

Pierre Klauser

MprCH & fPmh-CMPR, ou les pédiatres dans le jeu des alliances



A l'heure où les médecins genevois, probablement suivis des vaudois, ont décidé de faire grève pour protester contre l'attitude sourde et aveugle des autorités fédérales envers la médecine de premier recours, les pédiatres suisses ne peuvent pas mener leur barque seuls sur la mer agitée.

Ils l'ont compris il y a plus de 11 ans en participant à la création du Collège de Médecine de Premier Recours (CMPR) au côté des internistes (SSMI), des généralistes (SSMG), des 5 facultés et de l'Académie suisse des Sciences médicales (ASSM). Depuis la réforme des structures de la FMH, les pédiatres siègent à l'Assemblée des Délégués aux côtés de leurs collègues médecins de premier recours dans la délégation du CMPR, association faîtière, au même titre que les chirurgiens dans la FMCH, etc.

Hormis cette alliance avec les autres praticiens holistiques de la médecine de premier recours qui se définit par une prise en charge du patient global et sur le long cours, une nouvelle alliance a vu le jour il y a quelques années: la fPmh, regroupant les sociétés suisses de Pédiatrie, de Pédopsychiatrie et de Chirurgie pédiatrique. Il s'agit ici de la promotion et de la défense des médecines de l'enfant, avec tout ce qu'elles ont de particulier, notamment dans les services hospitaliers et auprès de l'AI.

Pourquoi donc une nouvelle alliance dans l'Association suisse des médecins de premier recours (MprCH)? Pour asseoir la défense des intérêts professionnels des pédiatres praticiens, aux côtés des généralistes et internistes-généralistes. En effet, si la SSP fait de son mieux pour la promotion de la qualité de la pédiatrie suisse et la défense du pédiatre sous ses 3 identités (praticien, hospitalier et spécialisé), elle peine actuellement à défendre politiquement les conditions de travail de ses mille praticiens dans les tourmentes politico-économiques. Quoi de plus naturel alors que de rejoindre nos confrères et consœurs «adultes» pour former une alliance politique de 7500 médecins! Le CMPR pourrait alors se consacrer aux aspects qualitatifs de la médecine de premier recours, la SSP aux aspects

typiquement pédiatriques de la médecine pratiquée par ses membres des trois filières. C'est pourquoi nous sommes deux pédiatres praticiens à représenter la SSP dans le groupe qui met sur pied une association d'individus (pédiatres, généralistes et internistes-généralistes) désireux que leurs sociétés de discipline délèguent à cette MprCH (HaeCH en allemand) leurs prérogatives politiques.

Nous sommes conscients que si pour la SSMG la démarche est relativement simple, elle est plus sensible pour la SSMI et la SSP qui ne doivent pas perdre leur identité dans la démarche, ni prêter leurs membres non-praticiens. Y aura-t-il une SSP «résiduelle», amoindrie, décharnée? Pour moi: *non*. La SSP de demain restera presque la SSP d'aujourd'hui car les domaines qui seront couverts par la MprCH sont ceux qui nous font actuellement cruellement défaut, à savoir une défense politique forte basée sur le grand nombre. Contrairement à nos «sœurs» SSMG et SSMI, nous n'aurons pas à nous départir de prérogatives jalousement gardées.

Restent à régler en notre sein du groupe de travail le type d'adhésion individuelle volontaire de nos membres, le montant de la cotisation et la dénomination précise en allemand et français. Nous aurons ainsi répondu aux attentes du Comité SSP qui doit veiller à la pérennité d'une pédiatrie forte, unie et attirante, en collaboration avec les autres médecines de l'enfant et avec les autres médecines de premier recours. L'attitude de nos collègues des médecines de l'adulte nous font espérer des conditions de cohabitation dignes des bilatérales avec l'Europe: participer sans fusionner.

Correspondance:
Dr Pierre Klauser
Spécialiste en pédiatrie FMH
92, rte de Fontenex
1208 Genève
pierre.klauser@hin.ch

PrimaryCorner

Wir machen beim Aktionstag am 1. April mit

Ein Beitrag aus dem «Forum Hausarztmedizin»
www.forum-hausarztmedizin.ch/

Aus dem «Oxford Handbook of clinical medicine» Fifth Edition, pg XXI: A new Hippocratic oath AD 2000: «... I will treat patients equitably

and support a fair and humane distribution of health resources. I will try to influence and redirect authorities whose policies harm public health».

Es steht für mich ausser Frage, dass Herr Couchepain und das BAG den Tatbestand von «whose policies harm public health» erfüllen. So let's redirect those guys! Ich mache jedenfalls

beim Aktionstag am 1. April mit, auch wenn dies Mehrarbeit am Tag vorher und nachher bedeutet. MPA's, Familienmitglieder und Haustiere werden in weisse Kittel verpackt und werden auf die Kantonshauptstadt marschieren.

Das ist mir der Erhalt der Grundversorgung wert. Es geht nicht zuletzt auch darum, den Politikern (und auch den FMH-Funktionären) die SGAM als

wirksame Organisation in Erinnerung zu rufen. Ich möchte als Patient nicht von Apothekern oder Krankenschwestern triagiert und behandelt werden. Wir sollten uns Gedanken über die Zukunft der Hausarztmedizin/Grundversorgung machen.

Michael-Geoffrey Evison, 4153 Reinach

Pseudokrupp: Behandlung mit Diclophenac und Mefenaminsäure?



Leserbrief zu: Meier PW, Riesen E.

Der Pseudokrupp. *PrimaryCare*. 2009;9(01):8-9
Es mutet schon recht merkwürdig an, wenn Paul Meier in seinem Artikel Diclophenac (z.B. Voltaren®, Inflamac®), Mefenaminsäure (z.B. Ponstan®, Mefenazid® usw.) oder Ibuprofen (z.B. Algifor®) als Steroide bezeichnet und diese für die Behandlung eines Pseudokrupps befürwortet. Ich muss mich in der Schweiz schon enorm wundern, dass man bei Kindern derartige Medikamente verordnet. Nach den allgemeinen Richtlinien der Pharmakologie ist beispielsweise Mefenaminsäure erst bei Kindern und Jugendlichen ab zwölf Jahren zu verordnen. Diclophenac ist ein Antiphlogistikum und hat nur geringe antipyretische Wirkung. Mefenaminsäure ist ein Antirheumatikum, hat ebenfalls nur eine geringe antipyretische Wirkung, dafür aber erhebliche Nebenwirkungen auf die blutbildenden Organe. Da es ausreichend bessere Antipyretika gibt, die deutlich geringere Nebenwirkung haben, ist es für mich nicht nachvollziehbar, derartige Medikamente bei Kindern zu verordnen. Solche Praktiken kenne ich aber aus arabischen Ländern, wo ich sechs Jahre als Chefarzt einer Kinderklinik tätig war.

Sicherlich kann die Behandlung mit Steroiden bei einem Pseudokrupp sehr sinnvoll sein. Es hat aber wenig Sinn, hier nur mit geringen Dosen zu behandeln. Lieber kurz aber hochdosiert – also mit 100 mg. Die Verabreichung von Rectodelt® ist sicherlich wesentlich besser als bittere Tropfen oder Tabletten. Bei Tabletten und Tropfen regen sich die Kinder bei der Verabreichung auch leichter auf und husten stärker als bei der Verabreichung eines Zäpfchens. Dann sollte man doch lieber Kortison i.m. oder i.v. verabreichen. Das wirkt dann auch sehr schnell und gut. Bei Meiers Empfehlung vermisste ich die Behandlung mit Ambroxol (Mucosolvon®). Das habe ich schon vor 30 Jahren in der Essener Kinderklinik gelernt. Eine derartige Therapie ist in Deutschland in allen Kinderkliniken Standard. Das Entscheidende bei einem Pseudokrupp ist nämlich, dass es nicht nur zu einer Schwellung

im Kehlkopfbereich, sondern auch zu einer Membranbildung kommt. Diese Membranen müssen aber gelöst werden. Dafür nimmt man Mucosolvon und einem Kaldampfvernebler. Der Kollege, der genügend Kinder mit Pseudokrupp hat intubieren müssen, weiss, wovon ich rede.

Bei einem leichteren Pseudokrupp kann man sicherlich auch ohne Steroide auskommen und zunächst erst einmal nach Gabe von Mucosolvon etwas zuwarten. Die Wirkung des Ambroxol setzt schon nach gut 20 Minuten ein. Wenn das Kind besser atmen kann, beruhigt es sich schnell. Ich empfehle den Eltern meiner Patienten aber besonders als Ersttherapie folgende Behandlung: Man nehme einige Eisstücke aus dem Tiefkühlfach, stecke sie in einen Plastikbeutel, wickle ein Tuch darum und lege dann alles auf den Kehlkopf des Kindes. Ausserdem ist darauf zu achten, dass der Kehlkopf eines Kleinkindes deutlich kranialer liegt als bei einem älteren Kind oder Erwachsenen. Probieren sie es einmal aus. Sie werden sicherlich gute Erfolge haben. Die Zeit des Pseudokrupps naht ja bald wieder.

Dr. med. Rolf Pilmeyer, 6130 Willisau

Replik

Herr Kollege Pilmeyer stellt zu Recht klar, dass beim Pseudokrupp nur Steroide die Mittel der Wahl sind. Es wird im Artikel lediglich erwähnt, dass nichtsteroidale Antirheumatika wie Diclofenac, Mefenacid oder Ibuprofen von vielen Praktikern bei leichteren Formen des Pseudokrupps eingesetzt werden, obschon dafür keinerlei Evidenz besteht. Falls im Artikel fälschlicherweise der Eindruck entsteht, diese Medikamente seien Steroide und erste Wahl beim Pseudokrupp, entschuldige ich mich für die missverständliche Formulierung.

Sehr interessant an der Aussage von Herrn Pilmeyer scheint mir jedoch, dass Medikamente wie Mefenacid und Diclofenac in Deutschland offenbar erst bei Jugendlichen zugelassen sind. In der Schweiz gilt die Zulassung ab sechs bzw. zwölf Monaten. Da beide als Zäpfchen verfügbar sind, werden sie sehr häufig bei Fieber eingesetzt. Woher kommt diese Differenz zu Deutschland? Wie steht es in anderen Ländern? Hat hier unsere strenge Zulassungsbehörde versagt? Handeln wir alle grobfahrlässig bis vorsätzlich?

Dr. med. Paul Meier, 8853 Lachen

Kommentar von Dr. Etzel Gysling, Herausgeber der «pharma-kritik»

Leider ist es schon so, dass unser Wissensdefizit im Bereich der pädiatrischen Phar-

makotherapie beträchtlich ist. Dazu kommt, dass wir alle noch allzu sehr mit der Vorstellung leben, es sei immer möglich, von einem gewissen Wirkungsmechanismus einen klinischen Nutzen abzuleiten. Daher kommt doch die – unbewiesene – Annahme, wir könnten auch mit nichtsteroidalen Entzündungshemmern einen Pseudokrupp vorteilhaft beeinflussen. Daher kommt auch die – ebenfalls unbewiesene – Annahme, ein (wenig dokumentiertes) Mukolytikum wie Ambroxol könnte einen Pseudokrupp vorteilhaft beeinflussen. Was viele tun, kann doch nicht falsch sein? Wenn mir auch bewusst ist, dass klinische Studien in der Pädiatrie auf viele Hindernisse stossen, so muss ich hier einmal mehr wiederholen, dass wir – wenn immer möglich – die Wirksamkeit unserer Interventionen anhand von sinnvollen klinischen Endpunkten dokumentieren sollten. Wie Kollege Meier in seinem Text sagt, gibt es «kaum Angaben» über einen Effekt nichtsteroidaler Entzündungshemmer bei Pseudokrupp. Damit hält er ganz klar fest, dass es sich nicht um eine Massnahme im Sinne einer «evidenzbasierten» Medizin handelt. Was Kollege Pilmeyer mit der Verabreichung von Ambroxol propagiert, ist allerdings keine Spur besser – auch hier liegt kein Nachweis einer Wirksamkeit vor. Was die Anwendung von nichtsteroidalen Entzündungshemmern allgemein bei Kindern anbelangt, trifft es zu, dass diese Medikamente – mit der Ausnahme von Ibuprofen – in vielen Ländern bis zum Alter von 14 Jahren nicht zugelassen sind. Ob das Nutzen-Risiko-Verhältnis von Ibuprofen bei Kindern tatsächlich so viel besser ist als dasjenige anderer nichtsteroidaler Entzündungshemmer, ist jedoch sehr fraglich. Mindestens im Hinblick auf die gastrointestinale Toxizität kann auf Grund der Untersuchungen bei Erwachsenen kaum ein Unterschied zwischen Ibuprofen und Diclofenac ausgemacht werden. Letzteres ist möglicherweise ganz einfach weniger gut dokumentiert – die Industrie lässt grüssen. Die Schweiz ist jedoch keineswegs das einzige Land, wo z.B. Diclofenac auch Kindern verabreicht wird. Nicht vergebens existiert ein Protokoll einer Cochraneanalyse zu diesem Thema («Diclofenac for acute pain in children»), in dem festgehalten wird, Diclofenac werde trotz fehlender Zulassung häufig zur Behandlung akuter Schmerzen bei Kindern verwendet. Bevor die Resultate dieser Analyse vorliegen, ist es verfrüht, über Diclofenac den Stab zu brechen.

Dr. med. Etzel Gysling, 9500 Wil