Periskop

Mobilität, Mobilität! Die Anzahl der Migranten ist in den letzten 50 Jahren auf 191 Millionen gestiegen und macht heute 75% der Bevölkerungszunahme der entwickelten Länder aus. Die Migranten sind auch eine wahre Wohltat – für jenes Land, das sie verlassen haben. Man nimmt an, dass die Geldsendungen in die Heimat an die 230 Milliarden US-Dollar ausmachen. Das sind einige Milliarden mehr als die direkten Zuwendungen der entwickelten Nationen an die armen Ursprungsländer. Und wenn die Migranten an ihrem Ziel angekommen sind, kommen Verdächtigungen, Angst, Diskriminierung, oftmals schlechte Arbeitsbedingungen und Gesundheitsprobleme dazu – allen voran HIV/AIDS. Man rechnet, dass zwei Drittel aller HIV/AIDS-Fälle in der EU Migranten betreffen. Haben sie *davon* geträumt? – *Anonymous. Migration and health – a complex relation. Lancet. 2006;368:1039.*

Anno 2002, als Moskitos das West-Nil-Virus quer über Nordamerika trugen, wurden 4200 Personen, unter ihnen 23 durch eine Transfusion, infiziert. Es kam zu sieben Todesfällen. Jeder neue Erreger bedroht die **Sicherheit des Transfusionswesens.** Dank der Sicherheitsmassnahmen konnte das Risiko einer Infektion durch Transfusion auf eine verschwindend kleine Zahl gesenkt werden. In den USA erfolgt zurzeit ein Screening auf HBV, HCV, HIV-1 und HIV-2, HTLV-1 und HTLV-2. Spender werden nach allfälligen Risikofaktoren wie Malaria, Babesiose und Chagas befragt; Plättchenkonserven werden generell auf Bakterien kultiviert. Nach Bedarf wird auch auf CMV-Antikörper getestet. Dennoch kam es von 2001 bis 2003 jedes Jahr zu 11 durch eine Sepsis bedingten Todesfällen. Andere Erreger werden nicht gesucht, da bisher keine Übertragung festgestellt wurde oder aus anderen Gründen. Allerdings, die Sicherheit hat ihren Preis! – *Blajchman MA, et al. The continuing risk of transfusion-transmitted infections. N Engl J Med. 2006;355:1303–5.*

Extensive medikamentenresistente Tuberkulose rührt weitgehend von der schlecht betreuten Versorgung und Kontrolle der Erkrankung her. Multiresistenzen – gegen Rifampicin und Isoniazid – traten in 41% von 536 Kulturen auf und betrafen in 24% davon extensive Resistenzen, die neben Rifampicin und Isoniazid auch gegen wenigstens drei der sechs Medikamente zweiter Klasse resistent sind. All diese Resistenzen traten bei HIV-Infizierten auf, und 52 von den 53 Patienten starben innerhalb von 25 Tagen. 17 000 weltweit gesammelte Isolate der CDC stammten aus Osteuropa, Westasien und Südkorea sowie – offensichtlich – aus Afrika. Während es in den USA 4% waren, beliefen sich die resistenten Stämme in Litauen auf 19%, in Südkorea auf 15%. – Noch berührt uns die Entwicklung kaum, ob sie's *à la longue* auch nicht tut? – *Lawn SD, et al. Extensively drug resistant tuberculosis. BMJ. 2006;333:559–60.*

Die **Transplantation von Pankreasinseln,** anno 2000 erstmals verwirklicht, wurde in einer weltweiten Studie an 36 Patienten mit einem einheitlichen Protokoll, dem sogenannten «Edmonton-Protokoll», wiederholt. Inseln von verstorbenen Spendern wurden innerhalb von zwei Stunden gewonnen und aufgearbeitet. Primärer Endpunkt war die Insulinunabhängigkeit bei adäquater Blutzuckerkontrolle. Dieses Ziel erreichten 44% der Patienten, bei 28% zeigte sich eine partielle Funktion, und 28% erlebten einen völligen Graftverlust. Irgendwann nach der Transplantation erreichten 58% eine Insulinunabhängigkeit und eine gute Kontrolle. Von diesen waren 76% nach zwei Jahren wieder auf Insulin angewiesen, lediglich fünf Patienten blieben auch nach zwei Jahren insulinunabhängig. Geringe Chancen! Wenn es wirklich sein muss, verspricht die Pankreastransplantation vorerst mehr! – *Shapiro AM, et al. International trial of the Edmonton protocol for islet transplantation. N Engl J Med. 2006;355:1318–30.*

Die Oxford Vascular Study (OVS) hat von 2002 bis 2005 bei 91 000 Patienten, bei denen ein Karotis-Imaging durchgeführt worden war, das Auftreten retinaler Ischämien und transienter ischämischer Attacken (TIA) analysiert und mit 590 000 Patienten aus der klinischen Praxis verglichen. Dabei wurde festgestellt, dass bis zum Alter von 80 Jahren die Häufigkeit von Karotisstenosen mit einem Stenosegrad von 50 bis 99% in der OVS und in der klinischen Praxis gleich hoch war (frische, symptomatische Karotisstenosen in der Gruppe der 70- bis 79jährigen: 0,75/1000; Endarterektomien: 0,5/1000). Bei den über 80jährigen jedoch fielen in der klinischen Praxis die Rate des Karotis-Imaging, die Inzidenz frischer **Karotisstenosen** und die Anzahl Endarterektomien deutlich ab – während in der OVS gerade diese Gruppe die höchste Inzidenz aufwies. Ob das angesichts der drohenden, nicht unbedingt tödlichen zerebralen Ischämien richtig ist? – *Fairhead J, et al. Underinvestigation and undertreatment of carotid disease in elderly patients with transient ischaemic attack and stroke: comparative population based study. BMJ. 2006;333:525–30.*

Assoziation? Eine 41jährige Frau kommt wegen schmerzhafter, subkutaner, mobiler und umschriebener Knoten und Knötchen im Nacken, an der Kopfschwarte, seit eineinhalb Jahren auch über dem Thorax und in der Sakralgegend. Vor zwei Jahren wurde sie biopsiert. Resultat: reaktive Hyperplasie mit T-, B- und polyklonalen Plasmazellen. In letzter Zeit war sie anorektisch (KG 64,4 kg, Gewichtsverlust in den letzten zehn Monaten 11,3 kg), litt unter Nausea, Erbrechen, Schmerzen und Fieber (bis 38,9 °C). Hämatologie und Blutchemie sind mit Ausnahme einer Leukozytose von 17 000/µl normal. Immunologische und bildgebende Untersuchungen bringen nichts Neues. Die Familie ist ausgesprochen krebsbelastet. Was ist los? (Auflösung siehe unten)

Ein Erythema nodosum? Multiple Lipome? Neurofibrome? Nein, es handelt sich um eine **Adipositas dolorosa** (Dercum-Krankheit). Die anderen Möglichkeiten sind entweder nicht multipel oder mit anderen Manifestationen assoziiert. Die Behandlung ist weitgehend symptomatisch: Analgetika, Exzision besonders schmerzhafter Knoten, ein Steroidversuch, Amitryptiline ... – *Mapen RB, et al. A 41-year-old woman with painful subcutaneous nodules. N Engl J Med. 2006;355:714–22.*