

Periskop

«Don't forget hypertension ...» – eine überflüssige Mahnung? Sie hält fest, die Hypertonie habe um nahezu 60% zugenommen. Seit wann? Heute seien es rund eine Milliarde Hypertoniker, 2025 dürften es deren 1,56 sein; 7 Millionen Todesfälle ... «Westernised lifestyle», Übergewicht, Rauchen und Kochsalzkonsum werden zu Recht angeschuldigt. Zweifel? JA. Einmal genießt der «hypertension report» die uneingeschränkte Unterstützung der Novartis – vor allem da, wo es um die Behandlung geht! Zudem sinken die Werte, die als Hypertonie bezeichnet werden, stetig, und immer mehr Leute werden zu Hypertonikern/-innen. Dazu kommt neu die Prähypertonie, systolischer Druck 120–139, diastolischer 80–89 mm Hg. Das Spektrum wird mit Erfolg nach unten erweitert. Hypertonie, so scheint es, kann nicht genug diagnostiziert werden. – *Hypertension Report. Don't forget hypertension. Lancet. 2007;369:1764.*

Für einmal Positives von der Front... 18000 Soldaten wurden im Irak verwundet, 90% haben ihre Verletzungen überlebt. Wie ist der Schmerz durch Verwundung der Extremitäten zu behandeln, wie kann er besser behandelt werden? Seit 2003 versuchen es die Ärzte/-innen nicht allein mit Morphium, sondern mit regionaler Anästhesie (RA) – möglichst an «Ort und Stelle» – nahe an der Verwundung und gefolgt von kontinuierlicher Infusion eines nicht-addiktiven Lokalanästhetikums. Inzwischen sind über 800 Mann behandelt worden. RA unterbricht die Afferenzen zum Hirn, während diese bei genereller Anästhesie noch immer ankommen und – potentiell – zentralnervöse Veränderungen und «chronic-pain»-Syndrome erzeugen. – *Hampton T. Researchers probe nerve-blocking pain treatment for wounded soldiers. JAMA. 2007;297:2461–2.*

Rosiglitazon (Avandia®) wird in den USA bei Typ-2-Diabetes breit angewandt. Nun wurden in einer Metaanalyse 42 von total 116 Studien mit einer Studiendauer von mehr als 24 Wochen mit einer Kontrollgruppe ohne Rosiglitazon in bezug auf Myokardinfarkt und kardiale Todesursachen verglichen. Das mittlere Alter betrug 56 Jahre, das mittlere Ausgangs-HbA1c 8,2%. Das relative Risiko für Myokardinfarkt betrug in der Rosiglitazon-Gruppe 1,43 (p <0,03) (im Vergleich mit der Kontrollgruppe) und für kardiovaskuläre Todesursachen 1,64% (p <0,06). Die Häufung von Myokardinfarkten ist signifikant, für kardiale Todesursachen borderline. Probleme mit den Glitazonen! – *Nissen SE, et al. Effect of rosiglitazone on the risk of myocardial infarction and death from cardiovascular disease. N Engl J Med. 2007;356:2457–71.*

Die Prävalenz der **Syphilis** war bis 1980 stetig am Abnehmen. Dabei blieb es über zehn Jahre – als Resultat eines verminderten Risikoverhaltens im Gefolge der sich ausbreitenden HIV-Epidemie. Eine Zunahme von Syphilis war 1997 bis 2003 weltweit zu beobachten – diesmal als Folge von HAART (highly active antiretroviral therapy) und des damit zunehmenden Risikoverhaltens homosexueller Gruppen. Die Zunahme betrug in Risikogruppen bis zu 1400%. Die primäre Syphilis ist ansteckend, da die Erkrankten oft nichts von ihrer Erkrankung

wissen; in der sekundären Phase sind die Patientinnen und Patienten hoch infektiös; mit Eintreten der latenten und tertiären Phase sinkt das Ansteckungsrisiko. Bei HIV-koinfizierten Syphilis-Patienten/-innen ist eine raschere Progredienz zu späteren Stadien zu erwarten – von Syphilis und HIV. Nicht vergessen! – *Wöhrl S, Geusau A. Clinical update: syphilis in adults. Lancet. 2007;369:1912–4.*

Präoperative Anämie und **Polyzythämie** – was tut's? Von 1997–2004 wurden insgesamt 310311 ältere Veteranen (>65 Jahre) in eine Studie aufgenommen, präoperativ ihr Hämatokrit bestimmt (Anämie <39,0%, normal 39,0–53,9% und Polyzythämie >54%) und die kardiale Morbidität und Mortalität erhoben. → Auch milde Abweichungen vom normalen Hämatokrit sowohl nach unten als auch nach oben waren mit einem erhöhten Risiko (1,6%) von Tod oder kardialen Ereignissen verassoziiert. Das Risiko beginnt zu steigen bei einer Anämie von <39% und einer Polyzythämie von >51%. – Das wäre der Sinn der präoperativen Bestimmung des Hämatokriten. Noch ist nicht klar, ob die präoperative Korrektur von Anämie und Polyzythämie das Risiko postoperativer Mortalität senken kann. – *Wu WC, et al. Preoperative hematocrit levels and postoperative outcomes in older patients undergoing noncardiac surgery. JAMA. 2007;297:2481–88.*

Assoziation? Eine 29jährige Mutter von drei Kindern kommt in der 35. SSW zur Beendigung der SS wegen einer Porencephalie des Fetus. Nach üblichem Prozedere wird das Kind abgetötet und die Geburt eingeleitet. Nach fünfzehn Minuten verliert die Frau das Bewusstsein und schnappt nach Luft. Kammerflimmern. Sie wird während weiterer zehn Minuten reanimiert. Echokardiographisch besteht eine stark dilatierte, hypokinetische rechte Kammer. Sie hat alle Zeichen intravasaler Gerinnung, eine profuse vaginale Blutung und erhält Transfusionen. Was ist los? (Auflösung siehe unten)

Kardialer Kollaps, intravasale Gerinnung und die echokardiographischen Befunde sprechen für die **Embolsation von Amnionflüssigkeit** (AFE, ... man erinnere sich an Vorlesungen früherer Zeiten!). Der Pathologe bestätigt den Verdacht mit amniotischen und fetalen Zellen. Die A. uterina wird bilaterale embolisiert. Der Zustand verschlechtert sich. Eine weitere Echokardiographie zeigt nun eine Auswurfaktion der linken Kammer von 15%. Hydrocortison, 50 mg alle sechs Stunden, bessert endlich die Situation – blendend! Selten und dramatisch. AFE – und allenfalls temporäre NNR-Insuffizienz! – *Verrast N, et al. Ventricular fibrillation during termination of pregnancy. Lancet. 2007;369:1900.*