

Die Präventionsempfehlungen auf einen Blick – für den Gebrauch im Alltag

Für die praktische Anwendung im Alltag haben wir die Ergebnisse in Form eines Folders zusammengefasst: Die graphische Darstellung zeigt, ab welchem Alter bei Menschen mit Querschnittlähmung welche Screeninguntersuchungen durchgeführt werden sollen, um eine gute Prävention zu gewährleisten. In den Spalten rechts von dieser Graphik finden Sie dazu die Begründung und zwar zuerst seitens der Inneren Medizin, rechts davon die aus paraplegiologischen Publikationen. Anhand dieser beiden Spalten kann sich die beratende Ärztin / der beratende Arzt während der Konsultation einen raschen Überblick über die aktuell anstehenden präventiven Massnahmen verschaffen und die Fakten der Inneren Medizin bzw. Paraplegiologie in die individuelle Beratung einbeziehen.

Hinweise zur Tabelle:

Sind die Empfehlungen für Frauen und Männer gleich, ist der Balken gelb hinterlegt, gibt es Unterschiede, ist der Balken rosa, bzw. blau hinterlegt.

Präventive Massnahmen bei Menschen mit Querschnittlähmung: Empfehlungen der 3 deutschsprachigen Paraplegikerzentren, Stand 2013

Prävention	Was tun? Ab wann? Wie oft?	Begründung seitens Innere Medizin	Begründung speziell für Menschen mit Querschnittlähmung
Adipositas	Jährlich Gewicht und Grösse messen. Ab BMI > 23: Lifestyle-Beratung; ab > 2kg Gewichtsanstieg: Ursache suchen	Adipositas = BMI > 25 bzw. Bei Bauchumfang Männer > 102 cm, Frauen > 88 cm besteht ein erhöhtes Risiko für KHK – behandeln!	Idealgewicht liegt bei Para 5-10%, bei Tetra 10-15% tiefer als bei Nicht-QS, darum für QS angepassten BMI < 23 verwenden
Blutdruck / Hypertonie	Jährlich BP-Kontrolle; eine Hypertonie analog Nicht-QS abklären und behandeln; bei QS oberhalb Th 6: Guttmannsymptome erfragen	Optimaler Blutdruck < 120/80 mmHg. Bei BP 120 -130/80-89: 1x/Jahr nachmessen. Bei BP > 130/89: V.a. Hypertonie: abklären, alle KHK-RF testen und behandeln!	Gleiche Empfehlung wie für Nicht-QS bezügl. Behandlung. Für die Abklärung von Hypertonie, Hypotonie und Guttmannreaktionen: grosszügig 24h-Blutdruckmessung verordnen
Diabetes mellitus	Jährlich Glukosebestimmung und bei erhöhtem Wert: HbA1c	Screening empfohlen bei allen ab 45. Lj und bei allen mit BMI > 25 plus 1 Risikofaktor. Screening mittels: - HbA1c (Normalwert) - Nüchtern-BZ (> 7 mmol/l) bzw. Nicht-Nüchtern-BZ (> 11,1 mmol/l)	Menschen mit QS haben klar erhöhtes Risiko für DM (25% der > 55 Jährigen), abhängig vom Alter, Mobilität und körperlicher Aktivität – <u>nicht</u> abhängig von der Lähmungshöhe
Kardiovaskuläre Krankheiten: KHK, Stroke, Aneurysma	Jährliches Screening auf Risikofaktoren, diese konsequent behandeln. Bei V.a. KHK: Stress-ECHO od. Thallium-Szintigraphie (RF: Nikotin, Alkohol, Hypertonie, Dyslipidämie, Diab. mell., Bewegungsmangel, abdominale Obesitas, Ernährung, psychosoz. Faktoren)	Wegen hoher Mortalität: bei <u>allen</u> Patienten die globalen Risikofaktoren mittels Calculator ermitteln und vorhandene RF umso aggressiver behandeln, je höher das globale Risiko ist. Bei Männern > 65. Lj: 1x Aortenaneurysma screenen.	Es gelten die gleichen RF wie bei Nicht-QS; diese sind bei QS aber mit 80% sehr häufig positiv; koronare Ischämien bleiben häufig stumm. Framingham-Risiko-Calculator verwenden, KHK grosszügig mittels Stress-ECHO od. Thallium-Szintigraphie suchen.
Lipide	Jährlich in den ersten 3 Jahren nach QS-Lähmung das Totalcholesterin und HDL bestimmen, da noch viele Faktoren ändern; dann alle 5 Jahre	Hypercholesterinämie, tiefes HDL, hohes LDL korrelieren mit koronarer Herzkrankheit. Screening und Therapie: Wenn keine andern RF für KHK: ab 35. Lj bei Männern / ab 45. Lj bei Frauen Gesamt-Chol. +HDL alle 5 Jahre screenen.	Im Gegensatz zu früheren Studien zeigt sich heute, dass bei QS das Gesamtcholesterin, HDL, LDL und Triglyceride bei QS eher leicht <u>unterhalb</u> der Norm liegen. Bei Dyslipidämie hilft körperl. Training (wie bei Nicht-QS)
Atmung und schlafassoziierte Atemstörungen	Bei eingeschränkter Lungenfunktion: jährlich Spirometrie und peak cough flow; bei normaler Lungenfunktion: alle 5 Jahre Immer Rauchstopp-Beratung bei Rauchern. Schlafapnoe grosszügig abklären	Bei Rauchern sind eine frühzeitige Spirometrie und eine Rauchstopp-Beratung empfohlen. Bei Symptomen einer Schlafapnoe Abklärung mittels Polygraphie und evt. transcutaner CO2-Messung	Sehr viel häufigere Atemstörung und Schlafapnoe beim QS, abhängig von Läsionshöhe, ASIA, Jahre nach QS und allg. Faktoren (Rauchen, etc.) Bei pathologischer Lungenfkt.: - Atemmuskultraining - Instruktion Sekretmanagement - Grippe- u. Pneumokokkenimpfung
Osteoporose	Zumindest bei pos. Risikofaktoren die Knochendichtemessung mittels DEXA (od. pQCT) erwägen, wenn möglich Knie/Hüftregion. Bei nachgewiesenem Abbau: frühe medikamentöse Intervention erwägen. Bei Frauen: erhöhtes Risiko, darum verstärktes Augenmerk, insbesondere nach der Menopause.	Allgemeine Risikofaktoren für Osteoporose sind: weibl. Geschlecht, Rauchen, Alkohol, BMI < 19, pos. FA, frühere Osteoporosefraktur, Östrogene, Steroide u.a.m. Lebenszeitrisko für eine osteoporot. Fraktur bei 50-jährigen Frauen 50%, bei Männern 20%.	Nach QS-Lähmung setzt in den ersten 1-2 Jahren ein starker Knochenabbau ein (Verlust bis 70%) und ist das Risiko für osteoporotische Frakturen deutliche erhöht. Studienlage für Empfehlungen zu Screening und Therapie z.Zt. nicht ausreichend. Im Einzelfall Abklärung mit DEXA (Goldstandard) an unteren Extremitäten empfohlen, insbesondere bei zusätzlichen RF.
Schilddrüse	Jährlich TSH im 1. und 2. Jahr nach Eintritt QS-Lähmung, wenn i.O danach alle 5 Jahre. Bei Frauen: erhöhtes Risiko, darum verstärktes Augenmerk auf klinische Symptome. TSH immer bei Schwangerschaft bzw. Kinderwunsch.	Die Prävalenz der Hypo-/Hyperthyreose ist 0,1-2%, gehäuft bei Frauen. TSH Bestimmung nicht als Routine, sondern nur bei klinischen Symptomen bzw. Kinderwunsch/Schwangerschaft.	Die klin. Symptome der Hypo- und Hyperthyreose überschneiden sich mit den allg. Symptomen durch QS. Müdigkeit, Obstipation, Menstr.störungen, Gewichtszunahme – darum TSH-Bestimmung notwendig.
Psychosoziales	Jährlich achten auf Zeichen einer Depression/Suizidalität, Substanzmissbrauch, posttraumatische Belastungsstörung (PTSD), Angststörung, psychiatr. Erkrankung und Zeichen mangelnder Selbstfürsorge (rez. Dekubitalulcera?)	Depression/Suizidalität, Angststörung, Substanzmissbrauch und somatoforme Schmerzstörung sollen gezielt gesucht werden, evt. spezifische Tests einsetzen	Depression, Angststörung, PTSD und Substanzmissbrauch sind bei QS gehäuft gegenüber Nicht-QS. Ihr Vorliegen erhöht die Mortalität, insbesondere bei zusätzlichen chron. Krankheiten wie Diabetes, KHK etc.
Immunologie/Impfen	Jährlich ab 20. Lj die Grundimpfungen gemäss BAG überprüfen und Pneumokokkenimpfung anbieten. ab 50. Lj Grippeimpfung jährlich anbieten ab 60. Lj Zosterimpfung empfehlen	Routinemässige Grundimpfungen und Impfung bei Reisenden gemäss aktueller Richtlinien des BAG. Grippeimpfung bei zusätzl. Risikofaktoren (Heimbewohner, Raucher etc.) Zosterimpfung wg. starker Häufung ab 60. Lj und vermehrt Komplikationen, empfehlen	Wegen stark gehäuften Atemproblemen beim QS soll bei eingeschränkter Lungenfunktion die Pneumokokkenimpfung jederzeit und die Grippeimpfung ab 50. Lj angeboten werden. Weil häufig und häufig mit Komplikation: Zosterimpfung ab 60. Lj anbieten
Cervix-CA	Jährlich nach Durchführung des PAP-Abstriches fragen, Zugang zur gynäkolog. Untersuchung sicherstellen HPV-Test ab 30. Lj	Cervix-CA als CA der sexuell aktiven Frau, assoziiert mit HPV-Virus. PAP-Abstrich mit 1A-Evidenz von Nutzen: alle 1-2 Jahre nach Beginn der sex. Aktivität, wenn 3x neg: nur noch alle 3 Jahre – bis 65. Lj, dann stopp. HPV-Test ab 30. Lj	Gleiche Empfehlungen für QS und Nicht-QS; speziell ist bei QS jedoch sicherzustellen, dass der Zugang zum Screening gewährleistet ist, d.h. gynäkologische Untersuchung in rollstuhlgängiger Praxis empfehlen / anbieten.
Mamma-CA	Alle 2 Jahre ab 50. Lj Mammographie durchführen, bei RF früher Zugang zur Untersuchung sicherstellen	Mammographie ab 50. Lj alle 2 J. mit 1A-Evidenz für Früherkennung und geringere Mortalität. Kontrovers diskutiert der Beginn ab 40. Lj bei RF (frühe Menarche, St.n. Biopsie, pos. FA etc.).	Gleiche Empfehlungen und gleicher Nutzen wie für Nicht-QS, klare Probleme mit dem Zugang zur Untersuchung für Frauen mit QS, darum Rollstuhlgängigkeit sicherstellen. Bei RF Screening früher einsetzen
Prostata-CA	Alle 2-4 Jahre ab 50. Lj PSA bestimmen, falls im «informed consent» vom Patienten gewünscht. Bei Schwarzen od. pos. FA ab 40.-45. Lj beginnen	Prostata-CA ist häufig und wird durch gezieltes Screening gehäuft früher entdeckt, die Mortalität am CA wird dadurch aber nur gering gesenkt, die Lebensqualität durch das Screening tangiert. Darum soll der Entscheid für ein Screening als «informed consent» erfolgen	Gleiche Empfehlung für QS wie für Nicht-QS bezügl. Screening im «informed consent». Zu beachten ist, dass bei QS-Pat. mit Dauerkatheter od. ISK die PSA-Werte erhöht sind, das Prostatavolumen eher leicht unter der Norm.
Blasen-CA	Jährliche neurourologische Konsilien inkl. Indikation zur Cystoskopie gemäss individuellem Risiko. Chronischen HWI vorbeugen.	Seltenes Carcinom (21/100'000), kein systematisches screening empfohlen, auf klin. Symptome und Risikofaktoren achten: Rauchen, Anilin, chron. Irritation	Doppelt so hohe Inzidenz beim QS, dabei in 50% Katheter-Träger (DK, SP), weiterer RF chron. Infekt. Regelmässige Cystoskopie bei Verweilkatheterträgern empfohlen; ausserdem Prävention von Blaseninfekten
Colon-CA	Alle 10 Jahre Colonoskopie ab dem 50. Lj, bei pos. FA ab 40. Lj (bis max. 85. Lj)	Dritthäufigstes Carcinom, für Screening besteht gleichermaßen 1A-Evidenz für eine Colonoskopie alle 10 Jahre oder jährlichem Test auf okkultes Blut. Beginn mit dem 50. Lj (bis max. 85), bei pos. FA ab 40. Lj	Bezüglich Screening gleiche Empfehlung wie beim Nicht-QS; wegen häufigen Hämorrhoiden und manuellem Stuhleentern bei QS ist der Nachweis von okkultem Blut weniger zuverlässig und darum die Colonoskopie sinnvoll.
Lungen-CA	Jährlich bei RaucherInnen den Rauchstopp ansprechen, Hilfe anbieten. Ab 55.-74. Lj und > 30py: low dose Spiral-CT zur Früherkennung anbieten	Lungen-CA ist die häufigste Krebs-Todesursache für Männer und Frauen; Risikofaktor Nr 1: Rauchen. Einzige Prävention: Rauchstopp. Bei Rauchern zw. 55-74. Lj. mit \geq 30py kann die Mortalität am Lungen-CA durch low dose Spiral-CT des Thorax um 20% gesenkt werden, weil CA noch operabel entdeckt wird.	Für QS gleiche Empfehlungen bezüglich Prävention mittels Rauchstopp bzw. Screening zur Früherkennung mit low dose Spiral-CT des Thorax. Das konventionelle Thorax-Röntgen als Routineuntersuchung hat nie eine Senkung der Mortalität am Lungen-CA erbracht.
Melanom	Jährlich bei der klin. Untersuchung auf Nävi achten. Bei > 50 Nävi am ganzen Körper bzw. auffälligen Nävi: Dermatolog. Abklärung. Sonnenschutz empfehlen.	Das Melanom nimmt an Häufigkeit weltweit zu, ist z.Zt. das 4. häufigste CA. Nutzen der Prävention bis jetzt nicht nachgewiesen; regelmässiges Screening nur bei RF empfohlen: - Männer > 50 Jahre - über 50 Nävi am Körper - Vorhandensein grosser kongenitaler Nävi - pos. Familienanamnese - Immunsuppression - Xeroderma pigmentosum	Bei der klin. Untersuchung auch auf Nävi achten, bei Auffälligkeiten, dermatolog. Abklärung empfehlen bei RF (\geq 50 j., > 50 Nävi am Körper, pos FA etc.) Immer Sonnenschutz empfehlen.
Augen- und Hörprobleme im Alter	Augen: 1 Baseline-Messung des Augendruckes vor dem 50. Lj, danach jährliche Augenkontrollen empfehlen. Ohren: jährlich ab dem 50. Lj nach Hörproblemen fragen	Trotz häufiger Augenprobleme im Alter existiert keine Evidenz, dass der Nutzen des Screenings den potentiellen Schaden durch die Untersuchung überwiegt. Sinnvoll ist wsh. eine Augenkontrolle einmalig vor und dann jährlich ab dem 50. Lj. Für Hörprobleme ist die Frage «bestehen aktuell Probleme mit dem Gehör?» das beste Screening	Bei QS gleiche Empfehlungen zur Prävention wie bei Nicht-QS. Speziell beachten: die Verstärkung von Gehörproblemen durch sich verschlechternde Sehfunktion und die Summation von Hörproblemen und Mobilitätseinschränkung bezüglich sozialer Partizipation.