Periskop

Rauchen soll die **Insulinresistenz** begünstigen. Was Rauchen alles soll! Immerhin: In eine US-Studie wurden 1985/86 Männer und Frauen ohne Glukoseintoleranz im Alter von 18 bis 30 Jahren aufgenommen und während 15 Jahren beobachtet: aktuelle Raucher, ehemalige Raucher, Nichtraucher, mit und ohne Rauchexposition. Die Glukoseintoleranz war bei den Rauchern mit 21,6% am höchsten, gefolgt von den Nichtrauchern, die Rauch ausgesetzt waren, mit 17,2% und den ehemaligen Rauchern mit 14,4%. Mit 11,5% am tiefsten war die Glukoseintoleranz bei den Nichtrauchern ohne Rauchexposition. Das relative Risiko lag bei aktiven Rauchern und passiv rauchenden Nichtrauchern mit 1,65 bzw. 1,35 höher als bei den Nichtrauchern ohne Rauchexposition. Was wohl die Tabaklobby dazu sagt? – *Houston TK, et al. Active and passive smoking and development of glucose intolerance among young adults in a prospective cohort: CARDIA study. BMJ. 2006;332:1064–7.*

Alter Zopf? Ist das **offene Foramen ovale** (PFO) tatsächlich ein Risikofaktor für kryptogene ischämische zerebrale Ereignisse (CIE; z.B. Schlaganfälle oder eine TIA)? In einer klinischen Studie wurden 1072 Patienten untersucht. Von den zufällig ausgewählten asymptomatischen Personen der Kontrollgruppe wiesen 20,8% ein PFO auf; von den zugewiesenen Kontrollpatienten waren es 8,4%, von jenen mit einem nicht kryptogenen CIE 10,8% und in der Gruppe mit einem kryptogenen CIE 16,5%. Nach der Korrektur hinsichtlich Alter, Geschlecht, Hypertonie, Nikotinkonsum, Vorhofflimmern und einer ischämischen Herzkrankheit ergab sich keine signifikante Assoziation des PFO mit irgendeiner der untersuchten Patientengruppen … Also stellt das PFO *keinen* Risikofaktor für kryptogene Schlaganfälle oder eine TIA dar? Wurde das PFO in früheren Studien überschätzt? – Wait and see! – *Petty GW, et al. Population based study of relationship between patent foramen ovale and cerebrovascular ischemic events. Mayo Clin Proc. 2006;81:602–8.*

Die Wirkung steigt, aber … **Vogelgrippe**! Kürzlich wurde über eine H5N1-Vakzine berichtet, die in einem Zweidosenregime eine Serokonversion von 54% erzielte. Zu wenig. Nun ist in Frankreich in einer Phase-I-Studie ein «inaktivierter split influenza A/Vietnam/1194/2004 (H5N1)»-Impfstoff plus Adjuvans getestet worden, der in Dosen von 7,5, 15 und 30 µg in zweimaliger Verabreichung (Tag 9 und 21) eine Wirksamkeit von 67% erbrachte. Gaben von 7,5 µg (ohne Adjuvans), 15 µg (mit Adjuvans) und 30 µg erreichten alle eine Serokonversion von über 40%. Die Verträglichkeit war gut … Schon besser, aber noch immer nicht «highly immunogenic». Noch bleibt einiges zu tun. – *Bresson JL, et al. Safety and immunogenicity of an inactivated split-virion influenza A/Vietnam/-1194/2204 (H5N1) vaccine phase I randomized trial. Lancet. 2006;367:1657–64.*

Hepatitis C wurde in den USA anhand von 15 079 Patienten in den Jahren 1999 bis 2002 untersucht. Die Prävalenz der Infektion betrug in diesem Zeitraum 1,6% – oder 4,1 Millionen Fälle in den ganzen USA. Die maximale Prävalenz lag zwischen 40 und 49 Jahren. Rund 48% der HCV-Patienten hatten früher intravenös Drogen konsumiert. Von diesen wiederum waren 83% seit mindestens einem Jahr clean. Als weitere Risikofaktoren nennt die Studie das Sexualverhalten (mehr als 20 verschiedene Partner) und Bluttransfusionen vor 1992. Häftlinge und «Homeless People» wurden nicht in die Untersuchung aufgenommen. – Entscheidend ist nicht, ob die Patienten drogenabhängig sind, sondern ob sie *je* drogenabhängig *waren*. – *Armstrong GL, et al. The prevalence of hepatitis C virus infection in the United States. Ann Intern Med. 2006;144:504–14.*

Genitale Mutilation von Frauen (FGM). Durch eine partielle oder totale Entfernung der äusseren Genitalien aus mehr oder weniger kulturellen Beweggründen wurden weltweit bislang 100 Millionen Frauen und Mädchen verstümmelt. In eine Studie wurden 28 000 Frauen aus Burkina Faso, Ghana, Kenia, Nigeria, dem Senegal und dem Sudan aufgenommen und der Schweregrad der Mutilation (I, II oder III) festgestellt sowie das relative Risiko für eine spätere Geburt erhoben und anschliessend mit dem Schweregrad in Verbindung gesetzt: Kaiserschnitt (1,03/1,29/1,31), Nachblutungen (1,03/1,21/1,69), verlängerte Hospitalisation (1,15/1,51/1,98), kindliche Wiederbelebung (1,11/1,28/1,66), Totgeburt (1,15/1,32/1,55). Ein signifikantes, wenn auch kein massives Resultat. Dennoch bleibt zu hoffen, dass solche Praktiken bald zu den vergangenen kulturellen Ritualen wie dem Sklavenhandel, der chinesischen Fusseinbindung, dem viktorianischen Keuschheitsgürtel usw. gehören werden. – *WHO. Female genital mutilation and obstetric outcome. Lancet. 2006;367:1835–41.*

Assoziation? Ein 14jähriger Junge kommt mit einer seit fünf Wochen zunehmenden Schwellung am linken Ellbogen mit einer zentralen, 1 × 2 cm grossen Ulzeration. Er kommt soeben aus einem Schullager an der australischen Küste zurück. Eine Behandlung mit Amoxicillin/Clavulansäure und Flucloxacillin bleibt erfolglos. Ein Röntgenbild bringt nichts, ein Ultraschall ergibt eine Zellulitis. Man debridiert die Läsion, findet säurefeste Stäbchen *(Mycobacterium ulcerans)* und eine granulomatöse, nekrotisierende Dermatitis. Fünf Tage später – unter Amikacin, Azithromycin und Rifampicin – zeigt sich eine extensive subkutane Nekrose 10 cm proximal und distal des Ellbogens. Nach drei Monaten ist Heilung unterwegs – mit Vernarbung und Verlust der normalen Gelenkkonturen. Was ist das? (Auflösung siehe unten).

Das ist zunächst ein **Buruli-Ulkus**, eine Hautinfektion, die bisher nur in feuchten tropischen Gebieten Afrikas (Uganda, Zaïre, Kongo usw.) und vorwiegend bei Kindern von 5–15 Jahren vorkam, neuerdings aber auch in Australien beobachtet wird. Das *Mycobacterium ulcerans* sezerniert ein Toxin (Mycolacton), das zu ausgedehnten subkutanen Nekrosen führt. Der Nachweis der *Mycobacterium-ulcerans*-DNA durch PCR geschieht rascher als derjenige über Kulturen – was in diesem Fall wichtig ist. Für uns ist dieses Phänomen vorerst jedoch lediglich bei «grenzenloser Mobilität» von Bedeutung – *Millay O, et al. Skin ulceration: what lies beneath? / Wansbrough-Jones M, et al. Buruli ulcer: emerging from obscurity. Lancet 2006;367(9525):1874/1849–58.*