

Antworten auf offene Fragen bei den Hausarzt Fortbildungstagen St. Gallen, 04.-05. März 2022

Freitag, 04. März 2022

Vortrag: Häufige Gynäkologische Infektionen – Dr. med. Alexander Markus

Wie häufig ist eine Adnexitis?

Genauere Zahlen gibt es nicht. Der Häufigkeitsgipfel liegt bei ca. 25 Jahren. Häufig wechselnde Geschlechtspartner und Sex ohne Kondom begünstigen das Auftreten einer Adnexitis.

Wirkt Gynoflor präventiv für Trichomonaden Infektionen?

Da es sich bei der Trichomonadeninfektion um eine Geschlechtskrankheit handelt, wirkt Gynoflor nicht präventiv. Eine gewisse Prävention gibt es für die Bakterielle Vaginose.

Sensitivität Abstrich versus PCR aus Urin bei STD?

Der direkte Abstrich aus der Urethra und/oder der Zervix ist sensitiver und man bekommt zudem eine Resistenztestung, was bei der PCR im Blut nicht möglich ist.

Vaginale Probiotikum - können die helfen (für bakt. Vaginose). Gibt es welche?

Meistens handelt es sich um fehlende oder zu wenige Laktobazillen in der Vagina. Die Frauen leiden dann gehäuft an bakterieller Vaginose oder Soor. Ausser der medikamentösen Therapie mit z.B. Gynoflor (rezeptpflichtig) oder Gynofit (Selbstzahlerleistung) kann man auch einen Versuch mit vaginal verabreichtem Joghurt versuchen (z.B. LC1).

Welche Lokalthherapie Namen Präparate? Ich nehme an, dass es um die lokale Soorthherapie geht. Prinzipiell kann man für die lokale Therapie alle Cremes nehmen, z.B. Mykolog, Canesten, usw..

Vorträge: COVID-19, was ist anders als bisher? & Asthma – Arbeitsteilung Hausarzt-Pneumologe – Prof. Dr. med. Robert Thurnheer

Bezüglich Diagnostik empfehlen Sie, die reversible Obstruktion min. einmal nachzuweisen. Einige junge Patienten haben eine typische Anamnese mit anfallsweiser Dyspnoe und/oder Husten mit gutem Ansprechen auf Inhalativa, in der Praxis aber eine normale Spirometrie. Sollen wir diese alle zum Pneumologen überweisen?

Die meisten Asthma-Patientinnen werden bestens von den niedergelassenen KollegInnen betreut und Pneumologen sind oft nicht nötig. Wenn jemand aber über längere Zeit Inhalativa inklusive topische Steroide inhaliert, finde ich eine Diagnose keinen Luxus. Wer anfallsweise Dyspnoe hat, hat wahrscheinlich in diesem Moment auch eine eingeschränkte Lungenfunktion. In diesem Moment kann sicherlich mittels Peak-Flow Messung eine reversible Bronchialobstruktion sehr günstig durch einen kooperativen Patienten nachgewiesen werden. Auch das würde meiner Ansicht nach genügen. Die Diagnose des «cough-variant asthma», d.h. Normale LuFu, bronchiale Hyperreagibilität und Ansprechen auf systemische Steroide kann man ohne Bronchoprovokation nicht stellen. Wenn ein chronischer Husten auf inhalative Steroide innerhalb nützlicher Frist anspricht, ist das sicherlich auch (ohne Bronchoprovokation) in Ordnung.

Wie diagnostiziert man einen Patienten mit Asthma bronchiale in Kombination mit einem COPD?

Das ACO (Asthma-COPD-Overlap) kann man vermuten, wenn anamnestische Hinweise für beide Erkrankungen vorliegen und lungenfunktionell zeigen, dass eine teil-reversible Obstruktion vorliegt

mir begegnen immer noch Asthma- Patienten die nur mit kurzwirksamen betamimetika "behandelt" sind- sie kennen auch keinen Peak-flow- keine Schulung. wo ansetzen?

Ja, ich teile diese Sorge. Man darf heute sagen, dass dies wirklich ein medizinischer Fehler ist. Diese SABA lindern halt die Symptome rasch und sind darum so beliebt aber können einen bedrohlichen Verlauf kaschieren. Peak-

Flow Schulung und Notfallplan erstellen ist sehr zeitaufwändig, besonders wenn noch Faktoren wie z.B. Fremdsprachigkeit oder verminderte Auffassungsgabe dazukommen. Dass die knapp bemessenen Konsultationszeiten in einer Praxis hier nicht genügen, kann man niemandem verübeln. Eine engagierte Pneumologin hilft sicher gerne in so einem Fall.

Empfehlen Sie bei gut eingestellten und zufriedenen Asthmapatienten eine jährliche Lungenfunktionskontrolle?

Nein. Asthmakontrolle lässt sich sehr gut mit dem Asthma Control Test anamnestisch erheben. Therapieanpassungen (Intensivierung und Deeskalation) können sich danach richten.

Samstag, 05. März 2022

Vortrag: Schlaganfall – Akut- und Postmanagement – Dr. med. Jochen Vehoff

Welches Medikament als Sekundärprophylaxe bei TIA?

Wenn die Voraussetzungen für eine doppelte Thrombozytenaggregationshemmung erfüllt sind (<24h, leichter Hirnschlag (NIHSS ≤ 3) oder Hochrisiko-TIA (ABCD2-Score ≥ 4)), soll für 21 Tage eine doppelte Thrombozytenaggregationshemmung, bestehend aus ASS, 100mg/d, und Clopidogrel, 75mg/d, mit einer initialen Aufsättigungsdosis von 300mg durchgeführt werden, gefolgt von einer Monotherapie mit einer der beiden Substanzen. Ansonsten möglichst rascher Beginn mit ASS. Darüber hinaus Behandlung der vaskulären Risikofaktoren, wenn vorhanden.

Ich betreue einen Patienten (71jährig) mit permanentem Vorhofflimmern - seit Jahren unter Xarelto in therapeutischer Dosierung, der kürzlich einen Zentralarterienverschluss erlitt. Kardiologische und neurologische Abklärung waren unauffällig. Das Xarelto wurde probatorisch umgestellt auf Eliquis in therapeutischer Dosierung. Müsste man noch etwas anderes unternehmen in dieser Situation?

Sofern mögliche andere Ursachen, insb. eine Carotisstenose, gesucht und nicht objektiviert werden konnten ist die vorgeschlagene Therapie so sinnvoll und es braucht keine weiteren diagnostischen oder therapeutischen Massnahmen, abgesehen von einer strikten Kontrolle und Behandlung etwaiger Risikofaktoren. Wichtig wäre sich zu vergewissern, dass nicht eine unregelmässige Einnahme des NOAK ursächlich gewesen sein könnte, da in diesem Fall whs. auch unter Apixaban ein ungenügender Schutz besteht.

Vortrag: Sexuell übertragbare Krankheiten in der Praxis – Dr. med. Michela Cipriani

Ab welchem Stadium bei positiver Syphilis wäre eine Zuweisung zum Infektionsgefahr sinnvoll

Eine Zuweisung ist jederzeit möglich (unabhängig vom Stadium), falls Sie kein Benzathinpenicillin in Ihrer Praxis haben und falls die Patientin / der Patient neurologische Symptome haben sollte (in diesem Fall Lumbalpunktion nötig).

Vortrag: Osteoporose: Langzeitbehandlung für eine stille Krankheit (Amgen)

Nach 5 Jahren Alendronat und DEXA mit Osteopenie, weiter mit Alendronat?

Antwort: Bei Osteopenie (also auch kein Fx in der Vergangenheit) und 5-jähriger Anwendung eines oralen BSP, sollte eine Pause gemacht (bei fehlen weiter Risikofaktoren) werden. Eine DXA-Messung sollte dann wieder in 2 Jahren erfolgen, ggf. kann ein Monitoring der CTX/P1NP-Parameter (bitte nüchtern zw. 07:30-09:00

abnehmen) alle 6 Monate helfen. Sollten die die Parameter ansteigen (also primär CTX) wäre ein erneuter Einsatz eines BSP möglich.

Ist die gleichzeitige Gabe von Vitamin K zu Vitamin D empfohlen zur verbesserten Aufnahme?

Dazu gibt es keine Daten. Aus meiner Erfahrung genügt eine "normale" Aufdosierung (wenn diese benötigt wird). Bei Induktion verabreiche ich 40000E pro Woche für 6 Wochen und wechsle dann in die Erhaltungstherapie (2000E/d über einen Zeitraum von 6 Monaten)

Pat. mit ossär metast. MammaCa unter Xgeva 120mg zunächst monatlich, inzwischen alle 3Mte seit 8 Jahren (onkol. Indikation). Wie lange würden Sie es weitergeben, und wenn absetzen, was dann weitergeben?

Aus rheumatologischer Sicht, kann ich die Frage nach Fortführung der Therapie in diesem speziellen Fall nicht hinreichend beantworten. Aber es gibt aus dem FREEDOM-Trial Langzeitdaten über 15 Jahre der Anwendung von Dmab ohne auftreten nennenswerter NW. Aus meiner Sicht könnte die Dosis zumindest reduziert werden - Applikation alle 6 Monate und falls abgesetzt werden sollte (oder solange keine NW dann weiterführen), dann Aclasta 5mg iv 1x/Jahr (mindestens 2x).

Vortrag: Reflux & Ulkus – Dr. med. Peter Hengstler

Dosierung der PPI als Prophylaxe bei NSAR-Therapie?

Sollte nur ein Risikofaktor für eine Ulkuskrankheit vorliegen (Alter, St.n. Ulkus, Rauchen, Helicobacter pylori, chronische Leber- oder Nierenerkrankung) vorliegen sollte die halbe Standarddosierung eines PPI (Omeprazol/Esomeprazol 20mg, Pantoprazol 20mg, Lansoprazol 15mg, Dexlansoprazol 30mg, Rabeprazol 10mg) gegeben werden. Bei Vorliegen von zwei oder mehr Risikofaktoren sollte die Standarddosierung des PPI (Omeprazol/Esomeprazol 40mg, Pantoprazol 40mg, Lansoprazol 30mg, Dexlansoprazol 60mg, Rabeprazol 20mg) gegeben werden.