

Bekämpfung unsinniger Abkürzungen

Leserbrief zu: Kaiser C, Rickenbacher P. Die aktuelle Stentdebatte in der interventionellen Kardiologie – zwischen Skylla und Charybdis?¹

Verehrte Kollegen,

zu Ihrem interessanten Artikel erlaube ich mir als Hausarzt «im Unruhestand» zwei Bemerkungen:

Als Generalist, der sich in (fast) sämtlichen Spezialgebieten der Medizin informieren und fortbilden muss, bin ich bei Artikeln mit zahlreichen Abkürzungen für ein Glossar derselben dankbar. Sie haben wohl alle Abkürzungen im Text erklärt, das mehrmalige Aufsuchen derselben ist aber mühsam und würde durch eine Liste (wie in der Ihrem Artikel folgenden Arbeit von Jüngst und Kullak) sehr erleichtert.

Als «Generalunternehmer des Patienten in guten und schlechten Tagen» kann ich Ihrem letzten Abschnitt (Punkt 3) nur zustimmen, wenn das völlig unverbindliche Wort «gegebenenfalls» durch das zwingende «unbedingt» ersetzt wird. Kommunikationspannen (z.B. der Verzicht auf Rückfragen aus Bequemlichkeit oder Zeitgründen) sind bekanntlich der häufigste Grund für relevante Zwischenfälle in der Medizin.

Mit bestem Dank für Ihre wertvollen Bemühungen und mit freundlichen kollegialen Grüßen

Benedikt Horn, Präsident SFVZBUA

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Benedikt Horn
FMH Allgemeine Medizin
Marktgasse 66
CH-3800 Interlaken
dr.horn@tcnet.ch

PS: Das ist der schweizerische fiktive Verein zur Bekämpfung unsinniger Abkürzungen.

¹ Schweiz Med Forum 2007;7(33):664–7.

Vorsicht bei Gadolinium-haltigen Kontrastmitteln!

Leserbrief zu: Gadolinium und nephrogene fibrosierende Dermopathie¹

Sehr geehrter «Periskopiker»

Ja, es stimmt leider: Gadolinium ist nach aktuellem Wissensstand bei schwer niereninsuffizienten Patienten (in der Regel Dialysepatienten) offenbar Ursache einer nephrogenen systemischen Fibrose (NSF), die sehr unangenehm ist, manchmal sogar fulminant und tödlich verlaufen kann.

Aber es ist nur die halbe Wahrheit, denn Gadolinium (Gd) alleine ist eben nicht das «für die Magnetresonanztomographie benutzte Kontrastmittel», es ist toxisch und wird deshalb nur als Gd-Chelat eingesetzt. Dessen Stabilität – und damit die Freigabe von gefährlichen Gd³⁺-Ionen – hängt von seiner Struktur (nichtionisch linear, ionisch linear oder makrozyklisch) ab, die je nach dem verwendeten Produkt variiert. Die Probleme mit Gd-haltigen Kontrastmitteln konzentrieren sich bislang weitgehend auf die am wenigsten stabilen, nichtionischen linearen Gd-Chelate.

Ihre Schlussfolgerung: «Kein Gadolinium für Patienten mit Niereninsuffizienz! Wenn Gadolinium nicht zu umgehen ist, dann Hämodialyse!» ist deshalb in dieser Form irreführend. Bei schwerer Niereninsuffizienz sollte man zwar tatsächlich soweit irgend möglich auf Gd-haltige Kontrastmittel verzichten. Andernfalls sollte man aber zunächst und vor allem das richtige – d.h. ein besonders stabiles – Kontrastmittel einsetzen.

Das ist in der Literatur inzwischen gut dokumentiert. Es könnte allerdings Verschiebungen in einem umkämpften, lukrativen Markt verursachen, wenn aus Sicherheits- oder Bequemlichkeitsgründen zahlreiche Anwender auf die stabileren Gd-Kontrastmittel für alle Patienten umsteigen würden.

Eine Empfehlung zur Hämodialyse unmittelbar nach der Kontrastmittelgabe klingt dagegen zwar vernünftig. Ihre Effektivität zur Prävention der nephrogenen systemischen Fibrose (NSF) ist bislang aber unklar, und so steht es korrekterweise auch in der «editorial note» am Ende des Artikels von Cheng et al. im Februar 2007, auf dem Ihre Notizen basieren.

Die genannte Fallzahl von 90 in den USA bezog sich meines Wissens übrigens auf die der FDA gemeldeten Fälle bis Ende 2006, sie ist also nicht mehr aktuell.

Mit freundlichen Grüssen

Fabian Hässler

Korrespondenz:
Dr. med. Fabian Hässler
OA Radiologie
Spital Thurgau AG
Eggässli 5
CH-8596 Scherzingen
fabian.haessler@tele2.ch

(Anmerkung der Redaktion: Ein Fortbildungsartikel zur NSF wird Anfang 2008 im «Forum» erscheinen.)

¹ Schweiz Med Forum 2007;7(34):702.

Mehrfachadenom oder okkulte Metastasen?

Leserbrief zu: Kurmann A. Persistierender primärer Hyperparathyroidismus und rezidivierende Pankreatitis nach der Resektion eines Parathyroidea-Adenoms¹

Ich habe den ausserordentlichen Fallbericht mit grossem Interesse gelesen und möchte ein paar Fragen aufwerfen.

Bei dem 58jährigen Patienten liegt ein schwerer symptomatischer primärer Hyperparathyroidismus (pHPT) vor, der nach Entfernung von zwei vergrösserten PT (Adenomen; re.sup. 0,2g, li.inf. 2,25g) persistierte. Daneben wurden drei normale PT nachgewiesen; es hat also mindestens eine überzählige PT vorgelegen.

Es stellt sich nun die Frage, ob ein weiteres überzähliges und wahrscheinlich ektop gelegenes Adenom vorliegt. Präoperative Lokalisationsdiagnostik versagt besonders oft bei Mehrfachadenomen. Wahrscheinlich wurden nicht alle ektopen Lagevarianten (untere PT: vorderes oberes Mediastinum, Karotisgabel, Thymus[hörner]; obere PT: tracheoösophageale Rinne, retrolaryngeal, retroösophageal, pävertetebrel bis ins hintere obere Mediastinum) exploriert; hierzu hatte man nach Entfernung von zwei Adenomen und dem Nachweis von drei weiteren normalen PT keinen Anlass!

Ist bei dem grossen exzidierten PT-Tumor ein Karzinom mit Sicherheit auszuschliessen? Sehr hohe Kalzium- und Parathormonwerte (wie bei diesem Patienten) verweisen möglicherweise auf ein Karzinom der Parathyroidea. In diesem Fall könnte die Persistenz des pHPT auf okkulte Metastasen zurückzuführen sein und die Suche nach einem weiteren ektopen Adenom wäre nicht angezeigt.

Verfügt man über Langzeiterfahrungen mit Kalziummimetikum oder kommen Anpassung und Resistenz vor?

Bei sicherem Ausschluss eines Karzinoms wäre eine chirurgische Reexploration unter strikter Schonung und Erhaltung der drei gesicherten normalen PT empfehlenswert.

Ingrid Schweizer

Korrespondenz:
Dr. Ingrid Schweizer
Chirurgische Klinik
Asylstrasse 10
CH-8708 Männedorf
i.schweizer@spitalmaennedorf.ch

¹ Schweiz Med Forum 2006;6(50):1134–6.