Nachsorge nach Koloskopie

Was in den Leitlinien steht

„Nur tun, was nützt!“, riet Dr. med. Gerald Gehbauer, Ingolstadt, in seinem Beitrag zur posttherapeutischen Nachbetreuung von Krebspatienten in der Hausarztpraxis in MMW Nr. 35-36/2007, S. 32. Dazu ein Leser:

— Leider gibt die Tabelle „Nachsorge nach Koloskopie“ wie auch der Text nicht den aktuellen Stand der Leitlinien der DGVS von 2004 wieder:

Eine Koloskopie sollte bei zuvor nicht passierbarer Stenose sechs Monate nach der operativen Therapie erfolgen, ansonsten sollen weitere Kontrollen gemäß der Leitlinien, d. h. nach drei Jahren und dann alle fünf Jahre stattfinden (solange keine neuen Polypen oder TU-Rezidive erfolgen).

■ Dr. med. Dipl.-Biochem. Rainer Schwarzhoff, Gastroenterologische Schwerpunktpraxis, Mühlendamm 23, D-25337 Elmshorn

Antwort von Dr. Gehbauer:

Vielen Dank für Ihre Ergänzung zu meinem Übersichtsartikel betreffend die onkologische Nachsorge. Selbstverständlich gelten für den Sonderfall der primär nicht vollständig zu koloskopierenden Patienten die von Ihnen zitierten Richtlinien.

Ziel meines Artikels war es allerdings nicht, die zahlreichen existierenden Empfehlungen zur Nachsorge komplett und verbindlich zu repetieren. Mein Anliegen war es vielmehr, an den gewählten Beispielen die zum Teil doch sehr divergenten Ziele der

Nachsorge darzulegen sowie ihre stete – und gelegentlich problematische – Anpassung an die vorhandenen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten zu zeigen. Wichtig war mir klarzustellen, dass eine gute Nachsorge immer eine gute Kenntnis der Erkrankung voraussetzt, um diesen wichtigen Teil der onkologischen Betreuung nicht zu einer bloßen „Checklistenmedizin“ werden zu lassen.

■ Dr. med. Gerald Gehbauer, Ärztlicher Leiter MVZ Onkologie, Krumenauer Straße 42, D-85049 Ingolstadt

Das kleine Einmaleins der Lungenuntersuchung

Normale Atmung oder feuchtes Rasselgeräusch?

In seinem Beitrag „Das kleine Einmaleins der Lungenuntersuchung“ in MMW Nr. 41/2007, S.31 beschrieb Prof. H. S. Füeßl die verschiedenen Lungengeräusche. Dazu ein Leser:

— Mit großem Interesse und Nutzen habe ich in MMW Nr. 41 die Beiträge zu den „Klinischen Untersuchungen in der ärztlichen Praxis“ gelesen.

Meiner Ansicht nach hat sich jedoch im Teil „Lungenuntersuchung“ ein Fehler eingeschlichen. Es heißt da:

„Das normale Atemgeräusch wird als vesikulär oder alveolär bezeichnet. Man hat es mit dem Geräusch verglichen, das der feine Schaum einer ruhenden Seifenlösung hervorruft oder das entsteht, wenn man einen nassen Naturschwamm vor dem Ohr drückt oder eine Haarsträhne vor dem Ohr zwischen den Fingern reibt.“

Ich denke aber, dass das Geräusch des Haarsträhnenreibens nicht dem

des Vesikuläratmens sondern eher feuchten Rasselgeräuschen entspricht.

Siehe auch die Beschreibung von feuchten RG im Buch „Anamnese und Klinische Untersuchung“ (H.S. Füeßl/M. Middeke; Duale Reihe 3. Auflage), in dem es auf Seite 213 heißt:

„Im Gegensatz dazu (trockene RG, W. H.) entstehen feuchte Rasselgeräusche, wenn die Atemluft dünnflüssiges Sekret („Wasser“) unter Blasenbil-

dung durchströmt, was besonders deutlich während der Inspirationsphase zu hören ist. Wenn man zwei Haarsträhnen vor dem Ohr aneinanderreibt, bekommt man einen sehr guten Eindruck von (sehr feinblasigen) Rasselgeräuschen.“

■ Dr. med. W. Hüther, Arzt f. Allgemeinmedizin, Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin der Universität Freiburg, per E-Mail

MMW Titelbild

Lieber Händewaschen statt desinfizieren!

Zu unserem Titelbild MMW Nr. 42/2007 erreichte uns folgende Zuschrift:

Eine Desinfektion bei einer Blutzuckermessung, gerade bei Geräten mit einer so kleinen Blutmenge wie bei dem Contour, ist absolut obsolet. Händewaschen ist viel besser.

■ Dr. med. Michael Böhmer, Josef-Wirmer-Straße 7, D-34414 Warburg