

## Periskop

**Ranibizumab** (Lucentis®) – ein rekombinanter humanisierter Antikörper, der alle aktiven Formen von vaskulärem, endothelalem Wachstumsfaktor A neutralisiert – wurde in zwei Studien an 716 bzw. 493 Patienten mit neurovaskulärer, **altersbedingter Makuladegeneration** (NAMD) in monatlichen, intravitrealen Injektionen gegen Placeboinjektionen getestet – und nach einem bzw. zwei Jahren als dem Placebo und der Verteporfin-Behandlung überlegen befunden. Ein beeindruckender Erfolg – aber auch einige ungelöste Probleme, allen voran der Preis: monatlich 1950 Dollar für eine Injektion für 155 000 über 65jährige Patienten, von denen rund 10% an einer NAMD leiden – und dies auf unbestimmte Zeit! Ein zweiter Antikörper, Bevacizumab, drängt auf den Markt: Ist er besser? Die Kosten sind in etwa die gleichen. – *Steinbrook R / Rosenfeld PJ, et al. / Brown DM, et al. The price of sight / Ranibizumab for NAMD / Ranibizumab versus verteporfin ... N Engl J Med. 2006;355:1409–12 / 1419–31 / 1432–44.*

Dieweil die Praxen in Australien, den Niederlanden, Neuseeland und Grossbritannien in über 80% **elektronische Krankengeschichten** benützen, hinken Kanada und die USA mit 25–30% und Deutschland mit 40% hinterher. Bedeuten mehr elektronische Apparate bessere Verarztung? Das ist offenbar noch nicht erwiesen. Fragwürdiger ist, dass Kanada und die USA auch in der Vorsorge für Patienten in Abwesenheit des Arztes rückständig sind. In 40–50% sind weder Krankengeschichten noch Verschreibungen etc. verfügbar, noch besteht eine geregelte Zusammenarbeit mit einem stellvertretenden Arzt. Da scheinen die Niederlande, Neuseeland, Grossbritannien und Australien besser versorgt. Der «stumbling block» in den USA sind die Kosten, die mit 40 000 Dollar pro Arzt veranschlagt werden. – *Mitka M. Electronic health records, after-hours care lag in US primary practices. JAMA. 2006;296:2913–4.*

**Ancrod** ist eine gereinigte Fraktion eines malaysischen Schlangengifts, das zu einer raschen Defibrinogenierung führt und das im «European Stroke Treatment with Ancrod Trial» an 1225 Patienten mit akut ischämischem Schlaganfall gegenüber Placebo getestet wurde. Primärer Outcome war der «funktionelle Erfolg» nach drei Monaten. Das Resultat: kein Unterschied zwischen Ancrod und Placebo. Und dennoch resultierten zwei wesentliche Aussagen: 1) Der Erfolg hängt von der Zeit ab, die nach dem Schlaganfall bis zur Behandlung vergeht; 2) mit sechs Stunden war die Verzögerung in der Studie zu lang. Mit drei Stunden wäre vermutlich ischämischer, aber noch nicht totes Hirngewebe erfasst worden! – *Hennerici MG, et al. / Kaste M. Intravenous ancrod for acute ischaemic stroke in the European Stroke Treatment with Ancrod Trial / Editorial. Lancet. 2006;368:1871–8.*

Können die **kognitiven Fähigkeiten** im Alter erhalten oder verbessert werden? 2832 Freiwillige, mittleres Alter 73,6 Jahre, wurden in eine Studie aufgenommen, in der sie einer von vier Behandlungsgruppen zugeteilt und zehn Sessionen Gedächtnistraining, Beurteilung und Geschwindigkeit der Verarbeitung und

vier Sessionen Boostertraining nach 11 und 35 Monaten unterworfen wurden. Die Studie dauerte fünf Jahre. Weder das Gedächtnis noch die Urteilsfähigkeit zeigten irgendwelche Verbesserungen in den täglichen Aktivitäten. Das Boostertraining hatte einen signifikanten Effekt auf die Geschwindigkeit der Verarbeitung. Im Vergleich zur Kontrollgruppe brachte kognitives Training verbesserte und anhaltende Fähigkeiten in bezug auf die trainierten Qualitäten – aber kaum genug, um altersbedingte Heim- oder Spitalpflege und Gesundheitsausgaben zu vermindern. – *Willis SL, et al. Long-term effects of cognitive training on everyday functional outcomes in older adults. JAMA. 2006;296:2805–14.*

Hier wie andernorts wird die **präventive Haft** (nach Vollzug des Urteils) kontrovers beurteilt. Die Autoren legen eine Studie der neun Fälle zwischen 1997 und 2005 im Kanton Zürich vor, die während des Vollzugs eine sehr hohe Gefährlichkeit erkennen liessen, die aber aus juristischen Gründen entlassen werden mussten. Diese Hochrisikogruppe macht 2% aller gewalttätigen und sexuellen Verbrecher aus. 8 von 9 konnten nachverfolgt werden: Alle 8 wurden rückfällig, 7 innerhalb eines Jahres, mit schwerwiegenden sexuellen und gewalttätigen Vergehen und total 24 Opfern. Die Studie erlaubt die verlässliche Identifizierung einer Gruppe gefährlicher Täter; sie rechtfertigt die systematische Einschätzung des Risikos während des Vollzugs und illustriert die Notwendigkeit der Identifizierung einer kleinen Zahl von Hochrisikotätern, die präventiv in Haft behalten werden müssen. – *Urbaniok F, et al. Can high-risk offenders be reliably identified? Swiss Med Wkly. 2006;136:761–8.*

**Assoziation?** An einem kalten Wintertag wird eine 68jährige Frau komatös auf dem Boden ihrer ungeheizten Wohnung gefunden. Sie hat eine blande Vorgeschichte und nimmt keine Medikamente. Ihre Temperatur beträgt 24,9 °C, der Blutdruck 80 mm Hg systolisch, der Puls 40. Das Hb war initial 138 g/L, nach 24 Stunden 97 g/L. Das CRP beträgt 170 mg/L, und das EKG zeigt die klassischen J-Wellen (Knotung des absteigenden QRS-Arms) und Sinusbradykardie. Die Routine-Laborchemie ergibt keine Abweichungen. Die Patientin wird wiedererwärmt und auf die Intensivpflege gebracht. Dort zeigt sie eine persistierende, auf Inotrope refraktäre Hypotension. Was soll das? (Auflösung s. unten)

Klar, eine erhebliche Unterkühlung. Dazu hat die Patientin Substanzen refraktären Hypotension nach völliger Wiedererwärmung? Eine akute NHR-Insuffizienz? In der Tat: Ein Synacthen-Kurztest ergibt ein tiefes Ausgangskortisol, ein stark erhöhtes ACTH – und keinerlei Reaktion des Kortisols auf ACTH. Es handelt sich um eine akute NHR-Insuffizienz durch **doppelseitige NHR-Blutung** – wie das abdominale CT zeigt und wie sie sowohl bei Sepsis als auch, selten einmal, bei Hypothermie vorkommt. Unerkannt mit 90% Mortalität! – *Grossmann M, et al. A cool case: hypothhermia and adrenal failure. Lancet. 2006;368:2184.*