

Periskop

Der Report des «UK Office for National Statistics» kommt zum Schluss, dass die **Produktivität des NHS** («National Health Service») in den Jahren 1995 bis 2003 um 3 bis 8% (je nach Berechnungsmethode) nachgelassen hat. Aber: Produktivität in welcher Hinsicht? Produktion wovon?, ist die Frage. Der Bericht exemplifiziert die Schwierigkeiten, Inhalt und Bereich eines «Health Service» zu definieren: Er zählt die *Aktivitäten für die* und nicht die *Gesundheit der* Bevölkerung. Qualitative Verbesserungen von Leistungen, Werten, Technologien, Wartelisten und – nicht zuletzt – der Spitäler bedeuten zwangsläufig eine Verschlechterung dieser Art von «Produktivität». Was zu testen wäre, ist nicht, wie viel an Aktivität, sondern wie viel an Gesundheit wir für pro Pfund (oder Franken) kriegen – und das ist weit schwieriger! Machen wir's besser! – *Berwick DM. Measuring NHS productivity. BMJ 2005;330:975.*

Kardioverter-Defibrillatoren (ICD): Konsequenzen? Ein 80jähriger Mann mit ischämischer Kardiomyopathie hat vor vier Jahren einen ICD erhalten. Nun wird bei ihm eine Pneumonie festgestellt. Seine Ehefrau legt mit seinem Einverständnis eine Patientenverfügung vor, in welcher «keine Reanimation» gewünscht wird. Was tun? Wenn aus Gründen der Lebensqualität auf eine Reanimation verzichtet wird, ist die Deaktivierung des ICD ernsthaft zu prüfen. Wenn der ICD jedoch eine gute Lebensqualität zu sichern vermag, wird die Aufrechterhaltung seiner Funktion richtig sein. Der Arzt soll sich durch die Begehren des Patienten nicht beeinflussen lassen, so wenig, wie er diesem seine eigene Meinung aufoktroyieren soll; und: Die Verweigerung einer Behandlung hat – ob sie Verhinderung oder Entzug bedeutet – bei einem kognitiv intakten, wohlinstruierten Patienten nichts zu tun mit Suizid oder Euthanasie. Das ist die Meinung des Autors. Und was denken Sie darüber? – *Berger JT. The ethics of deactivating implanted cardioverter defibrillator. Ann Intern Med 2005;142:631–4.*

Ein 38jähriger Mann kommt wegen Konzentrationsstörungen, Gedächtnisverlusts und unsicheren Ganges in Ihre Sprechstunde. CT und MRI zeigen subakute Infarkte im Bereiche des linksseitigen Thalamus und des Kleinhirns, im Verteilungsbereich der vertebrobasilären Versorgung. Es gibt keinerlei Hinweise auf atherosklerotische Risikofaktoren, und der Patient nimmt keine Medikamente. Aber er hat täglich eine bis zwei Kapseln eines sogenannten «Diätsupplements» geschluckt, das Koffein und **Synephrin** enthält. Synephrin ist strukturell mit Ephedrin verwandt, weist vasokonstriktorische Eigenschaften auf und wird von Produzenten anstelle von Ephedrin (nach dessen Verbot wegen neurovaskulärer Nebenwirkungen) verwendet und als «ephedrafreies Produkt» vermarktet. Da wird der Teufel mit dem

Beelzebub ausgetrieben! – *Bouchard NC, et al. Ischemic stroke associated with use of an Ephedra-free dietary supplement. Mayo Clin Proc 2005; 80:541–5.*

Die **«Scientific Advisory Committees»** der FDA sollten nach Gesetz neutral sein, ihre Meinung unabhängig äussern und keine Interessenkonflikte kennen. Sind sie das? Tun sie das? Anfangs dieses Jahres fand ein Meeting zu den COX-2-Inhibitoren statt. Die Daten belegten – unbestritten – ein erhöhtes Infarktisiko für Rofecoxib, Celecoxib und Valdecoxib. Das Panel beschloss jedoch, dass alle drei Pharmaka auch weiterhin auf dem Markt bleiben sollten. Die Analyse einer Interessengruppe fand heraus, dass 10 der 32 Mitglieder des betreffenden Panels finanzielle Verbindungen zu den Herstellern der Medikamente hatten. Die FDA meinen, es sei schwierig, Experten ohne Interessenkonflikte zu finden – und das bei 126 «Medical Schools» und all den internationalen Experten! – *No place for conflict of interest. Lancet 2005;365:1664.*

In Grossbritannien ist es zwischen 1980 und 1990 sowie erneut in den Jahren 2004/05 zu einer eklatanten Häufung von **Mumpserkrankungen** gekommen. Der erste Ausbruch erfasste die in der «Vor-MMR-Ära», der zweite die zwischen 1982 und 1986 infolge eines Impfstoffmangels nicht geimpften 19–23jährigen. Die Symptomatik dieser Erkrankung ist bekannt, ihre Komplikationen sind es hingegen weniger: Orchitis bei 20% der postpubertalen jungen Männer, Oophoritis bei 5%, aseptische Meningitis bei 15%, Enzephalitis 1:6000; permanente (meist einseitige) Taubheit 1:15 000, Pankreatitis bis zu 5%; alle weiteren Komplikationen sind selten. Es wird daran erinnert, dass alle Kinder und jungen Erwachsenen mit zwei Dosen MMR geimpft werden sollten. – *Ravindra K, et al. Mumps and the UK epidemic 2005. BMJ 2005; 330:1132–5.*

Assoziation? Eine 27jährige Frau kommt mit zunehmender Pharyngitis, Müdigkeit, Hautläsionen im Gesicht, an Armen, Beinen und Stamm zu Ihnen. Die Pharyngitis ist resistent auf Erythromycin, die Hautläsionen entwickeln sich zu multiplen kleinen bis mittelgrossen Ulzera. Eine Tante der Patientin litt an einem Lupus erythematoses. Die Frau nimmt weder Medikamente noch ist eine Drogenallergie bekannt. Sie wirkt krank, ist aber afebril, und auch der Puls, der Blutdruck und die Respiration sind normal. Es findet sich ein grau-gelbes Exsudat an der hinteren Rachenwand. Die Leukozytose beträgt 12,5 G/L, der Thrombozytenwert liegt bei 746 G/L, das ESR ergibt 150 mm/h. Die Urinbefunde und die Blutchemie sind in Ordnung. Die antinukleären Antikörper und die p-ANCA sind positiv, ebenso die Antikörper gegen Proteinase-3. – Was ist los? (Lösung auf Seite 1067)

Périscope

Le Report de l'«UK Office of National Statistics» conclut que la **productivité du NHS** («National Health Service») a baissé de 3-8% (selon la méthode de calcul) entre 1995 et 2003. Production de quoi? Telle est la question. Ce rapport montre bien les difficultés de définir le «Health Service»: il recense les *activités auprès de*, mais pas la *santé de* la population. Les améliorations de la qualité des prestations, de leur valeur, de la technologie, des listes d'attente et – non des moindres – des hôpitaux, donnent forcément une détérioration de ce type de «productivité». Ce qu'il faudrait examiner, ce n'est pas ce que nous obtenons comme activités pour une livre (ou un franc), mais combien de santé – et cela est beaucoup plus difficile! Faisons mieux! – *Berwick DM. Measuring NHS productivity. BMJ 2005;330:975.*

Défibrillateurs implantables (ICD): conséquences? Un homme de 80 ans souffrant d'une cardiopathie ischémique a bénéficié de la mise en place d'un ICD il y a quatre ans. Il se présente maintenant avec une pneumonie. Avec son accord, sa femme souhaite qu'il n'y ait «pas de réanimation». Que faire? Si, pour de bonnes raisons de qualité de vie, il n'y a pas de réanimation, il faut étudier sérieusement la désactivation de l'ICD. Là où l'ICD permet de maintenir une bonne qualité de vie, le fait de le laisser en fonction est justifié. Le médecin ne doit pas se laisser influencer par le désir du patient, tout comme il ne doit pas octroyer son propre avis à son patient. Et refuser un traitement – que cela signifie le désactiver ou l'enlever – à un patient cognitivement intact et bien instruit, n'a rien à voir avec suicide ni euthanasie. Telle est l'opinion de l'auteur; et quelle est la vôtre? – *Berger JT. The ethics of deactivating implanted cardioverter defibrillator. Ann Intern Med 2005;142:631-4.*

Un homme de 38 ans se présente avec des difficultés de concentration, des pertes de mémoire et une démarche hésitante. La TC et l'IRM montrent des infarctissements subaigus au niveau du thalamus gauche et du cervelet, dans le territoire vertébro-basilaire. Ce patient ne présente aucun facteur de risque d'athérosclérose, ne prend aucun médicament. Mais il a pris chaque jour une à deux capsules d'un «supplément diététique» contenant caféine et **synéphrine**. La synéphrine est structurellement proche de l'éphédrine, a des propriétés vasoconstrictrices et est vendue par certains fabricants au lieu de l'éphédrine (après son interdiction en raison de ses effets indésirables neurovasculaires) et commercialisée comme produit «sans éphédra». Bonnet blanc et blanc bonnet ... – *Bouchard NC, et al. Ischemic stroke associated with use of an*

Ephedra-free dietary supplement. Mayo Clin Proc 2005;80:541-5.

Les «**Scientific Advisory Committees**» de la FDA devraient selon la loi rester neutres, donner leur avis en toute indépendance et ne pas connaître de conflits d'intérêts. Le sont-ils, le font-ils? Au début de cette année s'est tenu un meeting sur les inhibiteurs de la COX-2. Les données montrent – sans l'ombre d'un doute – que le rofécoxibe, le célécoxibe et le valdécoxibe font courir un risque accru d'infarctus. La commission a conclu que ces trois médicaments devaient continuer à rester sur le marché. L'analyse d'un groupe d'intérêts a trouvé que 10 sur 32 membres de cette commission avaient des accointances financières avec les producteurs de ces médicaments. La FDA pense qu'il est difficile de trouver des experts sans conflits d'intérêts – et ceci dans 126 «Medical Schools» et chez tous les experts internationaux! – *No place for conflict of interest. Lancet 2005;365:1664.*

Au Royaume-Uni, il y a eu entre 1980 et 1990, et de nouveau en 2004/05, des épidémies non négligeables d'**oreillons**. La première s'est produite avant l'ère du MMR et la seconde entre 1982 et 1986, en raison d'un manque de vaccin, chez des non vaccinés de 19 à 23 ans. La présentation de cette maladie est connue, ses complications le sont moins: orchite chez 20% des jeunes hommes postpubères; oophorite chez 5%; méningite aseptique chez 15%; encéphalite 1:6000; surdité permanente (en général unilatérale) 1:15 000; pancréatite chez jusqu'à 5%; toutes les autres sont rares. Il est rappelé que tous les enfants et adolescents doivent être vaccinés par deux doses de MMR. – *Ravindra K, et al. Mumps and the UK epidemic 2005. BMJ 2005;330:1132-5.*

Existe-t-il une association? Une femme de 27 ans se présente avec pharyngite progressive, fatigue, lésions cutanées sur le visage, les bras, les jambes et le tronc. La pharyngite est résistante à l'érythromycine, les lésions cutanées évoluent vers de multiples ulcères petits et moyens. Une de ses tantes souffrait d'un lupus érythémateux. Aucun traitement, aucune allergie médicamenteuse. Cette patiente a l'air vraiment malade mais est afébrile et ses pulsations, sa tension artérielle et sa respiration sont normales. Elle a un exsudat gris-jaune sur la paroi pharyngée postérieure. Leucocytes 12,5 G/L, thrombocytes 746 G/L. VS 150 mm/h. Examens urinaires et chimie sanguine en ordre. Anticorps antinucléaires et p-ANCA positifs, tout comme anticorps anti-protéinase-3. De quoi s'agit-il? (Pour la solution voir page 1068)