

Und anderswo ...?

Antoine de Torrenté

Postthrombotisches Syndrom (PTS): Kompressionsstrümpfe, ja oder nein?

Fragestellung

25–50% der Pat. mit tiefer Venenthrombose (TVT) entwickeln ein PTS in Form eines einfachen Ödems bis hin zum venösen Ulkus (U). Für die Betroffenen hat dies enorme gesellschaftliche und persönliche Folgen. Ihre Lebensqualität ist stark beeinträchtigt und bis zur Abheilung eines venösen U sind mitunter mehrere Monate regelmässiger medizinischer Versorgung vonnöten. Bekanntermassen stellt eine Kompressionsbehandlung mit adäquaten Kompressionsstrümpfen eine wirksame PTS-Prophylaxe dar, da diese einer venösen Hypertonie entgegen wirkt. Bisher wurde jedoch nur in zwei kleinen, nicht plazebokontrollierten Studien ein positiver Effekt nachgewiesen. Sind Kompressionsstrümpfe, deren korrekter Sitz mitunter schwer zu gewährleisten ist, tatsächlich von Nutzen?

Methode

Von 2004–2010 wurden Pat. mit TVT unterhalb der Vena poplitea 14 Tage nach deren Auftreten in 24 Zentren in den USA und Kanada für die Studie rekrutiert. Personen mit schwerer arterieller Claudicatio wurden ausgeschlossen. Die Pat. erhielten direkt vom Hersteller Kompressionsstrümpfe mit einem graduellen Druck von 30–40 mm Hg oder identisch aussehende Scheinkompressionsstrümpfe mit einem Druck von 5 mm Hg im Knöchelbereich. Sie wurden dazu angehalten, diese 2 Jahre lang von morgens bis abends zu tragen. Die Kontrolluntersuchungen fanden nach 1, 6, 12, 18 und 24 Monaten statt. Die Tragehäufigkeit (in Tagen) und -dauer pro Tag (in h) wurde protokolliert. Primärer Endpunkt war die kumulierte Inzidenz eines PTS laut Ginsberg-Score (ipsilaterale Schmerzen und Schwellung für >1 Monat) von Monat 6–24. Der Schweregrad des PTS wurde gemäss Villalta-Skala bestimmt,

die vom einfachen Ödem bis hin zum venösen U reicht und die klinischen Zeichen und subjektiven Symptome Schmerzen, Juckreiz und Krämpfe umfasst. Während der Kontrolltermine trugen die Pat. keine Kompressionsstrümpfe, um die Verblindung zu gewährleisten.

Resultate

409 Pat. wurden in die Kompressions- und 394 in die Plazebo-Gruppe eingeschlossen. In der Kompressionsgruppe betrug die kumulierte Inzidenz eines PTS von Monat 6–24 14,2 und in der Plazebo-Gruppe 12,7%. Die TVT-Rezidive und die Punktzahl laut Villalta-Skala waren in beiden Gruppen identisch.

Probleme

Ein grosser Teil der Pat. in beiden Gruppen trug die Kompressionsstrümpfe nicht regelmässig. Lediglich 56% trugen ihre diese mindestens 3 Tage pro Woche. Die PTS-Rate war im Vergleich zu anderen Studien gering.

Kommentar

Dies ist die bislang grösste und einzige plazebokontrollierte Studie zu diesem Thema. Die Resultate sind kontraintuitiv, scheinen jedoch trotz einer nicht idealen Compliance, fundiert zu sein. Zudem mag man sich fragen, ob die Studie tatsächlich verblindet war, da ein Pat. mit hoher Wahrscheinlichkeit den Unterschied zwischen einem Druck von 30 und 5 mm Hg spüren kann. Psychologisch gesehen, fühlen sich zahlreiche Pat. trotz des unangenehmen Tragegefühls (Hitze, Juckreiz usw.) durch das Tragen von Kompressionsstrümpfen «ge-» bzw. «unterstützt» und bitten ihren Arzt deshalb um eine Verschreibung. Wenn ein Pat. dies jedoch nicht möchte, kann man es ihm nicht verdenken! Eine weitere überflüssige Therapie ...

Kahn SR, et al. Lancet: 2014;383:880.

Ohrfluss: Ohrentropfen oder systemische Antibiose?

Bei Kindern mit Paukenröhrchen (PR) kommt es häufig zu Mittelohrentzündungen. Wie ist eine Otorrhoe bei diesen Kindern am besten zu behandeln? 80 Kinder von 6 Mt. bis 12 Jahre wurden randomisiert und erhielten entweder 7 d lang 2 × tägl. Ohrentropfen mit Ciprofloxacin 0,3% + Dexamethason 0,1% oder 10 Tage lang Amoxicilin-Clavulansäure (A-C). In der Ohrentropfen-Gruppe war die Otorrhoe (im Median) nach 4 d, in der Gr. mit systemischer Antibiose nach 7 d abgeheilt. Nebenwirkungen traten unter den Ohrentropfen deutlich seltener auf als bei systemischer Behandlung (Durchfall, Exanthem). Bleibt noch die Frage, ob die Indikation für die PR immer gut durchdacht ist. Zudem wurde in einem aktuelleren Artikel eine noch bessere Wirkung bei einer 7-tägigen Gabe von Ohrentropfen mit Hydrokortison, Bacitracin und Colistin im Vergleich zur Behandlung mit A-C beschrieben.

Van Dongen TM, et al. N Engl J Med. 2014;370:723–33.

Screening auf asymptomatische Karotisstenosen: unnützlich?

Die U.S. Preventive Services Task Force empfiehlt aus folgenden Gründen kein Screening auf asymptomatische Karotisstenosen: (1.) Bei der Ultraschalluntersuchung kommt es in der Allgemeinbevölkerung zu einem hohen Anteil falsch positiver Ergebnisse. (2.) Es gibt keine zuverlässige Methode zur Identifizierung von Stenosen mit hohem Schlaganfallrisiko. (3.) Durch die Erhöhung der Dosis kardiovaskulärer Medikamente verbessert sich die Prognose der Pat. mit Karotisstenose nicht. (4.) Für asymptomatische Pat. birgt eine Endarteriektomie ein gewisses Risiko. Schlussfolgerung der USPSTF: Es besteht eine «mässige Gewissheit», dass das Screening für asymptomatische Pat. mehr Risiken als Nutzen birgt. Wie wäre es denn mit einer kurzen Stethoskopuntersuchung ...?

NEJM Journal Watch. 2014; February 17.

Interferon und Depressionen: Omega-3-Fettsäuren?

Behandlungen mit Interferon- α (I- α) können zu Depressionen führen. 122 Pat., die mit I- α gegen Hepatitis C behandelt wurden, erhielten entweder 6 Monate lang Eicosapentaensäure (EPA), Docosahexaensäure (DHA) oder Plazebo. Zu Studienende litten 10% der mit EPA behandelten Pat. unter Depressionen gegenüber 30% unter Plazebo und 28% unter DHA. Dieses Ergebnis ist vor allem für andere Indikationen von I interessant, da letzteres zur Behandlung von Hepatitis C schon bald nicht mehr benötigt wird!

Su KP, et al. Biol Psychiatry. 2014; January 24.

doi: 10.1016/j.biopsych.2014.01.008.