

Spinalanästhesie oder Allgemeinanästhesie bei älteren Personen?

Neuman MD, Feng R, Carson JL, et al. Spinal anesthesia or general anesthesia for hip surgery in older adults. *N Engl J Med* 2021 Nov 25; 385: 2025–2035 (Randomisiert-kontrollierte Studie)

Zusammengefasst von: Renato L. Galeazzi

Kommentiert von: Melanie Lederer

Zusammenfassung

Bei orthopädischen Operationen an der unteren Extremität wird bei älteren Patientinnen und Patienten oft eine spinale Anästhesie angewendet. Angeblich sollen postoperative Todesfälle, Delirien und andere grössere Komplikationen weniger häufig auftreten. Ältere, randomisierte, meist kleinere Studien haben unterschiedliche Resultate erbracht. Für die Operierten scheint das rasche Erreichen einer Gehfähigkeit im Vordergrund zu stehen, daher wurde diese multizentrische, randomisierte Studie entworfen: Von 1599 Fällen mit einer Hüftfraktur (inter- oder subtrochantersch) wurden 795 in die Gruppe mit spinaler Anästhesie und 805 in die Gruppe mit Vollnarkose randomisiert. Alle waren über 50 Jahre alt und hatten vor dem Unfall eine selbstständige Gehfähigkeit. Der primäre Endpunkt war zusammengesetzt aus Tod oder einer Unfähigkeit, 60 Tage nach der Operation selbstständig oder mit einer Gehhilfe 3 Meter oder quer durch einen Raum zu gehen, ohne die Hilfe einer anderen Person zu benötigen. Das Ergebnis der Intention-to-treat-Analyse war recht eindeutig. Es wurde kein Unterschied im primären Endpunkt gefunden: 18,5 % erreichten diesen nach spinaler Anästhesie und 18,0 % nach Allgemeinnarkose.

Auch bei der Häufigkeit eines postoperativ neu aufgetretenen Deliriums fand sich kein Unterschied. Der durchschnittliche Spitalaufenthalt war in den beiden Gruppen gleich (3 Tage in amerikanischen Spitälern, 6 Tage in kanadischen). Viele Studienteilnehmende wurden aber aus verschiedenen Gründen nicht gemäss Randomisierung anästhesiert (individuelle Wünsche, Entscheid der Behandelnden, Kommunikationsprobleme, Nichtgelingen der Spinalanästhesie). Die Studienverantwortlichen weisen darauf hin, dass die Rate der Non-Adhärenz die Aussagekraft der Vergleiche zwischen den Gruppen gemindert haben könnte.

Diese sorgfältige, auch kritisch diskutierte Studie zeigt doch mit grosser Wahrscheinlichkeit, dass auch für ältere Personen eine Vollnarkose kein grosses Risiko (im Vergleich mit einer Spinalanästhesie) darstellt. Daher sollte diesen Kranken die Wahl zwischen den verschiedenen Anästhesiemöglichkeiten gelassen werden, ohne sie zur einen oder anderen Anästhesieform zu überreden. Interessant an dieser Studie war für mich aber ein Nebenresultat: Der Spitalaufenthalt in einem Spital in Kanada war im Durchschnitt doppelt so lang wie in einem Spital in den USA! Das kanadische Gesundheitswesen ist wohl etwas humaner.

Kommentar

Obwohl die Arbeit von Neuman et al. auch ausserhalb der Anästhesiologie Beachtung gefunden hat, hilft sie bei der Entscheidung, ob eine Spinalanästhesie oder eine Allgemeinanästhesie im Einzelfall das geeignetere Verfahren ist, nur bedingt weiter. Aus den folgenden Gründen ist sie nicht geeignet, bei hüftnahen Frakturversorgungen eine Überlegenheit der Spinalanästhesie nachzuweisen:

1. Mangelnde Aussagekraft: Die Annahmen für die statistische Analyse erweisen sich als nicht korrekt (Drop-out-Rate, Crossover-Rate, primärer Outcome). Der Anteil von Studienteilnehmenden, die statt einer Spinalanästhesie sekundär eine Allgemeinanästhesie erhielten, liegt mit 15 % unnachvollziehbar hoch.
2. Unrealistisches Setting: Die Wahl der Anästhesie wurde nicht durch den Wunsch und die Vorerkrankungen der Betroffenen beeinflusst, was nicht einem „pragmatischen“ Vorgehen entspricht. Der Grad der Sedation entspricht bei 14 % der Personen in der Spinalanästhesie-Gruppe per definitionem einer „Allgemeinanästhesie ohne gesicherten Luftweg“.

Dank CRP-Messung weniger Antibiotika?

Boere TM, van Buul LW, Hopstaken RM, et al. Effect of C reactive protein point-of-care testing on antibiotic prescribing for lower respiratory tract infections in nursing home residents: cluster randomized controlled trial. *BMJ* 2021 Sep 21; 374: n2198 (Randomisiert-kontrollierte Studie)

Zusammengefasst und kommentiert von: Markus Gnädinger

Zusammenfassung

In der hier vorgestellten randomisierten Studie wurde die Auswirkung einer vor Ort verfügbaren CRP-Testung auf

die Verschreibung von Antibiotika bei Infektionen der unteren Atemwege untersucht. 11 holländische Alterspflegeheime nahmen an der Studie teil.

Die Fälle aus 6 Heimen wurden der Intervention zugeteilt und die Fälle aus 5 Heimen der Kontrolle; dies entsprach 162 bzw. 79 Fällen. Die Beteiligten wa-

ren im Mittel 84 Jahre alt, 64 % waren Frauen. Folgende Komorbiditäten waren vorhanden: Status nach Hirnschlag bei 20 %, Herzinsuffizienz bei 29 %, COPD bei 32 %, Demenz bei 29 %, Diabetes bei 20 % und Niereninsuffizienz bei 2 %. Der primäre Endpunkt war die Häufigkeit von Antibiotikaverschreibungen bei der ersten Visite. In der Interventionsgruppe lag das CRP bei der Erstvisite bei 33 mg/l. 84 Personen (53,5 %) aus der Interventionsgruppe und 65 Personen (82,3 %) aus der Kontrollgruppe wurde ein Antibiotikum verschrieben. Die Wahrscheinlichkeit, primär kein Antibiotikum zu erhalten, war in der Interventionsgruppe fast 5-mal höher (95%-Vertrauensintervall 1,9–12,7). Ab einem CRP-Wert von 60 erhielten fast alle Patientinnen und Patienten aus der Interventionsgruppe ein Antibiotikum. Der Verlauf wurde nach einer und nach drei Wochen nachverfolgt. Über die ganze Studien-

dauer gesehen betrug die Minderverschreibung von Antibiotika in der Interventionsgruppe 23,6 %. Eine vollständige Erholung nach drei Wochen wurde in der Interventionsgruppe bei 86,4 % der Fälle und in der Kontrollgruppe bei 90,8 % verzeichnet. Die Hospitalisationsrate betrug 7,2 gegenüber 6,5 %, die Mortalität 3,5 gegenüber 1,3 % (Unterschiede nicht-signifikant). Die Studie kommt zum Schluss, dass die Vor-Ort-Testung des CRP in Pflegeheimen bei Infekten der unteren Atemwege eine relevante und sichere Methode ist, um knapp einen Drittel weniger Antibiotika zu verschreiben.

Kommentar

Etwas eigenartig mutet die unkommentierte Tatsache an, dass die Power-Analyse den Einschluss von 671 statt der tatsächlichen 242 Studienteilnehmenden erfordert hätte. Aus diesem Grund ist die „Sicherheit

der Intervention“ mit Vorsicht zu genießen, da die Studie „underpowered“ war, zumal in der Gruppe ohne Antibiotika 0,7 % mehr Hospitalisationen und 2,2 % mehr Todesfälle beobachtet wurden. Eine „Number Needed to Harm“ von 45 für Todesfälle würde für eine Intervention doch etwas hoch erscheinen, selbst wenn es sich hier meist um Hochbetagte gehandelt hatte. Auch wenn es nicht explizit erwähnt wird, fragt man sich, ob das Ende der Studie von März 2020 etwas mit dem Aufkommen der COVID-19-Pandemie zu tun hatte. Natürlich kann der Entscheid, auf Antibiotika zu verzichten, bei schwerkranken Personen im Pflegeheim die einzig sinnvolle Option sein, aber das liegt dann im ärztlichen Ermessen geteilt mit den Betroffenen, Pflegenden und Angehörigen, woran auch eine CRP-Messung nichts ändern wird.

Harnwegsinfekte bei Männern nur kurz behandeln?

Drekonja DM, Trautner B, Amundson C, et al. Effect of 7 vs 14 days of antibiotic therapy on resolution of symptoms among afebrile men with urinary tract infection. JAMA 2021 Jul 27; 326: 324–331 (Randomisiert-kontrollierte Studie)

Zusammengefasst und kommentiert von: Felix Schürch

Zusammenfassung

Die optimale Dauer einer Antibiotikatherapie wurde in den letzten 20 Jahren bei verschiedenen Infektionskrankheiten erforscht – beispielsweise bei der Blasenentzündung der Frau oder bei der Pneumonie. Ist eine verkürzte Therapie im Vergleich zu den bisherigen Behandlungsrichtlinien weniger wirksam? Dieser Frage ging die vorliegende Doppelblindstudie in Bezug auf die Harnwegsinfektion bei männlichen Patienten nach. Teilnehmer waren Männer, die an zwei ambulanten Zentren der amerikanischen „Veterans Affairs“ im Süden der USA behandelt wurden. Es handelte sich um Patienten, die bereits wegen eines afebrilen Harnwegsinfektes mit Ciprofloxacin (Ciproxin® u.a.) oder Cotrimoxazol (Bactrim® u.a.) behandelt wurden. Vor Ablauf der ersten Behandlungswoche wurden mögliche Kandidaten für die Studie eingeladen.

Diese sollten in der zweiten Behandlungswoche entweder mit demselben Antibiotikum oder mit einem Placebo behandelt werden; um die Studie doppelblind zu halten, wurde den Teilnehmern das Präparat eines anderen Herstellers bzw. ein entsprechendes Placebo zur Verfügung gestellt. 272 Patienten konnten in die Studie eingeschlossen werden. Bei fast allen Beteiligten war initial eine Urinuntersuchung und bei 88 % auch eine Urinkultur durchgeführt worden. Die Patienten wurden 7, 14 und 28 Tage nach Behandlungsbeginn zu ihren Beschwerden befragt. In über 90 % der Fälle kam es zu einer Besserung. Die kurze Antibiotikatherapie während einer Woche zeigte dabei gleichwertige Resultate wie die zwei Wochen dauernde Behandlung. Gemäss den Schlussfolgerungen der Studie ist daher bei einem Harnwegsinfekt beim Mann die Antibiotikabehand-

lung während nur 7 Tagen eine vertretbare Alternative zur zweiwöchigen Therapie. Einschränkend kann angeführt werden, dass die Studie eine begrenzte Aussagekraft hat. So waren beispielsweise die Studienteilnehmer mit einem Durchschnittsalter von 70 Jahren relativ alt und die untersuchten Wirkstoffe beschränkten sich auf Ciprofloxacin und Cotrimoxazol.

Kommentar

Für mich in der hausärztlichen Sprechstunde stellt diese Studie keineswegs eine umfassende Leitlinie dar, was die Betreuung eines Mannes mit den Zeichen eines Harnwegsinfektes anbelangt. Geht es jedoch um die Therapie, werde ich aus den vorliegenden Studienresultaten die Konsequenzen ziehen: bei der Wahl des Antibiotikums und bei der Dauer der Behandlung.