

Leserbriefe: Ausser Spesen nichts gewesen?¹

Cholangiokarzinom – oder doch nur eine Grippe?



Der erste, «erfahrene» Arzt hat also recht gehabt. Der Patient hatte kein Pankreas-karzinom. Zum Glück. Wäre nämlich sehr gut möglich gewesen, der Patient ist in dem Alter, indem diese Art von Tumoren mit Vorliebe auftritt. Er hatte auch keine ischämische Hepatitis, auf jeden Fall keine schwere. Eine vaskuläre Pathologie konnte ebenfalls mit CT und MRI ausgeschlossen werden. Ob er eine medikamentöse Hepatitis gehabt haben könnte, wissen wir nicht. Hat der Patient vielleicht Lamisil® eingenommen wegen eines lästigen Fusspilzes? Vielleicht hatte seine Frau oder sein Kollege noch Reste davon, und der Patient hat das vermeintlich harmlose Medikament eingenommen. Bekanntermassen kann dies zu schweren Hepatitiden bis hin zur Lebertransplantation führen. Oder hatte der Patient in den letzten vier Wochen vor der Erstkonsultation ein Antibiotikum oder NSAR einnehmen müssen? Wir wissen es nicht. Hat er etwas chinesisches Tee eingenommen, den er vom Kollegen aus dem Turnverein erhalten hat? Verschiedene Fälle von teilweise fatalem Leberversagen wegen des Genusses solcher Tees wurden beschrieben. Aber noch einmal Glück gehabt, es war ja nur eine Grippe. Ebenfalls konnte eine akute Virushepatitis und ein Cholangiokarzinom mit Cholangitis (eine durchaus einleuchtende Differentialdiagnose) ausgeschlossen werden.

Man könnte noch einige weitere Differentialdiagnosen anführen, die beim Patienten durchaus realistisch gewesen wären. Die wichtigsten konnten jedoch ausgeschlossen werden. Von wem? Vom sogenannten unerfahrenen Arzt. Hätte der erfahrene Arzt anders gehandelt? Hätte er

gar keine Leberwerte bestimmt – statt dessen zum dritten Mal ein Blutbild? Hätte der erfahrene Arzt den sichtbaren Ikterus einfach zur Kenntnis genommen (sog. «watchful waiting»)? Dann wäre der Patient wahrscheinlich auf einer Notfallstation vorstellig geworden, wo man aufgrund des sichtbaren Ikterus eine Flut von Untersuchungen in die Wege geleitet hätte. Ich glaube, dass die beim Patienten durchgeführten Untersuchungen gar nicht vermeidbar waren, da wir keine HellseherInnen sind. Zudem waren die Abklärungen keineswegs extensiv, sondern sinnvoll und nötig. Ich hoffe, dass der unerfahrene Arzt sich von diesem Verlauf nicht entmutigen lässt. Nur durch konsequente, überlegte Anwendung der zur Verfügung stehenden Ressourcen lassen sich schwierige Diagnosen stellen. Wahrscheinlich wird es dem unerfahrenen Arzt noch einige Male passieren, dass er im CT oder Sono nichts findet. Dass passiert mir übrigens auch. Ich bin aber überzeugt, dass der unerfahrene Arzt noch das eine oder andere Mal ein Pankreaskarzinom oder ein Cholangiokarzinom diagnostiziert, wo der erfahrene Arzt eine Grippe findet. Die Patienten werden es ihm danken.

Dr. med. Marcello Orlandi, 4500 Solothurn

Replik

Sehr geehrter Herr Kollege Orlandi Besten Dank für Ihre interessanten Zeilen. Es freut uns sehr, dass Sie noch weitere mögliche Differentialdiagnosen zum Ikterus beisteuern. Allerdings können auch HausärztInnen den Harrison unter «Ikterus» aufschlagen, nachlesen und dann die Liste abarbeiten. Wie wir aber eingangs der Diskussion erwähnt haben, geht es uns darum zu zeigen, dass in der Hausarztmedizin mit unselektionierten Patienten eine andere Epidemiologie der Krankheiten besteht, so dass der Hausarzt entsprechend diesem Umfeld anders den-

ken und arbeiten muss als der Spezialist. Der etablierte Grundversorger kennt seine Patienten oft seit Jahren oder sogar seit Jahrzehnten. Die aufgrund vieler Begegnungen gemachten Erfahrungen ermöglichen in manchen Fällen zu entscheiden, ob hinter den geklagten Beschwerden ein ernsthaftes Leiden stecken könnte. Dank der räumlichen Nähe kann der Patient bei gegenseitig vereinbartem «zuwartend beobachtendem Verhalten» («watchfull waiting») rasch und regelmässig für klinische Nachkontrollen angeboten werden; und er kann sich bei vereinbarten Alarmzeichen oder eigenen verunsichernden Beobachtungen jederzeit selber melden. Je nach Verlauf können weitere Untersuchungen zeitgerecht im Praxislabor oder extern erfolgen.

Wir wollten zeigen, dass es im besprochenen Fall wohl nicht gerade gut gelaufen ist, dass der Patient nicht zu seinem eigentlichen Hausarzt, sondern zu einem anderen Arzt gegangen ist. Der Nachteil dabei ist, dass der andere Arzt den Fall nicht so gut kennt wie der Hausarzt. Er muss relativ schnell handeln, wenn er Befunde erhält, die er aufgrund seiner Unkenntnis des Krankheitsverlaufes nicht einordnen kann.

Jeder Spezialist bekommt von einem Hausarzt Patienten überwiesen, die er meist noch nie gesehen hat. Die hausärztliche Vorselektion beeinflusst die Epidemiologie massgeblich. Ernsthaftes Leiden dürften mit grösserer Wahrscheinlichkeit vorliegen. Der Spezialist muss einen Befund vertieft abklären und gibt den Fall nach getaner Arbeit wieder an den Hausarzt zurück. Der Spezialist sieht vorwiegend Krankheitsbilder in seinem Fachbereich bei verschiedenen Patienten, der Hausarzt sieht immer etwa die gleichen Patienten, die – mit unterschiedlichster Selbstkompetenz und unterschiedlichsten Verarbeitungsmodellen – teils gleichzeitig an verschiedensten Krankheiten in unterschiedlichen Organsystemen leiden. Aufgrund seiner Erfahrung kann der routi-

¹ Leserbriefe zu: Knechtle B, Braschler T, Benz A, Neff A. Ausser Spesen nichts gewesen! PrimaryCare. 2007;7(27–28):473–5.

nierte Hausarzt den Fall richtig einschätzen und entscheiden, wann er weiter abklären lassen oder den Patienten weiterweisen muss und wann nicht.

Jeder Hausarzt wird reagieren, wenn die Transaminasen im Praxislabor über den Messbereich ansteigen. Das hätte wohl auch der erstbehandelnde Arzt getan. Aber nach unauffälliger Sonographie und normalem CT wäre die bildgebende Abklärung sicher abgeschlossen gewesen, und man hätte sich auf die Labordiagnostik beschränkt. Bei einem eigenen Fall [1] hat der damalige Hausarzt den Patienten mit Oberbauchschmerzen und Fieber selber über längere Zeit behandelt, bis dann der Verlauf therapieresistent war und sich ein Ikterus entwickelte. Die Abklärung im Spital ergab dann ein perforiertes Ulcus duodeni mit septischen Lebermetastasen. Das war dann wirklich nicht mehr ambulant zu beherrschen. In einem anderen eigenen Fall [2] stiegen die Transaminasen bei einem febrilen Patienten nur leicht an, aber aufgrund des sich zunehmend verschlechternden Zustandes wurde eine recht beachtliche Abklärung durchgeführt, die am Schluss einen CMV-Infekt bei einem immunkompetenten Patienten ergab.

Letztlich waren auch da die Abklärungen umsonst, denn der Patient hat sich auch ohne spezifische Therapie bestens erholt. Immerhin konnte der Patient aber im hausärztlichen Umfeld behandelt und musste nicht eingewiesen werden.

Dr. med. Beat Knechtle, 9014 St. Gallen

- 1 Knechtle B, Kaufmann A, Diem M, Vogt M. Status febrilis und Ikterus. Praxis. 1998;87:212–5.
- 2 Knechtle B, Mettler M, Balbi P. Status febrilis und Diarrhoe. Praxis. 2004;93:418–22.

Ausser Spesen nichts gewesen! Wirklich?



Diese interessante, lehrreiche Krankengeschichte, die mehrere wichtige Probleme in der täglichen Praxis betrifft, verdient und verlangt nach einer Diskussion auch von unbeteiligter Seite: Die Autoren beschreiben, warum der Patient beunruhigt

war (Lungenembolien bei mehreren seiner Vorfahren und der Tochter), und so verstehen wir, warum er weitere Abklärungen wünschte und warum sich «der wenig erfahrene jüngere Kollege dem Druck des Patienten beugen musste».

Die Erstbeurteilung des erfahrenen, älteren Kollegen war am Anfang richtig. Der weitere Verlauf war jedoch nicht einfach und komplikationslos, was er nicht voraussehen konnte. Der jüngere, wenig erfahrene Kollege passte sich der neuen Entwicklung, der neuen Situation an.

Die serologische Untersuchung schloss die Hepatitiden A, B, C und die Mononukleose als Grund für die Entzündung aus. Das Zytomegalievirus ist eine relativ häufige Ursache der viralen Hepatitiden. Im Rahmen eines «Hepatitiden-Blocks» bestimmen manche Labors verbilligt auch deren Antikörper. Eine Leberentzündung können auch andere Viren verursachen, wie vermutlich auch in diesem Falle. Eine andere Ursache erwog Kollege Sauer in seinem Leserbrief [1].

D-Dimer wurde vor den weiteren (teuren bildgebenden) Abklärungen anscheinend nicht durchgeführt. «Ein negativer D-Dimer-Test hat aber einen sehr hohen negativ prädiktiven Wert von fast 97%. Somit schliesst ein negatives D-Dimer-Testresultat ein thromboembolisches Ereignis nahezu vollständig aus, womit weitere kostenaufwendige Untersuchungen wie auch die therapeutische Antikoagulation erspart werden kann. Bei Patienten mit niedriger klinischer Wahrscheinlichkeit einer LE sowie negativem D-Dimer kann sicher ein thromboembolisches Ereignis ausgeschlossen werden» [2]. Die Befürchtungen des Patienten waren zwar stark, die präklinische Wahrscheinlichkeit aber niedrig. Eine spätere Abklärung des Patienten und seiner Tochter auf Thrombophilie wäre vielleicht angebracht. U.a. könnte man bei dem Patienten die Neigung zur Thrombose eventuell ausschliessen und so seine begreiflichen Ängste in Zukunft vermindern.

Die Leberwerte mit extrem hohen Transaminasen und wesentlich weniger erhöhten «Gallenwegenzymen» (G-GT, APH, LAP) weisen nicht auf eine Obstruktion der Gallenwege hin. Auch die Ultra-

schalluntersuchung zeigte keinen verdächtigen Befund. Ein heller Stuhlgang kann sowohl durch Obstruktion der Gallenwege als auch durch Parenchymschaden verursacht werden. Insistierte der Patient wirklich direkt auf die bildgebenden Untersuchungen? Wurde er so «aufgeklärt»? Musste das Zentrum unter diesen Umständen die MRI-Untersuchungen und die ERCP durchführen? ERCP ist eine invasive Untersuchung mit einer gewissen Komplikationsrate [3–5]. Dr. Wild, ehemaliger Chefarzt der röntgenologischen Abteilung im Kantonsspital Münsterlingen, pflegte uns anzurufen, wenn die Indikation zu einer Untersuchung nicht gut begründet war, und schlug ein anderes Vorgehen vor. Es war eine unauffällige, aber sehr wirksame Form der Fortbildung.

Ehrlich gesagt, wem von uns würde es in der Situation nicht etwas mulmig? Ich habe schon solche Patienten im Spital gesehen. Dann sind die Kosten wesentlich höher, wovon alle Beteiligten dieser Geschichte die Allgemeinheit verschont haben.

Ich bewundere die Autoren für ihren Mut und ihre Ehrlichkeit, selbstkritisch «ihr Fell auf den Markt zu tragen». Wegen der Rolle der Patienten gehören solche Geschichten auch in die zahlreichen Krankenkassenzeitschriften und Fernsehsendungen. Ja, die Patienten beeinflussen unsere diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen oft mehr, als es uns lieb und gut wäre. Für die Art der Diagnostik und Therapie und damit auch für die Kosten der Behandlungen sind die Patienten mitverantwortlich [6,7]. Sie sollen lernen, damit umzugehen und Verantwortung zu tragen [8,9].

Ich wünsche uns viele solche lehrreiche Krankengeschichten im PrimaryCare.

Dr. med. Peter Marko, 9009 St. Gallen

- 1 Sauer K: Die richtige Diagnose kann Leben retten! PrimaryCare. 2007;7:510.
- 2 Leupi JD: Rationelle Abklärung bei Verdacht auf Lungenembolie. PRAXIS. 2006;95:147–50.
- 3 Halme L, Doepel M, von Numers H, et al: Complications of diagnostic and therapeutic ERCP. Ann Chir Gynaecol. 1999;88:127–31.

- 4 Masci E, Toti G, Mariani A, et al. Complications of diagnostic and therapeutic ERCP: a prospective multicenter study. *Am J Gastroenterol.* 2001;96:417–25.
- 5 Vandervoort J, Soetikno RM, Tham TC, et al: Risk factors for complications after performance of ERCP. *Gastrointest Endosc.* 2002;56:652–6.
- 6 Say RE, Thompson R: The importance of patient preferences in treatment decisions – challenge for doctors: *BMJ.* 2003;327:542–5.
- 7 Little P, Dorward M, Warner G, et al: Importance of patient pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. *BMJ.* 2004;328:444–7.
- 8 Wise J: Patient's charter will emphasize patient' responsibilities. *BMJ.* 1997;315:967.
- 9 Coulter A, Ellins J: Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ.* 2007;355:24–7.



1^{RE} ANNÉE JHAS – FORUM JEUNES MÉDECINS DE PREMIER RECOURS SUISSES AU CONGRÈS 2007 DE LA SSMG À SAINT-GALL (15–17 NOVEMBRE)

Le Forum des Jeunes médecins de premier recours suisses est un lieu de contact entre jeunes médecins déjà ou prochainement installés.

Le service d'urgence de la médecine de premier recours en sera le thème principal.

Bourses des cabinets médicaux (nouveau!): pour ceux qui cherchent un successeur à leur cabinet médical, une possibilité de faire connaissance avec les candidats – et réciproquement.

Nous nous réjouissons de passer avec vous d'intéressantes journées de dialogue à Saint-Gall.

Monika Reber Feissli, présidente Jeunes médecins de premier recours suisses



BOURSE DES CABINETS MÉDICAUX

- je cherche un successeur pour un cabinet médical
- je cherche à reprendre un cabinet médical
- je propose un poste dans un cabinet médical de groupe
- je cherche un poste dans un cabinet médical de groupe

Lieu/région:

On peut me joindre au numéro suivant (de préférence indiquer le numéro du téléphone portable pour un contact direct pendant le congrès):

Cette annonce sera accueillie et affichée à la réception du congrès par un membre du JHaS.