

Sie fragen – Experten antworten

Redaktion: Dr. Wolfgang Exel

Einige Monate nach einem Krankenhausaufenthalt (Herpes Zoster) vor etwa drei Jahren zeigte ein 85-jähriger Patient erstmals Vorhofflimmern. Er ist Nichtraucher, trinkt keinen Alkohol und geht regelmäßig wandern, befindet sich also in einem an sich sehr guten Allgemeinzustand. Derzeitige Medikation: Eliquis® 2,5 mg, Concor® 2,5 mg, Valsartan® 320 mg und Lexotanil® bei Bedarf. Da der Puls noch immer nicht im Normalbereich ist, macht sich der Mann Sorgen bezüglich seiner Lebenserwartung. Beschwerden hat er allerdings keine. Welche Maßnahmen könnten noch gesetzt werden, um einen Sinusrhythmus zu erzielen?



Prim. Univ.-Prof. Dr. Thomas Stefenelli

Wenn die Herzfrequenz normal gehalten und überschießende Pulsreaktionen unter Belastung gebremst werden, wenn weiters ausreichend antikoaguliert und die Ursache des Vorhofflimmerns behandelt wird, ist die Lebenserwartung nicht beeinträchtigt. Da kann man den Patienten beruhigen.

Versuche, durch zusätzliche Antiarrhythmika oder gar Elektroschocks et cetera einen Sinusrhythmus zu erzielen, ist bei beschwerdefreien Patienten, die ihre medikamentöse Therapie gut tolerieren, sehr zu hinterfragen. Bezüglich Hypertoniebehandlung ist bei Werten bis 150 mmHg eine optimierende Anpassung sinnvoll, wenn über einen ganzen Tag in unterschiedlichen Situationen bzw. Belastungen regelmäßig mehr als 25% der Messwerte über 135/90 mmHg liegen. Entscheidend ist selbstverständlich, dass die verordneten Präparate wirklich konsequent eingenommen werden.

Prim. Univ.-Prof. Dr. Thomas Stefenelli, FA für Innere Medizin

Eine 54-jährige, sportliche Frau kann ihren Arm wegen starker Schulterschmerzen nicht mehr über Schulterhöhe anheben. Festgestellt wurden Kalkablagerungen im Sehngewebe der Rotatorenmanschette. Ist hier ein chirurgischer Eingriff unumgänglich?



Prim. Dr. Sabine Junk-Jantsch

Diese „Kalkschulter“ tritt bei manchen Menschen schon in relativ jungen Jahren auf. Zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr kommt es zu ersten, noch symptomlosen Kalkablagerungen im Bereich der Rotatorenmanschette. Bei verminderter Durchblutung in dieser Region können sich Kalkkristalle mani-

festieren. Diese bereiten zunächst noch keine Beschwerden. Wenn sich die Kristalle jedoch verflüssigen, greift die dabei entstehende Kalkmilch das umliegende Gewebe an und verursacht die beschriebenen Schmerzen. Die Diagnose wird klinisch, radiologisch und ev. mittels Sonographie gestellt. Selten ist noch zusätzlich eine MRT Untersuchung notwendig, speziell bei jenen Patienten, die zusätzliche Läsionen der Rotatorenmanschette aufweisen. Oft reicht schmerzstillende Medikation, weil die Auflösung der Kalkdepots Zeichen eines Selbstheilungsprozesses ist. Restschmerzen werden physikalisch behandelt. Persistieren die Beschwerden jedoch auch noch nach einem halben Jahr, ist eine OP anzudenken. Dabei werden entzündlich verdickte Schleimbeutel entfernt, und weiterer Kalk wird aus der Sehne gelöst.

Prim. Dr. Sabine Junk-Jantsch, Fachärztin für Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Rheumaorthopädie

Was ist die therapeutische Konsequenz bei einer intraduktalen papillären muzinösen Neoplasie in der Pankreascauda? Ich lege eine aktuelle MRCP bei.



OA Dr. Jürgen Höfler

IPMN ist eine Form zystischer Neubildungen im Pankreas, die etwa 20 bis 35 % aller zystischen Pankreastumoren ausmachen. Männer sind häufiger betroffen. Der Altersdurchschnitt bei Erstdiagnose liegt zwischen 60 und 70 Jahren. Je nach Beziehung zum Ductus wird zwischen einer Hauptast- und Nebenast-IPMN unterschieden. Das ergibt Unterschiede in der Therapie und des Kontrollintervalls. Die im konkreten Fall beschriebene Zyste mit Anschluss an den Hauptausführungsgang zeigt seit zwei Jahren ein geringes Größenwachstum (von 20 auf 25 mm). Allerdings lassen sich in der aktuellen MRCP keine beunruhigenden Veränderungen („worrisome features“ wie Erweiterung des Hauptganges, solide Anteile in der Zyste) im Hinblick auf Malignität erkennen. Sofern keine klinischen Symptome (Ikterus, ungewollte Gewichtsabnahme, Oberbauchschmerzen) auftreten, empfehle ich regelmäßige Kontrollen an einer spezialisierten gastroenterologischen Abteilung sowie bildgebende Kontrolle mittels Endosonographie alternierend mit MRCP im Abstand von 3 bis 6 Monaten. Sollte sich ein weiteres Zystenwachstum über 30 mm zeigen, wäre eine operative Sanierung zu diskutieren.

Nebenbefund: Die im MR angeführten kleinen Leberzysten spielen aus medizinischer Sicht keine Rolle und bedürfen auch keiner weiteren Kontrollen.

OA Dr. Jürgen Höfler, FA für Innere Medizin

Alles zu wissen ist ein Ding der Unmöglichkeit. Vor allem in einem schier uferlos gewordenen Fachgebiet wie der Medizin. Daher tauchen auf Kongressen und auch im Gespräch mit fachärztlichen Kolleginnen und Kollegen immer wieder Fragen auf. Wir haben viele davon gesammelt und lassen sie von SpezialistInnen beantworten. Wir würden uns freuen, wenn Sie selbst Fragen stellen, die Sie beantwortet haben oder zur Diskussion stellen möchten.

v.radlinger@medmedia.at