

Periskop

In Grossbritannien sind jährlich 28 000 Spitalaufnahmen – vorwiegend Männer – bedingt durch Alkoholabhängigkeit oder -intoxikation. Neu ist, dass Frauen den Männern ihren Rang streitig machen: 86% der Frauen vs. 91% der Männer konsumieren regelmässig Alkohol. In diesem Zusammenhang kommen drei Frauen mit Schmerz im Unterbauch. Alle drei melden, dass sie in den letzten Tagen erhebliche Mengen Alkohol konsumiert hatten. In einem Falle war das mit einem Sturz verbunden. Puls 87–110/Min., Blutdruck etwas erniedrigt, Leukozytose bis $17,4 \times 10^9$, Kreatinin erhöht bis 219 $\mu\text{mol/L}$. Ultraschall ergibt «Azites» im Unterbauch, und alle drei hatten – eine einfache **Ruptur der Harnblase**, alkoholinduziert! Bei Frauen! – *Doolde-niya MD, et al. Lower abdominal pain in women after binge drinking. BMJ. 2007;335:992–3.*

63% aller Verschreibungen in den USA sind **Generika**, und da diese wesentlich billiger als die Originale sind (billiger als bei uns, bis hinunter zu 6% der «Original»-Preise), bringen sie jährlich Einsparungen in «the tens of billion US-Dollar». Allerdings: umso kleiner sind auch die Einkünfte der Generika-Hersteller! Zwischen 2007 und 2010 werden an die 110 Originale ihren Patentschutz verlieren. Das entspricht rund 50 Milliarden US-Dollar jährlich. Noch 1984 wurden lediglich 18,6% der Originale durch Generika weitergeführt. Bis 1984 unterlagen Generika dem gleichen Sicherheits- und Wirkungsnachweis wie die Originale. Heute genügt der Nachweis der Bioäquivalenz. Derzeit liegen die Verkaufszahlen der Generika bei 35 Billionen. Nichtsdestotrotz wird jedes Medikament im Durchschnitt mit zehn Patenten geschützt. – *Frank RG. The ongoing regulation of generic drugs. N Engl J Med. 2007;1993–6.*

Low back pain. Eine australische Gruppe hat 240 Patienten mit akutem tiefem Rückenschmerz in vier Gruppen eingeteilt: Diclofenac (50 mg b.i.d.) plus Plazebophysiotherapie; Physiotherapie plus Plazebodrogen; Diclofenac plus Physiotherapie oder beides, Plazebodrogen plus Plazebophysiotherapie. Gemessen wurde die Zeit bis zur Heilung. Und was kam heraus? Weder Diclofenac noch Physiotherapie verminderten den Schmerz (OR 1,09 und 1,01); auch die Kombination von Physiotherapie mit Diclofenac war nicht besser. 237 von 240 Patienten waren nach zwölf Wochen schmerzfrei oder wurden neu beurteilt. Ausser Spesen nichts gewesen? – Nein: Die Nebenwirkungen blieben! – *Hancock MJ, et al. Assessment of diclofenac, of spinal manipulative therapy, or both, in addition to recommended first-line treatment for acute low back pain. Lancet. 2007;370:1638–43.*

Chagas, bedingt durch *Trypanosoma cruzi*, erfasst in Südamerika 8–10 Millionen Einwohner. Die Übertragung erfolgt vorwiegend durch Vektor-Mücken, Mutter-Kind-Infektion, seltener durch Transfusionen, Transplantationen sowie selbst infizierte Speisen. Rund 100 000 Patienten leben in den USA, meist Eingewanderte oder autochthon Infizierte. Nach einer ersten, meist mild verlaufenden akuten Phase von vier bis acht Wochen folgt eine indeterminierte Phase mit positiver Serologie, aber ohne Symptome. 70–80% leben ihr Leben in dieser Phase, während 20–30% eine

manifeste chronische Erkrankung, vor allem des Herzens, entwickeln. Alle Kinder sollten behandelt werden (Benznidazol, 5–7,5 mg/Tag), ebenso Frauen im gebärfähigen Alter, allenfalls indeterminierte Erwachsene im Alter von 19 bis 50 Jahren. Bei anderen Gruppen ist der Erfolg fraglich. – *Bern C, et al. Evaluation and treatment of Chagas-disease in the United States. JAMA. 2007;298:2171–81.*

Patienten mit langzeitverordneten **Antihypertensiva** sind schwierig bei der Stange zu halten. Man rechnet mit bestenfalls 30%, die normale Druckwerte erreichen. Von 4783 Patienten, die einmal täglich ihr Antihypertensivum einzunehmen hatten, stoppten 50% ihre Therapie innerhalb eines Jahres. Der Rest der in der Therapie Verbleibenden verbuchte gelegentlich mehrtägige Therapiepausen – verordnet ist noch nicht therapiert! Von den morgendlich verschriebenen «Pillen» werden 6,7%, von den abendlichen 12%, 7,6% der Werktagsdosen und 9,5% der Weekendedosen vergessen – und dabei werden durch die Richtlinien immer mehr Patienten auf Lebenszeit zu therapiebedürftigen Hypertonikern! Wie steht es mit den Mehrfachtherapien, wo der Patient gleich eine halbe Apotheke zu verdauen hat? – *Mitka M. Research probes details of poor adherence in anti-hypertensive drug therapy. JAMA. 2007;298:2128.*

Assoziation? Ein 30-jähriger Mann, eingewandert aus Marokko vor sechs Jahren, mit einer Vorgeschichte einer chronischen Kolitis, entwickelt vor zwei Wochen plötzlich Fieber bis 39,4°, Husten, Rhinorrhoe und Myalgien. Sechs Tage zuvor tritt unter Bauchkrämpfen mehrmals pro Tag eine blutige Diarrhoe auf. Das Fieber bewegt sich laufend zwischen 38,3° und 40,5°. Er kommt ins Spital. Mit Ausnahme des Fiebers hat er keine Allgemeinsymptome und seine Behandlung ist die eines Crohns. Kein Alkohol, keine Drogen. Blut- und Stuhlkulturen sind negativ, das Routinelabor zeigt ausser leicht erhöhten Leberenzymen keine Besonderheiten. Ein CT des Abdomens zeigt stark verdickte Dickdarmschlingen. Was ist wohl schuld an der hochfebrilen Erkrankung? (Auflösung siehe unten)

Eine Exazerbation des Crohns? Eher nicht: zuviel Fieber, keine gripalen Symptome usw. Eine infektiöse Geschichte, aber was für eine? Mykobakterien? Amöben? – Ein Erreger, an den zunehmend im Zusammenhang mit chronischer Crohn-Kolitis gedacht werden muss, ist das **Cytomegalovirus** (CMV). Und um eine CMV-Erkrankung handelt es sich hier. Ob eine Marokkoreise vor fünf Monaten zur Quelle des CMV geworden ist? – *Babatsky MW, et al. A 30-year-old man with inflammatory bowel disease and recent onset of fever and bloody diarrhea. N Engl J Med. 2007;357:2068–76.*