

Herzschrittmacher-Überwachung in der Praxis des niedergelassenen Arztes

Zu dem Beitrag von Professor Dr. med. Bernd Louven
in Heft 45/1982, Ausgaben A, B und C, Seite 41 ff.

Mit einigen Punkten der Arbeit des Kollegen Louven sind wir nicht einverstanden:

1. Nach unserer Meinung sollten Herzschrittmacher nach Möglichkeit nicht durch den niedergelassenen Arzt kontrolliert werden, sondern durch die implantierende Klinik. Allein die Tatsache, daß es sich um programmierbare Geräte handelt, begründet diese Forderung nicht, wenn es wie in der Regel nur darum geht, die programmierten Parameter auf Konstanz zu überprüfen, sondern:

1.1 Der einzelne niedergelassene Kollege, von dem zu Recht eine hohe Qualifikation gefordert wird, überblickt nur eine relativ geringe Anzahl von Schrittmachertypen, die mit fortschreitender Technologie auch noch einem raschen Wandel unterliegen.

Durch die Praxis der Information durch die Herstellerfirmen wird der niedergelassene Kollege kaum den aktuellen Stand überblicken können.

1.2 Außerdem ist es vorteilhaft, durch Konzentration an implantierenden Kliniken dort die Möglichkeit zum rascheren Erfassen typeneigener mehr oder minder schwerwiegender Komplikationen zu ermöglichen, um daraus für die Auswahl der Aggregate Konsequenzen ziehen zu können. Als Beispiel sei nur die anodische Muskelmitreizung genannt, die eine harmlose, wenn auch typenspezifische Störung darstellen kann. Wesentlicher sind selbstverständlich schwererwiegende Komplikationen. Ganz besonders gilt

dies für sogenannte physiologische Schrittmachersysteme, die bisher alle typeneigene Komplikationen unterschiedlicher klinischer Relevanz aufweisen.

2. In der Arbeit werden monatliche Kontrollen gefordert für problemlose Patienten und noch häufigere Kontrollen, wenn es sich um Schrittmacher-abhängige Patienten handelt. Eine solche Untersuchungsfrequenz ist einfach nicht gerechtfertigt.

Der heutige Standard der Schrittmachertechnologie ermöglicht wesentlich größere Kontrollabstände. Bei Schrittmacher-abhängigen Patienten wird auch eine noch so engmaschige Überwachung nicht davor schützen, daß zwischen zwei Kontrollen die möglicherweise fatale Komplikation auftritt. Auch vom Kostenstandpunkt her wäre es in solchen Fällen beinahe günstiger, zusätzlich ein VVT-Aggregat zu implantieren mit einer niedrigeren Frequenz als der des führenden Systems.

Eine solche Überlegung zeigt angesichts der Zahl der Schrittmacherpatienten die Problematik überzogener Forderungen.

3. Von der bifokalen Schrittmachertherapie wird als „nicht mehr unrealistischer Zukunftsaussicht“ gesprochen. Eine solche Therapie ist nicht nur keine Zukunftsaussicht, sondern hat seit Jahren ihren festen Platz in der Schrittmacherpraxis. Es ist dabei nur zu bedauern, daß der Prozentsatz noch nicht über 5 liegt, obwohl inzwischen durch ausreichend viele –

nicht nur eigene – Arbeiten unzweifelhaft belegt ist, daß eine solche Schrittmacherbehandlung der konventionellen in vielen Fällen weit überlegen ist. Wenn heute zu Recht verlangt wird, die Diabetesbehandlung nicht mehr als ausschließliche Komaprophylaxe zu betreiben, ist nicht einzusehen, warum in Analogie dazu immer noch die VVI-Systeme, ob programmierbar oder nicht, in einem solch unphysiologisch hohen Prozentsatz angewendet werden. Daß allerdings die Kontrolle solcher Systeme ein hohes Spezialwissen erfordert, basierend auf vielfältiger Erfahrung, versteht sich von selbst. Eine solche Forderung ist praktisch nur an der Klinik zu erfüllen, die diese Systeme in einem Prozentsatz von mehr als 10 implantiert. Ein Verzeichnis solcher Kliniken sollte dem entsprechenden Patienten an die Hand gegeben werden, damit er sich nicht zu sehr an „sein Zentrum“ gebunden fühlt. Die Zahl der Kliniken, die lediglich „Dampfschrittmacher“ implantieren und kontrollieren, erscheint ohnehin groß genug.

4. Die Arbeit beschreibt als Anwendungsgebiete der Schrittmachertherapie ausschließlich Brady- und Tachykardien. Nicht unerwähnt bleiben sollte, daß auch die hypertroph-obstruktive Kardiomyopathie (HOCM) ein neues und sehr erfolgreiches Anwendungsgebiet für Vorhof-programmierte Systeme darstellt.

Durch Wahl einer ausreichend kurzen AV-Zeit gelingt es praktisch immer, die distal der funktionellen Stenose gelegenen Ventrikelabschnitte zu präexzitieren und damit die Wirksamkeit der Stenose auszuschalten. Einzige Voraussetzung ist, daß es gelingt, die Ventrikelsonde exakt in der Spitze des rechten Ventrikels zu placieren. Auch wenn das diesbezügliche Patientenmaterial zahlenmäßig gering ist, ist zu bedenken, daß einmal diese Behandlungsweise nicht nur nach unserer eigenen Erfahrung die heute optimale und risikoärmste Therapie darstellt

AUSSPRACHE

und daß zum anderen dadurch manche Herzoperation vermeidbar wird und andere Patienten auf den an deutschen herzchirurgischen Kliniken üblichen fatal langen Wartelisten etwas nach vorne rücken können.

Zusammenfassend glauben wir, daß die Schrittmacherüberwachung in der Praxis nicht favorisiert werden sollte und die optimale Überwachung eher durch implantierende Zentren gewährleistet wird.

Dr. med. Wolfgang Jüsgen
Arzt für Innere Medizin –
Kardiologie
Chefarzt der Internen Abteilung
Kreis Krankenhaus Waldsassen
8595 Waldsassen

Die Anregungen des Herrn Jüsgen sind erfrischend, vielleicht hat er meine Arbeit ein wenig schnell gelesen: So steht darin, daß die Kontrolle von Patienten mit programmierbaren oder *anderen speziellen Schrittmachern* der implantierenden Klinik vorbehalten bleiben sollte. Das Adjektiv „zukünftige“ ist freilich zu weit nach vorne gerückt, es bezieht sich auf *antitachykarde Systeme*.

Die zunehmende und sich wandelnde *Indikationsbreite* ist nicht mein Thema, die Therapieerfolge bei der hypertrophen obstruktiven Kardiomyopathie werden aus dem eigenen Krankengut bestätigt. Der Hinweis auf eine noch zu geringe Implantationsrate von „physiologischen Schrittmachern“ wird begrüßt. Diese Thematik sollte einem eigenen Referat vorbehalten bleiben.

Im Tenor des Beschlusses der Arbeitsgemeinschaft deutscher Herzschrittmacher e. V. (1979) und z. B. in Übereinstimmung mit den Vorstellungen von G. Jüne-Hülasing und W. Hardinghausen (Mk. Ärztl. Fortb. 33 (1983) Heft 1) werden alle Möglichkeiten der Kontrolle in der Praxis des niedergelassenen Arztes aufgezeigt. Die

Voraussetzungen hierzu in seiner Person und seiner apparativen Ausrüstung werden definiert. Die sich daraus folgerichtig ergebenden *engen Begrenzungen* werden sichtbar gemacht.

Diskussionsfähig erscheinen dabei die *Kontrollintervalle*: Bei den kontroversen Standpunkten bietet der Gedanke eine Brücke an, daß durch relativ engmaschige Kontrollen beim niedergelassenen Arzt die dann in größeren Abständen durchzuführenden Kontrollen in der implantierenden Klinik rationeller und effektiver sein können.

Die Rolle des niedergelassenen Arztes wird als *Bindeglied* zwischen Patient und implantierender Klinik dargestellt. Dem Gedanken, daß eine Kontrolle *ausschließlich* durch die implantierende Klinik sinnvoll sei, kann ich mich nicht anschließen. Ich bleibe dabei: Wie soll ein Therapieprinzip für den Patienten voll nutzbar gemacht werden, wenn nicht jedem Glied der interdisziplinären Therapiekette das ihm gebührende Gewicht zuerkannt wird?

Prof. Dr. med. Bernd Louven
Chefarzt Innere Medizin II
Ärztlicher Direktor des
Stadtkrankenhauses Neuwied
5450 Neuwied 1

Ernste Nebenwirkungen auch durch Piroxicam?

Die Erfahrungen mit Benoxaprofen haben gezeigt, daß bei neuen NSAR – obwohl diese zugelassen und anscheinend hinreichend klinisch geprüft sind – erst durch die breite Anwendung des neuen Mittels durch die Ärzteschaft z. T. ernsthafte Nebenwirkungen bekannt werden.

Interessant für mich war ein Bericht im Arzneitelegramm 1/83, demzufolge das schwedische Komitee zur Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen nun auch nach der Einführung von Piroxicam innerhalb von 8 Monaten 70 zum Teil schwerwiegende Nebenwirkungsmeldungen erhielt.

Von insgesamt 70 Berichten wurde für 52 ein wahrscheinlicher oder möglicher Zusammenhang mit Piroxicam angenommen.

22 der Meldungen betrafen Hautreaktionen, insbesondere konfluierende makulopapulöse Exantheme, aber auch bullöse Veränderungen sowie Photosensibilisierung.

Die Behörde warnte insbesondere vor Sonnenlichtexposition, wenn Piroxicam eingenommen wird.

Die 17 berichteten gastrointestinalen Nebenwirkungen waren in der Mehrzahl der Fälle ernsthaft mit komplizierenden Blutungen oder Peritonitis-Zeichen.

Einige Fälle mit blutendem oder perforiertem Ulkus entwickelten sich mit akuten Bauchsymptomen innerhalb einer Woche nach Beginn der Piroxicammedikation. Die übrigen zeigten sich nach einigen Wochen bis einigen Monaten Therapiedauer.

ZNS-Nebenwirkungen wurden in einigen wenigen Fällen berichtet, hingegen traten 8 Fälle mit zum Teil massiven Unterschenkelödem sowie Schwellungen der Hände und des Gesichts auf.

Weiterhin wurde der Verdacht auf die Exazerbation kollagener Krankheiten mitgeteilt.

Zusammenfassend ist nach der Einführung von Piroxicam über eine relativ große Anzahl Nebenwirkungen berichtet worden, die teils ernsthaft und teils von einer Art sind, die früher mit dem Medikament nicht in Zusammenhang gebracht worden ist. In diesem Zu-