

Periskop

Und noch einmal **Vogelgrippe**: Im Moment verfügen wir über keine Vakzine; müssen annehmen, dass antivirale Medikamente in ungenügendem Ausmass verfügbar wären; zweifeln noch an den Neuraminidasehemmern; wissen, dass die Mortalität unter den H5N1-Patienten hoch sein wird und dass sich wahrscheinlich rasch Resistenzen gegen die antiviralen Medikamente einstellen werden. Nicht gerade ermutigend. Wie aber steht es mit den **Antibiotika**? Sie sind zweifellos essentiell in der Behandlung, nicht aber in der Prävention der bakteriellen Pneumonie. Die häufigsten Erreger sind *Staphylococcus aureus* und *Streptococcus pneumoniae*. Ergo: Betalaktame in ausreichender Dosierung und Hospitalisation. – *Bonten MJM, et al. Antibiotics in pandemic flu. BMJ 2006;332:248–9.*

Meningokokken – es eilt! Von 448 erkrankten Kindern unter 16 Jahren erwiesen sich 103 als fatal, in 373 Fällen wurde die Erkrankung mikrobiologisch verifiziert, die übrigen hatten ein Exanthem, eine Meningitis und waren im septikämischen Schock. Für die Diagnose bleibt wenig Zeit: Die Mehrheit der Kinder wies lediglich unspezifische Erkrankungszeichen auf und lag nach 24 Stunden im Sterben oder war bereits tot. Nur 51% kamen gleich nach der ersten Konsultation ins Spital. Die klassischen Zeichen – hämorrhagisches Exanthem, Meningismus und Bewusstseinstörung – sind Spätsymptome, die erst nach 13–22 Stunden auftreten. Hingegen hatten 72% der Kinder Frühzeichen der Sepsis – Beinschmerzen, kalte Hände und Füße und eine abnorme Hautfarbe –, die sich in der Regel schon nach etwa 8 Stunden zeigen. Die mittlere Zuweisungszeit aber betrug 19 Stunden! – *Thompson MJ, et al. Clinical recognition of meningococcal disease in children and adolescents. Lancet 2006;367:397–403.*

OraSure® – ein «rapid HIV antibody test» könnte nach annähernd 20 Jahren des Zweifels der erste HIV-Test sein, der für den «over-the-counter»-Markt freigegeben wird. Die FDA berief ein Pannel von Experten ein – Ärzte, Theologen, Gay-Aktivisten, Kapitalisten und Public-Health-Spezialisten. Nur zwei von den knapp 20 Eingeladenen waren gegen eine Freigabe. Schon 1989 tauchte die Frage eines Heimtests auf – und wurde von den AIDS-Aktivisten, der AMA und der CDC einhellig abgelehnt. Mittlerweile wurden innerhalb eines Jahres 175 000 Kits verkauft. Noch ist der Test mit zu vielen falschpositiven Resultaten behaftet (in San Francisco 49 von 250 positiven Tests). Dies und der Preis (12–17 Dollar) bleiben noch zu regeln – und dann sind die Ärzte dran! – *Wright AA, et al. Home testing for HIV. NEJM 2006;354:437–40.*

Diabetes Typ 2. Isländische Forscher haben eine **Genvariante** gefunden, die den häufigsten genetischen Risikofaktor für Diabetes Typ 2 aufdeckt. Zur vererbten Prädisposition haben

Stefansson et al. 1185 Isländer und 228 Dänen mit Diabetes Typ 2 und 529 Kontrollen, sowie 361 US-Diabetiker und nochmals 530 Kontrollen zusammengebracht und dabei 228 Mikrosatellitenmarker (kleine genetische Varianten) identifiziert, die im Bereich des Chromosoms 10 mit Diabetes 2 assoziiert sind. Mehr als ein Drittel der Diabetespatienten trug eine Kopie, 7% zwei Kopien der Variante. Die Autoren nehmen an, dass die Variante etwa 21% des Risikos für Diabetes 2 ausmacht. Schritt für Schritt ...! – *Hampton T. Gene variant confers risk of diabetes. JAMA 2006;295:987–8.*

Seit 1990 wurde in Grossbritannien ein einziger Fall von *Mycobacterium bovis* bzw. Rindertuberkulose festgestellt, der in Zusammenhang mit Tierkontakten stand. Eher überraschend! Aber 5,6% der Rinderherden wiesen *Mycobacterium bovis* auf, und zwischen 1990 und 2001 nahm die Zahl tuberkulöser Rinder jährlich um 20% zu. Woher das? **Meles meles** – der Dachse, eine geschützte Spezies mit mehr als 440 000 Exemplaren in ganz Grossbritannien – scheint ein ganz wesentliches Reservoir für *Mycobacterium bovis* zu sein. Was tun? Impfen? Kaum. Population verdünnen? Oder grossflächig ausrotten (eine geschützte Spezies!)? Andernorts sind es nicht die Dachse, sondern der Fuchs, das Rotwild, der Wasserbüffel, das Opossum. Nicht ganz einfach! – Und die Rasierpinsel? – *Sharp D. Bovine tuberculosis and badger blame. Lancet 2006;367:631–3.*

Assoziation? Notfallmässig kommt ein 29-jähriger Patient mit Parotitis seit acht Tagen und einem geschwollenen rechten Testikel. Als Student wohnt er mit sieben anderen zusammen, von denen zwei ebenfalls eine Parotitis hatten. Was aber aussieht wie eine Orchitis, erweist sich als Epididymitis (mit Erythem des Skrotums und sekundärer Hydrozele). Genau das zeigt auch der Ultraschall. Nach neun Tagen kommt er wieder, diesmal mit einer ultrasonographisch bestätigten Epididymitis der linken Seite. Die Testikel sind auf beiden Seiten unbeteiligt. Was ist los? (Auflösung siehe unten)

Natürlich ist das eine Parotitis (bei einem nicht gegen Mumps vakzinierten jungen Mann) mit Orch..., pardon, mit Epididymitis. Der Patient erkundigt sich nach seiner Fertilität: ganz wenige, nichtmobile Spermien. Sechs Monate später: schwere Oligosasthenozoospermie. Aber die Epididymitis? War das, was wir als Komplikation der Parotitis kannten, nicht eine Orch-, sondern eine Epididymitis? Wieviele Ultraschalluntersuchungen sind bei der «bestens bekannten Komplikation» schon gemacht worden? Existiert beides? Oder nur die Epididymitis? – *Wharton IR, et al. A case of mumps epididymitis. Lancet 2006;367:702.*