

Periskop

Antibiotika assoziierte Diarrhoe tritt in 3–30% der behandelten Patienten auf, meist ohne dass ein bestimmter Erreger dafür verantwortlich gemacht werden könnte. *Lactobacillus GG*, ähnlich dem *L. casei*, besitzt Hemmwirkung gegen verschiedene Keime, überlebt den Verdauungsprozess und die Wirkung von Magensäure und Galle und erfreut sich mit diesen Argumenten einer erheblichen Beliebtheit zur Prävention von Antibiotika-assoziiierter Diarrhoe bei Kindern und Erwachsenen. Zu Recht? 302 hospitalisierte, antibiotisch behandelte Patienten erhielten randomisiert *Lactobacillus GG* oder Placebo während 24 Tagen. In der 3wöchigen Kontrollperiode trat Diarrhoe in 29,3% unter *Lactobacillus GG* und in 29,9% unter Placebo auf. Der Preis ist gering, aber immer noch zu hoch für einen Null-Effekt! – Thomas MR, et al. *Lack of effect of Lactobacillus GG on antibiotic-associated diarrhea*. *Mayo Clin Proc* 2001;76:882–9.

Aus der Nahrungsmittelkette in den Urogenitaltrakt? In 3 Kohorten aus Kalifornien, Minnesota und Michigan scheint ein einziger Klon von *E. coli* für 51, bzw. 38, bzw. 39% der Trimethoprim-Sulfamethoxazol-resistenten, ausserhalb des Spitals erworbener **Harnwegsinfekte** verantwortlich zu sein. Endemische Harnwegsinfekte? Und auf was für Wegen? 1. Schritt: intestinale Besiedelung mit dem uropathogenen (resistenten) Klon über die Nahrungsmittelkette; 2. Schritt: perianale Ausbreitung der Keime. Wie lange kann sich Cotrimoxazol als empirische Behandlung des akuten, unkomplizierten Harnwegsinfekts noch halten – in den USA? In der Schweiz? – Manges AR, et al. *Widespread distribution of urinary tract infection caused by a multidrug-resistant E. coli clonal group*. *N Engl J Med* 2001;345:1107–13.

Operative Reduktion des Lungenvolumens bei **Lungenemphysem** – Panacee oder Pandoras Büchse? Eine randomisierte, kontrollierte Studie an 1033 Emphysematikern verglich den chirurgischen Eingriff mit konventioneller medizinischer Therapie. Patienten mit einem FEV₁ <20% ihres Sollwerts und einer homogenen Verteilung des Emphysems und/oder

einer CO-Diffusionskapazität <20% ihres Sollwerts hatten eine 30-Tage-Mortalität von 16% nach dem Eingriff im Vergleich zu 0% bei medizinischer Behandlung. Die Überlebenden dieser Gruppe hatten im Vergleich zur Kontrollgruppe geringe Vorteile bezüglich Leistungsfähigkeit – und dieselbe Lebensqualität. Not for everybody! – *NETT research group: Patients at high risk of death after lung-volume-reduction surgery*. *N Engl J Med* 2001;345:1075–83.

Screening für **Prostatakarzinom** in England – über den Lieferanteneingang! Alle systematischen Reviews kommen zum Schluss, dass die Evidenz für längeres Überleben und bessere Lebensqualität dank Prostata-Screening nicht ausreicht. Was das «NHS-prostatic cancer program» nicht entscheiden mochte, wird nun dem Patienten anheimgestellt. Dann läuft die übliche Kette ab: ärztliche PatientenInfo → PSA-Bestimmung → wenn erhöht: ad Spezialist → transrektaler Ultraschall, Biopsie mit falsch-positiven und falsch-negativen Resultaten → zurück zum Spezialisten, der zwar Risiken, Chancen, Nebenwirkungen und Unsicherheiten kennen sollte, aber in den meisten Fällen das empfiehlt, was sein «business» ist. Such is life – in England, den USA – und in der Schweiz? – Donovan JL, et al. *Screening for prostate cancer in the UK*. *Br Med J* 2001;323:763–4.

Albumin – ausser Spesen nichts gewesen? Die Unterlagen zum Nutzen / Schaden von Albumininfusionen werden durch eine weitere, sorgfältige Metaanalyse über 55 klinische Studien erweitert: Vergleich Albumin vs. Kristalloide vs. kein Albumin vs. niedrige Albumindosen an schwer kranken Patienten. Resultat: Albumin hat keinen Effekt auf die Mortalität, aber seine Sicherheit scheint gewährleistet. Und sonst nichts? Warum dann zu Albumin bzw. Kolloiden greifen? Aufgepasst: die Situation ist keineswegs so klar, die Metaanalysen nicht Gottes Wort, ihre Interpretation widersprüchlich – und der Ruf nach weiteren «well designed trials» lautstark! – Wilkes MM, Navickis RJ. *Patient survival after human albumin administration*. *Ann Intern Med* 2001;135:149–64 / *Editorial* 205–8.