

Segen und Fluch der Routine: EBM-Guidelines

Es kann nicht schaden, seine routinemässig abgewickelten diagnostischen und therapeutischen Handlungen gelegentlich zu hinterfragen. Ein ausgezeichnetes Instrument – im Sinne einer sehr schnell abrufbaren, grundversorgerspezifisch aufgearbeiteten, kompetenten Zweitmeinung – sind die EBM-Guidelines der Finnish Medical Association.

Il n'est sûrement pas nuisible de remettre en cause de temps en temps ses propres routines de diagnostic et de traitement. Les directives EBM de la Finnish Medical Association sont très rapidement consultables et sont orientées vers les besoins des médecins de premier recours. A ce titre, elles constituent un instrument excellent de recherche d'une seconde opinion compétente.

Heinz Bhend

Sind wir so kompetent, wie wir meinen?

Während meiner Weiterbildungszeit hat mir ein erfahrener Chirurg einmal gesagt, dass er vor jedem operativen Eingriff noch kurz den Anatomieatlas konsultiere. Dies hat mich damals sehr beeindruckt und ist mir seither wiederholt in Erinnerung gekommen.

Bei unseren täglichen (Routine-)Arbeiten sind nicht die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten und Anwendungen, welche wir sicher wissen und beherrschen, das Problem. Auch nicht diejenigen, welche wir sicher nicht wissen oder nicht beherrschen, denn in diesem Fall konsultieren wir notgedrungen die entsprechenden Quellen. Die problematischen Bereiche sind diejenigen, bei denen wir *meinen*, genügend kompetent zu sein.

Im Laufe der Zeit schleicht sich eine gewisse Routine ein, indem wir immer mehr Probleme nach dem bisher Bewährten lösen und angehen. Fast zwangsläufig führt das Spektrum der Routine zu einer immer grösseren Einengung, was zum Beispiel daran ersichtlich wird, dass wir plötzlich nur noch halb so viele Ampullen in der Praxis anwenden und im Notfallkoffer mittragen als zu Beginn unserer Praxistätigkeit.

Da ist es manchmal sehr hilfreich, innerhalb von Minuten kurz checken zu können, ob unsere gewählte diagnostische Methode und vor allem die Routinetherapie adäquat sind oder zumindest irgendwo auf der Welt auch noch durchgeführt werden.

Unsere Motivation, Fortbildungsveranstaltungen zu besuchen, besteht unter anderem darin, dass wir zu einem bestimmten Thema die nächsten Patienten mit dieser Problematik im Visier haben und diese möglichst gut behandeln möchten. Allenfalls werden wir auch an Patienten erinnert, welche in unserer Sprechstunde waren und möglicherweise nicht ganz optimal behandelt wurden.

Dass das an der Fortbildung erworbene Wissen dann zum konkreten Zeitpunkt präsent sein wird, ist sehr zu hoffen, aber leider nicht immer garantiert. Häufig dürfte die Routine wieder durchschlagen, da wir gerade in Stress-Situationen lieber das machen, was wir gewöhnt sind und kennen.

Unterstützende Zweitmeinung durch EBM-Guidelines

Um innert kürzester Zeit eine valable Zweitmeinung zu einer Thematik zu erhalten, haben sich bei mir die EBM-Guidelines (www.ebm-guidelines.com) (Abb. 1) bestens bewährt. Für mich sind dies nicht eigentliche Guidelines, sondern eher kurzgehaltene Zusammenfassungen des «State of the Art» oder eben Hinweise, wie man's auch noch machen könnte.

Insofern habe ich diese Angaben nie als Direktiven betrachtet, sondern immer nur als Hilfestellungen und «Ideen von aussen» verstanden. In den konkreten Situationen war ich immer sehr froh, in kürzester Zeit eine kompetente Auskunft zu erhalten.

EBM-Guidelines

Die EBM-Guidelines und das verantwortliche Team habe ich erstmals am WONCA-Kongress in London kennengelernt. Diese Arbeitsgruppe aus Finnland ist sehr innovativ und stellt die Daten online im Abonnement, auf CD-ROM, PDA (Personal Digital Assistant) und Nokia-Kommunikator zur Verfügung (Abb. 2).

Diese Guidelines wurden von der Finnish Medical Society entwickelt und in den letzten 12 Jahren intensiv getestet und angewendet.

Die entsprechenden PDF-Printouts sind auf der SGAM-Homepage unter www.sgam.ch (ressourcen/tools/ebm) einsehbar.

Korrespondenz:
Dr. med. Heinz Bhend
Alte Zofingerstrasse 72
CH-4663 Aarburg
bhend@primary-care.ch

Abbildung 1.
Homepage EBM-Guidelines.



Abbildung 2.
EBM-Guidelines auf CD-ROM, PDA
und Nokia-Kommunikator.



Das Angebot umfasst über 1000 problemorientierte «Guidelines» mit über 1700 Artikeln, detaillierte Angaben über die empfohlene Diagnostik und Therapie (inklusive genaue Medikamenten-Dosierungen). Zudem stehen Hunderte von qualitativ hochwertigen Fotografien (Dermatologie) zur Verfügung.

Als Basis dient die Cochrane-Library mit Tausenden von Abstracts und Reviews. Zu den einzelnen Themen stehen zudem diagnostische und therapeutische Zusammenfassungen in der Grössenordnung von ein bis zwei A4-Seiten zur Verfügung. Die Guidelines sind primär für den Grundversorger konzipiert.

Wie suchen? – Zum Beispiel die Migräne

Der Anwender sucht mit Hilfe von Stichworten (allenfalls mit dem Mesh-Browser)

und findet zum gewählten Thema (z.B. Migräne) die Eckdaten bezüglich Definition, Prävalenz, Symptome, Diagnose und Therapiemöglichkeiten (Abb. 3). Die elektronische Form bietet die elegante Möglichkeit, per Mausklick direkt an den «Point of interest» zu springen.

Zu den wichtigsten Kernaussagen oder Feststellungen weisen Links auf die entsprechenden Abstracts oder Originalarbeiten. So wird diese Übersichtsseite zum Ausgangspunkt einer weit verzweigten Baumstruktur, wo man sich problemlos «verlieren» könnte.

Die angebotenen Informationen sind selbstverständlich klassifiziert:

- A Strong research-based evidence
Several relevant, high-quality scientific studies with homogeneous results
- B Moderate research-based evidence
At least one relevant, high-quality study or several adequate studies
- C Limited research-based evidence
At least one adequate scientific study
- D No scientific evidence
Expert panel evaluation of other information

Praxisrelevant sind für mich vor allem die Zusammenfassungen und das Bewusstsein, dass den Aussagen EBM-basierte Arbeiten zu Grunde liegen.

Persönliche praktische Evaluation

Nach dem WONCA-Kongress habe ich zunächst begonnen, bei verschiedenen Themen, welche ich routinemässig nach einem bestimmten (bewussten oder unbewussten) «Schema» behandle, nach der Meinung dieser EBM-Guidelines zu fragen.

Zu folgenden Themen habe ich für mich wichtige Inhalte innert einer Zeit von jeweils zwei bis drei Minuten gesammelt:

- Colon irritabile
- Langzeitbehandlung Asthma bronchiale
- Prostata-Ca
- AC-Luxation
- Migräne
- Parkinson
- Enuresis nocturna
- Polyarthritits
- Spinalkanalstenose
- Divertikulitis

Für mich persönlich ist es durchaus sinnvoll, diese Nachschlagearbeit während der Konsultation durchzuführen. Dies kann während des Ausziehens/Anziehens, einer Blutentnahme oder Röntgenuntersuchung usw. geschehen – oder ich erkläre dem Patienten kurz, dass ich etwas nachschlagen möchte.

In einer zweiten Phase habe ich an einem Stichtag für jeden Patienten ein Hauptproblem definiert und geschaut, ob die EBM-Guidelines etwas dazu sagen können. Ich war erstaunt, dass ich zu ca. 80% innerhalb weniger (2–3) Minuten etwas finden konnte. Dies kann in einer konkreten Situation durchaus sehr hilfreich sein.

Da die CD-ROM und Online-Ausführung die Möglichkeit bieten, die einzelnen Themen auszudrucken, habe ich begonnen, diese als PDF-Files abzuspeichern und entsprechend zu archivieren. Teilweise habe ich Themen, die für einen bestimmten Patienten von Bedeutung sind, dessen elektronischer Krankengeschichte zugeordnet.

Die EBM-Guidelines haben mir auch schon wiederholt geholfen, Aussagen von Pharmareferenten etwas zu relativieren (z.B. bei einer Migränediagnose müsse immer mit Triptanen behandelt werden!).

Ein Versuch lohnt sich

Die EBM-Guidelines sind für 99 Euro pro Jahr online auf PDA oder CD-ROM erhältlich und sind dieses Geld sicherlich wert.

Weitere Informationen sowie die Bestelungsmöglichkeit für ein Abonnement sind zu finden unter «www.ebm-guidelines.com».

Beispiel Migräne

EBMG, 04.12.2001

Definition and epidemiology

- Migraine is a hereditary paroxysmal disease with its origin in the brainstem nuclei.
- Average prevalence in the general population is 10%, in men 4.8% and in women 14.6%. It occurs mainly in persons of working age.
- Migraine is classified into the form with aura (15%), in which the attack is preceded by prodromal symptoms, i.e. aura (e.g. visual disturbance) before the headache, and the form without aura (85%),

which begins directly with the headache.

- Factors precipitating migraine attacks include disturbances of the sleep-wake rhythm, hypoglycaemia and changes in the amount stress. The effect of nutritional factors, with the exception of alcohol, varies greatly between individuals.

Symptoms

- Prodromal symptoms on the day before the attack: yawning, desire for sweets, tiredness, change of personality.
- Aura symptoms: enlarging visual disturbance, scintillating vibrating scotomas, saw-toothed grey or bright field, numbness, speech disturbance, paraesthesia that last for 5–60 min.
- At the end of the aura phase or after it a pulsating, unilateral severe or moderate headache begins, which is followed by nausea and vomiting.
- Migraine without aura begins with the headache.
- A migraine aura can also occur without the following headache (NB: differential diagnosis).
- The attack is associated with disturbances of the autonomous nervous system, pale skin, disturbed motility of the bowel, etc.

Diagnosis

- Based on patient history and normal neurological status between attacks. In adult patients with typical migraine neuroimaging is not warranted if neurological examination is normal.

Diagnostic criteria of migraine with aura (IHS 1998)

- The patient has had at least two attacks during which three of the following symptoms have occurred:
 - The aura symptom.
 - The duration of the aura is more than 4 minutes or the patient has had two consecutive auras.
 - The aura is followed by a headache within 60 minutes.
- The headache fulfils the criteria of auraless migraine.

Diagnostic criteria of migraine without aura (IHS 1998)

- The patient has had at least five headache attacks lasting for 4–72 hours and at least

Abbildung 3.
Eckdaten zum Stichwort «Migräne».

Beispiel Inhalt „Migräne“

- ▶ [Definition and epidemiology](#)
- ▶ [Symptoms](#)
- ▶ [Diagnosis](#)
- ▶ [Treatment of migraine attack](#)
- ▶ [Preventive therapy](#)
- ▶ [Related evidence](#)
- ▶ [Bibliography](#)

two features from group A and at least one feature from group B are associated with it.

– *A. Symptoms*

- The headache is pulsating.
- The headache is unilateral.
- The headache is moderate or severe and interferes with normal daily activities.
- Physical activity aggravates the headache.

– *B. Symptoms*

- Nausea
- Vomiting
- Photophobia
- Phonophobia

Differential diagnostics

- Tension headache (no prodromal symptoms, exercise improves the condition)
- Subarachnoid haemorrhage
- Transient ischaemic attack (TIA) (dark visual field deficiency, no bright visual sensations, no subsequent headache)
- Acute glaucoma
- Meningitis (fever)
- Temporal lobe epilepsy seizure
- Horton's neuralgia (no aura, no vomiting)

Treatment of migraine attack

- Rest in a quiet, dark room.
- During a migraine attack, drugs are best absorbed rectally or as effervescent tablets or in powdered form.
- Combining metoclopramide to other migraine drugs improves their absorption.

Nonsteroidal anti-inflammatory drugs

- Acetylsalicylic acid at 1000 mg or paracetamol 1000 mg either alone or combined with metoclopramide 10–20 mg or some other nonsteroidal anti-inflammatory drug): tolfenamic acid 200 mg p.o., ketoprofen 50–100 mg p.o., naproxen 500–1000 mg p.o., diclofenac 50–75 mg i.m., ibuprofen 800 mg p.o., etc.

Triptans

- Triptans are drugs of choice in severe or incapacitating migraine attacks.
- Sumatriptan 50–100 mg p.o., 25 mg suppository, 6 mg s.c., 20 mg intranasally
- Zolmitriptan 2.5–5 mg p.o.
- Naratriptan 2.5–5 mg p.o.
- Rizatriptan 5–10 mg p.o.

- Almotriptan 12.5 mg p.o.
- Eletriptan 40–80 mg p.o.

Ergotamine derivatives

- Ergotamine tartrate 1–2 mg p.o. or rectally
- Dihydroergotamine intranasally

Other drugs

- Pitofenone-metamizol 5 ml i.m.
- Diazepam 2–10 mg p.o./rectally
- Tramadol 50–100 mg p.o./rectally/s.c.

Medication during pregnancy and lactation

- Paracetamol can be used throughout pregnancy. Tolphenamic acid and naproxen can be used in early pregnancy.
- Triptans and ergotamine are contraindicated. Sumatriptan is known to be excreted into breast milk, as probably also other triptans.

Preventive therapy

- Maintaining a steady sleep-wake rhythm and taking meals regularly, avoiding precipitating factors.
- Consider preventive medication if there are three or more attacks in a month.
- Beta receptor antagonist
 - Propranolol 20–40 mg \times 2–3, 160 mg \times 1/day
 - Metoprolol 47.5–200 mg/day
 - Atenolol 100 mg \times 1/day
 - Timolol 10 mg/day.
- Amitriptyline 10–25 mg/day, especially if tension headache is associated with the migraine.
- Sodium valproate 300–500 mg \times 2–3/day (see also follow-up treatment of epilepsy).

Intervention in chronic daily headache

- Chronic daily headache, which is frequently a combination of continuous migraine and tension headache, can be treated in a health care unit on duty by giving the patient a 12-hour infusion with 200 mg of indomethacin and 400 mg of hydrocortisone in 1000 ml of NaCl + 5% glucose.

Related evidence

- From the societal perspective sumatriptan is more cost-effective than ergotamine/caffeine or ASA/metoclopramide in the treatment of acute migraine.