



## Und anderswo ...?

### Lungenembolie: ambulante Behandlung?

#### Fragestellung

Die ambulante Behandlung tiefer Venenthrombosen mit niedermolekularem Heparin ist eine gängige Praxis. Könnte man bei der Lungenembolie (LE) gleich vorgehen?

#### Methode

Für diese Multizenterstudie (mit Schweizer Beteiligung) wurden 1557 Patienten untersucht und schliesslich 344 ausgewählt und randomisiert. Alle hatten eine mittels CT-Scan, Angiographie oder Ventilations-Perfusions-Scan nachgewiesene LE mittleren Schweregrades, d.h. Risikoklasse I bis II von maximal V (Berechnungstabelle auf S. 42 des Artikels). Ausgeschlossen wurden u.a. sämtliche Patienten mit einem Risiko von >III, Hypoxämie, Hypotonie, Niereninsuffizienz oder Blutungsrisiko, was die hohe Zahl von Ausschlüssen erklärt. Die Behandlung im Spital (~4 Tage) bestand aus Enoxaparin, gefolgt von einem Vitamin-K-Antagonisten. Die ambulante Behandlung (<24 Std.) war identisch, Enoxaparin wurde durch Selbstinjektion oder durch eine Krankenschwester zu Hause verabfolgt. Primärer Studienendpunkt war ein symptomatisches Thromboembolierezidiv innerhalb von 90 Tagen.

#### Resultate

1 Patient unter den 171 ambulant Behandelten hatte während der 90 Tage ein Rezidiv, von den im Spital Behandelten keiner. In beiden Gruppen ereignete sich in diesem Zeitraum je ein Todesfall ohne Zusammenhang mit einer LE. Diese Resultate sind ein statistischer Beweis, dass die ambulante Behandlung derjenigen im Spital nicht unterlegen ist. 3 schwere Hämorrhagien ereigneten sich in der ambulant behandelten Gruppe, keine in der hospitalisierten Gruppe (NS).

#### Probleme, Kommentar

Bei einer Studie, in der man zeigen möchte, dass für eine potentiell tödliche Erkrankung auch eine ambulante Behandlung sicher ist, muss die Auswahl der Patienten mit der grössten Vorsicht erfolgen. Mehr als 70% der eingangs untersuchten Patienten wurden ausgeschlossen, was zeigt, wie vorsichtig diese Forscher vorgehen. Für die in die Studie aufgenommenen Patienten ist die Validität entsprechend umso höher. Einige Schwierigkeiten bei der ambulanten Behandlung bestehen im Erlernen der Technik zur Selbstinjektion oder im Organisieren einer Krankenschwester, die die Injektion zu Hause ausführt. Trotzdem, die LE – soweit die erwähnten Ausschlusskriterien nicht verletzt sind – ist nun eine ambulant behandelbare Krankheit. Allerdings: Werden viele Praktiker bereit sein, diese Verantwortung auf sich zu nehmen, selbst wenn die Zahlen da sind? ...

Lancet. 2011;378:41. / AdT

**A**ppendizitis: Wunderwaffe? In einer retrospektiven Studie wurde die Leistungsfähigkeit des Mehrschicht-CT zur Diagnose der akuten Appendizitis untersucht. 2871 Erwachsene mit Verdacht auf Appendizitis wurden mittels CT untersucht. Eine akute Appendizitis wurde bei 23,5% der Patienten bestätigt. Beeindruckend: Sensitivität 98,5%, Spezifität 98%, negativer prädiktiver Wert 99,5%, positiver prädiktiver Wert 93,9%. Aber: 10 bis 15 mSv wurden von jungen Patienten «kassiert», bei denen im späteren Lebens weitere Scans erfolgen dürften ...

Ann Int Med. 2011;154:789. / AdT

### In Kollektivhaushalten erworbene Pneumonie: Nützt Dexamethason (Dex)?

In dieser randomisierten Doppelblindstudie aus den Niederlanden mit total 304 Patienten erhielten 153 während 4 Tagen zusätzlich zur Behandlung mit Antibiotika 5 mg Dex, 151 Placebo. Nicht eingeschlossen wurden Patienten mit Immunschwäche oder Patienten, die intensivmedizinische Betreuung benötigten. Die Hospitalisationsdauer wurde von 7,5 auf 6,5 Tage reduziert ( $p = 0,048$ ). Nach 30 Tagen gaben die Patienten, die Dex erhalten hatten, eine bessere Lebensqualität an. Nachteil allerdings: 44% hyperglykämische Zwischenfälle gegenüber 23%. Da braucht es eine grössere Studie!

www.thelancet.com. Published online June 1, 2011. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60777-0 (<http://xa.yimg.com/kq/groups/16749867/1763955471/name/Glucocorticoid+treatment+in+community-acquired+pneumonia.pdf>). / AdT

**P**ro-life gewinnt in den USA an Boden. Mehrere amerikanische Staaten (zumindest 9) haben 2011 strengere Gesetze gegen Aborte erlassen. Man versucht die Frauen einzuschüchtern, man lässt sie die fötalen Herztöne hören, dreht ihnen bei der Sonographie den Bildschirm zu, man verlangt eine obligatorische 3-tägige Wartefrist bis zum Eingriff, was nicht wenige arme Frauen davon abhält, die lange Reise zum Spital nochmals auf sich zu nehmen, oder der Eingriff wird von der Versicherung nicht übernommen (sind wir in der Schweiz auch bald so weit?). Das kommt vor allem von den Republikanern, die auch gegen eine Krankenversicherung für alle kämpfen. Widerlich ...

Lancet. 2011;377:1992. / AdT

### Mississippi: Staat macht Aids-Problem noch schlimmer.

Mississippi hat die höchste Mortalität an Aids, 66% über dem Durchschnitt. In diesem Staat, dem ärmsten der USA, wird – gemäss der angesehenen Organisation Human Rights Watch (HRW) – alles unternommen, um Aids-Patienten zu diskriminieren: Schwierigkeiten, einen Arzt zu finden, keine staatliche Beteiligung an die Konsultationskosten, Propagierung von Abstinenz als der einzigen wirksamen Methode zur Ansteckungsverhütung (das wenigstens scheint sich nun glücklicherweise zu ändern). Zum Glück läutet HRW da die Alarmglocke!

Lancet. 2011;377:1994. / AdT

Autor in dieser Ausgabe: Antoine de Torrenté (AdT)