

Periskop

Die USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force) äussert sich zum **Screening** und den Teststrategien beim **kolorektalen Karzinom**. 1) Das Screening (okkultes Blut im Stuhl, Sigmoidoskopie oder Koloskopie) sollte mit 50 begonnen und bis 75 Jahre fortgesetzt werden (Empfehlung A). 2) Kein Routinescreening wird zwischen 76 und 85 Jahren empfohlen (C). 3) Jenseits von 85 Jahren empfiehlt sich kein Screening (D). 4) Ungenügend für eine Beurteilung sind CT und fäkales DNA-Screening. 5) Als Screening werden ab 40 Jahren empfohlen: Koloskopie alle 10 Jahre; im Alter von 50 bis 75 Jahren jährlich ein Test auf okkultes Blut (FOB) oder flexible Sigmoidoskopie alle fünf Jahre plus ein FOB im Intervall (Grad A: Empfehlung ohne Einschränkung; C: Empfehlung gegen Routinescreening, mit geringer Einschränkung; D: Empfehlung gegen Screening ohne Einschränkung; I: ungenügende Evidenz). – *Ann Intern Med.* 2008;149:627–37/638–58/659–69.

Unterschiede im **Verlauf von XDR-Tb** (extreme Arzneimittelresistenz: Isoniazid, Rifamycin, Fluorochinolon und wenigstens ein Antibiotikum aus der Gruppe Amikazin, Kanamycin und Capreomycin), MDR- (Multiarzneimittelresistenz) und normal arzneimittelpfindlicher Tb. In den Jahren 1993 bis 2007 wurden in den USA 83 XDR-Fälle registriert. Jährlich sanken sie von 18 auf 2 Fälle. 31 davon waren HIV-positiv. XDR-Fälle hatten mehr disseminierte Tuberkulosen, Sputumkulturen wurden seltener negativ, und die Ansteckungsgefahr hielt länger an als bei MDR-Tb. 26 XDR-Fälle (35%) verstarben, unter ihnen 21 (81%) HIV-positiv. Die Mortalität war bei den XDR- höher als bei MDR-Patienten (RR 1,82), und dies erst recht als bei normal empfindlicher Tb (RR 6,10). – Die Inzidenz der XDR-Tb fällt, parallel zu verbesserter Tbc- und HIV-Kontrolle! Allerdings: Die beiden Fälle im Jahre 2007 dürften wegen der Meldeverzögerung kaum die einzigen bleiben! Eine seltene Erkrankung, die dank verbesserter Kontrolle noch seltener zu werden scheint! – *JAMA.* 2008;300:2153–60.

Spermienmangel! Mit der Aufhebung der Spenderanonymität reduzierte sich die Zahl der Spender in England auf 60% dessen, was noch 1991 zu verzeichnen war. Dann hiess es: Mitnichten, es sei alles beim Alten. Und wieder ertönt ein Hilferuf: Kliniken kämpfen um Donatoren, haben Wartelisten, hohe Kosten – oder haben den Service aufgegeben. Zwar hat sich der Bedarf seit dem Jahr 2000 um 40% auf rund 3000 reduziert (intrazytoplasmatische Injektion von Spermien!). Zugenommen hat dennoch der Bedarf: Lesbische und Frauen ohne Partner machten 2006 nahezu 40% des Spenderbedarfs aus. Das Gesetz limitiert die Zahl der Familien auf 10, die von *einem* Spender «versorgt» werden. Sollte es dabei bleiben und allenfalls eine Auswahl von Spendern gewährleistet werden, so steigt der Bedarf auf 500 Spender pro Jahr. Zurzeit liegt deren Zahl bei jährlich 300. Soll die Alterslimite der Spender geöffnet werden? Dies trotz der mit dem Alter zunehmenden Zahl der DNA-Schäden der Spermien? Spenderprobleme für Organe und Spermien! – *BMJ.* 2008;337:1124–5.

Im Jahre 2000 wurden **Masern** in den USA als «eliminiert» erklärt. Es gab nur noch sporadische Masernimporte (jährlich 63 Fälle). In der ersten Hälfte 2008 aber wurden bereits 131 Fälle regis-

triert: 76% <20 Jahre, 91% nicht vakziniert, 89% importiert – insbesondere aus Europa. Bedenklich: Es waren nicht mehr Virusimporte, sondern eine grössere Transmission des Virus nach dem Import. Was ist los? Bleibende Elimination setzt eine Durchimpfung von >90% der Vorschulpflichtigen und >95% der Schulkinder und Erwachsenen voraus. Hohe Durchimpfungsgrade gewährleisten «Herddimmunität», reduzieren das Risiko für jedermann (auch Personen, die nicht geimpft werden können), eliminieren aber dieses Risiko nicht zu 100% – vor allem in Gemeinwesen mit zahlreichen Ungeimpften. Masern sind eine der ersten Erkrankungen, die eliminiert wurden – sie flackern aber wieder auf, wenn die Durchimpfung nachlässt. So geschehen auch in England, wo Masern wieder endemisch wurden, als die Durchimpfung auf 80–85% fiel. – *JAMA.* 2008;300:2111–2/ *MMWR.* 2008;57:893–6.

In den USA konsumieren 12,7% der Bevölkerung **Vitamin E** und 12,4% **Vitamin C** – im Wesentlichen in der Erwartung, dass Antioxidantien kardiovaskuläre Ereignisse verhindern. Die Kosten gehen in die Milliarden von Dollar. Alles nicht bewiesen! In einer Studie nahmen rund 14 600 Ärzte im Alter >50 Jahre im Mittel 8 Jahre lang jeden zweiten Tag 400 IU Vitamin E und 500 mg Vitamin C ein. Gemessen wurden nichttödliche und tödliche Infarkte und Schlaganfälle. Insgesamt resultierten 1245 Ereignisse. Weder Vitamin E (Hazard Ratio/HR 1,01) noch Vitamin C (HR 1,08) oder die Effekte auf die einzelnen Krankheitsgruppen zeigten irgendwelche prophylaktische Wirkung (HR für Vit. C und Vit. E 1,07) auf die kardiovaskulären Ereignisse. – Die Daten dieser grossen Langzeitstudie ergaben keinerlei Reduktion kardiovaskulärer Ereignisse durch Vitamin E und Vitamin C – und damit eine Möglichkeit, Milliarden von Dollar einzusparen! – *JAMA.* 2008;300:2123–33.

Assoziation? Ein 60-jähriger Mann, schlecht kontrollierter Diabetiker, kommt mit Schmerzen in beiden Beinen (ohne Unfall, ohne Thrombose), Atemnot, Fieber (38,5 °C), Schwitzen und Schüttelfrost. Der BD liegt bei 170/70 mm Hg, Puls 140/min, Hb 182 g/l, Leukozyten $16,8 \times 10^9/l$, das CRP 211,5 mg/l und das Kreatinin 239 µg/l. Die Thoraxaufnahme zeigt verschiedene noduläre Verschattungen, einen Abszess in der Leber ... was liegt vor? Und was ist mit den Beinen? (Auflösung siehe unten)

Eines ist klar: Es liegt eine **Sepsis** vor. Die Blutkulturen liefern *Klebsiella pneumoniae*. Und was ist mit den Beinen? Man stellt ein Knistern fest, radiologisch zeigt sich entlang den Faszen und zwischen den Muskelbündeln Gas: eine **Gasgangrän**. **fakultativ anaerobe Klebsiellen**, nicht so selten bei Diabetikern. Der Subtyp K1 und K2 ist hypervirulent und assoziiert mit metastatischen Infektionen. Der Patient wird mit Penicillinen und Debridement therapiert und verlässt das Spital nach einem längeren Aufenthalt. – *Lancet.* 2008; 372:1518.