

ESGIM-Kongress vom 14. bis 16. Mai 2014 in Genf – Highlights aus Sicht einer Assistenzärztin

Fanny Berlincourt

Hirslanden Klinik St. Anna, Innere Medizin, Luzern

Die Qual der Wahl

Zum ersten Mal fand vom 14. bis 16. Mai 2014 in Genf ein gemeinsamer schweizerisch-europäischer Kongress für Innere Medizin statt (Abb. 1 ). Entsprechend vielfältig fiel das Programm aus, bis zu fünfzehn Veranstaltungen liefen parallel. So hatte man, nachdem das Pal-expo-Gelände in Genf erreicht und nach langem Anstehen die Einschreibung gelungen war, erst einmal die Qual der Wahl, welche Vorträge und Kurse man besuchen sollte. Wie soll ich mich entscheiden? Gilt es, Kurse zu wählen, die Wissen für den klinischen Alltag vermitteln bzw. dieses auffrischen? Oder ist es sinnvoller, die Veranstaltung zu den neusten Guidelines, die noch in keinem Lehrbuch stehen, zu besuchen? Oder aber doch jene der berühmtesten Professoren?

Schliesslich ergab sich mein Programm fast von alleine, von einer Veranstaltung rutschte ich nach Kopf- und Bauchgefühl in die nächste. Im Folgenden eine kleine Auswahl meiner Highlights.

What keeps humans young?

So stiess ich auch eher zufällig auf das Symposium «Aging» mit dem Vortrag von Prof. Dr. Karl-Heinz Krause [1], dessen biologisches Alter, an seiner dynamischen und humorvollen Art zu urteilen, sicherlich deutlich unter dem chronologischen liegt.

«*Aging is physics, anti-aging is physiology, but evolution is economical.*» Während menschliche Alterungsprozesse auf der Akkumulation von Schäden basieren, die hauptsächlich physikalischer Natur sind, hat unser Organismus physiologische Systeme entwickelt, die während des ganzen Lebens der Regeneration und Reparatur dienen. Dabei muss man sich allerdings bewusst sein, dass der Organismus grundsätzlich nicht darauf ausgelegt ist, dem langen Leben, sondern einzig und allein dem *Überleben* der Spezies zu dienen.

Wenig überraschend sind die Hauptrisikofaktoren für einen beschleunigten Alterungsprozess: Übergewicht, Rauchen, qualitative Fehlernährung («western diet») und mangelnde körperliche Aktivität. Doch bereits kleine Änderungen im Alltag können verjüngend wirken! So konnte beispielsweise in einer Studie gezeigt werden, dass sich der pragmatische Ansatz, konsequent die Treppen dem Aufzug vorzuziehen, bereits nach wenigen Wochen kardioprotektiv auswirkt [2]. Auch der Ausspruch «the skinnier, the longer you live», der immer wieder proklamiert wird, wurde in Studien mehrfach widerlegt.

Und wer dachte, er habe «gute Gene» und könne sich seinen ausschweifenden Lebensstil deshalb leisten, weil Familienangehörige ein hohes Alter erreicht haben, ist auf dem Holzweg. Lediglich 25% des Alterungsprozesses werden der genetischen Prädisposition zugeschrieben, alles andere liegt an unserem Verhalten! Ob dies nun eine gute oder schlechte Nachricht ist, sei jedem selber überlassen.

Das Phänomen, dass die Risikofaktoren für schnelleres Altern in frühen Lebensphasen sich im hohen Lebensalter möglicherweise protektiv auswirken könnten, wird als «reverse metabolic syndrome» bezeichnet. In einer Studie wurde gezeigt, dass ein niedriger BMI, ein tiefer diastolischer Blutdruck, tiefe Cholesterinspiegel sowie eine hohe Insulinsensibilität bei geriatrischen Patienten mit einer höheren Mortalität assoziiert sind [3]. Dies ist zwar vermutlich hauptsächlich durch Malnutrition und chronische Krankheit bedingt, könnte jedoch als Überlegung im Umgang mit betagten Patienten im klinischen Alltag und beim Entwerfen von Guidelines in Zukunft vermehrt eine Rolle spielen.

How to construct an antihypertensive therapy

Dieser Workshop [4], für den ich zwar nicht vorangemeldet war, wo sich allerdings hinten in der Ecke doch noch ein Plätzchen finden liess, hielt, was er versprach: drei Patientenfälle, ein Problem: Der Blutdruck ist zu hoch. Anhand der Fälle diskutierten wir im Plenum über Abklärungen, Indikationsstellung, Dosierungen und Kombinationen, um dem einzelnen Patienten das Antihypertensivum mit dem besten Profil für die «life-long therapy» zu verschreiben. So macht Innere Medizin Spass!

Fever of unknown origin

Für diesen ausgezeichneten Workshop [5] bei Prof. Dr. Pierre-Alexandre Bart hatte ich mich bereits im Vorfeld angemeldet. Die detektivische Suche nach der Ursache eines Symptoms fasziniert mich immer wieder, und ein Fieber unklarer Genese (fever of unknown origin, FUO) – definiert als Fieber über 38,3°C während mehr als drei Wochen, für das trotz Abklärungen keine Ursache gefunden werden kann – ist im klinischen Alltag eine häufige Herausforderung.

Die häufigsten Ursachen des FUO sind unspektakulär, es sind Infektionen (ca. 50%), Konnektivitäten (ca. 20%) und Neoplasien (ca. 10%). Neben den altbekannten Haupt-



Fanny Berlincourt

Die Autorin hat keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.



Abbildung 1

Zum ersten Mal fand in Genf ein gemeinsamer schweizerisch-europäischer Kongress für Innere Medizin statt.

verdächtigen gilt es allerdings, die «Zebras» nicht unbeachtet zu lassen. Innerhalb der Infektionen muss man an Abszesse (Zähne!), Endokarditis, Osteomyelitis und natürlich Tuberkulose denken, sollte aber auch die Prostatitis in den Überlegungen nicht vergessen. Nach klinischen Zeichen für einen Lupus erythematoses sollte man suchen, an eine Sarkoidose und die Polymyalgia rheumatica denken und auch den Morbus Still nicht ganz vergessen. Bei den Neoplasien sind es vor allem diejenigen des hämatologischen Systems, die sich als unklare Fieber manifestieren können. Allerdings können auch solide

Tumoren, typischerweise das Nierenzellkarzinom und das hepatozelluläre Karzinom, mit Fieber einhergehen. Unverzichtbar sind und bleiben die fundierte Anamnese und die wiederholte klinische Untersuchung, die in den meisten Fällen bereits hinweisend sind. Prof. Bart zeigte uns einen möglichen Algorithmus zur Koordination der weiteren Abklärungen. Neben breiten (aber nicht wild angekreuzten, sondern gezielten) Laboruntersuchungen, Blutkulturen, Serologien und einem Thoraxröntgenbild sollten eine Fundoskopie, eine Echokardiographie oder je nach Fall auch eine gynäkologische bzw. urologische Untersuchung frühzeitig in Erwägung gezogen werden. Haben auch das thorako-abdominopelvine CT, die Suche nach hämatologischen Erkrankungen und die Rheumaserologien keine Diagnose erlaubt, kommt das FDG-PET-CT zur Fokussuche in Frage. Und schliesslich ist es doch manchmal wie bei Dr. House, dass schliesslich erst die Biopsie zur Lösung führt.

Fazit

Mit gewissen Vorbehalten und wenig Erwartungen war ich nach Genf gekommen, man hatte mich gewissermassen auf langweilige Symposien über Guidelines und Vorträge mit wenig klinischer Relevanz vorbereitet. Umso grösser meine Freude über den Stapel an Notizen, die ich am Freitagabend im Zug nochmals überarbeitet habe, und die Algorithmen und Merksätze, die ich in mein «blaues Buch» für die Kitteltasche übertragen werde.

Korrespondenz:

Pract. med. Fanny Berlincourt
Hirslanden Klinik St. Anna
Innere Medizin
St. Anna-Strasse 32
CH-6006 Luzern

[fanny.berlincourt\[at\]hirslanden.ch](mailto:fanny.berlincourt[at]hirslanden.ch)

Literatur

- 1 Biological age vs. chronological age: What keeps human young – Symposium Aging 14. 5. 2014, Prof. Karl-Heinz Krause, Geneva.
- 2 Stairs instead of elevators at workplace: cardioprotective effects of a pragmatic intervention. Meyer P et al. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2010 Oct.
- 3 Cardiometaabolic determinants of mortality in a geriatric population: is there a “reverse metabolic syndrome”? Vischer U et al. Diabetes Metab. 2009 Apr.
- 4 How to construct an antihypertensive therapy – Workshop 15. 5. 2014, Prof. Georg Ehret, Geneva, and Dr. Grégoire Wuerzner, Lausanne.
- 5 Fièvre d'origine indéterminée – Workshop 16. 5. 2014, Prof. Pierre-Alexandre Bart, Lausanne.