

Periskop

Oha ... was tun bei **akuter Sinusitis**? Antibiotika? Nasale Steroide? In eine Studie wurden 240 Patienten >16 Jahren mit akut purulenter Rhinitis, Rhinorrhoe, Schmerz und Eiter in der Nasenhöhle eingeschlossen und randomisiert einem von vier Regimes zugewiesen: Amoxicillin (AMO, 500 mg dreimal tägl. während sieben Tagen) und nasale Steroide (NS, 200 µg Budesonid in beide Nasenlöcher während über zehn Tagen); AMO + Plazebo (PLA) NS; PLA AMO + NS; PLA AMO + PLA NS. Endpunkt: klinischer Zustand am Tag 10. Resultat: 29% der Patienten unter AMO und 33,6% ohne AMO hatten persistierende Symptome am zehnten Tag. 31,4% wiesen unter Budesonid, 33% ohne Budesonid Persistenz der Symptome auf. Für akute Sinusitis erwiesen sich weder Amoxicillin noch ein topisches Steroid als wirksam. Was tun? – *Williamson IG, et al. Antibiotics and topical nasal steroid for treatment of acute maxillary sinusitis. JAMA. 2007;298:2487–96.*

Literatur ... Der kardiovaskuläre Nutzen von Vitamin E wurde 1993 in einer observationellen Studie publiziert und bald darauf in klinischen Studien (HOPE Trial) in Abrede gestellt. Dennoch wurde der «nützliche Effekt von Vitamin E» noch im Jahre 2005 in über 50% der Arbeiten unter Berufung auf 1993 kolportiert und 41% der Arbeiten zitierten noch 2005 den HOPE-Trial unvorteilhaft. Ähnlich ging es β-Karotin gegen Krebs, das 1981 als wirksam publiziert und dem bald darauf (1994–1996) seine Wirksamkeit wieder abgesprochen wurde; 2006 wird es noch immer ohne Hinweis auf die negativen Resultate als wirkungsvoll zitiert. – Ansprüche und Behauptungen aus observationellen Studien persistieren und werden in der medizinischen Literatur immer weiter kolportiert, obschon längst kontradiktorische Evidenz publik gemacht wurde! Absicht? mangelhafte Information? persönlicher Bias? Aufgepasst! – *Tatsioni A, et al. Persistence of contradicted claims in the literature. JAMA. 2007;298:2517–26.*

Swiss Hospitals ... gute oder schlechte Reklame? In der Schweiz ist Mithilfe zum Suizid legal. Bern, Lausanne und Genf gestehen, dass in ihren Kliniken assistierter Suizid möglich ist und auch stattgefunden hat. Die Akademie der Medizinischen Wissenschaften habe beschlossen, Spitäler sollen selber entscheiden! Vorausgesetzt wird: ein «spezielles Spitalkomitee», dass der Patient klar bei Sinnen ist und er bis zum Suizid nirgendwo sonst untergebracht werden kann. Hier öffnet das Spital den Helfern seine Tore. Exit und Dignitas werden als «Helfer» bezeichnet. Dignitas nimmt sich auch (und vor allem?) ausländischer «Kunden» (bisher über 800) an – für 4500 Franken. Klienten müssen sich erst eine Mitgliedschaft in der Organisation erwerben. – So sieht es das *British Medical Journal* und macht – wohl nicht willentlich – Reklame für unseren «Spitalsuizid». – *Tuffs A. Swiss hospitals admit to allowing assisted suicide on their wards. BMJ. 2007;335:1064–5.*

Noch einmal **Chikungunya**: im Juli/August des vergangenen Jahres traten in der Provinz Ravenna/Italien eine hohe Zahl febriler Erkrankungen >38,5 °C, Gelenk- und Muskelschmerzen, Müdigkeit, Exanthem und Kopfweh auf, die bald einmal als Chi-

kungunya-Fieber identifiziert wurden. Das Virus war im Rahmen der allgemeinen Mobilität verschleppt worden, und der Vektor – *Aedes albopictus* – hatte sich zuvor schon in Oberitalien verbreitet. So ergab sich, dass ausgehend von einem Besucher aus Indien, der zwei Tage später mit hohen Titern des CHIKV erkrankte, in der Zeit vom 4. Juli bis 27. September 205 Patienten erkrankten. Die Krankheit verlief mit nur einem Todesfall relativ milde. Das Virus wurde auch in *Aedes albopictus* nachgewiesen. Die Verbreitung des Vektors wurde durch schnellwirkende Insektizide und die der Larven durch *Bacillus thuringiensis* gestoppt. – *Rezza A, et al. Infection with chikungunya virus in Italy: an outbreak in a temperate region. Lancet. 2007;370:1840–6.*

Die **Komplikationenliste** der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin umfasst einerseits die sattsam bekannten, und doch zu immer wiederkehrenden Problemen um Marcoumar, Fragmin, Vitamin K und Kombinationen Anlass gebenden Medikamente, andererseits Überdosierung, falsche Verabreichung und fehlende Kontrolle von Methotrexat, vor allem bei nicht onkologischer Indikation. Eine Mitteilung ist von besonderem Interesse: Ein Assistent klebt auf die Röntgenanmeldung eine falsche Patientenetikette. Niemand, weder die Patientin noch das Pflegepersonal hinterfragen den Auftrag und das, was folgt. Die Patientin wird zur (nicht für sie) vorgesehenen Röntgenuntersuchung gebracht ... Es gibt Fehlleistungen und Komplikationen, die durch nichts zu verhindern sind, wenn niemand denkt. – *Stäubli M, Briner V. Komplikationenliste, Bulletin 15 der Gesellschaft für Innere Medizin, November 2007.*

Assoziation? Eine 23jährige Frau kommt mit kolikartigen abdominalen, rund einstündigen Schmerzen. Kein Fieber, keine Diarrhö, kein Blutabgang, wohl aber Nausea und biliäres Erbrechen. Tabak, Alkohol und Drogen werden verneint. Vor sechs Monaten hatte sie eine ähnliche Episode mit Frischblutabgang. Der Status inkl. rektaler Untersuchung ist unauffällig. Nur der Hämatokrit liegt, hypochrom und mikrozytär, bei 23%. An den Fingern und auf der Innenseits der Lippen finden sich hyperpigmentierte Flecken – Lentiginen. Ein CT zeigt eine partielle Intussuszeption und eine angrenzende Masse. Was soll das alles? (Auflösung siehe unten)

Ein Inaginat mit angrenzender Masse, richtig, Die Histologie im ileokolischen Bereich zeigt ein Hamartom ohne Zeichen der Malignität. Und was sollen die Lentiginen? In der Tat: ein **Peutz-Jeghers Syndrom**, mukokutane Lentiginöse kombi- niert mit hamartomtösen Polypen des Gastrointestinaltrakts – hier Ursache der partiellen Intussuszeption. Richtig, sagt Mama, das hat meine Schwester auch gehabt! – *Baudendistel TE, et al. The leading diagnosis. N Engl J Med. 2007 357: 2389–93.*