

# Periskop

Den Parkinson riechen lassen ... Olfaktorische Störungen sind ein prominentes Symptom des idiopathischen M. Parkinson. 80–90% der Patienten zeigen einen Riechverlust unabhängig vom Krankheitsstadium, der Dauer und Schwere der Symptome – dies im Gegensatz zu den Patienten mit progressiver, supranukleärer Ophthalmoplegie bzw. kortikobasaler Degeneration. Dies konnte durch olfaktorisch evozierte Potentiale bestätigt werden. Der Riechverlust ist ein Früh-, wenn nicht gar Erstsymptom des idiopathischen Parkinson-Syndroms! Merk Dir's! – Müller A, et al. *Riechstörungen, ein frühes Kardinalsymptom des idiopathischen Parkinson-Syndroms.* – *Akt Neurol* 2003;30: 239–43.



Allergen-impermeable Bettwäsche gegen Asthma und allergische Rhinitis? Zwei aufwendige Studien an 1122 bzw. 279 Patienten, randomisiert und plazebokontrolliert, ergaben eine signifikante Reduktion des Der p1 (*Dermatophagoïdes pteronyssinus*)-Staubs, nicht aber des Asthmas oder der allergischen Rhinitis – zumindest nicht, wenn die impermeablen Decken als alleinige Massnahme eingesetzt werden. – Woodcock A, et al. / Terreehorst I, et al. *Control of exposure to mite allergen and allergen-impermeable bed covers for adults with asthma/ Evaluation of impermeable covers for bedding in patients with allergic rhinitis.* *N Engl J Med* 2003;349:225–36/237–46.



... Eine weitere Folge: Eine Gruppe von 10 Neurochirurgen in der Umgebung von Seattle bezahlte anfänglich für «Malpractice Coverage» eine Prämie von stabilen 21 000 USD (jährlich). Dann stiegen diese auf 27 000, ein Jahr darauf auf 40 000 und schliesslich auf 54 000 USD. In diesem laufenden Jahr folgte anstelle der jährlichen Prämienerrhöhung ein Brief mit der lapidaren Feststellung «Sie sind nicht länger versicherbar» – und kündigten den Versicherungsvertrag. Folgen: keine Deckung, keine Operationen, kein neurochirurgischer Service. Dann folgt der neue Vertrag mit einer jährlichen Prämie von 133 000 USD. ... Und die Neurochirurgen sind nicht allein! – McCarthy M. *US health-care system faces cost and insurance crises.* *Lancet* 2003;362:375.



Entscheide selbst: Ein 39-jähriger Arzt wird 1986 mit HIV infiziert, entwickelt 1992 ein AIDS-Syndrom mit *Pneumocystis carinii* und ein Kaposi-Sarkom. Die Chemotherapie führt

wiederholt zu schwerer Leukopenie und einer Anämie, die mit Erythropoietin behandelt wird. 1995 entwickelt er zunehmende Dyspnoe und eine Ejektionsfraktion von weniger als 10%. Die CD4-Zellen erreichen 0/mm<sup>3</sup> im Frühjahr 1994. 1995 wird eine hochaktive antiretrovirale Therapie eingesetzt. Die CD4-Zellen steigen auf über 250/mm<sup>3</sup>. 2001 wird der Patient **herztransplantiert**: Er erreicht funktionell nach 24 Monaten ein sehr gutes Resultat, das allerdings mit 9 Abstossungen, Gichtattacken, refraktärer Anämie (Transfusionen alle 2 bis 3 Wochen) und Ehrlichiose erkaufte wird. Die Plasma HIV-1-RNA-Spiegel liegen unter der Nachweisgrenze. Ist das wissenschaftlich und ethisch zu rechtfertigen? – Calabrese LH, et al. *Successful cardiac transplantation in an HIV-1-infected patient with advanced disease.* *N Engl J Med* 2003;348:2323–8.



**Menstrueller Zyklus und akute koronare Ereignisse (AK)** – AK sind in den reproduktiven Jahren eine Seltenheit. Nach der Menopause steigen sie erheblich an. Ein Zusammenhang mit 17β-Östradiol wurde vermutet und zu Zeiten des Hormonersatzes unterstützt – aber nun ist alles mit den Studien zum kardioprotektiven Effekt wieder fragwürdig. Nun zeigt aber eine Studie, dass 19 von 27 prämenopausalen Frauen, die ein AK erlebten, dieses während der Menses – zur Zeit der tiefsten 17β-Östradiol-Aktivität – durchmachten und sämtliche AK in der ersten Hälfte des Menstruationszyklus auftraten. Noch ist die Ursache dieses Effektes nicht etabliert. Zusammenhänge mit dem vasoaktiven Endothelin und NO werden diskutiert, sind aber nicht bewiesen! Zuwarten, was kommt! – Hamelin BA, et al. *Influence of the menstrual cycle on the coronary events in premenopausal women.* *Am J Med* 2003;114: 599–601.



**Assoziation?** Ein 26-jähriger Mann, Veterinärmediziner mit Kleintierpraxis, kommt mit einer schwarzen, ulzerierenden Hautläsion. Vor 12 Tagen hatte sich eine schmerzlose, beissende Papel am Kleinfinger der rechten Hand entwickelt; sie ulzerierte nach 7 Tagen und hinterliess den schwarzen Schorf, ca. 1 cm im Durchmesser – umgeben von Ödem und Erythem sowie eine ascendierende Lymphangitis. Hämatologie und Biochemie, einschliesslich CRP, waren normal. Kutaner Anthrax? – Lösung siehe Seite 1288.

