





Periskop


Warum so teuer? In den USA ist eine Diskussion um die **Medikamentenkosten** entbrannt. Das Argument ist einfach: Andere Länder, die weder in die Entwicklungskosten noch in die Forschung investieren, haben bedeutend billigere Medikamente! In Kanada sind die Preise um 40% tiefer, und noch immer hoch genug, um das Zehnfache der Forschungs- und Entwicklungskosten herauszuwirtschaften. Das zweite Argument: Tiefere Kosten verlangsamen die Entwicklung neuer Medikamente. Europas Länder machen 28% des weltweiten Verkaufs aus und wenden 36% für Forschung und Entwicklung sowie 32% für neue molekulare Entitäten auf. In den USA fliessen ganze 1,3% der Einnahmen in die Forschung. Da muss was anderes dahinterstecken! Aber was? – *Light DW, et al. Foreign free riders and the high price of US medicines. BMJ 2005;331:958–60.* 


Betablocker werden weltweit als Erstbehandlung der Hypertonie empfohlen. Vor einem Jahr wurde ein Fragezeichen hinter die Verwendung von Atenolol gesetzt. Nun bezweifelt eine weitere Studie derselben Autoren den Sinn von Betablockern, zumindest für die Hypertonieersterbehandlung. In einer Metaanalyse wurden 13 kontrollierte Studien mit rund 106 000 mit Betablockern behandelten Hypertonikern evaluiert und mit anderen Antihypertensiva verglichen. Das relative Apoplexierisiko war für Betablocker um 16% höher als für andere Antihypertensiva; Betablocker reduzierten das Apoplexierisiko um 19%, ein Wert, der im Vergleich zu früheren Studien um rund die Hälfte gesunken ist. Kein Unterschied bestand für das Auftreten eines Herzinfarkts. Betablocker sind nicht das Gelbe vom Ei, und doch beschleicht einen ein merkwürdiges Gefühl bei ihrer Abwertung: Warum, wieso und woher diese Unterschiede? – *Lindholm LH, et al. Should beta blockers remain first choice in the treatment of primary hypertension? A meta-analysis. Lancet 2005;366:1545–53.* 

Am Rande der **Vogelgrippe**: Roche hat Glück gehabt: Oseltamivir (Tamiflu®) wurde ursprünglich von Gilead Sciences entwickelt und für Roche lizenziert. Nun meldet sich der «ursprüngliche Vater» des Oseltamivir, bezichtigt Roche der schlechten Verwaltung, der ungenügenden Information, Verfügbarkeit und Kommerzialisierung des Medikaments, beschuldigt Roche, die entsprechenden Royalty-Zahlungen nicht zu leisten – und will die Zusammenarbeit in bezug auf Tamiflu® beenden. Dabei wirkt Oseltamivir vor allem, wenn es frühzeitig verabreicht wird, und es besteht die Möglichkeit einer Resistenzentwicklung! – Da ist die Aussage von Professor Osterhaus positiver: Die Vogelgrippe ist eine Bedrohung für die Vögel und die Ökonomie, aber nicht so sehr ein öffentliches Gesundheitsproblem. Ob er recht hat, sollten wir inzwischen wissen. – *Hopkins J, et al. Bird flu posts no immediate threat to Europe. BMJ 2005;331:981.* 

In den Jahren 1997 bis 2003 wurden in Oxford 497 Bakteriämien mit sensiblen und 116 mit methicillinresistentem *Staphylococcus aureus* (**MRSA**) registriert und analysiert. 1990 betrug die Häufigkeit der MRSA in England noch 2%. Bis 2004 stieg die Rate auf 40% an. Etwa 25% davon sind Patienten, die ihren

MRSA-Stamm von zu Hause ins Spital mitbringen. Rund 90% der Fälle waren bereits einmal hospitalisiert, und bei etwa 50% waren bis dahin keine MRSA isoliert worden. Die MRSA-Bakteriämie entwickelt sich zu einer Erkrankung, die man ins Spital trägt, und das immer häufiger! Aber sie ist stark mit früheren Spitalaufenthalten assoziiert. – Vorerst bei uns kein oder nur ein minderes Problem. Vorerst. – *Wyllie DH, et al. MRSA bacteraemia on arrival in hospital. A cohort study in Oxfordshire 1997–2003. BMJ 2005;331:991–5.* 

Oxytocin (OT) erhöht das Vertrauen – in die Freundschaft, die Liebe, die Familie, die Organisation, in den politisch-ökonomischen Austausch usw. Das Neuropeptid erhöhte im Tierversuch das soziale Attachment und die Affiliation. An der Uni Zürich wurde eine Studie zum Thema «Foundations of Human Social Behaviour – Altruism versus Egoism» durchgeführt und der Einfluss von intranasalem OT in einem «Investor and Trustee»-Spiel (überaus kompliziert!) getestet. In der Tat: Auch beim Menschen steigert OT in Übereinstimmung mit den Tierversuchen in erheblichem Mass das Vertrauen und den Gewinn aus sozialen Interaktionen. Es bewirkt indessen nicht eine generelle Steigerung des Vertrauens, sondern lediglich die Bereitschaft des Individuums, soziale Risiken, die aus der interpersonellen Interaktion resultieren, zu tragen. – Frieden auf Erden! – Und Missbrauch? – *Kosfeld M, et al. Oxytocin increases trust in humans. Nature 2005;435:673.* 

Assoziation? Ein 38jähriger Mann kommt mit einer geschwollenen Wange, die Conjunctiva und die Cornea sind ödematös, die Ober- und Unterlider ebenfalls geschwollen; es besteht ein schmerzhafter Exophthalmus und die Augenbeweglichkeit ist eingeschränkt. Die Pupille reagiert nicht auf Licht, der Augeninnendruck beträgt 35 mm Hg und das Auge hat keinerlei Lichtperzeption. Was bedeutet das? Und was steckt dahinter? (Auflösung siehe unten) 

Es handelt sich – so viel ist klar – um eine **Phlegmone der Orbita**, im CT mit Beteiligung der Sinus maxillaris und ethmoidalis. Und die Ursache? Vor einigen Tagen war der Mann beim **Zahnarzt**, der ihm den oberen zweiten Molaren links wegen eines periapikalen Abszesses entfernte. Von da an entwickelte sich per continuitatem die orbitale Phlegmone. Der Mann erhält hohe Dosen Amikacin, Clindamycin und Metronidazol. Eine antrale Caldwell-Luc-Drainage liefert *Streptococcus constellatus*, der Exophthalmus bleibt, der Visusverlust persistiert, und der Patient bleibt kritisch. Durch eine laterale Inzision wird reichlich Pus drainiert. Nun bessert sich der Zustand, der Exophthalmus verschwindet – und der Visusverlust persistiert: Optikusatrophie und keinerlei Lichtperzeption. Orbitaphlegmone sind Komplikationen der ethmoidalen, frontalen oder maxillären Sinusitis – und von den talen Abszessen. Zur Erinnerung! – *Moschos MM, et al. Visual loss due to a carious tooth. Lancet 2005;366:1504.*