwegen assoziierte und durch eine bronchiale Hyperreagibilität und variable oder (partiell) reversible obstruktive Ventilationsstörung charakterisierte Erkrankung definiert. Im Jahre 2012 hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass Asthma ein komplexes Syndrom aus Asthma-Varianten mit gemeinsamer Endstrecke (Hyperreagibilität, Obstruktion), aber verschiedener Ätiologie und Pathogenese ist. Es wurden sogenannte Asthma-Endotypen definiert, die einen einzigen Asthma Pathomechanismus repräsentieren. Asthma-Phänotypen sind dann als Mischbild einzelner oder mehrerer Endotypen zu verstehen. Die Asthma-Phänotypen machen in ihrer Gesamtheit das Asthma-Syndrom aus (Wenzel SE, Nat Med 2012;18:716, Lotvall J, J Allergy Clin Immunol 2011;127:355, McGrath, Am J Respir Crit Care Med 2012;185:612).

Eine antiasthmatische Dauertherapie mit inhalativen Glukokortikosteroiden verursacht in der präpubertären Phase eine temporäre Reduktion der Wachstumsgeschwindigkeit. In der CAMP-Studie wurde nun geprüft, welche Auswirkungen dieser Effekt auf die endgültige Körpergröße im Erwachsenenalter haben könnte (Kelly HW, N Eng J Med 2012;367:904). Die mittlere Größe der mit Budesonid behandelten Kinder war 1,2 cm geringer und der mit Nedocromil behandelten Kinder 0,2 cm geringer als bei den mit Plazebo behandelten Kindern. Aus diesen Befunden lässt sich schließen, dass sich die initial unter ICS-Therapie bei präpubertären Kindern beobachtete Wachstumsverzögerung

rung im Erwachsenenalter als signifikante Reduktion der endgültigen Körpergröße manifestiert, die aber klinisch vollkommen irrelevant ist.

Die klinische Prüfung von Kerstjens und Kollegen erweitert die Aussagen früherer Studien, die alle konsistent einen Effekt von Tiotropium beim Asthma dokumentierten (Kerstjens, N Engl Med, 2012;367:1198). Patienten mit trotz Therapie mit ICS und LABAs unkontrolliertem Asthma können von einer (noch nicht zugelassenen) additiven Therapie mit Tiotropium profitieren. Neben dem zusätzlichen bronchodilatatorischen Effekt verlängert die zusätzliche Gabe von Tiotropium die Zeit bis zur ersten schweren Exazerbation signifikant.

Ungefähr 50 % der Asthmaexazerbationen sind durch eine eosinophile Entzündung der Atemwege charakterisiert. Eine neue Option zur Reduktion eosinophiler Granulozyten sind gegen Interleukin 5 gerichtete monoklonale Antikörper wie Mepolizumab und Reslizumab. Die Therapie mit Mepolizumab führt zu einer ausgeprägten Reduktion eosinophiler Granulozyten in allen Kompartimenten des Körpers und konsekutiv zu einer Reduktion der Frequenz von Asthma-Exazerbationen (Pavord ID, Lancet 2012;380:651). Allerdings sind im Umkehrschluss 50 % aller Asthma-Exazerbationen nicht durch eine eosinophile Entzündung der Atemwege charakterisiert. Für diese Population existiert noch keine erfolgversprechende Therapieoption.

Es liegt nun eine erste Metaanalyse zum Thema „Bronchiale Thermoplastie“ als Behandlungsoption für Patienten mit schwerem, medikamentös nicht einstellbarem Asthma bronchiale vor. Die Autoren schlussfolgern, dass die Thermoplastie zur Verbesserung der Lebensqualität dieser Patienten beiträgt, ohne dass sich die Lungenfunktion entscheidend bessert (Wu Q, J Int Med Res 2011;39:10). Auch deutsche Arbeitsgruppen beteiligen sich ab 2013 an einer Multizenterstudie zum Effekt und den Nebenwirkungen des interventionellen bronchologischen Therapiekonzepts.

COPD: Es ist bislang nicht hinreichend klar, welche Patienten mit einer frühen Form der COPD sich schnell verschlechtern und welche eher einen günstigen Verlauf nehmen. Vor diesem Hintergrund sind Daten aus der Lung Health Studie von Relevanz (Drummond MB, Am J Respir Crit Care Med 2012;185:1301). Der Lungenfunktionsverlauf bei Patienten mit leichter bis moderater COPD wurde analysiert. Es zeigte sich, dass Patienten mit einer deutlicher eingeschränkter Lungenfunktion einen schnelleren Verlust der FEV1 aufwiesen. Offensichtlich ist das Risiko der Verschlechterung bei Indi-

viduen mit deutlich eingeschränkter Lungenfunktion erheblich. Vor diesem Hintergrund sollten bei diesen Patienten zumindest alle Anstrengungen unternommen werden, das Rauchen einzustellen.

Die Messung der Lebensqualität von COPD-Patienten ist von hoher klinischer Relevanz. Kürzlich wurde der COPD Assessment Test (CAT) zu diesem Zweck eingeführt, der aus 8 Items besteht und vom Patienten im Allgemeinen in maximal zwei Minuten ausgefüllt werden kann. Aus zwei aktuellen Publikationen mehrten sich die Hinweise, dass der CAT sensitiv auf Veränderungen des Befindens der Patienten in beide Richtungen reagiert (Jones PW, Chest 2012;ahead of print). Darüber hinaus erlaubt der CAT eine zuverlässige Analyse des Exazerbationsschweregrades (Mackay AJ, Am J Respir Crit Care Med 2012;185:1218).

Es wird seit langem spekuliert, dass die COPD mit einer systemischen Inflammation einhergeht. Agusti evaluierte mit Blutproben aus der ECLIPSE-COPD-Kohorte eine Reihe von Biomarkern, die systemische Entzündungsprozesse signalisieren (PLOS ONE 2012;7:e37484). Analysiert wurden u. a. Leukozyten, CRP, IL6, IL8 Fibrinogen und TNF-Alpha. Patienten mit Zeichen einer persistierenden Entzündung im Systemkreislauf hatten im weiteren Verlauf eine signifikant gesteigerte Gesamtmortalität. Die Autoren schließen, dass der zusätzliche Einsatz eines Panels von ausgewählten Biomarkern in der Lage ist, die Mortalität der Patienten besser vorherzusagen als die Anwendung von klinischen Variablen alleine.

Der natürliche Verlauf der COPD im Hinblick auf die Manifestation schwerer Exazerbationen und der damit verbundenen Mortalität ist weitgehend unbekannt. S. Suissa und Mitarbeiter haben deshalb mit dieser Fragestellung eine kanadische Gesundheitsdatenbank ausgewertet (Thorax. 2012 Nov;67(11):957-63. Fazit der Analyse: Der Verlauf der COPD ist oft gekennzeichnet durch eine rasche Verschlechterung des Gesundheitsstatus nach der zweiten schweren Exazerbation. Darüber hinaus gehen diese schweren zweiten Exazerbationen mit einer extrem hohen Mortalitätsrate in den Wochen danach einher. Aus Sicht der Autoren muss es Ziel des COPD-Managements sein, die Manifestation einer zweiten Exazerbation zu verhindern oder zumindest zu prolongieren, um die exzessive frühe Mortalität im Zusammenhang damit zu minimieren.

Zu den potenziellen Differenzialdiagnosen einer COPD-Exazerbation zählen Herzinsuffizienz, Lungenembolie, Pneumothorax und Pneumonie. Eine COPD-Exazerbation und eine Pneumonie können auch zeitgleich auftreten. Vor diesem Hintergrund stellten sich

Steer und Mitarbeiter die Frage, ob eine Pneumonie bei COPD-Exazerbation prognostisch relevant ist (Thorax 2012;67:117). Die Mortalität war bei Patienten mit Exazerbation und Pneumonie signifikant höher als mit Exazerbation ohne Pneumonie (20,1 vs. 5,8 %). Demzufolge stützt diese Studie das Prozedere, grundsätzlich bei jedem mit Verdacht auf COPD-Exazerbation aufgenommenen Patienten auch ein Röntgenthoraxbild anzufertigen.

Bronchiektasen: Für die Bronchiektasenkrankheit haben sich die Therapieoptionen in den letzten Jahren deutlich verbessert. Von daher macht es Sinn, COPD-Patienten mit Bronchiektasen und chronischer Besiedelung der Atemwege mit pathogenen Keimen frühzeitig zu identifizieren. Die Inhalation von Gentamycin führt zu einer Reduktion der Erregerdichte in den Atemwegen und einer Verbesserung der Belastbarkeit der Erkrankten (Murray MP, Am J Respir Crit Care Med 2011;183:491). Auch mit Ciprofloxacin inhalativ kommt es häufiger zu einer Erregereradikation oder Keimreduktion (Wilson R, Eur Respir J, 2012. Okt.). Darüber hinaus wurde kürzlich eine Studie publiziert, in der 3 x pro Woche 500 mg Azithromycin gegen Placebo bei Patienten mit Bronchiektasen die Exazerbationsfrequenz (im Beobachtungszeitraum von 6 Monaten 1,6 Exazerbationen pro Patient mit Azithromycin vs. 0,6 pro Patient mit Placebo) deutlich gesenkt werden konnte. Patienten mit schweren Herzerkrankungen, vor allem Patienten mit bekannten malignen Arrhythmien und Patienten unter Antiarrhythmika, vor allem unter Amiodaron, sollten keine Makrolidtherapie bekommen (Ray WA, N Engl J Med 2012;366:1881).

Pneumokokkenimpfung: Seit kurzem steht Prevenar13 als 13-valenter Konjugatimpfstoff auch zur die Pneumokokkenimpfung für Erwachsene im Alter von 50 und älter zur Verfügung. Die STIKO hat in einer Stellungnahme zur Zulassung des Konjugatimpfstoffes erklärt, dass sie derzeit keine ausreichende Evidenz für die Änderung ihrer geltenden Empfehlung zur Pneumokokkenimpfung sieht (23-valenter Polysaccharidimpfstoff [z. B. Pneumovax23] bei Patienten über 60 Jahre). Der gemeinsame Bundesausschuss hat sich jedoch Ende 2012 über die Empfehlung der STIKO hinweggesetzt und einer Erstattung des konjugierten Impfstoffes zugestimmt. Diese Entscheidung muss noch vom Bundesministerium für Gesundheit bestätigt werden, um die endgültige Erstattungsfähigkeit zu ermöglichen.



Holger Woehrle
Lungenzentrum, Ulm
Schlaf- und Beatmungszentrum
im Kreiskrankenhaus Blaubeuren
Ulmer Str. 26, 89143 Blaubeuren
Tel.: 07344 9288970
schlaflabor@lungenzentrum-ulm.de
holger.woehrle@web.de

Holger Woehrle ist im Schlaflabor des Lungenzentrums Ulm tätig. Er ist Facharzt für Innere Medizin und Somnologe (DGSM) und ausgewiesener Experte im Bereich der Beatmungs- und Schlafmedizin. Seit 2006 ist Holger Woehrle bei ResMed, einem weltweit tätigen Unternehmen in der Schlaf- und Beatmungsmedizin, als Medical Director u. a. für internationale Studien zuständig.

Update Somnologie

Schlafmedizin ist inzwischen ein interdisziplinär ausgerichtetes Ressort. Medizinischer Fortschritt ist nur möglich, wenn die geltenden Standards immer wieder hinterfragt und neue Alternativen entwickelt werden. Einen Paradigmenwandel erleben wir derzeit in der Behandlung der obstruktiven Schlafapnoe (OSA). Beim noch bis vor kurzem unumstrittenen Goldstandard der Schlafapnoe-Therapie – der nasalen Überdruckbeatmung (nCPAP) – ist erfahrungsgemäß die Adhärenz ein großes Problem: Nicht alle Patienten sind dazu bereit, ein Leben lang mit CPAP-Gerät und Maske zu schlafen. Inzwischen haben sich auch nachts getragene Protrusionsschienen, die den Unterkiefer vorverlagern und so die oberen Atemwege erweitern, in der Schlafapnoe-Therapie ernsthaft durchgesetzt. In den ersten fünf Jahren brechen rund 30 % der Patienten ihre CPAP-Therapie ab. Und man weiß inzwischen auch schon sehr genau, bei welchen Patienten dies der Fall sein wird: Diejenigen, die in den ersten drei Monaten Probleme mit der Therapie bekommen, haben eine extrem hohe Abbruchrate. Mit diesen Patienten sollte man über sinnvolle Alternativen sprechen. Eine weitere Problemgruppe sind Schlafapnoiker, die nicht unter spürbaren Symptomen wie etwa Tagesschläfrigkeit leiden, für die eine Therapie aber dennoch ratsam ist, um das Herz-Kreislauf-Risiko zu senken oder einen schwer einstellbaren Bluthochdruck besser behandeln zu können.

Auch hier kann eine Unterkieferprotrusionsschiene eine sinnvolle Alternative sein. Denn: Je geringer die Beschwerden, umso schlechter ist die CPAP-Adhärenz. Die Schienen haben sich bei leichter bis mittelschwerer Schlafapnoe inzwischen bereits etabliert und werden auch in der neuen S3-Leitlinie „Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen“ empfohlen. Studien haben gezeigt, dass die Ergebnisse einer Schienentherapie bei Patienten mit leichter bis mittelschwerer Schlafapnoe in jeder Hinsicht so gut sind wie mit CPAP. CPAP ist bei milder bis moderater Schlafapnoe nicht mehr der Goldstandard – die Daten sind vergleichbar. Interessant ist auch ein Blick auf die bald abgeschlossene SERVE-HF-Studie, welche die Effizienz der adaptiven Servoventilation bei Patienten mit Herzinsuffizienz belegen soll.



Univ.-Prof. Dr. med. Hans-Georg Predel
Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin
Deutsche Sporthochschule Köln
Am Sportpark Müngersdorf 6, 50933 Köln
Tel.: 0221 49825270
Fax: 0221 4912906
Predel@dshs-koeln.de

Univ.-Prof. Dr. med. Hans-Georg Predel ist Leiter des Instituts für Kreislaufforschung und Sportmedizin an der Deutschen Sporthochschule Köln.

Update Sportmedizin

Die Präsentation stellt Studien und wichtige Erkenntnisse zur gesundheitlichen Bedeutung des Sports vor.



Prof. Dr. med. Matthias Leschke
Klinik für Kardiologie, Angiologie und Pneumologie
Klinikum Esslingen a. N.
Hirschlandstr. 97, 73730 Esslingen
Tel.: 0711 3103-2401
Fax: 0711 3103-2405
m.leschke@klinikum-esslingen.de

Prof. Dr. med. Matthias Leschke ist seit 1998 Chefarzt der Klinik für Kardiologie, Pneumologie und Angiologie des Klinikums Esslingen. Er ist u. a. Managing Editor der Zeitschrift „Klinikarzt“ und im wissenschaftlichen Vorstand der Südwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin tätig.

Update Kardiologie

Es werden die wichtigsten Studien und soweit vorliegend die neuen Leitlinien zu den wichtigen kardiologischen Krankheitsbildern Herzinsuffizienz, akutes Koronarsyndrom mit kardiogenem Schock, Lungenembolie, Synkope sowie Vorhofflimmern und arterielle Hypertonie diskutiert.

Bei der therapierefraktären arteriellen Hypertonie hat sich die renale Sympathikusdenervierung als eine wesentliche Therapiemaßnahme herauskristallisiert, die mit einer Verbesserung der diastolischen Dysfunktion, Hypertrophieregression und Verbesserung metabolischer Parameter einschließlich des Schlafapnoe-Syndroms einhergeht.

Die aktuellen Studien zum Einsatz der Stammzelltherapie bei der Herzinsuffizienz sind unverändert enttäuschend. Monozentrische Daten bisheriger Erfolge werden zunehmend skeptisch und kritisch bewertet.

Eine niedrige Dosierung von Rivaroxaban (2 x 2,5 mg pro Tag) hat bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom, die nach optimalen Kriterien leitliniengerecht einschließlich einer Koronarintervention behandelt wurden, zu einer Mortalitätssenkung geführt. Deswegen wurde in den neuen Leitlinien zum akuten Koronarsyndrom diese Therapieoption in Kombination mit einer dualen Thrombozyten-aggregationshemmung aus Aspirin und Clopidogrel aufgeführt.

Spannend bleibt die Frage, ob langfristig eine duale Therapie aus einem Thrombozytenaggregationshemmer und einer Antikoagulanz (Marcumar oder die neuen oralen Antikoagulantien) genauso wirksam ist, wie eine Triple-Therapie. In der WOEST-Studie waren im Rahmen einer Triple-Therapie (Aspirin, Clopidogrel und Vit.-K-Antagonisten) gegenüber einer dualen Therapie aus Vit.-K-Antagonisten und Clopidogrel 40 % mehr Blutungen einschließlich einer Mortalitätszunahme dokumentiert. In der Behandlung der Lungenembolie erfüllte Rivaroxaban die Kriterien der Nicht-Unterlegenheit gegenüber der bisherigen Therapie aus einem primären Einsatz eines niedermolekularen Heparins mit anschließender Antikoagulation mit einem Vit.-K-Antagonisten. Schwerwiegende Blutungen waren unter Rivaroxaban seltener.

In den neuen Leitlinien zum Vorhofflimmern wurden die neuen oralen Antikoagulantien Apixaban, Dabigatran und Rivaroxaban als gleichwertig eingestuft. Es wird eine Risikostratifizierung der Patienten mit Vorhofflimmern nach dem CHA₂DS₂-Vasc-Score empfohlen. Bereits bei Vorliegen eines Risikofaktors wird der Einsatz von den neuen oralen Antikoagulantien empfohlen, denen auf Grund der niedrigeren Blutungsrate, der größeren therapeutischen Breite, der geringeren Interaktionen und der fehlenden Notwendigkeit des Monitorings der Vorzug gegeben.

Bei den Synkopen wird zunehmend der Einsatz eines Ereignisrecorders (Eventrecorders) gefordert. Patienten mit neurokardiogener Synkope und dokumentierten Asystolien profitieren von dem Einsatz eines DDD-Schrittmachers.



Prof. Dr. med. Curt Diehm
SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach
Abteilung Innere Medizin und Gefäßmedizin
Guttmannstr. 1; 76307 Karlsbad
Tel.: 07202 61-3340
Fax: 07202 61-6167
curt.diehm@kkl.srh.de

Prof. Dr. med. Curt Diehm ist Chefarzt der Abteilung für Innere Medizin und Gefäßmedizin am SRH Klinikum Karlsbad, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Heidelberg, mehrmaliger Präsident der Deutschen Gesellschaft für Angiologie (DGA) und Vorsitzender der Deutschen Gefäßliga e. V. sowie langjähriges Beiratsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin.

Update Angiologie

Woran sterben wir weltweit? (Global Burden of Disease Study WHO 2010)

Die größte Studie zu den Krankheiten der Menschheit, die es je gab, ist im Dezember 2012 in LANCET veröffentlicht worden. 486 Autoren aus 50 Nationen haben Gesundheitsdaten aus mehr als 180 Ländern ausgewertet. Hoher Blutdruck ist die weltweit größte Gesundheitsgefahr, gefolgt von Rauchen und Alkohol. Insgesamt starben im Jahre 2011 852 000 Menschen, insgesamt 0,7 % (6440 Menschen) weniger als 2010. 40 % aller Todesfälle waren durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursacht. Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind zwar um 1 % zurückgegangen, bleiben aber die führende Todesursache.

Zulassungsstatus neuer oraler Antikoagulanzen (NOAKs)

Der Zulassungsstatus sieht im Januar wie folgt aus: **Dabigatran (Pradaxa®**, Thrombininhibitor: 110 mg, 150 mg, 75 mg) ist zugelassen zur Prävention von Schlaganfällen und Embolien bei nichtvalvulärem VHF sowie zur Thromboseprophylaxe nach elektivem Hüft – und Kniegelenkersatz. **Rivaroxaban (Xarelto®**, Faktor -Xa –Inhibitor: 10 mg, 15 mg, 20 mg) ist zugelassen zur Akuttherapie bei tiefer Beinvenenthrombose (TVT) und Lungenembolie (LE), ferner zur Langzeitrezidivprophylaxe der TVT und LE sowie zur

Prävention von Schlaganfällen und Embolien bei nichtvalvulärem VHF und mindestens einem kardiovaskulären Risikofaktor (20 mg) und zur Thromboseprophylaxe nach elektivem Hüft – und Kniegelenkserersatz. **Apixaban (Eliquis®)** (Faktor-Xa –Inhibitor: 2,5mg, 5 mg) ist zugelassen zur: Thromboseprophylaxe nach elektivem Hüft- und Kniegelenkserersatz sowie Prävention von Schlaganfällen und Embolien bei nichtvalvulärem VHF und einem oder mehreren kardiovaskulären Risikofaktoren.

Carotisstenose: Neue AWMF – S-3 Leitlinie (Reg. Nr. 004/028)

Im Dezember 2012 wurden die neuen AWMF-Leitlinien zur Carotisstenose veröffentlicht. Eine Carotisstenose von > 50 % findet sich in 1–3 % aller Erwachsenen. Im Alter ab 65 steigt die Prävalenz auf 6–15 %. Ca. 20 % aller ischämischen Schlaganfälle werden durch Stenosen oder Verschlüsse der hirnversorgenden Arterien ausgelöst, d. h. in Deutschland erleiden jährlich ca. 30 000 Menschen einen karotisassozierten Schlaganfall. Die wichtigsten Therapiekriterien sind: der Stenosegrad und die Abgrenzung symptomatisch/asymptomatisch. Wer sollte in der Praxis auf eine Carotisstenose gescreent werden? Patienten mit erhöhtem vaskulären Risiko (z.B. wg. KHK, PAVK, Diabetes, Nikotinabusus). Auskultation wegen mangelnder Sensitivität und Spezifität nicht geeignet. Methoden der Wahl sind Dopplersonographie oder farbkodierte Duplexsonographie. Ergänzende Bildgebung mit CT-Angiographie und MR-Angiographie möglich. Wann muss wie therapiert werden? Die **Indikation** zur invasiven Behandlung muss immer interdisziplinär gestellt werden – mit Neurologen. Patienten mit asymptomatischer Carotisstenose müssen optimal konservativ behandelt werden (ASS 75–325 mg, Einstellung des RR und des LDL Cholesterins).

Eine **Carotisendarteriektomie (CEA)** kann in Erwägung gezogen werden bei einem Stenosegrad zw. 60–99 %. Extreme Zurückhaltung empfohlen. In dem Gefäßchirurgischen Zentrum, mit dem Sie zusammenarbeiten sollte das Risiko nicht über 3 % liegen. Bei symptomatischer Carotisstenose und einem Stenosegrad von 70 % ist die TEA Methode der Wahl.

Carotisstenting (CAS) kommt nach aktueller Datenlage bei asymptomatischer Stenose als Alternative infrage, wenn erschwerte anatomisch – chirurgische Bedingungen („hostile – neck“) vorliegen, ein erhöhtes OP – Risiko besteht. Oder wenn der Patient auf dieses Verfahren drängt. CAS wird in praxi auch durchgeführt bei Restenose nach CEA und bei radiogenen Stenosen.



Prof. Dr. med. Mark Dominik Alscher
Allgemeine Innere Medizin und Nephrologie
Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart
Auerbachstr. 110, 70376 Stuttgart
Tel.: 0711 8101-3496
Fax: 0711 8101-3792
Dominik.Alscher@RBK.de

Prof. Dr. med. Mark Dominik Alscher ist Ärztlicher Direktor am Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart, Chefarzt der Abteilung Allgemeine Innere Medizin und Nephrologie sowie Leiter des Notaufnahmезentrums.

Update Nephrologie

Aufgrund des demographischen Wandels nimmt die Zahl der Nierenerkrankungen weiter weltweit zu. Das Anwachsen des Anteils älterer Patienten mit Hypertonie und Diabetes mellitus ist die Erklärung. In der erwachsenen Bevölkerung findet sich ein Anteil von bis zu 15 % der Menschen mit chronischen Nierenerkrankungen. Damit ist es für alle Ärzte sinnvoll, sich mit neuen Aspekten in der Diagnose und Therapie von Nierenerkrankungen zu beschäftigen.

Im Vortrag wird natürlich im Sinne der sekundären Prävention auf die Progressionsbeeinflussung eingegangen. Die Gabe von ACE-Hemmern und/oder Angiotensin-Rezeptorblockern, auch in Kombination mit Reninantagonisten ist derzeit hinsichtlich der Kombinationstherapie in Diskussion oder wird als kontraindiziert neu eingestuft. Weiterhin sind die Zielblutdruckwerte in Diskussion, insbesondere für verschiedene Altersgruppen. Die entsprechende Literatur wird referiert.

Hinsichtlich der Pathophysiologie von Nierenerkrankungen sind einige neue Aspekte zu erwähnen, insbesondere sind die neuen internationalen Leitlinien (International Society of Nephrology) zur Therapie wichtig und kritisch zu diskutieren. Auch dies wird an einigen praktischen Beispielen thematisiert werden.

Als dritte Gruppe ist der Nierenersatz (Nierentransplantation, Hämodialyse und Peritonealdialyse) und auch die Vorbereitung der Patienten für diese Verfahren von praktischer Relevanz und soll kurz hinsichtlich neuer Entwicklungen referiert werden.

In der Akutmedizin sind das akute Nierenversagen und hier insbesondere das kardio-
renale Syndrom von zunehmender Relevanz. Es gibt einige Studien zu diesem Thema,
die durchaus kontrovers sind. Für das akute Nierenversagen, welches eine große prog-
nostische Bedeutung hinsichtlich des Erreichens von Endpunkten (Mortalität) hat sind
neue Daten vorhanden. Die aktuellen Klassifikationssysteme, die Therapie, aber auch
prognostische Marker werden Teil des Vortrages sein.



Prof. Dr. med. Stefan Krämer
Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie und
Nuklearmedizin
Klinikum Esslingen a. N.
Hirschlandstr. 97, 73730 Esslingen
Tel.: 0711 3103-3351
Fax: 0711 3103-3377
radiologie.sek@klinikum-esslingen.de

Prof. Dr. Stefan Christian Hagen Krämer ist seit 2006 Chefarzt an der Klinik für diagnos-
tische und interventionelle Radiologie und Nuklearmedizin, Klinikum Esslingen GmbH.

Update Radiologie

Was ist neu und relevant für den Internisten und Allgemeinarzt?

Die Fortentwicklung der diagnostischen Radiologie hat in den letzten Jahren, insbeson-
dere in den stark technisch ausgerichteten Teilbereichen der Kernspintomographie und
Computertomographie, seinen Lauf genommen. Nach einigen Jahren der Stagnation
hat insbesondere die Computertomographie mit neuen Technologien und dosissparen-
den Untersuchungsprotokollen neue Untersuchungsfelder bzw. Erweiterungen des
Indikationsspektrums erschlossen. Beispielhaft soll dies im Folgenden an exponierten
Körperregionen und jeweils für morbiditätsrelevante Krankheitsbilder aufgezeigt wer-
den: Kopf/Schlaganfall, Herz/KHK, Thorax/Bronchialkarzinom und Bauch/akutes Abdo-
men. In sämtlichen der vorgenannten Themengebiete liegen hochrangig publizierte
Arbeiten aus den vergangenen zwei Jahren vor, so dass davon auszugehen ist, dass die
unterschiedlichen Verfahren, sofern nicht bereits geschehen, Einzug in die klinische

Routine erhalten werden. Für die Schlaganfalldiagnostik ist dies durch moderne Perfusionsbildgebung bereits weit fortgeschritten. Vorteile der CT gegenüber der MRT liegen zum einen in der Verfügbarkeit und zum anderen in dem deutlich geringeren Zeitaufwand. Erste Ergebnisse zeigen, dass die Patienten-selektion für eine nachfolgende Therapie mittels der Perfusionsbildgebung auch zu einem besseren klinischen Ergebnis beiträgt.

Für die Herzbildgebung und speziell die koronare Herzkrankheit wird zunehmend eine nicht invasive Möglichkeit der Abklärung gefordert. Dies sollte jedoch in erster Linie unnötige Negativ-untersuchungen ersetzen und insofern in erster Linie als Ausschlussverfahren herangezogen werden. Insofern postulieren moderne Arbeiten, dass die koronare CT-Angiographie bei niedriger oder mittlerer Prätestwahrscheinlichkeit erfolgen sollte. Bei entsprechender Patientenselektion und einem hohen Anteil an negativen Untersuchungen konnten bei nachfolgend zeitiger bzw. frühzeitiger Entlassung in den USA die Kosten gesenkt werden. Frühere Nachteile der CT-Angiographie, die in erster Linie auf einer hohen Strahlenbelastung beruhten, konnten mittlerweile durch neue technische Geräteausstattungen behoben werden. Ebenfalls in geringer Dosis sind CT-Untersuchungen der Lunge aufgrund der geringen Strahlendichte möglich. Diese Tatsache führte zu dem Versuch eines Bronchialkarzinomscreenings bei Hochrisikopatienten. In dem entsprechenden Kollektiv konnten konsekutiv Frühkarzinome früher erkannt und behandelt werden und entsprechend zu einer verbesserten Prognose führen. Unbekannt bleibt allerdings, inwiefern die Methode auf weniger risikobehaftete Patientengruppen ausgedehnt werden kann.

Trotz einer deutlich höheren Strahlendichte des Abdomens wurden ebenfalls Arbeiten zu der Niedrigdosis-CT in diesem Bereich publiziert. Vorteile gegenüber den endoskopischen Verfahren sind in erster Linie in der Darstellung von Strukturen außerhalb der Hohlorgane zu sehen. Insbesondere bei unklaren Befunden bzw. fraglichen klinischen Verdachtsdiagnosen konnte durch die CT in einer Vielzahl der Fälle die tatsächliche und häufig anders lautende Diagnose gestellt werden. Auch für den abdominellen Bereich berichten die entsprechenden Studien eine frühere Entlassung und geringere Krankenhauskosten bei entsprechender Ausschlussdiagnostik.



Dr. Jutta Hübner
Leiterin Bereich Palliativmedizin, supportive und komplementäre Onkologie, Universitäres Centrum für Tumorerkrankungen–UCT der J. W. Goethe-Universität Frankfurt
Theodor-Stern-Kai 7
60595 Frankfurt/Main
Tel.: 069 6301-5814
Fax: 069 6301-5091

Dr. med. Jutta Hübner ist seit 2007 Sprecherin des Arbeitskreises Komplementäre Onkologische Medizin der Deutschen Krebsgesellschaft, seit 2010 Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Prävention und Integrative Onkologie der Deutschen Krebsgesellschaft mit den Schwerpunkten Prävention, Ernährung, körperliche Aktivität und Komplementäre Onkologie. Sie ist ferner Delegierte in mehreren S3 Leitlinien des Onkologischen Leitlinienprogramms.

Update Palliativmedizin

Palliativmedizin findet häufig in einem ethischen Spannungsfeld statt. Kritische Fragen sind die Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit des Patienten, die Wahrhaftigkeit ihm und den Angehörigen gegenüber, das Einverständnis des Patienten, die Fragestellung von Behandlungsverzicht und Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen. Die Lebensqualität ist ein entscheidendes Kriterium der Palliativmedizin. Neben der Symptomkontrolle steht die Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung im Vordergrund. Zur erfolgreichen Therapie der Symptome gehört die Analyse der Ursachen und der gezielte Einsatz von Medikamenten oder anderen Behandlungsverfahren. Nicht nur der Patient, sondern auch die Angehörigen bedürfen der Aufmerksamkeit in der Palliativmedizin.

Möglichkeiten der Symptomkontrolle: Die Ursachen für Appetitmangel und Gewichtsverlust können in der palliativen Situation vielfältig sein. Wesentliches Element in der Behandlung ist eine geduldige und erfahrene Ernährungsberatung und individuelle Zusammenstellung der Nahrung. Die medikamentöse Appetitanregung ist nur bedingt erforderlich. In aller Regel macht eine enterale oder parenterale Ernährung in der weit fortgeschrittenen Krankheitssituation keinen Sinn. In diesem Fall sollte, wenn erforderlich, nur eine vorsichtige Flüssigkeitsgabe erfolgen.

Viele Patienten leiden unter Obstipation wenn sie Opiode einnehmen. Lokale Maßnahmen wie Mikroklyisma, Klistier oder Einläufe können hilfreich sein. Laxanzien sollten in Anpassung an die Tumorsituation und bei Opiattherapie auch prophylaktisch verabreicht werden. Bei stimulierenden Laxanzien muss zuvor eine obstruktive Komponente der Obstipation ausgeschlossen werden. Eine spezifische Therapie bei opiatbedingter Obstipation stellt das Medikament Methylnaltrexoniumbromid dar. Besteht eine Symptomatik und ist auch eine palliative Operation nicht sinnvoll oder möglich, sind symptomatische Maßnahmen erforderlich. Ist trotz einer optimalen medikamentösen Einstellung keine Verbesserung der Situation zu erreichen, so ist eine PEG als Ablaufsonde eventuell sinnvoll. Dyspnoe ist ein häufiges palliativmedizinisches Symptom. In der Symptomorientierten Therapie steht die Normalisierung der Tachypnoe und Atemarbeit durch Opiateinsatz im Vordergrund. Die Sauerstofftherapie führt nur in wenigen Fällen zu einer messbaren Verbesserung. Eine Anxiolyse mit Benzodiazepinen kann bei fortbestehender Unruhe hilfreich sein.

Sterbebegleitung: Wenn der Tod absehbar ist, ist es Aufgabe der Palliativmedizin, ein würdevolles Sterben zu ermöglichen. Dazu muss die Symptomkontrolle weiter fortgeführt werden. Einer der zentralen Gedanken der Palliativmedizin ist es, Sterben als einen gelingenden Abschluß des Lebens zu begreifen. Das Sterben eines Menschen ist kein Misserfolg, sondern eine Herausforderung auch an den Arzt, einen Menschen und seine Angehörigen in dieser Lebensphase zu begleiten.



Prof. Dr. med. Bernhard Hellmich
Klinik für Inneren Medizin, Rheumatologie
Kreiskliniken Esslingen, Klinik Plochingen
Am Aussichtsturm 5, 73207 Plochingen
Tel.: 07153 604-62400
Fax: 07153 604-66409
b.hellmich@kk-es.de

Prof. Dr. med. Bernhard Hellmich ist seit 2007 Chefarzt der Klinik für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie der Kreiskliniken Esslingen. Zuvor war er Oberarzt am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein in Lübeck.

Update Rheumatologie

Die rasante Entwicklung im Bereich der Therapie entzündlich-rheumatischer Erkrankungen ist ein Paradebeispiel für eine erfolgreiche translationale und Patienten-nahe Forschung. Neue Kenntnisse zu pathogenetisch relevanten Zytokinen, Signaltransduktionsmechanismen, Aktivierungskaskaden und anderen Zielmolekülen konnten zur Entwicklung innovativer gezielter Therapieverfahren genutzt werden. Der erste Schritt auf diesem Weg war die Einführung der TNF-alpha Blockade vor etwa 10 Jahren.

Meilensteine in der Therapie der Rheumatoiden Arthritis (RA) in den vergangenen 12 Monaten waren Studienergebnisse zu sogenannten „Small Molecules“. Dabei handelt es sich um eine bereits in der der Onkologie bekannte Substanzklasse, die nicht wie die Biologika bestimmte Zytokine hemmen, sondern in die Signaltransduktion eingreifen.

Am weitesten fortgeschritten in der Entwicklung sind derzeit sogenannte Janus-Kinase (JAK)-Inhibitoren. Im Jahr 2012 publizierte Ergebnisse großer Phase-III-Studien konnten zeigen, dass bei RA-Patienten eine Therapie mit dem JAK-Inhibitor Tofacitinib nach Versagen einer Therapie mit Methotrexat oder TNF-alpha-Inhibitoren zu einem ähnlich guten Ansprechen führt wie die Gabe von Biologika. Mit einer Zulassung der ersten JAK-Inhibitoren zur Therapie der RA ist im Laufe des Jahres 2013 zu rechnen.

Erste Studienergebnisse zu den sogenannten biologischen Therapieverfahren liegen seit kurzem auch für die Therapie systemischer Autoimmunerkrankungen wie den Kollagenosen und Vaskulitiden vor. Mit Belimumab, einem BAFF-Antagonisten, der die Aktivierung von B-Lymphozyten hemmt, wurde erstmal ein Biologikum ausschließlich für die Therapie des systemischen Lupus erythematodes zugelassen. Zudem wird für Anfang 2013 die Zulassung von Rituximab zur Therapie der ANCA-assoziierten Vaskulitiden erwartet.

Neuigkeiten gibt es zudem zur Klassifikation und Diagnose einiger Autoimmunerkrankungen. So wurden im Jahr 2012 neue Klassifikationskriterien für die Polymyalgia rheumatica und das Sjögren Syndrom publiziert und die Chapel-Hill-Klassifikation der Vaskulitiden überarbeitet. Die Wegenersche Granulomatose wird gemäß der neuen international konsentierten Nomenklatur zukünftig als „Granulomatose mit Polyangiitis“ bezeichnet. Zudem konnte in einer internationalen Genom-weiten Assoziationsstudie gezeigt werden, dass die sogenannten ANCA-assoziierten Vaskulitiden tatsächlich eine gemeinsame genetische Grundlage haben.

Für die freundliche Unterstützung bedanken wir uns bei folgenden Firmen



Abbott Arzneimittel GmbH (Hannover)



Astra Zeneca GmbH (Wedel)



Bayer Pharma AG (Berlin)



B. Braun Melsungen AG (Melsungen)



Berlin Chemie AG (Berlin)



Biotronik GmbH & Co. KG (Berlin)



Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG (Ingelheim a. R.)



Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA (München)



Dr. Falk Pharma GmbH (Freiburg)



Gilead Sciences GmbH (Martinsried bei München)



GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG (München)



Iroco Cardio GmbH (USA)



Janssen-Cilag GmbH (Neuss)



Lilly Deutschland GmbH (Bad Homburg)



Medtronic GmbH (Meerbusch)



MSD Sharp & Dohme GmbH (Haar)



Mundipharma GmbH (Limburg)



Novartis Deutschland GmbH (Nürnberg)



ResMed GmbH & Co. KG (Martinsried)



Sanofi-Aventis Deutschland GmbH (Frankfurt a. M.)



Servier Deutschland GmbH (München)



St. Jude Medical GmbH (Eschborn)



ZOLL CMS GmbH (Köln)

Nächste Fortbildungsveranstaltung

**14. Esslinger Arteriosklerosegespräch
„Der vaskuläre Notfall“**

13. April 2013

ATRIUM Stuttgarter Flughafen

Terminal 1

9:00 –14:00 Uhr

Wir freuen uns, Sie dort zu begrüßen!

Mehr Infos auf: www.medizin-aktuell-esslingen.de

Redaktion und Kongressorganisation:
MEDITEXT Dr. Antonic, Ostfildern
www.meditext-online.de



Ärzteschaft
Nürtingen



MEDIZIN AKTUELL

Jetzt auch im Internet:

www.medizin-aktuell-esslingen.de

Jetzt NEU in der

SCHLAGANFALL

PRÄVENTION bei Vorhofflimmern*

DAS

PRADAXA®-
PRINZIP

*Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen Patienten mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren:

- Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie
- Linksventrikuläre Ejektionsfraktion < 40 %
- Symptomatische Herzinsuffizienz, \geq NYHA Klasse II
- Alter \geq 75 Jahre
- Alter \geq 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzkrankung oder arterielle Hypertonie

Pradaxa®
Dabigatranetexilat

Pradaxa® 75 mg/110 mg/150 mg Hartkapseln, Wirkstoff: Dabigatranetexilat. Verschreibungspflichtig. Zusammensetzung: Jede Hartkapsel enthält 75 mg/110 mg/150 mg Dabigatranetexilat (als Mesilat); *Sonstige Bestandteile:* Weinsäure, Arabisches Gummi, Dimeticon 350, Talkum, Hyprolose, Carrageenan, Kaliumchlorid, Titandioxid, Indigokarmin (E 132), Gelborange S (E 110), Hypromellose, gereinigtes Wasser, Schellack, Butan-1-ol, 2-Propranol, Ethanol vergällt (mit Aceton, Methanol und Acetylacetat), Eisen(II,III)-oxid (E 172), Propylglykol. **Anwendungsgebiete:** Primärprävention von venösen thromboembolischen Ereignissen bei erwachsenen Patienten nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenkersatz. Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen Patienten mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: Vorausgegangener Schlaganfall; transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie; linksventrikuläre Ejektionsfraktion < 40 %; symptomatische Herzinsuffizienz, \geq New York Heart Association (NYHA) Klasse 2; Alter \geq 75 Jahre; Alter \geq 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzkrankung oder arterielle Hypertonie. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile; schwere Beeinträchtigung der Nierenfunktion (Kreatinin-Clearance < 30 ml/min); akute, klinisch relevante Blutung; Läsionen oder klinische Situationen mit hohem Risiko einer schweren Blutung; spontane oder pharmakologisch bedingte Einschränkung der Hämostase; Beeinträchtigung der Leberfunktion oder Lebererkrankung, die Auswirkungen auf das Überleben erwarten lässt; gleichzeitige Behandlung mit systemisch verabreichtem Ketoconazol, Ciclosporin, Itraconazol, Tacrolimus und Dronedaron. **Nebenwirkungen:** Anämie, Hämoglobin vermindert, Nasenbluten, gastrointestinale Blutung, urogenitale Blutung, Bauchschmerzen, Diarrhoe, Dyspepsie, Übelkeit, Thrombozytopenie, Hämatokrit vermindert, Arzneimittel-Überempfindlichkeit, Hautausschlag, Pruritus, allergische Reaktion, intrakranielle Blutungen, Hämatom, Hämoptyse, Wundblutung, Blutung, rektale Blutung, hämorrhoidale Blutung, gastrointestinale Ulzera, Gastroösophagitis, gastroösophageale Refluxkrankheit, Erbrechen, Dysphagie, abnorme Leberfunktion/abnormer Leberfunktionstest, Leberenzyme erhöht, Transaminasen erhöht, Hyperbilirubinämie, Hautblutung, Hämarthrose, Hämaturie, blutige Absonderung, traumatische Blutung, postoperatives Hämatom, postoperative Blutung/Anämie/Absonderung, Wundsekretion, Wunddrainage, Urinkarria, Blutung an einer Injektionsstelle, Blutung an der Eintrittsstelle eines Katheters, Blutung am Inzisionsort, postoperative Drainage, Bronchospasmus. Weitere Einzelheiten enthalten die Fach- bzw. Gebrauchsinformationen, deren aufmerksame Durchsicht wir empfehlen. Stand der Information: August 2012