





## Periskop


Warum lässt sich die **Alzheimer-Krankheit** bzw. das Beta-Amyloid-Eiweiss nicht einfach im Liquor nachweisen? Weil eine Reihe von Studien eine inverse Beziehung zwischen dem Beta-Amyloid im Gehirn und jenem im Liquor nachgewiesen hat: je mehr Beta-Amyloid im Gehirn, desto weniger im Liquor. Aber: Drei von 24 Patienten einer Studie mit erhöhtem Beta-Amyloid im Liquor hatten keine zerebralen klinischen Zeichen, wohl aber spinale. Weitere Studien weisen darauf hin, dass die Bestimmung von Beta-Amyloid im Liquor erlaubt, Frühmanifestationen der Alzheimer-Krankheit zu erfassen – bis zu fünf Jahre, bevor klinische Zeichen fassbar werden. Wenn das stimmt, dann hätten wir die Frühdiagnose. Jetzt brauchen wir nur noch die Frühtherapie! – *Sinha G. European scientists push spinal taps for Alzheimer diagnosis. Nature Medicine 2006;12:156.* 


Eine Infektion mit chronischer **Hepatitis B** (HBV) verursacht Leberversagen, hepatozelluläre Karzinome sowie gut die Hälfte aller Leberzirrhosen. Dank der Vakzination konnte eine signifikante Reduktion der chronischen HBV-Infektionen erreicht werden. Die Behandlung (INF- $\alpha$ , Lamivudin und Adefovir) hat auch die Therapierbarkeit verbessert. In zwei fast identischen Arbeiten wurde Entecavir, ein Guanosinanalogen, mit seinem Vorläufer Lamivudin verglichen. Entecavir führte innerhalb von 52 Wochen häufiger zu einer histologischen Verbesserung, einer nichtmessbaren HBV-DNA und einem grösseren DNA-Abfall sowie öfter zu einer Normalisierung der ALAT. Im Gegensatz zu Lamivudin wurde keine Virusresistenz nachgewiesen. Lauter Vorteile, aber die Behandlung einer chronischen HBV-Infektion bleibt vermutlich eine Langzeittherapie und: «This drug is easy to start, but difficult to stop!» – *Chang TT, et al. / Lai CL, et al. A comparison of entecavir and lamivudine for HBeAg-positive hepatitis B. NEJM 2006;354:1001–10 / 1011–20.* 

**China.** Die vergangenen 20 Jahre haben 200 Millionen Chinesen der Armut entrissen. Die vergangenen 20 Jahre haben aber auch ein funktionierendes Gesundheitssystem aus den Angeln gehoben. Unerträgliche Gesundheitskosten, eine überalterte Bevölkerung, steigende Versicherungskosten stehen dem zunehmenden Reichtum gegenüber. Die Regierung plant in allen grösseren Städten Gesundheitszentren – die der überalterten Bevölkerung und ihren Gesundheitsproblemen wenig bis nichts bringen. Die Spitäler verkaufen, um sich über Wasser zu halten, teure, aber hinsichtlich ihrer Notwendigkeit fragwürdige Medikamente und Tests: Weniger als 1% der verschriebenen Medikamente sind nach einer Studie der Weltbank sinnvoll! Health and Wealth? Für die urbane oder für die ländliche Bevölkerung? – *Anonymous. China's challenges: health and wealth. Lancet 2006;367:623.* 

Die Evidenz für Gesundheitsschäden durch **Feinstaubpartikel** (<2,5  $\mu\text{m}$ ) in der Atemluft ist (im Gegensatz zu  $\text{PM}_{10}$ ) nicht gewaltig. In den Jahren 1999 bis 2002 wurden in den USA die durch kardiovaskuläre und respiratorische Erkrankungen bedingten Hospitalisationen bei den über 65jährigen als Funktion

der  $\text{PM}_{2.5}$  für 204 städtische Bezirke mit einer Einwohnerzahl von über 11,5 Millionen Medicare-Patienten analysiert. Kurzfristig zeigte sich eine Assoziation zwischen einer Hospitalisation und dem Anstieg des  $\text{PM}_{2.5}$  für alle Erkrankungen – ausser für Unfälle (Kontrollgruppe). Die grösste Assoziation betrug 1,28% pro 10  $\mu\text{g}/\text{m}^3$   $\text{PM}_{2.5}$ -Anstieg am selben Tag. Viel? Wenig? Jede Reduktion der  $\text{PM}_{2.5}$  um 10  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  führte zu einer Abnahme der Hospitalisationen um 11 132. S' isch all das, hät's Müüsli gseit ... – *Dominici F, et al. Fine particulate air pollution and hospital admission for cardiovascular and respiratory disease. JAMA 2006;295:1127–34.* 

**Vogelgrippe ...** Die WHO ist zurückhaltend in ihrer Beurteilung der Erfolgchancen dessen, was dieselbe WHO als «Abriegelungsstrategie» der H5N1-Pandemie «geboren» hat. Für Afrika sind die 1,9 Milliarden US-Dollar noch keineswegs bereit (und werden es wohl nie sein). Zwar hält man nach wie vor am Versprechen, die Ärmsten der Armen bei der Abwehr der Seuche zu unterstützen, fest – aber die Hilfe, verbunden mit der fraglichen Wirksamkeit, bereitet Sorgen. Der Direktor der WHO sagt, ein jedes Land sei selber verantwortlich für die Abwehrmassnahmen – und gibt damit zu, dass er an der Wirksamkeit der globalen Verpflichtung zur Hilfe zweifelt! Milliarden von Dollars genügen nicht, um die Bedrohung zu neutralisieren. Hat er recht? Und haben die Länder Afrikas recht, welche die geforderten Summen nicht bereitstellen (können)? – *Anonymous. Can an influenza pandemic really be contained? Lancet 2006;367:875.* 

**Assoziation?** Zur Erinnerung! Eine 36jährige Frau kommt wegen rezidivierender rechtsseitiger Oberbauchbeschwerden. Vor einem Jahr war sie wegen derselben Symptome, unabhängig von der Nahrungsaufnahme und der Lokalisation, schon einmal im Spital. Die Ultraschalluntersuchung ergab damals dilatierte Gallenwege, die ERCP zeigte zahlreiche kleinere und grössere Steine in allen Abschnitten der Gallenwege. Nun hat sie einen Ikterus, Fieber bis 39,6 °C und wiederum mehrere Steine. Vor 17 Jahren kam sie aus Vietnam – und hatte schon damals ähnliche Beschwerden. Die Laborresultate sind wie erwartet. Die Blutkultur ergibt Klebsiellen. Woher die rezidivierende massive Cholelithiasis? Woher die Cholangitis? (Auflösung siehe unten) 

Eine mögliche Ätiologie der rezidivierenden Cholelithiasis und Cholangitis (vor allem in tropischen Gegenden) ist die hepato-biliäre Parasitose: Ascaritiasis, Leberegel, seltener Taenia saginata, *Strongyloides stercoralis* usw. Im vorliegenden Fall führt eine Laparotomie zum Nachweis eines nahezu komplett zerstörten linken Leberlappens, biopsisch zeigt sich granulomatoses Gewebe mit Eosinophilen, Eiern mit Embryonen sowie einer alten, fragmentierten **Ascaris lumbricoidea**. – *Hurtado RM, et al. A 35-year-old woman with recurrent right-upper-quadrant pain. NEJM 2006;354:1295–303.*