

PRAXISRELEVANTES AUS DER INNEREN MEDIZIN

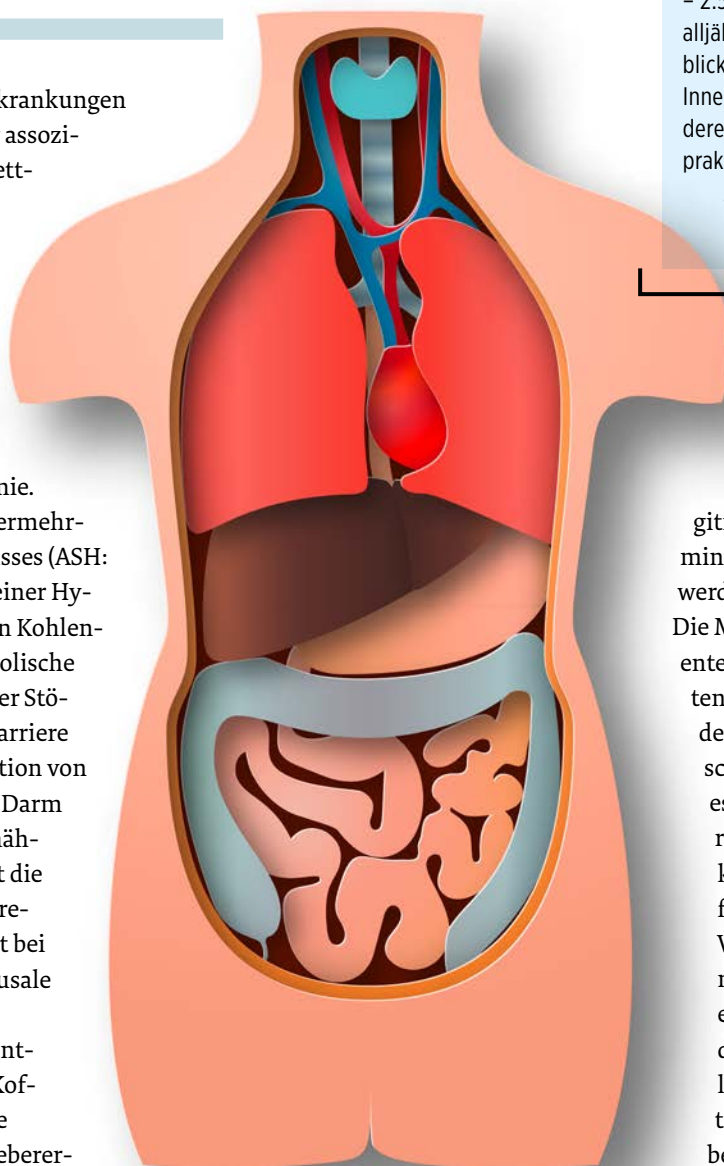
Internistische Erkrankungen sind eine alltägliche Herausforderung in der Hausarztpraxis. Dabei wird der Hausarzt in der Regel mit dem gesamten Spektrum der Inneren Medizin konfrontiert.

Ernährungstherapie bei Leberkrankheiten

Fast alle chronischen Lebererkrankungen sind mit einer Fehlernährung assoziiert, wobei diese wie bei der Fettleber Ursache oder wie bei der Leberzirrhose Folge der Lebererkrankung sein kann. Während bei ersterer Überernährung das eigentliche Problem darstellt, kommt es bei der Zirrhose häufig zur Unterernährung mit Sarkopenie.

Die Fettleber ist Folge eines vermehrten chronischen Alkoholgenusses (ASH: Alkoholische Fettleber) oder einer Hyperalimentation vor allem von Kohlenhydraten (NASH: Nicht-alkoholische Fettleber). Beides führt zu einer Störung der gastrointestinalen Barriere und damit zu einer Translokation von Bakterienprodukten aus dem Darm in die Leber. Somit hat die Ernährungstherapie, genauer gesagt die Alkoholkarenz bzw. Gewichtsreduktion bei mediterraner Diät bei diesen Erkrankungen eine kausale Bedeutung.

Was Gallensteine betrifft, so entfalten Ursodesoxycholsäure, Koffein und Vitamin C präventive Effekte. Bei cholestatischen Leberer-

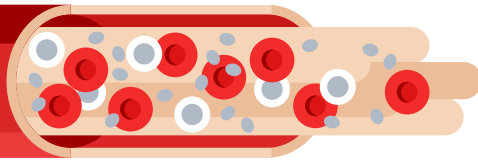


Der Internistenkongress (29.4. – 2.5.2017 in Mannheim) gibt alljährlich einen schönen Überblick über alle Teilbereiche der Inneren Medizin unter besonderer Berücksichtigung des praktischen Alltags.

*Dr. med. Peter Stiefelhagen,
Starnberg*

krankungen wie der primär biliären Zirrhose oder der primär sklerosierenden Cholangitis müssen fettlösliche Vitamine (A, D, E und K) substituiert werden.

Die Mehrzahl der Zirrhose-Patienten leidet an einer ausgeprägten Sarkopenie; denn aufgrund der unzureichenden hepatischen Glukoneogenese kommt es nach kurzer Nahrungskarenz zum Proteinabbau, um körpereigene Aminosäuren für die Glukoneogenese zur Verfügung stellen zu können. Deshalb ist eine erhöhte exogene Proteinzufuhr erforderlich. Auch die parenterale Zufuhr von verzweigtketigen Aminosäuren hat sich bewährt.



Unklare Leukozytose

Nicht selten findet sich im Routinelabor unerwartet eine Leukozytose. Auch wenn sich in Einzelfällen dahinter eine Leukämie verbergen kann, so ist die Sache doch meist harmlos. Deshalb muss im Einzelfall auch in Abhängigkeit von der Anamnese bzw. dem Beschwerdebild darüber entschieden werden, wie viel Diagnostik erforderlich ist. Typisch ist die leichte Leukozytose bei Rauchern. Dann ist das Differenzialblutbild unauffällig, so dass auch keine weiteren Untersuchungen notwendig sind. Auch eine Therapie mit Glukokortikoiden geht mit einer Leukozytose einher und dies bedarf keiner weiteren Abklärung. Grundsätzlich müssen bei einer Leukozytose benigne, sprich entzündliche Erkrankungen und maligne Erkrankungen sprich Leukämien diskutiert werden. Entzündungen können reaktiv, infektiös oder immunologisch induziert sein. Bei Verdacht auf einen Entzündungsprozess sollten dann die Entzündungsmarker wie CRP bzw. immunologische Parameter wie RF, ANA, ENA etc. bestimmt werden. Wenn ein junger schwer krank wirkender Patient mit Fieber vorstellig wird und das Labor eine Leukozytose ergibt, wird man zunächst eine akute Leukämie vermuten. Doch in solchen Situationen sollten Sie auch immer an eine EBV-Infektion denken. Die Mononukleose verläuft nicht selten hochdramatisch mit Fieber, Myalgien, Splenomegalie und Lymphknotenvergrößerungen. Die Gesamtleukozytenzahl ist meist nur gering bis mäßig erhöht und im Differenzialblutbild zeigt sich eine relative Lymphozytose und Monozytose. Das CRP ist ebenfalls nicht oder nur leicht erhöht, die LDH aber obligat. Diagnoseweisend ist der Nachweis von „lymphatischen Reizformen“ im Ausstrich. Die Diagnose wird gesichert durch den serologischen Nachweis der Infektion.

Diagnostik und Therapie bei PAVK

Bei Patienten mit Verdacht auf PAVK wird nicht selten primär eine Diagnostik mittels CT oder MRT durchgeführt. Das ist nicht sinnvoll, die farbkodierte Duplex-Sonographie ist und bleibt die diagnostische Methode der ersten Wahl. Die Behandlung der PAVK im klinischen Stadium II erfordert ein multimodales Therapiekonzept. Dabei kommt dem Gehtraining eine besondere Bedeutung zu, so dass alle diese Patienten einem strukturierten Gehtraining zugeführt werden sollten.

NOTIZEN



Empfehlungen in der Endokrinologie

Im Bereich der Diabetologie gibt es Unterversorgung; denn sogar von den in die DMP-Programme eingeschriebenen Patienten haben nur 30 Prozent eine strukturierte Schulung erhalten. Deshalb gilt die Forderung: Alle Diabetiker sollen bei Einleitung einer medikamentösen Therapie eine spezifische Schulung erhalten.

Was die Schilddrüse betrifft, so sollte heute allen Schwangeren eine Jodsupplementation angeboten werden. Diese Empfehlung basiert auf der wissenschaftlichen Erkenntnis, dass in der Schwangerschaft der Jodbedarf deutlich erhöht ist und sogar ein milder mütterlicher Jodmangel zu kognitiven Entwicklungsstörungen beim Kind führt. Und bei Frauen im fertilen Alter ist die Jodversorgung meist nur grenzwertig gut oder sogar unzureichend. Auch bei der Abklärung einer Hypertonie bei jüngeren und therapieresistenten Patienten besteht eine Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit; denn bei solchen Patienten sollte unbedingt nach einer endokrinen Ursache geforscht werden. Dazu gehören der Hyperaldosteronismus, das Phäochromozytom und der Hypercortisolismus. Als

Screening-Test beim primären Hyperaldosteronismus wird die Bestimmung des Renin-Aldosteron-Quotienten empfohlen.

CED-Patient auf Reisen

Bei der Pathogenese der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED; M. Crohn und Colitis ulcerosa) und auch bei der Schubausslösung spielen Umgebungsfaktoren eine wichtige Rolle. Einer dieser Faktoren könnte die Hypoxie sein. Die Rolle der Hypoxie als beeinflussender oder sogar auslösender Faktor wurde in tierexperimentellen Untersuchungen belegt. So führte eine kurzzeitige Hypoxie zu einem deutlichen Anstieg von Entzündungszellen und auch der Zytokine in verschiedenen Organen incl. Darm. Beim Menschen zeigte sich ein vermehrtes Auftreten von Schüben nach einer Reise in hochgelegene Regionen über 2000 m oder nach Flugreisen, so dass man CED-Patienten von solchen Reisen eher abraten sollte. Im Rahmen der reisemedizinischen Beratung sollte man auch daran denken, dass der Patient ausreichende Reservemedikamente mitnimmt. Wichtig sind auch Schutzimpfungen und eine Thromboseprophylaxe, da die CED mit einem erhöhten Thromboserisiko assoziiert ist.

Klimakterium virile?

Zu den Maßnahmen, die gar nicht so selten gemacht werden, ohne dass es gerechtfertigt ist, gehört die Testosteronsubstitution aufgrund eines einzelnen erniedrigten Testosteronwertes; denn der Testosteronwert wird von einer Reihe von Faktoren wie Medikamenten oder Begleiterkrankungen beeinflusst und es besteht auch eine tageszeitliche Rhythmik.