

Periskop

Komplikationenliste. Leberpunktionen und Leberbiopsien: diagnostische Routineeingriffe? 9 Patienten aus einem Kollektiv von (hochgerechnet) rund 300 Patienten, die eine Leberbiopsie (200) oder eine Leberpunktion (100) über sich ergehen lassen mussten, entwickelten relevante, in einem Fall tödliche Blutungskomplikationen (7 intraabdominale Blutungen, 1 Bauchwandhämatom, 1 Hämatothorax). Schicksal? Keineswegs! In 5 Fällen waren die Gerinnungsvoraussetzungen für die Intervention ungenügend (2× Aspirin/Clopidogrel; 1× Thrombopenie/Thrombopathie; 2× Quick <70%). 2× wurde eine Antikoagulation innerhalb von 24 Stunden nach Intervention eingeleitet. Dem Schicksal bleibt die Verantwortung für «nur» vier Fälle! – Apropos: Die Kombination Aspirin/Clopidogrel verlängert die Blutungszeit um das 4fache! (*Aus der Komplikationenliste der Chefärztereinigung der SGIM, Mai 2002.*)

Variante Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung – nach den ersten 100 Fällen in England. In den frühesten Stadien der Erkrankung ist die Diagnose schwierig bis unmöglich. Dennoch kann die Kombination neurologischer und psychiatrischer Probleme erste Hinweise geben, sind doch psychiatrische Besonderheiten (Dysphorie, sich absondern, Ängstlichkeit, Schlaflosigkeit und Interesselosigkeit) in 22% der Fälle früheste Anzeichen, in 15% eingeleitet durch neurologische Auffälligkeiten (Gedächtnisschwäche, Schmerz, andere sensorische Symptome, unsicherer Gang, Dysarthrie). – Bedeutsam, falls vCJD in Zukunft tatsächlich epidemisch auftreten sollte! – *Spencer MD, et al. First hundred cases of variant Creutzfeldt-Jakob disease. BMJ 2002;324:1479–82.*

Statine und akutes koronares Syndrom. Statine sind in der Sekundärprophylaxe kaum umstritten. Aber Statine innerhalb der ersten 7 Tage nach akutem koronarem Syndrom, wie das in der MIRACL-Studie empfohlen wurde? – Nicht so sicher! 12 365 Patienten mit akutem koronarem Syndrom wurden 1997–1999 randomisiert innerhalb von im Mittel 2 Tagen mit Statinen behandelt und mit «Null-Therapie» verglichen. Resultat: keinerlei Unterschied zwischen den beiden Gruppen in bezug auf

Endresultat nach 90 Tagen und 1 Jahr. – Geduld! Weitere Studien abwarten! – *Newby LK, et al. Early statin initiation and outcomes in patients with acute coronary syndromes. JAMA 2002;287:3087–95.*

Methicillin-resistente Staphylokokken (MRSA) – merkwürdige Unterschiede. Alle universitären und Tessiner Institutionen haben ihre epidemiologischen Daten zusammengetragen. Resultat: im Jahre 1997 kamen gesamtschweizerisch in den 5 Universitätsspitalern, 33 kleineren Akutspitalern und 14 rehabilitativen Institutionen 385 Fälle von MRSA zur Beobachtung, was einer niedrigen Inzidenz entspricht. Interessant ist die Verteilung: 328 Fälle entfielen auf die Romandie, 57 auf die Deutschschweiz. Die Hälfte der Fälle betraf das Universitätsspital Genf, wo MRSA mit 41/10 000 Hospitalisationen endemisch ist. Von den verbleibenden rund 200 Fällen entfielen >50% auf nichtakute Pflegeinstitutionen. – Echte Unterschiede der Inzidenz oder eine Frage der aggressiveren Überwachung und Kontrolle in der Westschweiz? – *Blanc DS, et al. Epidemiology of methicillin-resistant Staphylococcus aureus: results of a nationwide survey in Switzerland. Swiss Med Wkly 2002;132:223–9.*

Falsche Hoffnung? Die aktuellen Screening-Methoden für **Trisomie-21** (Down-Syndrom) sind weniger wirksam als erhofft: retrospektiv wurden in 6 Jahren 171 von 323 Down-Syndrom-Fällen vor der 24. SSW diagnostiziert: Generelles Serumscreening entdeckte 57%; Alter der Mutter + Serumscreening und/oder nuchale Transluzenz 52% und Alter der Mutter >37 Jahre + sonographische Anomalien 54% der Fälle. Die Überraschung beruht darauf, dass 15% aller schwangeren Frauen >35jährig waren, mehr als doppelt so viele, als ursprünglich angenommen. In 58% der Down-Syndrom-Kinder war die Mutter >35 Jahre alt. Fazit: die neuen Techniken sollten nur im Rahmen kontrollierter Studien eingesetzt werden. Als Screening für invasive Abklärung genügt derzeit das Alter der Mutter und der Nachweis sonographischer Anomalien. – *Wellesley D, et al. Retrospective audit of different antenatal screening policies for Down's syndrome in one health region. BMJ 2002;325:15–7.*

???-02 ???