

## Periskop

Für 350 000 US-Dollar kann man nun sein **Genom** ansehen und das Krankheitsrisiko ausrechnen. Andere gehen weiter und behaupten, die wirksamste prophylaktische Therapie individuell bestimmen zu können. Irgendwann wird das Problem auch bei uns landen. Zweifellos beinhaltet dies mehr Harm als Nutzen. Die verantwortliche Behörde in den USA kümmert sich einzig um die technische Verlässlichkeit. Testkits von Labors, Spitälern und Ärzten dagegen sind Sache der FDA. Diese hat jüngst einen ersten Schritt getan: eine Warnung ging beispielsweise an eine Labor-kette, besagend, dass OvaSure illegal auf dem Markt sei und ein öffentliches Risiko bedeute. Der Test misst sechs Eiweisse und stellt ein Ovarialkarzinom fest – «direct to the consumer». Der Test muss gesichert werden. Ein erster Schritt! Und dennoch scheint die Haltung der Ärzte nicht ganz stubenrein: Wollen sie das «Durchtesten» verhindern – oder für sich behalten? – *Lancet*. 2008;372:1360.

**Amerika, Amerika ...** Pillen statt Training! Rund 70% der Amerikaner sind nicht willens oder «können» das Minimum an Aktivität, wie sie das American College of Sports Medicine fordert, nicht erbringen. Was tun? Eine Pille, ein paar Moleküle könnten die ganze (oder halbe) Sportmedizin ersetzen! Zum Beispiel: GW1516 und AICAR, Agonisten des PPAR- $\delta$ , fördern den oxidativen Phänotyp, die Umwandlung der Muskelfasern (von Typ II zu Typ I) und die Insulinempfindlichkeit, so ungefähr wie körperliches Training. Wobei allerdings die Frage offen bleibt, ob GW1516 und AICAR einen damit vergleichbaren Benefit für fast alle Körperorgane bewirken. Was übrigens PPAR- $\delta$ , GW1516 und AICAR bedeuten, ist durchaus bekannt, spielt aber im Moment keine Rolle. Es genügt, die Idee, Vorstellungen und Zukunftsträume der Autoren des Joslin Diabetes Center und der Harvard Medical School zu Kenntnis zu nehmen! – Too Good, to Be True? – *N Engl J Med*. 2008;359:1842–4.

**Ausgeraubt oder abgeworben?** Ärzte, Pflegepersonen, Hebammen verlassen zu Hauf die ärmsten Länder und setzen das aufs Spiel, was andernorts als «Millennium goals» propagiert wird. Pflegepersonen: Afrika benötigt davon 600 000 – es trägt weltweit 25% der Krankheitslasten mit 3% der Gesundheitsangestellten! Die Hälfte der Pfleger/innen haben Ghana, Malawi, die Philippinen verlassen. Europa hat zehnmals mehr als Afrika. Die USA brauchen rund 800 000, die sie nicht haben. Sie rauben sie nicht, sondern werben sie durch «placement agencies» an. Die Spitalrechnung wird mit 25 000 US-Dollar pro Kopf belastet und von der «Heimweh-Pflegerin» werden bis 50 000 US-Dollar Ab-lösegeld gefordert. – *JAMA*. 2008;299:1827–9.

**Schlaganfall.** Alteplase wird für Schlaganfall innerhalb von drei Stunden nach Beginn der Symptome empfohlen. Eine Metaanalyse indessen suggeriert einen Behandlungsnutzen bis zu 4½ Stunden. In eine Studie aufgenommen wurden 6964 Patienten mit einer Verzögerung von 3–4½ Stunden, und verglichen wurden sie mit Patienten, die in einer früheren 3-Stunden-Studie publiziert wurden. Alteplase wurde mit 0,9 mg/kg dosiert, 10% der Dosis wurden als Bolus gegeben und der Rest über 60 min infundiert. Die Patienten waren im Mittel drei Jahre jünger und die Schwere des Schlaganfalls etwas geringer als in der 3-Stunden-Gruppe. Resultat: keinerlei signifikante Unterschiede, weder in Bezug auf in-

trakranielle Blutungen noch auf Mortalität und resultierende Selbständigkeit bzw. Invalidität. Die Studie öffnet ein Tor für die, die es nicht innerhalb von drei Stunden schaffen! – *Lancet*. 2008;372:1303–9.

**Tiotropium** ist ein Anticholinergikum, das – einmal pro Tag inhaliert – über 24 Stunden bei Patienten mit COPD Hyperinflation und Airflow verbessert. Wie aber steht es mit den FEV<sub>1</sub>-Werten, nachdem bisher nur gerade der Verzicht aufs Rauchen die Zunahme der FEV<sub>1</sub> ermöglicht hat? In einer klinischen Studie wurden über vier Jahre unter Tiotropium (18 µg täglich) vs. Placebo 5993 mindestens 40-jährige Patienten mit einem FEV<sub>1</sub> von weniger als 70% getestet. Nach dem 30. Tag blieben die Differenzen des FEV<sub>1</sub> unter Tiotropium und unter Placebo dieselben, ob-schon sekundäre Endpunkte (FVC, Respiratory Questionnaire Scores, Exazerbationen, Hospitalisationen, respiratorisches Versagen und Mortalität) verbessert wurden. – Tiotropium verbessert die Lungenfunktion, Lebensqualität und Exazerbationen während einer 4-Jahres-Periode, aber der Verlust der Lungenfunktion schreitet unverändert fort. Es bleibt dabei: Stop smoking! – *N Engl J Med*. 2008;359:1543–54.

**Pandemie-Planung.** Die Mehrzahl der rund 675 000 Toten der Jahre 1918/19 verstarb nicht etwa an der Infektion mit H1N1, sondern an sekundären bakteriellen Pneumonien. Das haben Untersuchungen an 58 Opfern mit Zeichen schwerer bakterieller Pneumonie gezeigt. Zum gleichen Resultat führten 8400 Autopsieberichte: Die ultimative Todesursache war eine bakterielle Pneumonie. Die entscheidende Konsequenz ist, neben der viralen die bakterielle Infektion zu verhindern, zu diagnostizieren und zu behandeln. – *JAMA*. 2008;300:1489.

**Assoziation?** Ein 19-jähriger Mann kommt mit akuten Bauchschmerzen, sich verstärkend bei Bewegung, Blähungen und Nausea – kein Erbrechen, keine Diarrhoe, angeblich keine Obstipation und kein Fieber. Die letzte Defäkation war am Vortag. Das Abdomen ist gespannt, gebläht, kein Entlastungsschmerz. Das Labor meldet eine leichte Anämie und Leukopenie, Thrombopenie 55 000, Blutzucker 3 mmol/l, Eiweiss 5,3 g/l, Phosphor 0,7 mmol/l, Kalzium 1,8 mmol/l, mässig erhöhte Leberenzyme und alkal. Phosphatase, LDH 554 U/l. Die übrige Routine fällt normal aus. Eine Abdomenleeraufnahme zeigt eine massive Kopro-stase, Blähung des Magens und des Dünndarms – was soll das? (Auflösung siehe unten)

Der junge Mann weist noch anderes auf: Bradykardie, Klei-nwuchs, orthostatische Hypotension, geringe Knochen-dichte und zerebrale Atrophie. Gewichtsstillsstand mit 11, Wachs-tumsstillsstand mit 15 Jahren – einer der relativ seltenen Fälle von **Anorexia nervosa** bei einem heranwachsenden jungen Mann. Hospitalisation, Behbung der Impaktion, langsamer Kalorienaufbau (200–300 kcal/die) und Phosphatersatz sind die nächsten Schritte. – *N Engl J Med*. 2008;359:1272–83.