Periskop

Die **Vogelgrippe** (H5N1) hat über 240 Menschen erfasst, von denen mehr als 140 starben. Forscher in Vietnam untersuchten 13 der Verstorbenen und fanden heraus, dass sich das H5N1-Virus im Körper innert kürzester Zeit um mehr als das Hundertfache multipliziert – vor allem im unteren Respirationstrakt. Das Immunsystem der Verstorbenen zeigte alle Zeichen einer extremen Aktivierung mit hohen Konzentrationen von Zytokinen und Chemokinen. Das H5N1-Virus scheint einen regelrechten «Zytokinsturm» auszulösen, und die Immunreaktion ist bereits jenseits jeder Kontrollierbarkeit, noch bevor die Behandlung beginnt. Die Diagnose kann nicht früh genug gestellt werden. Vielleicht ist das auch die Erklärung dafür, weshalb Tamiflu® (Oseltamivir) bisher so wenig Wirkung gezeigt hat. – *Pearson H. Controlling immune response may cut bird flu death rate. Nat Med. 2006;12:1105.*

Tote im Irak: Noch in den Jahren 2003/04 schätzte man die Zahl der Kriegstoten auf rund 100 000. Seither hat die Gewalt stark zugenommen, insbesondere im vergangenen Jahr: Jeden Tag werden im Irak mehr als 100 Menschen getötet. In einer Studie wurden die Daten von 1849 Haushalten mit 12 801 Personen erfasst und daraus die Todeszahlen hochgerechnet: In den vergangenen drei Jahren starben 654 965 Personen an den Folgen des Krieges, davon 601 027 gewaltsam, wie die Totenscheine belegen. Vor der Invasion betrug die Mortalität 5,5/1000, seither ist sie auf 10,9–16,1/1000 angestiegen. Betroffen sind vor allem Männer zwischen 15 und 44 Jahren, umgekommen durch Schusswunden oder – Tendenz steigend – Bomben. «Nur» 31% dieser Todesfälle sind jedoch auf die «coalition forces» zurückzuführen – den Rest machen Anschläge unter den verfeindeten «Brüdern» selbst aus! – *Burnham G, et al. Mortality after the 2003 invasion of Irak. Lancet. 2006;368:1421–8/BMJ. 2006; 333:821.*

Geschlechtskrankheiten (STD). Die Centers for Disease Control and Prevention (CDC) empfiehlt Frauen, die einen Infekt mit *Chlamydia trachomatis* durchgemacht haben, eine Kontrolle nach drei Monaten – Begründung: Behandlungsversager, Neuinfektion von einem unbehandelten oder neuen Partner. Von 1236 Frauen, die im ersten Jahr nach einem positiven Befund mit *Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae* oder *Trichomonas vaginalis* zu drei Kontrollen kamen, hatten 25,8% im ersten Jahr einen oder mehrere Rückfälle ihrer STD – 11,9% *Chlamydia trachomatis*, 6,3% *Neisseria gonorrhoeae* und 12,8% *Trichomonas vaginalis*. Rund 67% der Infekte wurden während der Studien festgestellt, und 66,2% waren asymptomatisch! – Ein Antibiotikum mag eine Infektion adäquat behandeln – nicht immer aber den Patienten! – *Peterman TA, et al. High incidence of new sexually transmitted infections in the year following a sexually transmitted infection. Ann Intern Med. 2006;145:564–72.*

Gewalttätigkeit und psychiatrische Erkrankung. Ein bekannter Psychiater und Schizophreniespezialist wird tot in seiner Praxis aufgefunden. Ein schizophrener Patient hat ihn zusammengeschlagen. Alltag? Die jährliche Inzidenz nichttödlicher, beruflich bedingter Gewalttaten lag in den Jahren 1993 bis 1999 insgesamt bei 12,6/1000 Beschäftigte. Bei Ärzten betrug sie 16,2, bei Schwestern 21,9 und bei Psychiatern 68,2. Nicht alle Geisteskranken haben dieselbe Neigung zu Gewalttätigkeit: Gut 7,3% ohne psychiatrische Erkrankung, 16,1% mit schizophrenen und affektiven Störungen, 35% mit einer Drogenabhängigkeit 35% und 43,6% mit erheblichen mentalen Störungen und einer Drogenabhängigkeit werden *mindestens einmal in ihrem Leben* gewalttätig. Aber: Die meisten Leute, die gewalttätig sind, sind nicht geisteskrank, und die meisten Geisteskranken sind nicht gewalttätig! – *Friedmann RA. Violence and mental illness. N Engl J Med. 2006;355:2064–6.*

Langzeitreisende die mehr als sechs Monate unterwegs sind, haben besondere Probleme mit der **Malariaprophylaxe**: höheres Risiko, Nachlässigkeit in bezug auf Prophylaxe und persönlichen Schutz. Was tun? Unter- oder Abbruch der Chemoprophylaxe nach der Initialphase? Sequentielle Regimes mit wechselnden chemoprophylaktischen Medikamenten? Stand-by-Behandlung im Notfall – do it yourself? Dazu kommen die gefälschten Medikamente, die in den Endemiegebieten erstanden werden und die fehlenden Konsensus-Guidelines! Neben dem persönlichen Schutz vor Insektenbissen ist alles komplex. Frag das Tropeninstitut oder einen Tropenspezialisten nach einer «individualisierten Lösung»! – *Chen LH, et al. Prevention of malaria in long-term travelers. JAMA. 2006;296:2234–44.*

Assoziation? Ein 21jähriger Mann, Amerikaner, Sushikoch, Reisender in Südkorea und Ostasien, kommt mit Abdominalschmerzen im rechten unteren Quadranten seit zwei Tagen, dumpf, nicht ausstrahlend, kein Fieber, keine Schweissausbrüche, keine Nausea usw. Keine Medikamente, keine alternativen Behandlungen – und er hat keinen rohen Fisch gegessen. Die Schmerzen im rechten Unterbauch sind, wie es scheint, mit einem derben subkutanen Knoten assoziiert. Beidseits lässt sich ein Pleuraerguss nachweisen (pH 7,41; 3900 Leukozyten/mm^3; Glukose 3 mg/dl; LDH 4780 U/L). Das Labor ergibt 20×10^8/L Leukozyten, davon 56% Eosinophile und eine leichte Thrombozytose. Kulturen bleiben negativ. Was ist das? (Auflösung siehe unten.)

Die Bluteosinophilie und der eosinophile Pleuraerguss weisen auf eine Parasitose hin, der Sushikoch – obwohl er verneint, etwas Verdächtiges gegessen zu haben – hat am ehesten *Paragonimus westermani*. Ein Immunoblottest fällt positiv aus, der Patient erhält während zwei Tagen Praziquantel. Innerhalb eines Monats verschwinden die Pleuraergüsse, die Eosinophilie und der subkutane Knoten. Sushi-Paragoniase! Unklar bleiben Art und Zeitpunkt der Infektion. – *Robertson KB, et al. The missing peace. N Engl J Med. 2006;355:1913–8l.*