

# Die Fieberpatientin beim Hausarzt

Fortbildung am Kantonsspital Liestal vom 24. November 2006

Das folgende Rezept wurde erstellt, nachdem ein von uns Hausärzten hochgeschätzter Referent Forfait geben musste, weil es, wie er sagte, seines Wissens keine genügende Evidenz zu diesem Thema gebe – was unser Problem natürlich nicht löste. Schliesslich planten zwei Hausärzte zusammen mit einem Infektiologen des Kantonsspitals Liestal (KSL) diese Fortbildung – in einer Sitzung von 45 Minuten und mit diversen E-Mails.

*La recette suivante a été concoctée après que l'un des conférenciers très apprécié de nous, les médecins de premier recours, eut déclaré forfait parce que, nous disait-il, à sa connaissance il n'existait pas assez de preuves sur ce sujet – ce qui n'a bien sûr pas résolu notre problème. Finalement, deux médecins de premier recours et un infectiologue de l'Hôpital cantonal de Liestal ont planifié cette formation postgraduée, grâce à une réunion de 45 minutes et divers e-mails.*

Edy Riesen

## Rezept für eine kräftige Wintersuppe (potion magique helvétique)

### Hauptgang<sup>1</sup>

1 grosser Kochtopf	Hörsaal im KSL
16 Würfel Bouillon	Fallvignette
8 Liter Wasser	25 Praktiker und 20 Assistenzärztinnen
5 kg Suppenfleisch vom EBM-Metzger	1 Infektiologe
Verschiedene Gemüse aus dem eigenen Garten	2 Hausärzte
Viel heisse Luft	Literatur für Hausärzte
Gewürze	Fragebogen
Pfeffer	Handout mit Warnzeichen

### Dessert

Gefüllter Apfel aus dem Ofen	Schlüsselbotschaften
Kaffee	Offene Fragen und Anregungen

<sup>1</sup> Nach Möglichkeit Saisongemüse aus dem Garten oder vom Markt verwenden.

## Fallvignette

Nach einer kurzen Einführung über den Ablauf der Veranstaltung und die Epidemiologie wurde die Fallvignette vorgestellt: eine 38jährige Frau mit einer Ohrtemperatur von 40 °C, einem Puls von 112/min, einer Atemfrequenz von 21/min, einem geröteten Rachen, geringfügig vergrösserten Halslymphknoten sowie einer unauffälligen Auskultation von Herz und Lunge. Es fand sich kein Meningismus. Abdomen und Nierenlogen waren bland.

## Fragebogen

Wir verteilten einen Fragebogen mit Items zur Beurteilung von Fieberpatienten und liessen diesen von den TeilnehmerInnen ad hoc beantworten. Die Wichtigkeit des jeweiligen Items sollte auf einer Skala mit 0 bis 4 bewertet werden. Durch eine MPA wurden die Fragebogen sofort ausgewertet (Tab. 1).

## Referat

Die im Kurzreferat (20 min) vom Infektiologen Peter Graber wie gewohnt seriös recherchierten Angaben zu Risiko, Verlauf, Labor usw. stammten alle (!) aus Spitalstudien, zum Teil sogar von Intensivstationen!!

### Diskussion

Die anschliessende Diskussion ging, in der Reihenfolge ihrer Wichtigkeit, «Punkt für Punkt» auf die angegebenen Items ein – mit Beiträgen der Hausärzte im Saal und mit Kommentaren des Infektiologen. Es zeigte sich – wie erwartet –, dass die Spital- und Hausärzte gewisse Items unterschiedlich bewerten. Für die Hausärzte ist zum Beispiel die Hypothermie kein verlässlicher Parameter, da oft mit Messfehlern gerechnet werden muss. So kann die Ohrtemperatur etwa bei einem Patienten, der soeben von draussen in die Praxis gekommen ist, falsch-niedrig sein. Dafür spielen bei den Hausärzten die Intuition – «Der Patient gefällt mir nicht» – und die sozialen Umstände des Patienten eine grosse Rolle.

Bei der Diskussion um die Laborwerte von CRP und Leukozyten kam es zu einer – zwischen «Evidenzlern» und Hausärzten fast schon notorischen – Kontroverse. Doch gibt es dazu einfach keine verlässlichen Daten aus der Praxis.

Trotzdem sind die Hausärzte überzeugt, dass ihnen die Laborparameter zusammen mit den anderen Items helfen, Fieberpatienten sicherer zu klassifizieren; wobei natürlich nicht behauptet wird, dass sich eine ätiologische Einteilung erstellen lässt.

In der Schlussrunde kam zum Ausdruck, dass unter Berücksichtigung der «red flag»-Warnzeichen mit einer sauberen kurzen Anamnese, einer Untersuchung sowie – gemäss Hausärzten – mit Hilfe einfacher Laboruntersuchen das Risiko eines Fieberpatienten sicher eingeschätzt werden kann. Cave: Die Latenz bis zum Anstieg des CRP dauert 12 bis 24 Stunden und bietet auch dann als isolierter Faktor keine Garantie für einen ungefährlichen Verlauf!

### Schlüsselbotschaften für Hausärzte

Nehmen Sie das Gefühl, der Patient könnte schwer krank sein, immer ernst und versuchen Sie, dies rational zu bestätigen. Sichern Sie ein lückenloses Follow-up oder weisen Sie den Patienten ein. Suchen Sie anamnestisch und klinisch nach «red flags», auch wenn sie das Gefühl haben, der Patient sei nicht schwer krank. Wenn Sie das nicht mit Ihrer eigenen «mindline» schaffen, benutzen Sie Tabellen oder Guidelines.

Wenn Sie keinen Hinweis auf einen gefährlichen Verlauf haben, behandeln Sie zum Beispiel mit Paracetamol oder NSAR (bei Kindern mit dem sogenannten «Zäpflest») und vereinbaren Sie klare, eventuell sogar schriftlich festgehaltene Abmachungen wie etwa einen Telefonanruf am Abend oder eine Kontrolle in zwei Tagen.

### Offene Fragen und Anregungen

Man weiss also offenbar viel über das Risikomanagement von hospitalisierten Fieberpatienten. Sicher können einige Parameter auch vom Hausarzt gut verwendet werden; diese Studienresultate sind aber nicht einfach tel quel auf die Praxis übertragbar.

Wissenschaftlich unklar ist der Stellenwert der Laborwerte beim akuten Infektpatienten mit Fieber. Wie einer der Kollegen in der Diskussion richtig bemerkte, werden oft Studien zu einzelnen Parametern durchgeführt, was jedoch nicht der hausärztlichen Praxis entspricht, in der sich eine Beurteilung vielmehr immer aus der Gesamtsituation heraus ergibt! Wie früher der Seefahrer seinen Kurs mit Hilfe der Konstellation der Gestirne, der Strömungen, Gezeiten, Winde, der Jahreszeit, der Vorräte an Bord und dann vor allem aufgrund seiner Erfahrung und Intuition festlegen musste, so versuchen heute auch wir Hausärzte in unserer täglichen Arbeit, unsere Patienten durch die Gewässer der Krankheit zu loten, immer darauf hoffend, dass uns nicht eine auf keiner Karte verzeichnete Untiefe auflaufen lässt ... Wer wagt sich an eine Studie, welche diese komplexen Abläufe untersucht und beobachtet, wie erfahrene Praktiker vorgehen? Gerade das Management von Fieberpatienten in der hausärztlichen Praxis wäre ein wunderbares Thema! Dabei sollte man die Fragen nicht auf einzelne Parameter reduzieren, sondern den ganzen Arbeitsgang mit all seinen Facetten studieren.

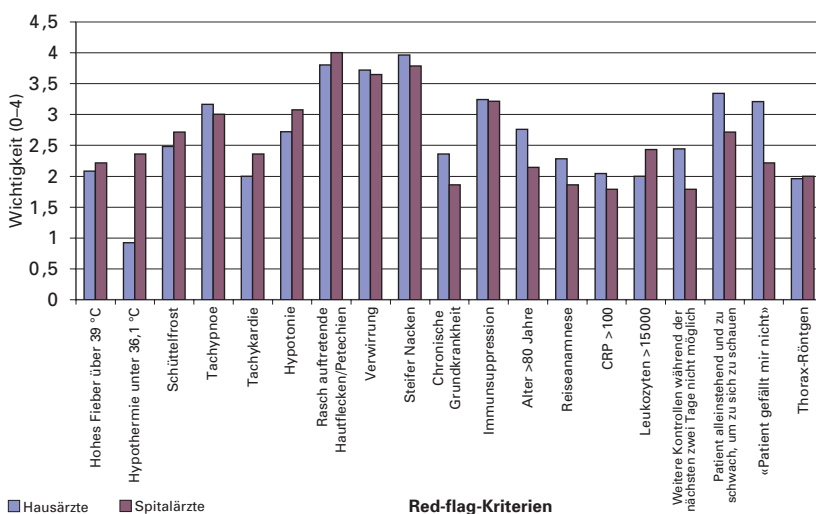


Abbildung 1

Items zur Beurteilung der Patienten; aufgeteilt nach Hausärzten und Spitalärzten.

**Tabelle 1**

Handout mit Warnzeichen und wichtigen Kriterien zur Beurteilung von Fieberpatienten.

Parameter	Bemerkung
SIRS <sup>1</sup> -Kriterien	Mortalität
– Fieber >38 °C oder Hypothermie <36 °C	Keine SIRS-Kriterien erfüllt: 3%
– Tachypnoe >20/min	2 SIRS-Kriterien erfüllt: 7%
– Tachykardie >90/min	3 SIRS-Kriterien erfüllt: 17%
– Leukozytose >12× 10 <sup>9</sup> /L oder	Sepsis: 16%
Leukopenie <4× 10 <sup>9</sup> /L oder	Schwere Sepsis: 20%
Stabkernige >10%	Septischer Schock: 46%
Hohes Fieber >40 °C	Beim Erwachsenen Warnzeichen einer schweren bakteriellen Infektion: Extremwerte auch bei Hitzeschlag oder maligner Hyperthermie
Hypothermie <36 °C	Bei älteren Patienten prognostisch schlechtes Zeichen bei bakteriellen Infektionen
Schüttelfrost	Zeichen einer Bakteriämie oder Endotoxinämie «Frösteln» bei Fieberanstieg häufig, auch bei viralen Infektionen
Meningismus	Kardinalsymptom der Meningitis
Rasch auftretende Hauteffloreszenzen mit Petechien	Warnzeichen einer invasiven Meningokokkeninfektion, akuten Endokarditis, Sepsis mit DIC
ZNS-Symptome	Bewusstseinsstörungen, fokale Anfälle, Krampfanfälle sind Warnzeichen einer Enzephalitis; generell prognostisch ungünstiger Faktor
Anamnestische Angaben	
– Neutropenie	Fieber bei Neutropenie:– unbehandelt rasche Progression möglich; AB-Therapie indiziert
– Immunsuppression	– Potentiell gefährliche, auch opportunistische Erreger möglich
– Asplenie	– Unbehandelt rasch letale Sepsis möglich
– Reiseanamnese	– Bei Tropenrückkehrern Malaria ausschliessen!
Lebensalter	In allen Studien geht ein Alter von >60 Jahren mit einer Zunahme der Mortalität einher!
Komorbidität	Unbedingt mitberücksichtigen!

1 Systemic inflammatory response syndrome.

## Danksagung

Mit bestem Dank an meine Kollegen Dr. med. Christoph Itin, Hausarzt in Liestal und Dr. med. Peter Graber, Facharzt für Innere Medizin FMH, infektiologischer Oberarzt am Kantonsspital Liestal und selbstverständlich an alle teilnehmenden Haus- und SpitalärztInnen, die während dieser Fortbildung aktiv (!) mitgemacht haben.

---

Dr. med. Edy Riesen  
 Facharzt für Allgemeinmedizin FMH  
 Hauptstrasse 79  
 4417 Ziefen  
 edy.riesen@hin.ch