

## Periskop

Noch einmal! Der akute **Myokardinfarkt** – so wurde gezeigt – führt zu einer Mobilisation von Knochenmarkstammzellen. Was läge näher, als innerhalb von zwölf Stunden nach einem Infarkt die Patienten mit G-CSF (granulocyte colony stimulating factor) zu behandeln in der Hoffnung auf eine kardiale Regeneration? 114 Patienten wurden innerhalb von zwölf Stunden während fünf Tagen randomisiert mit G-CSF oder Plazebo perfundiert. Kontrolliert wurden mit Tc99m die Infarktgrösse (zu Beginn, nach vier und nach sechs Monaten) und die Ejektionsfraktion. Das Resultat: Die Stammzellmobilisation durch G-CSF hatte weder Einfluss auf die Infarktgrösse noch auf die Ejektionsfraktion noch auf eine koronare Restenose. Traurig – aber wahr? – *Zohlhöfer D, et al. Stem cell mobilisation by granulocyte colony stimulating factor in patients with acute myocardial infarction. JAMA 2006;295:1003–10.*

**Twiddler-Syndrom?** Eine 55jährige Hausfrau erhält einen Schrittmacher gegen ihr Sick-Sinus-Syndrom. Die Implantation verläuft problemlos, und der Schrittmacher funktioniert einwandfrei – wenigstens während der ersten drei Wochen. Dann kommt die Patientin wieder und berichtet von einer Zwerchfellstimulation: Beide Kabel sind (radiologisch) versetzt und um die Batterie gewickelt. Die Patientin schildert, sie habe die Pacemaker-Box gedreht, da sie nicht richtig zu liegen schien – und zwar so lange, bis die Zwerchfellstimulation einsetzte. Dieses Phänomen heisst «Twiddler»-Syndrom (von «twiddle» – herum-drehen). Ein paarmal zuviel! – *Tonino WAL, et al. The twiddler syndrome. NEJM 2006;354:956.*

Die Regierung der USA will die Kapazität der «community health centers» (CHC) vergrössern, um die Versorgung der Unterprivilegierten zu verbessern. Eine Umfrage bei den 846 CHCs führte zu folgenden Erkenntnissen: Die Primärversorger machen 89,4% der Belegschaft aus; 46% davon sind nichtärztliches Personal; es fehlen 428 Ärzte und 376 Schwestern. Offene Stellen: 13,3% «family doctors», 20,8% Geburtshelfer, 22,6% Psychiater. Ländliche Zentren hatten mehr offene Stellen und grössere Schwierigkeiten mit der Rekrutierung von Ärzten. Letztere hängt wesentlich von finanziellen Ausbildungshilfen, Entlohnungsprogrammen – und im Ausland graduierten Ärzten ab! Stolpersteine sind die Entlohnung, die kulturelle Isolation, schlechte Schulen, miserable Wohnverhältnisse – und kein Job für die Ehefrau! – *Rosenblatt RA, et al. Shortages of medical personnel at community health centers. JAMA 2006;295:1042–9.*

Die Verabreichung pharmakologischer Substanzen (Fibrinolytika usw.) nach einem Myokardinfarkt und vor einer frühen, geplanten Intervention, sollte «erleichterte» **perkutane koronare Eingriffe** ermöglichen. Erhofft war eine verbesserte Offenhaltung der Koronarien. Irrtum! Eine belgische Studie war auf

4000 Patienten angelegt, die entweder einer «fazilitierten» oder primären Intervention zugeführt werden sollten. Die Studie wurde nach Einschluss von 1667 Patienten abgebrochen, da sich zeigte, dass die Zahl von Todesfällen, Herzinsuffizienz und Schock in der Gruppe der «Fazilitierten» doppelt so hoch war wie in jener der primären Intervention (6% vs. 3%). Eine Metaanalyse über 17 Studien und rund 4700 Patienten zeigte dasselbe! Nicht empfohlen! – *ASSENT Investigators. Primary versus tenecteplase-facilitated percutaneous coronary intervention in patients with ST-segment elevation acute myocardial infarction/ Keeley EC, et al. ... Quantitative review of randomised trials. Lancet 2006;367:569–78/ 579–88 (Editorial 543–6).*

Eine **Vakzine gegen die Vogelgrippe?** Ein erster Schritt: Amerikanische Forscher haben einen Impfstoff entwickelt, der unabhängig von Eiern ist, die in einer Pandemie nicht mehr verfügbar sein dürften! Auf der Basis eines humanen Adenovirus als Vektor wurde eine Hämagglutinin-Subtyp-5-Vakzine (HAd-H5HA) getestet, die unabhängig von einem Adjuvans gleichzeitig humorale und zelluläre Immunantworten gegen H5N1-Influenzaviren erbrachte. Mäuse, die mit HAd-H5HA immunisiert wurden, waren gegen H5N1-Influenzaviren geschützt. Der Impfstoff kann gelagert werden. Er öffnet eine Strategie gegen immer neue Influenzaviren! – *Hoelscher MA, et al. Development of adenoviral-vector-based pandemic influenza vaccine against antigenically distinct human H5N1 strains in mice. Lancet 2006;367:475–81.*

**Assoziation?** Eine 79jährige Frau kommt mit Myalgien, Müdigkeit und Atemnot. Sie erhält wegen einer Hyperlipidämie Simvastatin. Vor drei Jahren zwangen Myalgien zu einem Wechsel. Atorvastatin wurde eingesetzt, und wieder kamen die Myalgien, diesmal mit Müdigkeit und Atemnot, Schmerzen beim Aufstehen aus dem Bett und vom Stuhl sowie Schmerzen in den Schultern. Diesmal persistieren sie auch nach dem Absetzen des Atorvastatins. Die proximale Muskelschwäche nimmt zu, die Atemnot meldet sich schon bei geringsten Astrengungen. Mit Ausnahme von leichten Beinödemen liefert die Untersuchung nichts Auffälliges. Es besteht eine leichte normochrome Anämie. Alles andere ist normal. Worum handelt es sich? (Auflösung siehe unten)

Richtig! Die Senkung liegt bei 90 mm in der ersten Stunde. Es handelt sich, auch bioptisch, um eine **Riesenzellarthritis**. Bis zu 10% der Patienten weisen pulmonale Symptome auf. Während sich die Wirkung von 20 mg Prednison pro Tag als ungenügend erweist, bewirkt eine Dosissteigerung auf 60 mg typischerweise ein rasches Nachlassen aller Symptome. – *Kay J, et al. A 79-year old woman with myalgias, fatigue and shortness of breath. NEJM 2006;354:623–30.*