

Brennende Facts: Top 5 Special – EBM approved

Zum Abschluss des KHM-Fortbildungstages stellten fünf Grundversorger Studien vor, die sie überzeugt hatten – und ein Fachmann für Evidence Based Medicine (EBM) gab seinen Kommentar dazu.

Dabei wurde klar, wie schwierig es für den Allgemeinpraktiker ist, aus der Literaturflut mit vernünftigem Zeitaufwand relevante und weiterführende Informationen herauszufiltern. PD Dr. Johann Steurer demonstrierte, wie mit EBM-Qualitätskriterien die Wertigkeit einer Studie beurteilt wird. So mancher mag den Saal mit dem festen Vorsatz verlassen haben, sich zum nächsten EBM-Workshop anzumelden.



Dr. med. Gilbert Abetel,
Orbe, stellte vor:

Balfour JA, Plosker GL. **Rosiglitazone**. Drugs 1999;57:921–30.

Der Referent stellte die Glitazone als Innovation in der Diabetestherapie vor. Die Problematik des Diabetes Typ 2 besteht einerseits in einer inadäquaten Insulinsekretion aus den β -Zellen des Pankreas, andererseits in der verminderten Sensibilität der Erfolgsorgane. Letzere sind der Angriffspunkt der Glitazone: Sie wirken in den Zellen spezifisch auf PPAR-Rezeptoren, die wiederum Gene aktivieren, welche auf den Lipid- und Glukosestoffwechsel wirken.

In der zitierten Studie wird eine Verbesserung der Inselzellfunktion sowie eine erhöhte Sensibilität von Fett-, Muskel- und Leberzellen für Glukose unter Behandlung mit Glitazonen berichtet. Bis zum Eintritt des ma-

ximalen Effektes sei eine Behandlungsdauer von 6–12 Monaten erforderlich. Die Wirksamkeit werde durch Kombinationsbehandlung mit Sulfonylharnstoffen und Biguaniden erhöht. Hepatotoxizität, wegen der Troglitazon, ein Medikament der 1. Generation, vom Markt genommen wurde, wurde bei den Glitazonen der 2. Generation bisher nicht beobachtet. Dazu gehören Pioglitazon (Actos) und Rosiglitazon (Avandia).

Dr. Abetel glaubt, dass diese Substanzen den Teufelskreis von Insulinmangel, -resistenz und Hyperglykämie in der Behandlung des Typ-II-Diabetes durchbrechen könnten. PD Johann Steurer ging dies etwas zu weit. Die berichteten Aussagen zu den Glitazonen stützten sich bisher auf Ergebnisse der Grundlagenforschung, Um eine definitive Beurteilung vornehmen zu können, müsse man qualitative Beobachtungsstudien und experimentelle Interventionsstudien abwarten.



Dr. med. Marc Müller,
Grindelwald, stellte vor:

Ram F, Robinson D. **Physical training for asthma**. Cochrane Library, Issue 3, 2000 (Review)

In einem Review acht randomisierter Studien wurde untersucht, inwieweit körperliches Training die physische und psychische Verfassung von Asthmapatienten beeinflusst. Dabei wurden ein Anstieg der maximalen Sauerstoffaufnahme (pO_2 max.) und eine Verbesserung der Herz-Lungen-Leistung beobachtet. Die regelmässige körperliche Aktivität reduzierte die Ventilation insgesamt. Ein Effekt auf die Lungenfunktion in Ruhe oder die Zahl der Asthmaanfälle konnte nicht nachgewiesen werden. Trainierte Asthmatiker beobachteten sich selbst genauer und gingen besser mit Atemnot um. Mit der Fitness stieg auch das Selbstvertrauen. Die Frage, ob sich daraus jedoch auch eine Verbesserung der Lebensqualität ergab, vermochten die Autoren aufgrund ihrer Recherche nicht zu beantworten.

Dr. Müller kritisierte, dass die Autoren dabei eine Schweizerische Studie, die in der SMW veröffentlicht wurde («Einfluss einer



stationären Rehabilitation bei chronischer Bronchitis»; Büchi et al.; 1993), ausser acht gelassen hätten. Diese Studie habe nämlich einen eindeutigen Anstieg der Lebensqualität von Patienten mit chronischer Bronchitis durch Training zeigen können.

Mit dieser Gleichsetzung war der EBM-Experte nicht einverstanden. Die Qualität und Wertigkeit einer Review sei von einer spezifischen Fragestellung abhängig. Der vom Referenten vorgenommene Vergleich zweier verschiedener Atemwegserkrankungen sei nicht zulässig. Wenn Patienten mit chronischer Bronchitis ein qualitativ besseres Leben durch Fitnesstraining führten, müsse das für Asthmakranke noch lange nicht gelten.



Dr. med. Thomas Gysin,
Basel, stellte vor:

Simon EP, Jones LC. **Clinical applications of hypnotherapy in a medical setting.** Hawaii Med J 1999;58:344–7.

Hypnose ist in der Medizin seit 1958 als ergänzende Methode anerkannt. Hypnotisierte Menschen sind motorisch entspannt, ihre sensorische Wahrnehmung und Tiefensensibilität ist herabgesetzt, ebenso sind Atem- und Pulsfrequenz, Blutdruck und Hautdurchblutung reduziert. Daraus leitet sich die Anwendung der Hypnose bei gesundheitlichen Störungen ab: So kann beispielsweise bei chronischen Schmerzen deren Wahrnehmung ausgeblendet werden, was als Lernprozess zu verstehen ist. Die Autoren haben in dieser Arbeit die Literatur nach der erfolgreichen Anwendung der Hypnose bei weiteren Erkrankungen durchsucht. Sie berichten von einer Wirksamkeit der Methode bei Hyperemesis, Reisekrankheit, Reizkolon, Asthma sowie Schmerzen unter der Geburt und perioperativ. Die Autoren folgern, dass die Hypnose eine risikofreie und akzeptierte Methode ist, die allgemein günstig kommentiert werde.

PD Steurer zeigte sich skeptisch. Erstens sei zur Beurteilung dieser Studie zunächst eine qualitative Prüfung der von den Autoren ausgewerteten Arbeiten notwendig. Zweitens gab er zu bedenken, dass eine wirklich er-

schöpfende Literatursuche extrem aufwendig sei. Häufig finde statt dessen eine selektive Auswahl statt. Und drittens: Da keine spezifische Fragestellung formuliert wurde, handle es sich bei der Arbeit nicht um eine echte Review, sondern einen Literaturüberblick.



Dr. med. Jörg Fritschi,
Pfeffingen, stellte vor:

Hoffman JR et al. **Validity of a set of clinical criteria to rule out injury to the cervical spine in patients with blunt trauma.** N Engl J Med 2000;343:94–9. Und Haydel MJ et al. **Indications for computed tomography in patients with minor head injury.** N Engl J Med 2000; 343:100–5.

Dr. Fritschi, der sich seit längerem mit der EBM beschäftigt, wollte seinen Kollegen die Nützlichkeit einer sogenannter «Decision Instrument Analysis» beweisen. In der ersten zitierten Studie wurde gefragt, wann bei einem HWS-Distorsionstrauma eine konventionelle Röntgenaufnahme tatsächlich notwendig sei. Dazu wurde eine Checkliste mit fünf Kriterien erstellt (keine Druckdolenz der Spinae, kein neurologisches Defizit, keine Bewusstseinsstörung, keine Intoxikation und andere relevante Störung): Waren diese erfüllt, wurde das Risiko einer Verletzung als gering eingestuft. In einer Vierfeldertafel verglich der Referent die Einschätzung gemäss Checkliste mit dem Röntgenbild. Daraus berechnete er die Wahrscheinlichkeit für eine knöcherne Verletzung bei positivem Testergebnis und für ein Fehlen einer Verletzung bei negativem Testergebnis (positive and negative predictive value). Zusammen mit der Prävalenz ergäbe sich daraus sowohl der Absicherungs- als auch der diagnostische Gewinn – beides die eigentlich entscheidenden Fragen im Alltag.

Anschliessend demonstrierte Jörg Fritschi diese Analyse nochmals an der zweiten Studie. In dieser wurden zunächst anhand der klinischen Befunde von 520 Patienten mit einer banalen Kopfverletzung Kriterien für die Indikation zur CT erarbeitet (Kurzzeitgedächtnisstörung, Drogen- oder Alkoholeinfluss, Alter über 60 Jahre, Kopf-

schmerz, Erbrechen, Verletzungen oberhalb der Clavicula oder Krampfanfälle). Anschliessend prüfte man die Validität dieser Kriterien an 909 Patienten.

Diese Präsentation genügte den harten Kriterien des EBM-Experten. Tatsächlich lasse sich bei einem Nein auf alle Check-Fragen eine ossäre Verletzung mit einer Wahrscheinlichkeit von 99% ausschliessen. Scheurer betonte jedoch, dass der Umkehrschluss nicht erlaubt sei: Eine mit Ja beantwortete Check-Frage bedeute nicht unbedingt einen pathologischen Befund. Die zweite Studie bezeichnete er als vorbildlich in der Prüfung ihrer Hypothese.



Dr. med. Werner Ringli,
Nidau, stellte vor:

Schulz R, Beach SR. **Caregiving as a risk factor for mortality:** the Caregiver Health Effects Study. JAMA 1999;282:2215–9.

Der Referent zitierte diese Studie, weil sie endlich das beweise, was eigentlich alle Hausärzte längst zu wissen glauben. Die Autoren konnten in einer prospektiven, bevöl-

kerungsbezogenen Kohortenstudie zeigen, dass Menschen, die ihren Partner im Alter pflegen und dadurch mental und emotional überfordert sind, eine höhere Sterblichkeit aufweisen. Wenn sich die pflegenden Partner nicht überfordert fühlen, habe dies keinen Einfluss auf die Sterblichkeit, ebenso wenig, wenn sie mit einem pflegebedürftigen Partner zusammenleben, der von anderen gepflegt wird. Erklärbar wäre die erhöhte Sterblichkeit durch die fehlende Erholungszeit und mangelnde Möglichkeiten zur eigenen Gesundheitsvorsorge und -pflege bei den dauerbelasteten Partnern. Dies gebe dem Hausarzt nun die nötigen Argumente, um Massnahmen zur Entlastung überforderter Partner, zum Beispiel durch Spitexhilfe, zu rechtfertigen.

Auch hier war Dr. Scheurer einverstanden. Die Studie an insgesamt 819 Personen, die aus einer Versicherungsliste randomisiert wurden, habe eine 65%-ige Steigerung der Mortalität unabhängig von Alter, Geschlecht, Morbidität und sozialer Schicht ergeben. Die vorgenommene Adjustierung, das heisst die Berücksichtigung dieser anderen beeinflussenden Faktoren, habe die Pflege des Partners erstmals als unabhängigen Risikofaktor gesichert.

Kathrin Grimm