

Periskop

Ob eine **Hypertonie bei <80-Jährigen** behandelt werden sollte, ist unklar. 3845 Patienten >80 Jahre mit systolischem Druck >160 mm Hg wurden in eine Studie aufgenommen, die über zwei Jahre als Ziel einen BD von 150/80 mm Hg anstrebte. Sie erhielten ein Diuretikum (Indapamid = Fludex SR®, 1,5 mg täglich) oder Plazebo mit oder ohne ACE-Hemmer (Perindopril = Coversum®, 2–4 mg tägl.). Unter aktiver Behandlung war der sitzende BD um 15,0/6,1 mm Hg tiefer, die Todesfälle jedwelcher Ursache um 21%, die Schlaganfallrate um 30%, kardiovaskuläre Todesfälle um 23% und Herzinsuffizienz um 64% reduziert. Die «number needed to treat» ist allerdings mit 94 (Schlaganfall) bzw. 40 (alle Todesfälle) nicht eben eindrücklich! Immerhin, die Wirkung auf die Herzinsuffizienz ist eindeutig! – *Beckett BS, et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. N Engl J Med. 2007; 358:1887–98.*

Um die **Vogelgrippe** ist es still geworden. Nicht überall: Schon 1997 wurde eine «Mensch-zu-Mensch»-Übertragung vermutet. Nun folgt eine weitere Mitteilung aus China: In einer Familie erkrankten 2007 Sohn und Vater mit dem H5N1-Virus. Der Sohn (Index-Fall) starb; der Vater, behandelt mit Oseltamivir und Post-Vakzination-Plasma, überlebte. Der Index-Fall hat sich in einem Hühnermarkt infiziert. Der Vater hatte ungeschützten Kontakt mit seinem erkrankten Sohn. 91 Personen mit Kontakten zu beiden oder einem von beiden Erkrankten, ergaben negative H5N1-Antikörper. 86% von ihnen erhielten Oseltamivir-Chemoprophylaxe. H5N1 dürfte die Übertragung der Krankheit unter Menschen bzw. vom Sohn auf den Vater geschafft haben – gesichert ist das nicht, und was für Faktoren die Übertragung möglich machten, schon gar nicht. – *Hua Wang, et al. Probable limited person-to-person transmission of highly pathogenic avian influenza (H5N1). Lancet. 2008;371:1427–34.*

Gonorrhoeoresistenz. Das ideale Medikament gegen *Neisseria gonorrhoeae* sollte 95% erfassen und in Einzeldosis wirksam sein. Nach Resistenzen gegen Penicillin und Tetrazyklin sind **Fluorchinolone** an der Reihe. Nach Australien, dem UK, den USA sind Resistenzen aufgetreten in Afrika, Ozeanien, Asien und – Europa. Deutschland hat eine Resistenzquote von 48%, Genf von 47%, vor allem unter Homosexuellen – vorerst aber nur nach Auslandkontakten (50%; OR 7,0). Dementsprechend sollten Fluorchinolone durch Cephalosporine, vor allem Ceftriaxon ersetzt werden. Bei Allergien offerieren sich Spectinomycin oder Azithromycin. Wer Fluorchinolone versuchen will, sollte die Resistenz bestimmen. Und die Frage nach Ausland- oder inländischen Kontakten ist (vorderhand noch) nützlich. – *Le Lin B / Farhi D, et al. A new sexually transmitted infection (STI) in Geneva? / The rise of fluoroquinolone-resistant Neisseria gonorrhoeae. Swiss Med Wkly. 2008;138:243–46 / 223.*

Der Name der Krankheit ist «Erniedrigung» (John Updike). **Psoriasis en plaques** hat in den letzten Jahren nicht ganz unproblematische Medikamente gefunden: Ciclosporin, Methotrexat, Psoralen + PUVA und «biologische Agentien». Neu ist ein Calcineurin Inhibitor ISA247, der in einer Phase-III-Studie an

451 Patienten mit mehr als 10% der Körperoberfläche randomisiert ausgetestet wurde. 47% der Patienten zeigten deutliche Besserung im Vergleich zu 4% der Kontrollen. Sieben Patienten zeigten milde bis mässige Reduktion der glomerulären Filtration. Das Problem ist, dass der Rückfall eintritt, wenn das Medikament gestoppt wird und dass Dauer- oder rotierende Therapien nötig werden. Dass ISA247 besser wirkt als alles Bisherige und weniger Nebenwirkungen hat, kauft der Editor den Autoren nicht ab. – *Papp K, et al. Efficacy of ISA247 in plaque psoriasis. Lancet. 2008;371:1337–42.*

Was halten die Amerikaner vom **US-Gesundheitssystem**? 90% meinen, es sollte von A bis Z neu aufgebaut werden; 70% konstatieren erhebliche Probleme; 81% sind schlicht unzufrieden. – Was wollen sie? 58% keinen staatlichen Plan, inzwischen sind 41% dagegen, 47% dafür; 51–63% wollen das derzeitige System beibehalten, in einer anderen Umfrage möchten 56% erneut ein staatliches System. – Warum? Sie befürchten Einschränkungen der Behandlung, der freien Arztwahl, längere Wartezeiten, grössere Kosten und Kostenbeteiligung beim Versicherten. – Was schlagen sie vor? Staatliche Organisation, finanziert durch Steuergelder, ausreichend für die meisten Dienstleistungen. 70% wollen Programme für Kinder (dagegen intervenierte Bush). Der Staat soll mehr bezahlen, McCain will Tax Credit's, Obama und Clinton wollen die Arbeitgeber beteiligen, sehen private Versicherer und staatliche Programme ... noch einmal: Was will der Amerikaner und die Amerikanerin? – *Jacobs LR. 1994 all over again? Opinion and health care. N Engl J Med. 2008;1881–3.*

Assoziation? Ein 53-jähriger Mann kommt mit einer vierwöchigen Geschichte von bilateralem, retrobulbärem Kopfschmerz und verschwommenem Sehen. Die neurologische Untersuchung ergibt nichts von Belang. Anamnestisch besteht keine Hypertonie, und der Patient nimmt auch keine Medikation gegen hohen Blutdruck ein. Aber er hat eine Hypertonie von immerhin 220/135 mm Hg. Der Fundus zeigt beidseits ein zentrales Ödem, eine Schwellung des Opticus, lipide Exsudate, Cottonwool-Herde und retinale Hämorrhagien. Das MRI des Gehirns zeigt eine hyperintense Gadolinium-negative Flüssigkeitsanreicherung in Pons und Mittelhirn. Was ist los und was tun? (Auflösung siehe unten)

J Med. 2008;358:1951.
the brain stem and fundus in malignant hypertension. N Engl
 funde. Es ist nie zu spät! – *Lee MS und Tenor BJ. Changes in*
 ergibt eine völlige Normalisierung aller pathologischen Be-
 des Blutdrucks, des Fundus und des MRI nach vier Monaten
 antihypertensive Therapie. Und das Resultat? Eine Kontrolle
 es sich um eine **maligne Hypertonie**. Was tun? Eine gute
 Nachdem keine anderen Ursachen zu finden waren, handelt