

## Periskop

**Probiotika** – für oder gegen Pankreatitis? Pankreatitiden nehmen jährlich um 5% zu. Ein Fünftel der Patienten entwickelt eine nekrotisierende Pankreatitis mit einer Mortalitätsrate von 10–30%. Antibiotika erwiesen sich in zwei klinischen Studien als wirkungslos. In einer weiteren doppelt verblindeten Studie wurde ein enteral verabreichtes Probiotikum, bestehend aus *Lactobacillus acidophilus*, *L. casei*, *L. salivarius*, *L. lactis*, *Bifidobacterium bifidum* und *B. lactis*, an 298 Patienten mit schwerer Pankreatitis geprüft. Sie erhielten innerhalb von 72 Stunden über 28 Tage das Probiotikum bzw. Placebo. Der Endpunkt war eine infektiöse Komplikation innerhalb von 90 Tagen, und diese Komplikation trat in 30% der Placebo- und in 28% der Probiotikumgruppe ein. Nicht nur wartete man vergeblich auf die günstige Wirkung, sondern 16% der Probiotikum- und 6% der Placebogruppe verstarben. Probiotika sind bei Pankreatitis nicht zu empfehlen. – *Besselink MGH, et al. Probiotic prophylaxis in predicted severe acute pancreatitis. Lancet. 2008;371:651–9.*

**Schilddrüsenhormon-Ersatz** – Levothyroxin (LT4) mit oder ohne Trijodthyronin (T3)? 50 euthyroide Patienten im Alter von 18–65 Jahren, die aus irgendeinem Grund total thyreoidektomiert werden mussten, wurden in eine Studie aufgenommen. Sie erhielten postoperativ LT4 in einer Dosis, die für ein normales oder supprimiertes TSH genügte. Prä- und 16 Wochen postoperativ wurden zweimal die T4, T3 und TSH-Werte gemessen. Die Studie ergab unter reiner FT4-Therapie keinerlei signifikante Reduktion der T3-Spiegel (127,2 vs. 129,3 ng/dL), und 94% der Patienten wiesen am Ende der Studie ein TSH von <4,5 mIU/L auf. – Die LT4-Therapie nach nahezu totaler oder totaler Thyreoidektomie genügt; eine zusätzliche T3-Gabe ist unnötig. – Warum einfach, wenn's auch kompliziert geht? In den USA werden jährlich immerhin an die 70 000 Patienten thyreoidektomiert. – *Jonklaas J, et al. Triiodothyronin levels in athyreotic individuals during levothyroxine therapy. JAMA. 2008;299:769–77.*

**Absaugen?** Ein akuter Myokardinfarkt mit ST-Hebung wird zurzeit mit perkutaner koronarer Intervention behandelt, aber: Die Embolisation des Thrombusmaterials nach distal kann eine mikrovaskuläre Embolisation verursachen und die Wirksamkeit der Methode limitieren. 1071 Infarktpatienten wurden mit der Standardmethode randomisiert oder mit PCI und manueller **Aspiration des Thrombus** behandelt. Thrombusmaterial im Aspirat galt als Beweis erfolgreicher Aspiration. In 72,9% der Fälle gelang die Aspiration. 56,6% der Aspirierten und 44,2% der Standardgruppe (P <0,001) hatten eine komplette Remission der ST-Hebung. – Thrombusaspiration sorgt für bessere Reperfusion und bessere klinische Resultate als die konventionelle PCI. – *Svilaas T, et al. Thrombus aspiration during primary percutaneous coronary intervention. N Engl J Med. 2008;358:557–67.*

**Methicillin-resistente Staphylokokken** (MRSA) bei Homosexuellen galten bisher als selten. In neun Spitälern in und um San Francisco wurde die jährliche Inzidenz von ausserhalb des Spitals acquirierten MRSA, ihre Häufung und ihre Risikofaktoren in den Jahren 2004–06 erhoben. Im Mittel betrug die Inzidenz 26 auf 100 000, gehäuft in Gegenden mit höherer Inzidenz von Homosexualität. Sex unter Homosexuellen erwies sich als Risikofaktor für MRSA-Hautinfekte mit einem relativen Risiko von 2,1. Klinisch liess sich der Infekt in den meisten Fälle in den Genitalien nachweisen,

in den Hinterbacken oder im Perineum. In Boston fanden sich Infekte ausschliesslich unter Homosexuellen. – *Binh An Diep, et al. Emergence of multidrug-resistant, community-associated methicillin-resistant staphylococcus aureus clone USA3000 in men who have sex with men. Ann Intern Med. 2008;148:239–57.*

**Sub-Sahara Afrika** – was verdienen Angestellte des Gesundheitssystems? Sub-Sahara beherbergt 11% der Erdpopulation, trägt einen Viertel der weltweiten Krankheitslasten, hat aber nur 3% der «Workforce» und nur 1% der Gesundheitsausgaben. 65 000 Ärzte und 70 000 afrikanische Schwestern arbeiteten im Jahre 2000 in entwickelten Ländern. Instabilität, Arbeitsbedingungen, Mangel an Medikamenten usw. und – insbesondere – Verdienst sind die kritischen Punkte. Schwestern in Burkina-Faso verdienen jährlich 1500 bis 2500 US-Dollar, Ärzte in Zambia 7225–9240; Ärzte in Äthiopien 157–252 pro Monat. In Ghana verdient ein Arzt pro Jahr 14600 US-Dollar. Der Verdienst ist nicht nur niedrig, sondern er schwankt – zuweilen nach oben, häufiger aber nach unten, und die Ansätze sind unterschiedlich! Der Verdienst eines Arztes liegt meist beim Drei- bis Vierfachen einer Schwester bis hinunter zu monatlich 115 US-Dollar. – *Pillay J, McCoy D, et al. Health-worker salaries in sub-Saharan Africa / Salaries and incomes of health workers ... Lancet. 2008;371:632–4 / 675–81.*

**Korrigendum:** Ein aufmerksamer Leser hat es bemerkt: Trillionen sind nicht gleich Trillionen. Im Periskop von SMF 21/2008 steht im zweiten Paragraphen, dass die USA Gesundheitsausgaben von 2,1 Trillionen US-Dollar hätten. Auf deutsch sind das allerdings «nur» 2,1 Billionen (oder 21 000 Milliarden) US-Dollar ...

**Assoziation?** Eine 46jährige Patientin hat vor sieben Jahren einen septischen Schock mit Streptokokken durchgemacht und überstanden – mit chronischer, in der Folge langsam zunehmender Niereninsuffizienz. Seit vierzehn Monaten wird sie hämodialysiert. Diverse MRIs zeigen eine Zerebritis und zerebrale Vaskulitis. In der Folge werden immer öfters Hospitalisationen nötig, mit Dyspnoe, Überwässerung, rheumatoiden Schmerzen am ganzen Körper. Sie ist übergewichtig, klinisch wirkt die Haut straff, gespannt, zeigt diverse Ulzerationen und Kratzspuren. Distal an beiden Beinen besteht ein vollständiger sensorischer Ausfall. Die O<sub>2</sub>-Sättigung beträgt 94% bei Zufuhr von 2 L Sauerstoff. Das Kreatinin liegt bei 274 µmol/L unter Hämodialyse. – Was soll das alles? (Auflösung siehe unten)

Eine Hautbiopsie bestätigt die klinische Diagnose einer terminalen Niereninsuffizienz und einer «nephrogenen systemischen Fibrose» (Haut, Herz, Lunge, Diaphragma, Muskulatur usw.). – Die renale Fibrose war ein eher seltenes Ereignis, bis Grobner darauf aufmerksam machte, dass die Fibrose assoziiert sein könnte mit der Verwendung von Gadolinium im Rahmen von MRI-Untersuchungen. Die Patientin hat zahlreiche MRIs mit einer Gesamtdosis von 158 ml Gadolinium bei einer Kreatininclearance weit unter 30 ml/min erhalten. Gadolinium war in allen histologischen Schnitten nachweisbar. – *Kay J, et al. A 46-year-old woman with renal failure and stiffness of the joints and skin. N Engl J Med. 2008;358:827–38.*