





Periskop


Schlaganfall-Überlebende. Ihre Pflegepersonen sollten (im Idealfall) motiviert, enthusiastisch, körperlich fit, psychisch gesund, emotionell robust, finanziell unabhängig, adäquat informiert, ausgebildet und geschickt sein. Nicht ganz bescheidene Ansprüche! 300 Betreuende wurden in eine randomisierte Studie aufgenommen, die den Effekt eines minimalen pflegerischen Grundtrainings prüfte. Nicht ganz überraschend waren die Patienten weniger ängstlich, weniger depressiv, hatten eine bessere Lebensqualität bei vergleichbarer Mortalität. Die gesamten Gesundheits- und sozialen Kosten im ersten Jahr nach Schlaganfall waren mit 1595 versus 6544 Pfund um rund 4400 Pfund (rund 9000 Schweizer Franken) geringer. Aber was ist mit den übrigen Qualitäten? – *Kalra L, et al. / Parel A, et al. Training carers of stroke patients: randomised controlled trial / Training care givers of stroke patients: economic evaluation / Editorial. BMJ 2004;328:1099-101 / 1102-4 / 1085-6.* 


Das **Recht auf Leben** schliesst nicht das Recht ein, den Zeitpunkt und die Art des Sterbens zu bestimmen – sagen die Richter des UK und des Europäischen Gerichtshofes. Das gilt nicht nur für die bekannten Fälle amyotropher Lateralsklerose, sondern neben vielen andern Möglichkeiten auch für den legalen oder illegalen «Sterbetourismus», für den wir uns zweifelhafte Berühmtheit erworben haben! Das Gesetz ist widersprüchlich, konfus und unklar und soll nun vom «House of Lords» oder einer «Royal Commission» überarbeitet werden – was wohl die meisten gesetzlichen Regelungen des Endes oder der Beendigung des Daseins nötig hätten! – *Huxtable R. Assisted suicide. BMJ 2004;328:1088-9.* 

20 konsekutive Kinder mit **Hurler-Syndrom** (der schwersten Form von Mukopolysaccharidosen Typ 1) wurden mit Nabelschnur-Stammzellen von nicht verwandten Spenderinnen behandelt. 17 von 20 überleben im Mittel 905 Tage nach Transplantation – mit komplettem Spender-Chimerismus und normaler peripherer α -L-Iduronidase, verbesserter neurokognitiver Leistung und verbesserten körperlichen Befunden. Fünf Patienten hatten akute «graft-versus-host»-Episoden, Grad II bis III; chronische «graft-versus-host»-Erkrankungen sind nicht aufgetreten. Ob das besser ist als der Tod in der Kindheit, wird wohl verschieden beurteilt. Aber: Es ist grundsätzlich ein Erfolg der Transplantation und ein Erfolg der Nabelschnur-Stammzell-Transplantation – und dies ohne Ganzkörperbestrahlung. – *Staba SL, et al. Cord-blood trans-*

plants from unrelated donors in patients with Hurler's syndrome. N Engl J Med 2004;350:1960-9. 


Aus einer 2001 publizierten Liste der **«besten Spitäler der USA»** wurden die 77 «very best» ausgewählt. Nach dem «warum?» gefragt, keine Antwort, enorme Unterschiede: Tage im Spital 9,4 bis 27,1 Tage; Tage auf Intensivabteilung 1,6 bis 9,5 Tage; >10 Ärzte gesehen 16,9 bis 58,5%; Arztbesuche 17,6 bis 76,2; Todesfälle 15,9 bis 55,6%; Todesfälle auf der Intensivstation 20,2 bis 27,1%; Hospice-Care 10,8 bis 43,8%. Amerika, Du hast's (nicht) besser, als unser Kontinent, der Alte (Goethe)! – *Wennberg JE, et al. Use of hospitals, physician visits, and hospice care during last six months of life among cohorts loyal to highly respected hospitals in the United States. BMJ 2004;328:607.* 


In Amerika wird eine von 3 Personen >65 Jahre im Jahr wenigstens einmal stürzen; bei den 80jährigen ist's eine von zwei. Zahlreiche Interventionen sollen diese **Stürze** verhindern. In einer Metaanalyse wurden 40 Studien aufgenommen und auf ihre Wirksamkeit geprüft: gezieltes Post-Sturz-Assessment und Management der Risikofaktoren, MMRF, Training, Umgebungsfaktoren und Unterricht. Das MMRF reduzierte das Sturzrisiko auf 0,82 («number needed to treat» NNT 11), Training auf 0,86 (NNT 16). Die Reduktion der monatlichen Sturzrate betrug 11,8 pro 100 Patienten für MMRF und 16 pro 100 Patienten für Training – und derartige Programme sind für Prävention in grösseren Populationen geeignet. MMRF wird sich kaum für Leute mit kognitiven Defiziten bewähren. – *Chjang JT, et al. Intervention for the prevention of falls in older adults. BMJ 2004;328:680-3.* 


Assoziation? Ein 60jähriger Mann – best bekannter Wiener Opernsänger mit behandelter, langjähriger Pneumopathie – kommt mit einem beissenden Ausschlag, allgemeinem Unwohlsein, Appetitverlust und Nausea, Symptome, die er am Vortag beim Gang durch seinen Garten entwickelt hat. Tatsächlich ist er übersät mit Nessel, kleinen Papeln und Pusteln an Armen, im Nacken und über den Fussgelenken. Nachträglich erinnert er sich, dass er vor 10 Tagen an einer alten Eiche im Garten «Tausende» von Raupen gesehen hatte. Seither traten die Symptome auf, wann immer er in den Garten ging oder am offenen Fenster stand... Was soll das? (Lösung auf Seite 1152). 


Périscope


Survivants à un accident vasculaire cérébral.


Leurs soignants devraient (idéalement) être motivés, enthousiastes, physiquement et psychiquement en forme, émotionnellement solides, financièrement indépendants, adéquatement informés et formés, et adroits. Exigences plus que modestes! 300 soignants ont été randomisés dans une étude qui s'est intéressée à l'effet d'un entraînement minime. Ce ne fut pas une surprise: les patients étaient moins anxieux, moins dépressifs, leur qualité de vie était meilleure et la mortalité semblable. Les coûts de santé et sociaux pour la première année après l'accident vasculaire cérébral, 1595 GBP contre 6544 GBP, ont été de quelque 4400 GBP (environ 9000 CHF) inférieurs. Mais qu'en a-t-il été des autres qualités? – *Kalra L, et al. / Parel A, et al. Training care givers of stroke patients: randomised controlled trial / economic evaluation / Editorial. BMJ 2004;328:1099-101 / 1102-4 / 1085-6.* 

Le **droit à la vie** ne comprend pas le droit de choisir le moment ni la manière de mourir, selon les juges des cours de justice britannique et européenne. Cela ne vaut pas seulement pour les cas connus de sclérose latérale amyotrophique, mais en plus de nombreuses autres possibilités aussi pour le «tourisme de la mort» légal ou illégal pour lequel nous nous sommes fait une réputation douteuse! La loi est contradictoire, confuse et floue, elle doit être revue par la House of Lords ou par une Royal Commission, ce dont la plupart des dispositions légales sur la fin naturelle ou délibérée de l'existence auraient grand besoin! – *Huxtable R. Assisted suicide. BMJ 2004;328:1088-9.* 

20 enfants consécutifs ayant un syndrome de Hurler (forme la plus grave de mucopolysaccharidose de type 1) ont été traités par des cellules souches de cordon ombilical de donneuses non apparentées. 17/20 ont survécu en moyenne 905 jours après la transplantation, avec chimérisme complet des donneuses et α -L-iduronidase périphérique normale, ont amélioré leurs performances neurocognitives et leurs signes physiques. 5 patients ont présenté des épisodes «graft versus host» aigus de stade II-III; aucune maladie de rejet chronique ne s'est manifestée. Tout cela vaut-il mieux que la mort de l'enfant? Cette question est jugée de différentes manières. Mais c'est fondamentalement un succès de la transplantation, et une réussite de la transplantation de cellules souches du cordon ombilical, et ceci sans radiothérapie du corps entier. – *Staba SL, et al. Cord-blood transplants from unrelated donors in patients with Hurler's syndrome. NEJM 2004;350:1960-9.* 

Dans une liste des «meilleurs hôpitaux des Etats-Unis» datant de 2001, les 77 «very best» ont été sélectionnés. A la question du «pourquoi?», aucune réponse, mais d'énormes différences: journées d'hôpital 9,4-27,1; journées aux soins intensifs 1,6-9,5; vu >10 médecins 16,9-58,5%; visites de médecins 17,6-76,2; décès 15,9-55,6%; décès aux soins intensifs 20,2-27,1%; Hospice-Care 10,8-43,8%. Amérique, tu ne vaux pas mieux que notre vieux Continent! – *Wennberg JE, et al. Use of hospitals, physicians visits and hospice care during last six months of life. BMJ 2004;328:607-10.* 

En Amérique, 1 personne de >65 ans sur 3 fait au moins une chute chaque année; 1 sur 2 chez les plus de 80 ans. De nombreuses interventions visent à éviter ces **chutes**. 40 études ont été prises dans une méta-analyse ayant vérifié l'efficacité de ces interventions: assessment spécifique post-chute et management des facteurs de risque, MMRF, training, facteurs environnementaux et entretiens. Le MMRF a diminué le risque de chute à 0,82 («number needed to treat» NNT 11), le training à 0,86 (NNT 16). La diminution des chutes mensuelles a été de 11,8 pour 100 patients pour le MMRF et de 16 pour 100 patients pour le training. Et un tel programme est indiqué pour la prévention dans d'importantes populations. Le MMRF n'aura pratiquement aucune chance de succès pour les personnes souffrant de déficits cognitifs. – *Chjang JT, et al. Intervention for the prevention of falls in older adults. BMJ 2004;328:680-3.* 

Existe-t-il une association? Un homme de 60 ans, chanteur bien connu de l'Opéra de Vienne souffrant d'une pneumopathie depuis plusieurs années, se présente avec un exanthème très prurigineux, un malaise général, un manque d'appétit et une nausée, symptômes apparus le jour précédent lors d'une promenade dans son jardin. Il est effectivement couvert d'urticaire, de petites papules et pustules sur les bras, la nuque et les chevilles. Il se souvient après coup qu'il a vu des «milliers» de chenilles près d'un vieux chêne. Ses symptômes sont depuis lors apparus à chaque fois qu'il allait dans son jardin ou qu'il était devant sa fenêtre ouverte ... De quoi s'agit-il? (Pour la solution voir page 1153). 

Traduction Dr G.-A. Berger