Periskop

Wer gewinnt? Die Ärzte Hollands sind gehalten, mit der **Impfung gegen Humanpapillomaviren (HPV)** Zurückhaltung zu üben, bis der Dutch Health Council entscheidet, ob die Impfung ins nationale Impfprogramm aufgenommen werden soll. Sanofi-Pasteur-MSD, die Hersteller des Impfstoffs (Gardasil®), lancieren aber eine grosse Impfkampagne unter dem Schlagwort «schütze deine Tochter» und mit dem Hinweis, dass sie nur Information verbreiten. Unterdessen haben Gynäkologen bereits die Initiative ergriffen und offerieren die Impfung. Die Allgemeinpraktiker haben sich auf «zurückhaltende Empfehlung» geeinigt. Wer gewinnt? Zweifellos die Pharmaindustrie! – *Sheldon T. Dutch doctors are told to wait for HPV vaccine advice. BMJ. 2007;334:819.*

Noch einmal: Vakzination gegen HPV. Die Fakten: gut 11 000 neu diagnostizierte Fälle pro Jahr, 3700 Tote in den USA; weltweit rund 493 000 neue Zervixkarzinome, 274 000 Todesfälle; Prävalenz bei Frauen im Alter von 14 bis 24 Jahren 26,8%; Assoziation HPV-Infekt/Zervixkarzinom 3,4%; 90% der mit HPV Infizierten klären ihren Infekt innerhalb von zwei Jahren. Die Kosten für die drei Impfungen betragen 36 US-Dollar! Texas und Virginia haben die Impfung für bedingt obligatorisch erklärt. Vieles spricht gegen ein Obligatorium: beschränkte Sicherheits- und Wirkungsdaten; Dauer des Impfschutzes unbekannt; Sicherheit der Schulimpfungen, Nebenwirkungen und Obligatorium; HPV ist kein «airborne» (luftübertragener) Infekt; das Obligatorium gilt nur für Frauen, und die Männer? Freiwilliger Impfschutz okay – Obligatorium verfrüht! – *Gostin J, DeAngelis C. Mandatory HPV vaccination – public health vs. private wealth. JAMA. 2007;297:1921–3.*

Chondroitin gegen die Gelenkschmerzen. Wirkt es oder nicht? In eine Metaanalyse wurden 3846 Patienten aus 20 Studien eingeschlossen, die randomisiert, plazebokontrolliert oder unbehandelt waren. Die Autoren bezeichnen die Qualität der Studien als «generell gering». Drei Studien machten 40% der Patienten aus; die Analyse dieser drei Studien ergab einen Unterschied von 0,6 mm auf einer visuellen Analogskala von 10 cm – so viel wie nichts! Das widerspricht allerdings früheren Metaanalysen und kleineren Studien mit unklarer Analyse und unklarer Randomisierung, die zum Teil erheblichere Effekte zeigten. Fehlt der Nutzen, so ist wenigstens auch das Risiko gleich null. – Es bleibt dabei: Die Verwendung von Chondroitin in der klinischen Praxis lässt sich kaum rechtfertigen! – *Reichenbach S, et al. Meta-analysis: chondroitin for osteoarthritis of the knee or hip. Ann Intern Med. 2007;146:580–90.*

Hunderte von Millionen Dollar (!) werden jährlich für den «off-label»-Gebrauch von **EPO-Medikamenten** ausgegeben, die das Risiko eines vorzeitigen Todes steigern. An die Firmen Amgen und Johnson & Johnson sind Schreiben ergangen, die eine sofortige Einstellung der Konsumentenwerbung für EPO verlangen. Notrufe! In der Tat werden EPO-Drogen (Aranesp®/Amgen, Epogen®/Amgen, Procrit®/Johnson & Johnson) für chronische Niereninsuffizienz und Krebs weit über den Zielwert des Hämoglobins hinaus verwendet. Neben Todesfällen durch Infarkte, Embolien oder Schlaganfällen besteht auch die verschiedentlich monierte Möglichkeit eines rascheren Tumorwachstums unter EPO bei Krebspatienten. Die Medikamente tragen ab sofort eine «black-box»-Warnung, und die FDA stellt eine Liste von neun Punkten für den Einsatz von EPO auf. – *Mitka M. FDA sounds alert on anemia drugs. JAMA. 2007;297:1868–9.*

Einmal jährlich … Frakturen kosten jährlich rund 18 Milliarden Dollar. Die Hälfte aller Patienten quittiert die Einnahme im Verlaufe des ersten Jahres. Eine einzige Infusion von Zoledron verbessert die Knochendichte für wenigstens zwölf Monate. In einer Studie wurde die ossäre Wirkung einer Infusion von 5 mg Zoledron an 3889 postmenopausalen Frauen über drei Jahre analysiert und mit Plazebo verglichen. Wirbelfrakturen traten bei 10,9% der Patientinnen aus der Plazebogruppe C und bei 3,3% der mit Zoledron behandelten Frauen auf, Femurfrakturen bei 2,5 bzw. 1,4%. Die Knochendichte stieg an der Hüfte unter Zoledron um 6,02% im Vergleich zu Plazebo, an der Lendenwirbelsäule um 6,71%. Die biochemischen Marker fielen unter Zoledron gegenüber Plazebo. Die Nebenwirkungen waren mit Plazebo vergleichbar, mit Ausnahme von postinfusioneller Pyrexie, Myalgie, influenzaähnlichen Symptomen usw. – und Vorhofflimmern. – *Black DM, et al. Once-yearly zoledronic acid for treatment of postmenopausal osteoporosis. N Engl J Med. 2007;356:1809–22.*

Assoziation? Eine 24jährige Frau kommt mit Krampfanfällen. Vor sechs Jahren wurde ein Lupus erythematodes abwechselnd mit Kortikosteroiden, Methotrexat, Azathioprin, Mycophenolat, Leflunomid, Etanercept und Dapson behandelt. Immer wieder hat sie hohes Fieber, Taubheit der Zunge, verwaschene Sprache, dann tonisch-klonische Krämpfe, Armschwäche. Das Schädel-CT zeigt eine grosse ovoide Läsion im rechten Parietallappen und mehrere kleine Herde. Kulturen und Tests des Liquors sind negativ auf Bakterien, Mykobakterien, Kryptokokken, Toxoplasma, Bartonellen, *Blastomyces dermatitidis*, Histoplasma, *Coxiella burnetii*, HIV … dann steigt das Fieber, die Patientin wird somnolent – und stirbt ohne Diagnose. Was könnte das sein? (Auflösung siehe unten)

Bei allen negativen Resultaten muss es sich bei dem hohen Fieber und der jahrelangen Immunsuppression um eine infektiöse Ursache handeln. Man hat alles Mögliche untersucht – aber dabei nicht an die **Amöben** gedacht. Selbst die Pathologen sind bei der Autopsie nicht gleich fündig geworden: zerebrale Entzündungsherde mit blassen Zellen, die sich als Amöben herausstellten. Amöben erzeugen beim Menschen Amöbenkeratitiden, primäre Amöbenmeningoenzephalitis oder eine granulomatöse Amöbenenzephalitis. Die Überlebenschancen sind gering. – *Cha JHJ, et al. A 24-year-old woman with systemic* lupus erythematodes, *seizures and arm weakness. N Engl Med. 2006;355:2678–89.*