

# Periskop

Gibt's so was wie ein **Fibromyalgie-Syndrom**? Das American College of Rheumatologists sagt «Ja» und hat auch diagnostische Richtlinien herausgegeben. Evidenz: Insgesamt wurden 505 Artikel konsultiert. Es gibt keine FDA-gebilligten Therapien: Die Behandlung ist unklar, von wechselnder Dauer, ohne Verblindung. Dennoch scheinen niedrig dosierte trizyklische Antidepressiva, kardiovaskuläres Training, kognitive Verhaltenstherapie, Patientenschulung (oder alle vier) einen gewissen Effekt zu haben – was auch einiges über die «Erkrankung» aussagt! Die Injektion der Triggerpunkte wurde nicht geprüft. – *Goldenberg DL, et al. Management of fibromyalgia syndrome. JAMA 2004;292:2388-95.*



**Ethik/Jurisprudenz?** In einem Spital der USA kommt es zur Geburt eines 614 g schweren lebenden Mädchens mit einer «rasonablen» Überlebenschance. «Es gibt Babies, die dieses gestationelle Alter überleben, und gut überleben.» Das Kind erlebt nach wenigen Tagen eine Hirnblutung – ist heute 7jährig und schwerst invalidisiert. Die Eltern hatten bereits 11 Stunden vor der Geburt ihren Widerstand gegen eine Intensivtherapie «im Falle, dass» angemeldet. Der Texas Supreme Court entschied: Der Arzt hat richtig gehandelt; der Widerstand gegen die Intensivtherapie war spekulativ und basierte nicht auf voller Information. Was hätten Sie entschieden? Die Kosten – Millionen von \$! – bleiben rechtlich bei den Eltern – und das Kind auch! – *Annas GJ. Extreme preterm birth and parental authority to refuse treatment. N Engl J Med 2004;351:2118-23.*



Prophylaxe mit Nebenwirkungen! Ein **offener Ductus Botalli** ist eine gängige Komplikation von Frühgeburten und bedarf des chirurgischen oder pharmakologischen Verschlusses. Wann? In eine Studie wurden 135 Frühgeburten aufgenommen, die innerhalb von 6 Stunden nach Geburt Ibuprophen (Brufen®) erhielten. Tatsächlich reduzierte die Prophylaxe den chirurgischen Verschluss von 9% auf 0%, intraventrikuläre Blutungen von 23% auf 11%. Aber: das Überleben wurden nicht verbessert – dafür sorgten häufige Nebenwirkungen (respiratorische, renale und gastroenterale). Die Studie wurde abgebrochen, nachdem 3 Fälle schwerer pulmonaler Hypertonie aufgetreten waren. NSAIDs innerhalb von 6 Stunden NEIN, frühe, kurative NSAID-Behandlung JA. – *Gournay V, et al. Prophylactic ibuprophen versus placebo in very premature infants. Lancet 2004;364:1939-44.*



**Vorhofflimmern** – wo liegt die Wahrheit? Die Annals publizieren gleich drei Arbeiten zur Therapie des Vorhofflimmerns. Die Frage ist: Rhythmuskontrolle oder Ratekontrolle. Basis ist die AFFIRM-Studie und die Tatsache, dass Rhythmuskontrolle 5000 US\$ teurer als ist Ratekontrolle und die mittlere Überlebenszeit unter Rhythmuskontrolle kürzer ist. Summa summarum: Ratekontrolle ist gesichert, kostengünstig und ergo erste Behandlungsoption – zusammen mit Antikoagulation; Patienten mit verbleibenden, erheblichen Symptomen werden mit der am «wenigsten riskanten» antiarrhythmischen Therapie behandelt, inkl. Katheterablation, Hybridtherapie oder permanentes Pacing. Die Zukunft hat schon begonnen. – *Bahnon TD, Grant AO. To be or not to be in normal sinus rhythm: what do we really know? Ann Intern Med 2004;141:727-9.*



**Assoziation 1:** Ein 48jähriger Mann klagt über rezidivierende gastrointestinale Blutungen: Vor 3 Jahren hatte er erstmals abdominale Beschwerden und schwarzen Stuhl, und war anämisch (8,8 g/dl, Eisen 4,47 µmol/l). Das übrige Labor inkl. endoskopische orale und aborale Inspektion, war unauffällig. Der Patient erhält Transfusionen und ein Verbot nicht steroidaler Entzündungshemmer. Nach einem Jahr kommt er wieder mit denselben Beschwerden, denselben Laborresultaten und denselben endoskopischen Befunden. Diesmal ist *Helicobacter pylori* positiv und wird eliminiert. Nach einem weiteren Jahr folgt die nächste Blutung und dann schliesslich die derzeitige Konsultation – und immer dieselben Befunde. Was liegt wohl vor? (Lösung auf Seite 481)



**Assoziation 2?** Eine 30jährige Frau – Medizinerin, Nichtraucherin, kein Alkohol, keine Drogen – kommt mit Fieber bis 38 °C, Husten, Atemnot, zunehmender Müdigkeit – und einem Perikarderguss. Mit Ausnahme eines Hämatokrits von 0,32 und einer Thrombozytose von  $553 \times 10^9/l$  sind die Laborresultate unauffällig. Die Thoraxaufnahme zeigt beidseitig kleine Pleuraergüsse, vereinzelte noduläre Läsionen im rechten Oberlappen, eine Verbreiterung des Mediastinums. Im Echokardiogramm bestand ein grosser Perikarderguss, dessen Punktion 370 ml blutige Flüssigkeit, zytologisch Blut und keine malignen Zellen ergab. Die Gramfärbung zeigt keine Bakterien, Kulturen verlaufen negativ, die Ausstriche und Kulturen sind negativ auf säurefeste Stäbchen und Mykobakterien. Ein Tuberkulintest ergibt eine Induration von 16 mm Durchmesser. Wodurch ist der Perikarderguss bedingt? (Lösung auf S. 481)



# Périscope

Le **syndrome de la fibromyalgie** existe-t-il? L'American College of Rheumatology dit **oui** et a donné des recommandations diagnostiques. Evidence: un total de 505 articles ont été consultés. Aucun traitement n'a été admis par la FDA: le traitement n'est pas clair, sa durée est variable et il n'est pas en aveugle. Mais les antidépresseurs tricycliques à faibles doses, le training cardiovasculaire, la thérapie comportementale cognitive et la formation du patient semblent avoir un certain effet (séparément ou tous ensemble) – ce qui donne également une idée de cette «maladie»! L'injection des trigger points n'a pas été tentée. – *Goldenberg DL, et al. Management of fibromyalgia syndrome. JAMA 2004; 292:2388-95.*

**Ethique/jurisprudence?** Dans un hôpital des Etats-Unis une enfant de 614 g naît vivante avec une chance de survie «raisonnable». «Il y a des enfants qui survivent à cet âge gestationnel, et qui survivent bien.» Cette enfant subit une hémorragie cérébrale après quelques jours. Elle a aujourd'hui 7 ans et est très gravement invalide. Les parents avaient déjà déclaré leur refus de tout traitement intensif «au cas où», onze heures avant la naissance. La Texas Supreme Court a tranché: le médecin a correctement agi; l'opposition au traitement intensif était spéculative et non basée sur une information complète. Qu'auriez-vous décidé? Les coûts (des millions de \$!) restent, juridiquement parlant, à charge des parents – et de l'enfant! – *Annas GJ. Extreme preterm birth and parental authority to refuse treatment. N Engl J Med 2004;351:2118-23.*

Prophylaxie avec effets indésirables! Un **canal de Botol perméable** est une complication fréquente chez les prématurés et doit être traité par la chirurgie ou la pharmacologie. Quand? 135 prématurés qui avaient reçu de l'ibuprofène (Brufen®) dans les 6 heures suivant leur naissance ont été incorporés dans une étude. Cette prophylaxie a effectivement fait chuter la prophylaxie chirurgicale de cette perméabilité de 9% à 0% et les hémorragies intraventriculaires de 23% à 11%. Mais la survie n'a pas été améliorée en raison de fréquents effets indésirables (respiratoires, rénaux et gastro-intestinaux). Cette étude a été interrompue après 3 cas de grave hypertension pulmonaire. AINS dans les 6 heures: **non**, mais AINS précocement à titre curatif: **oui**. – *Gournay V, et al. Prophylactic ibuprofen versus placebo in very premature infants. Lancet 2004;364:1939-44.*

**Fibrillation auriculaire** – où est la vérité? Les Annales viennent de publier 3 articles sur le traitement de la fibrillation auriculaire. La question est: contrôle du rythme ou de la fréquence. La base est l'étude AFFIRM et le fait que le contrôle du rythme est 5000 USD plus cher que le contrôle de la fréquence et que la survie moyenne sous contrôle du rythme est plus brève. Summa summarum: le contrôle de la fréquence est certifié, avantageux et donc la première option thérapeutique – avec l'anticoagulation; les patients ayant des symptômes importants et persistants bénéficient du traitement antiarythmique «le moins risqué», dont ablation par cathétérisme, traitement hybride ou pacing permanent. L'avenir a déjà commencé. – *Bahnon TD, Grant AO. To be or not to be in normal sinus rhythm: what do we really know? Ann Intern Med 2004;141:727-9.*

**Existe-t-il une association (1)?** Un homme de 48 ans se plaint d'hémorragies gastro-intestinales à répétition. Il a présenté il y a 3 ans ses premières douleurs abdominales et selles noires, avec une anémie (Hb 8,8 g/dl, fer 4,47 µmol/l). Le reste du laboratoire et l'examen endoscopique étaient sans particularité. Ce patient a reçu des transfusions et l'interdiction de prendre des anti-inflammatoires non stéroïdiens. Après une année, il revient avec les mêmes problèmes, les mêmes résultats de laboratoire et endoscopiques. *Helicobacter pylori* est cette fois positif et éradiqué. L'année suivante encore, récurrence d'hémorragie et finalement consultation actuelle, toujours avec les mêmes résultats. De quoi peut-il bien s'agir? (Pour la solution voir page 482)

**Existe-t-il une association (2)?** Une femme de 30 ans, médecin, non fumeuse, pas d'alcool, pas de drogues, se présente avec une fièvre allant jusqu'à 38 °C, une toux, une dyspnée, une fatigue progressive et un épanchement péricardique. A l'exception d'un hémocrite à 32% et d'une thrombocytose à  $553 \times 10^9/l$ , les examens de laboratoire sont sans particularités. La radiographie du thorax montre de petits épanchements pleuraux bilatéraux, des lésions nodulaires isolées dans le lobe supérieur droit et un élargissement du médiastin. A l'échocardiographie, il y a un important épanchement péricardique dont la ponction donne 370 ml de liquide avec du sang mais aucune cellule maligne à la cytologie. La coloration de Gram ne révèle pas de bactéries, les cultures sont négatives et les frottis et cultures sont négatifs pour bâtonnets acidorésistants et mycobactéries. Un test à la tuberculine donne une induration de 16 mm de diamètre. Quelle est la cause de cet épanchement péricardique? (Pour la solution voir page 482)