

Periskop

Homöopathie! Kant meint, dass wir die Dinge nicht sehen, wie sie sind, sondern wie wir sind – das ist wohl die Erklärung dafür, dass die Popularität der Homöopathie um so grösser wird, je «dünner» ihre Evidenz ist. In einer Metaanalyse homöopathischer und konventioneller medizinischer Studien wurde nach Behandlungseffekten gesucht, die dem geringsten Bias ausgesetzt waren. Ein Bias war sowohl in den konventionellen wie in den homöopathischen Studien vorhanden – aber die Evidenz für spezifische Effekte war bei den homöopathischen gering, bei den konventionellen medizinischen Studien hingegen zwingend. – Das wird den Glauben an die Homöopathie aber kaum beeinflussen! – *Shang A, et al. Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? Lancet 2005;366:726–32.*

Im Massachusetts General Hospital werden von Jahr zu Jahr mehr zerebrospinale Liquor-Shunts durchgeführt: Noch 1988 waren es 210, im Jahr 2002 bereits 670 Operationen. Wieso? Die **Obesität**, ein vermuteter Risikofaktor für die **idiopathische, intrakranielle Hypertonie** (IIH), nimmt stetig zu. Berechnungen zufolge sind in den USA im Jahr 2002 insgesamt 1370 Fälle aufgenommen worden, 320% mehr als 1988. Die Zahl der Shunts an Kindern unter 13 Jahren stieg um 52%, jene der Shunts bei älteren Patienten (>40 Jahre) gar um 240%. Eine Gewichtsabnahme gehörte längst zu den empfohlenen (aber selten umgesetzten) Massnahmen bei IIH. – Eine interessante Hypothese – nur merkwürdig, dass das Körpergewicht der Patienten in der Arbeit nirgends zu finden ist! – *Curry WT, et al. Rapidly rising incidence of cerebrospinal fluid shunting for idiopathic intracranial hypertension. Neurosurgery 2005;57:97–108.*

Eine Pandemie mit dem Influenza-A-/H5N1-Virus (der sogenannten «**Vogelgrippe**») dürfte Europa erfassen. Von den drei Voraussetzungen – neuer Virus-Subtyp, gegen den der Mensch immunologisch «naiv» ist und der auf den Menschen übertragen wird; Replikation des Virus und Verursachung von Krankheit; effiziente Weitergabe Mensch zu Mensch – fehlt dem H5N1-Virus nur die letzte. Die derzeitige moderate Übertragung und Pathogenizität mag persistieren – oder aber es entwickelt sich eine Pandemie mit einem Virus von unbekannter Pathogenizität. Wären wir in Europa bereit? Bereit wären erst 18 von 25 Mitgliedstaaten. Europa produziert mehr Influenza-Vakzine als jeder andere Kontinent. Im Fall einer Pandemie wird auch das nicht genügen! – *Coulombier D, et al. H5N1 influenza and the implications for Europe. BMJ 2005;331:413–4.*

Was wäre, wenn – anstelle der gängigen, umgekehrten Richtung – die Ursache der **BSE** (der bovinen spongiformen Enzephalopathie) eine menschliche spongiforme Enzephalopathie wäre? Dazu präsentieren englische Forscher zwei zusätzliche Hypothesen: erstens der Umstand, dass die Infektion oral erfolgte, durch Tierfutter, das mit menschlichen «Residuen» kontaminiert

war; und zweitens die Tatsache, dass diese Kontamination sich auf dem indischen Subkontinent ereignete, aus dem in der kritischen Zeit grosse Mengen von mammalischem Material nach England importiert worden waren. Dass menschliche Überreste lokal in Tierfuttermehl enden, scheint dokumentiert (etwa aus Bangladesch, wo Leichen aus dem Ganges gefischt werden ...). Interessante Idee! Das Editorial zweier Spezialisten verwirft sie jedoch «in Bausch und Bogen». Die Autoren haben keine Interessenkonflikte – aber sie sind Inder! – *Colchester AC, et al. The origin of bovine spongiform encephalopathy. The human prion disease hypothesis. Lancet 2005;366:856–61(Editorial 790–1).*

Völkerwanderung! In den letzten 50 Jahren hat sich die Weltbevölkerung verdoppelt. In weiteren 50 Jahren werden wahrscheinlich etwa 50 Milliarden Menschen auf der Erde leben. Ein Drittel des Wachstums entfällt hierbei auf Indien, Pakistan und Bangladesch. Die Zahl der «Wandernden» weltweit betrug im Jahr 2000 175 Millionen; 2050 wird sie bei 230 Millionen liegen. In Europa wird die Bevölkerungszahl zunächst – trotz der Immigration – von 452 auf rund 400 Millionen sinken; zugleich steigt der Anteil der älteren Mitbürger von 20 auf 37%. In Grossbritannien haben die ethnischen Minoritätsgruppen – bei Immigrationsraten von 130000 pro Jahr – um 50% auf 7,9% zugenommen, wovon die Hälfte aus Südasien stammen. Was tun? «Manage migration»! – *Khan SA, et al. Medical needs of immigration populations. BMJ 2005;331:418.*

Assoziation? Ein 31-jähriger Mann kommt mit einem generalisierbaren morbilliformen Exanthem, Fieber bis 40 °C und Pharyngitis. Die vier Tage zuvor durchgeführte HIV-Serologie war negativ. Nach drei Tagen wird er lethargisch, entwickelt tonisch-klonische Krämpfe, die zur Intubation und mechanischen Ventilation zwingen. Kulturen von Blut und Liquor sind negativ; die Suche nach Herpes-simplex-, Varicella-zoster-, Epstein-Barr-, Zytomegalovirus- oder JC-Viren bleibt ohne Befund. *Treponema pallidum*, *Borrelia burgdorferi* und Mykobakterien können nicht nachgewiesen werden. Was liegt hier wohl vor? (Auflösung siehe unten)

In der Tat: Ein MRI des Zerebrum zeigt eine diffuse Hyperintensität des Cortex, bedingt durch ein zytotoxisches Hirn-ödem. Die Wiederholung des HIV-Tests fällt positiv aus; das p24-Antigen liegt bei über 200 µg/ml, das Plasma-HIV-1-RNA bei über 50000 Kopien/ml. Im peripheren Blut finden sich $4,6 \times 10^9$ Lymphozyten pro Liter und 621 CD4-positive Lymphozyten/µl. Serokonversion, **primäre HIV-Infektion**. Die Antopsie bestätigt die HIV-Infektion mit ausgedehnten Nekrosen in Cortex, Zerebellum und Hirnstamm. Zeichen opportunistischer Infekte fehlen. – *Meersseman W, et al. Fatal brain necrosis in primary HIV infection. Lancet 2005;366:855.*