

Periskop

Arme geklonte Mäuse: abgekürzte Überlebenszeit, hohe Inzidenz von Aborten, reduzierte Antikörperproduktion, Leberschäden, Malignome bereiten der Forschern Sorgen. 12 männliche, aus unreifen testikulären Zellen geklonte Mäuse wurden mit 13 Kontrollmäusen (7 natürlich gezeugt, 6 Produkte assistierter Konzeption) verglichen. 10 von den 12 geklonten Tieren starben vor ihrem 800. Lebenstag im Vergleich zu deren 3 von den 13 Kontrollen. Noch wenig Licht am Ende des Tunnels! – <http://www.nature.com/Nature Genetics>

Fluoxetin (Fluctine®) gut für Fibromyalgie? Eine randomisierte plazebokontrollierte Studie an 60 Fibromyalgie-Patientinnen ergab nach 12wöchiger Behandlung bei guter Toleranz signifikante Vorteile für Fluoxetin in bezug auf Schmerz, Müdigkeit und Depression, weniger überzeugend in bezug auf die Zahl aktiver Schmerzpunkte und den «total myalgia score». Schön und gut, aber was ist «Fibromyalgie», was wird denn da eigentlich behandelt? Dass Antidepressiva bei derartigen unklaren und unerklärten Syndromen helfen, überrascht nicht. Alles andere aber bleibt so unklar wie zuvor! – *Arnold LM, et al. A randomized, placebo-controlled, double-blind study of Fluoxetine in the treatment of women with fibromyalgia. Am J Med 2002;112:191-7.*

Viscosupplementation. Der Streit um die Hyaluronsäure bei Kniegelenksarthrose – (k)einen Schritt weiter!? In einer randomisierten, plazebokontrollierten Studie wurden 120 Patienten während 12 Wochen auf den Effekt von Hyaluronat i.a. untersucht. Resultat (Autoren): Hyaluronsäure ist für Ruheschmerz so gut wie NSAID; für Bewegungsschmerz und Funktion dürfte Hyaluronsäure besser sein als Plazebo oder NSAID allein. Der Editoralist errechnet aus denselben Rohdaten gnadenlos ein Null-Resultat für Hyaluronsäure in bezug auf Behinderung, Funktion, Ruhe- und Belastungsschmerz – «further studies are needed!» – *Petrella RJ, et al. Effect of hyaluronate sodium on pain and physical functioning in osteoarthritis of the knee. Arch Intern Med 2002;162:292-98. Editorial Felson S. 245-7.*

Pulmonale Sarkoidose und Kortikosteroide – bescheidener als erwartet? Kortikosteroide werden bei Lungenboeck eingesetzt zur Reduktion von klinischen Symptomen und Langzeitschaden. Die Beurteilung der Wirksamkeit wird durch eine hohe spontane Remissionsrate erschwert. In einer systematischen Review waren von 150 publizierten Studien 9 qualitativ befriedigend und 8 lieferten brauchbare Daten! Resultate: 1.) Orale Kortikosteroide verbessern über 6–24 Monate die radiologischen Befunde und in bescheidenem Mass die Vital- und Diffusionskapazität. 2.) Studien mit inhalierten Kortikosteroiden lassen keine Aussage zur Wirksamkeit zu, und 3.) es liegen keine Hinweise vor für eine Verbesserung der Langzeit-Prognose durch Kortikosteroide. – *Paramothayan S, Jones PW. Corticosteroid therapy in pulmonary sarcoidosis. JAMA 2002;287:1301-7.*

Dritt-Generation orale Kontrazeptiva – Risiko für Patientinnen und Pharmaindustrie! In London wurde im Namen von 100 Patientinnen und deren Familien eine Sammelklage deponiert gegen Schering, Wyeth und Organon. Grund: Produkte-Haftpflicht – auch ohne Nachweis von Nachlässigkeit. *Periskop* hat die Diskussion um das erhöhte Thromboembolierisiko der Dritt-Generation-Pille bei früherer Gelegenheit erfasst: Von der Pharmaindustrie gesponserte Studien zeigten im Gegensatz zu unabhängigen Studien kein oder nur wenig erhöhtes Risiko. Die Hersteller haben den Bias schon ausgemacht: Die Ärzte verordneten die inkriminierten Antikonzeptiva Frauen mit höherer Thromboembolie-Bereitschaft! – *Dyer C. Claim launched against makers of third generation pill. BMJ 2002;324:561.*

Tendinitis oder Tendinose – Gefühl ist alles, Name, Schall und Rauch? Tendinitis ist eine entzündliche Affektion und wird mit Entzündungshemmern behandelt. Das Dogma ist unausrottbare. Die Autoren – allesamt Bewegungsapparat-Erfahrene – plädieren für die Bezeichnung «Tendinopathie» statt «Tendinitis» (histologisch keine Entzündungszellen?), das Konzept «Sehnenschaden» statt «-itis» und die therapeutische Konsequenz «Schonen» statt Pharmakotherapie. – *Khan KM, et al. Time to abandon the «tendonitis» myth. BMJ 2002;324:626-7.*