

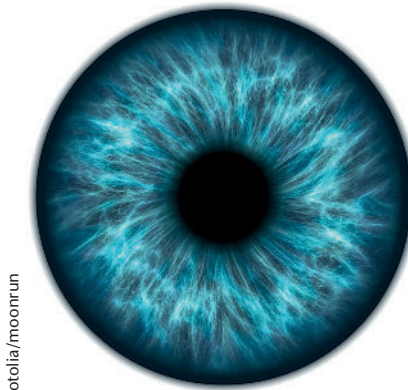
„Routineuntersuchungen“ vor Katarakt-OP: Welche Routine bitte? „Routine Investigations“ Before Cataract Surgery: I Beg You Pardon – Which Routine?

Die ambulante Behandlung eines grauen Stars (Katarakt) ist ein ziemlich häufiges Ereignis bei älteren Patienten. Als Hausarzt wird man nicht selten mit der Anforderung augenärztlicher Operateure konfrontiert, doch bitte für die präoperativen Routineuntersuchungen zu sorgen.

Um welche Untersuchungen, bitte schön handelt es sich hier? EKG? Labor?

Bereits vor 14 Jahren wurde im New England Journal of Medicine eine Studie veröffentlicht, die annähernd 20.000 Patienten in zwei Gruppen randomisierte: Nur bei einer der beiden Gruppen wurden Anamnese, körperliche Untersuchung, EKG und Labor (Blutbild inkl. Thrombozyten, Elektrolyte, Kreatinin, Harnstoff, Blutzucker) durchgeführt. Es zeigte sich, dass eine routinemäßig durchgeführte präoperative Untersuchung keinen Einfluss auf klinische Endpunkte hatte (intra- und postoperative Komplikationen bis sieben Tage nach OP). Interessierte können diese „historische“ Arbeit (The Value of Routine Preoperative Medical Testing before Cataract Surgery) unter www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200001203420304 nachlesen.

Leitlinien des American College of Cardiology und der American Heart Association (2009; frei unter <http://circ.>



fotolia/moonrun

ahajournals.org/content/120/21/e169. long) empfehlen explizit, bei Kataraktoperationen auf präoperative Voruntersuchungen zu verzichten, da die postoperative Morbidität und Mortalität extrem niedrig sind und selbst ein Herzinfarkt in der Vorgeschichte offenbar keinen negativen Einfluss ausübt.

Im Rahmen der Kampagne „Choosing Wisely“ (wörtlich: klug auswählen) der American Board of Internal Medicine Foundation hat auch die amerikanische Fachgesellschaft der Anästhesisten zu dieser Frage Stellung bezogen und fünf Empfehlungen abgegeben, die für Hausärzte natürlich nur teilweise von Interesse sind:

1. Keine „Basis-Laboruntersuchungen“ bei Patienten ohne systemische Er-

krankungen, die sich einer Niedrig-Risiko-Operation unterziehen.

2. Keine kardiologische Diagnostik (transthorakale/ösophageale Echokardiografie; Ergometrie) bei asymptomatischen Patienten mit bekannten Herzerkrankungen wie z.B. KHK oder Gefäßerkrankungen, die sich einer Operation mit niedrigem oder moderatem Risiko unterziehen (ein EKG ist hier also indiziert, MMK).
3. Keine routinemäßige Untersuchung mit einem Pulmonalarterienkatheter bei Herzoperationen von Patienten mit geringem Risiko hämodynamischer Komplikationen.
4. Keine Erythrozytenkonzentrate bei jungen, gesunden Patienten ohne akuten Blutverlust und einem Hämoglobin > 6 g/dl.
5. Keine routinemäßige Gabe von Volumenexpander ohne entsprechende Indikation.

Die detaillierte Liste finden Sie unter www.choosingwisely.org/doctor-patient-lists/american-society-of-anesthesiologists/

Es gibt auch eigene Seiten für Patienten: <http://consumerhealthchoices.org/>, dort findet man u.a. auch den Link „Too much testing can be harmful to your health“ ...

Akuter Myokardinfarkt: Bessere Überlebenschancen in Schweden oder Großbritannien?

Acute Myocardial Infarction: Better Survival in Sweden or in the United Kingdom?

In welchem Lande hat eine Person, die einen akuten Myokardinfarkt erleidet, bessere Überlebenschancen: In Schweden oder in Großbritannien?

Schwedische und britische Wissenschaftler erfassten zur Beantwortung dieser Frage Daten aus 86 schwedischen und 242 englischen Krankenhäusern.

Zwischen 2004 und 2010 betrug die 30-Tage-Sterblichkeit nach Klinikaufnahme

- in Schweden (Daten für 119.786 Patienten) 7,6 %,

- in Großbritannien (Daten für 391.077 Patienten) jedoch 10,5 %.

Standardisiert u.a. nach Alter, Geschlecht und Schweregrad (case mix) lag die Mortalität in Großbritannien über die erfassten sieben Jahre 37 % höher (in Zahlen: 11.263 zusätzliche Tote). Das betraf auch alle relevanten Untergruppen wie z.B. Troponin-Konzentrationen, ST-Erhöhung, Alter, Geschlecht, Herzfrequenz, systolischer Blutdruck, Diabetes mellitus oder Raucherstatus.

Als Gründe für diese Unterschiede werden u.a. die frühere und consequenter perkutane transluminale koronare Angioplastie (59 % vs 22 %) sowie die häufigere Gabe von Betablockern bei Entlassung aus dem Krankenhaus (89 % vs 78 %) angeführt.

Chung SC, Gedeberg R, Nicholas O, et al. Acute myocardial infarction: a comparison of short-term survival in national outcome registries in Sweden and the UK. *Lancet* 2014; 383: 1305–12