

## Periskop

Das sogenannte **Restless-Legs-Syndrom** findet sich bei 5–10% der Erwachsenenpopulation und äussert sich durch einen verzögerten Schlafbeginn und durch mehr als drei Schlafunterbrüche pro Nacht. Die Therapie ist undankbar, doch scheinen Dopaminagonisten eine günstige Wirkung zu haben. 194 Patienten wurden in eine Studie aufgenommen und erhielten über zwölf Wochen randomisiert Ropirinol (Requip®) oder Plazebo. In der Tat erzielten die mit Ropirinol Behandelten im Vergleich zur Plazebogruppe signifikant bessere Scorewerte, hatten einen besseren Schlaf, eine höhere Lebensqualität und ihre Ängstlichkeit war geringer, und das bei der gleichen Verträglichkeit wie bei anderen Dopaminagonisten. Aber: Die verantwortlichen Autoren der Studie sind mit GlaxoSmithKline liiert, und allfällige Vorzüge gegenüber anderen Dopaminagonisten sind nicht erfasst. – *Bogan RK, et al. Ropirinole in the treatment of patients with restless legs syndrome. Mayo Clin Proc 2006;81:17–27.*

Eine Metaanalyse von 51 randomisierten und kontrollierten Arbeiten zur prophylaktischen und therapeutischen Wirksamkeit antiviraler Stoffe bei saisonaler und pandemischer Influenza kommt zum Schluss, dass **Amantadin** zwar 61% der Influenzafälle und 25% der influenzaähnlichen Erkrankungen verhindert, aber die nasale Virenausscheidung nicht beeinflusst und zudem mit erheblichen Nebenwirkungen belastet ist. Eine ähnliche Charakteristik weist **Rimantadin** auf. In der Prophylaxe haben **Neuramidinasehemmer** keinen Einfluss auf influenzaähnliche Erkrankungen. Therapeutisch zeigt Oseltamivir dosisabhängig eine Wirkung zwischen 61 und 73%, Zanamivir eine solche von 62%. Oseltamivir erzeugt Nausea. – Amantadin, Rimantadin und Neuramidinasehemmer sollten bei saisonaler Influenza nicht eingesetzt werden. Die Autoren fanden in der Literatur keine glaubwürdigen Daten zur Wirkung von **Oseltamivir** (Tamiflu®) bei Vogelgrippe. – *Jefferson T, et al. Antivirals for influenza in healthy adults: systematic review. Lancet 2006;367:303–13.*

Probleme mit **Cannabis**: Epidemiologische Studien haben eine suggestive Evidenz dafür erbracht, dass der häufige Konsum von Cannabis mit Psychosen und psychotischem Verhalten assoziiert ist (bei rund 10% der Untersuchten). Aber der Grossteil aller Cannabiskonsumanten entwickelt keine Psychose, und eine reverse Kausalität (Psychose → Cannabis) ist ebensowenig ausgeschlossen wie vorbestehende paranoide Symptome oder eine familiäre Belastung. Untersuchungen zeigen, dass Cannabis die Dopaminverarbeitung im Gehirn beeinflusst. Sind etwa nicht alle Cannabissorten – Cannabis sativa, Cannabis indica, Cannabis ruderalis und neuerdings Cannabis rasta – gleich potent? Befürworter und Gegner einer Legalisierung von Cannabis werden sich wohl noch für einige Zeit in den Haaren liegen. – *Fergusson DM, et al. Cannabis and psychosis / Watts G. Cannabis confusions. BMJ 2006;332:172–5 / 175–6 [Editorial 193–5].*

Das **chronische Müdigkeitssyndrom** (CSF) – vieldiskutiert bei Forschern, Praktikern und Patienten. Seine Existenz wurde in Frage gestellt, seine Pathophysiologie debattiert, die Möglichkeit einer effektiven Behandlung bezweifelt und die Epidemiologie

vermisst. Die auslösenden und perpetuierenden Faktoren sind unklar. Die Klinik schwankt zwischen psychiatrischer und physikalischer Erkrankung, die Ätiologie zwischen somatischen und psychosozialen Ursachen. Die Pathophysiologie bleibt dunkel, die Diagnose ebenfalls. Eine pharmakologische Beeinflussung hat versagt. Einzig eine Übungstherapie (exercise therapy) scheint zu wirken ... Noch bleibt alles beim alten! Nun kommt das sogenannte «molecular interplay» im ZNS ins Spiel, Zytokine und Neuropeptide – ob das alles klären wird? – *Prins JB, et al. Chronic fatigue syndrome. Lancet 2006;367:446–55.*

**Natalizumab** ist von der FDA im Fast-track-Verfahren geprüft und auf der Basis unpublizierter Studien zu Morbus Crohn und Multipler Sklerose für die Behandlung der rückfälligen Multiplen Sklerose registriert worden. Nach dreimonatiger Laufzeit musste die Registrierung zurückgezogen werden: Drei Patienten hatten eine progressive multifokale Leukodystrophie (PML) entwickelt. Natalizumab ist ein humanisierter monoklonaler Antikörper gegen Alpha-4-Integrin, der die Migration immunkompetenter T-Zellen über biologische Barrieren blockiert. Ob das JC-Virus die PML ausgelöst hat? War das Fast-tracking allzu schnell? Und die Aussicht auf jährliche Einkünfte von mehr als zwei Milliarden US-Dollar allzu verlockend? Studien mit neuen Medikamenten sind kein Versprechen auf Erfolg! – *Chaudhuri A. Lessons for clinical trials from natalizumab in multiple sclerosis. BMJ 2006;332:416–9.*

Eine Frau mit einem Rektumkarzinom wird bestrahlt (5940 cGy mit einem Hochdosisareal in einem Rechteck von 8 × 10 cm). Gleichzeitig erhält sie Fluorouracil und Mitomycin. Drei Jahre nach der Beendigung der Radiotherapie wird die Patientin wegen eines oberen Luftwegsinfektes mit einem Chinolon (Gatifloxacin) behandelt. Nach drei Tagen entwickelt sich ein schweres, nässendes Erythem in einem rechteckigen Feld, das genau dem damaligen Hochdosisbestrahlungsareal entspricht. Gatifloxacin wird abgesetzt, und die Reaktion klingt in wenigen Tagen ab. Eine **«radiation recall»-Reaktion** nach Antibiotika. – *Kang SK. Radiation recall reaction after antibiotic therapy. NEJM 2006;354:622.*

**Assoziation?** Ein 16-jähriger Teenager kommt mit seit mehreren Tagen anhaltendem Fieber (39,5 °C), Husten und Schnupfen in die Praxis. Er wirkt akut krank, der Puls liegt bei 120/min, die Atemfrequenz bei 18/min. Er hat eine ausgeprägte Konjunktivitis, ein Exanthem im Bereich von Thorax und Abdomen – sowie weisse Flecke in der Nähe der bukkalen Mukosa, den zweiten Molaren gegenüber. Was liegt hier – mit Sicherheit – vor? (Auflösung siehe unten)

Die pathognomonischen Flecke, eine Erbsenbühnen, die früh im Krankheitsablauf eintritt, sind **Koplik-Flecke**, der Patient hat **Masern** – und wurde natürlich nicht vakziniert! Eine vage Erinnerung an die Studienzeit? – *Tierney LM, et al. Koplik's spots. NEJM 2006;354:740.*