



Und anderswo ...?

Rezidivierende akute Perikarditis: ein altbekanntes neues Medikament?

Fragestellung

Das Rezidiv ist eine der häufigsten Komplikationen bei akuter Perikarditis (P), die bei 10 bis 30% der Patienten nach dem Erstereignis auftritt. Nach dem ersten Rezidiv erhöht sich die Rezidivrate auf 50%. In Beobachtungsstudien hat Colchicin (C), ein Alkaloid der Herbstzeitlosen, eine gewisse Wirkung gegen Rezidive gezeigt. Wird dies in einer gründlicheren Studie bestätigt?

Methode

In die italienische, randomisierte, doppelblinde, multizentrische CORP-Studie (für Colchicine for Recurrent Pericarditis) wurden 120 Patienten (mittleres Alter 47 J., ~30% Männer) eingeschlossen, bei denen auf üblichem Wege (klinische Untersuchung, EKG und Echographie) das erste Rezidiv einer akuten P diagnostiziert worden war. 60 Patienten erhielten zusätzlich zur klassischen Antiphlogistika-Therapie (Azetylsalizylsäure oder Ibuprofen) Plazebo oder 1–2 mg C als Initialdosis und dann 6 Monate 0,5–1 mg/Tag als Erhaltungsdosis. Nach 1 Woche, 1, 3, 6 und 12 Monaten wurden die Patienten erneut untersucht. Primärer Endpunkt war die Rezidivrate nach 18 Monaten. Sekundäre Endpunkte waren, unter anderem, Fortbestehen der Symptome nach 72 Std. und Remissionsrate nach 1 Woche.

Resultate

Nach 18 Monaten betrug die Rezidivrate in der C-Gruppe 24% gegenüber 55% in der Plazebogruppe, was einer absoluten Risikoreduktion von 0,31 entspricht. Die Number needed to treat (NNT) zur Vermeidung eines Rezidivs betrug 3. Ferner wurde ein positiver Effekt auf das Fortbestehen der Symptome nach 72 Std., die durchschnittliche Rezidivzahl und die Rezidivrate nach 1 Woche festgestellt. Hinsichtlich der Nebenwirkungen, vor allem Diarrhoe, gab es keine Unterschiede (7% in beiden Gruppen).

Probleme und Kommentar

Sehr gute Studiendurchführung mit der Empfehlung, C als First-line-Therapie zur Rezidivprävention einzusetzen. Es wurde jedoch nur die Prävention nach Erstrezidiv untersucht. Patienten mit neoplastischer und bakterieller P wurden natürlich ausgeschlossen. Der Wirkmechanismus funktioniert wahrscheinlich wie bei der Gichtbehandlung: Durch eine Veränderung der Mikrotubuli wird die Zellfunktion gestört, wodurch die Leukozytenmigration und die Freisetzung von Entzündungsstoffen gehemmt werden. Bemerkenswert ist das Fehlen hämatologischer Nebenwirkungen, vermutlich aufgrund der niedrigen Erhaltungsdosis. In der Schweiz wurde C leider aufgrund seiner engen therapeutischen Breite vom Markt genommen, kann jedoch leicht über Apotheken beschafft werden (Colchicine Opocalcium).

Ann Int Med. 2011;155:409. / AdT

Rauchen und Blasenkrebs: Zusammenhang bestätigt!

Von über 500 000 Personen, die ca. 11 Jahre lang beobachtet wurden, war das relative Blasenkrebsrisiko bei den aktiven Rauchern, verglichen mit dem der Nichtraucher (Männer und Frauen zusammengenommen), um den Faktor 4,06 erhöht. Ein weiterer Grund für Antiraucherkampagnen.

JAMA. 2011;396:737. / AdT

Isolierte persistierende Mikrohämaturie: doch nicht so gutartig wie gedacht?

Bei 3690 von 1 200 000 israelischen Rekruten wurde eine Mikrohämaturie ohne Albuminurie festgestellt. Nach einem Beobachtungszeitraum von 22 Jahren zeigte sich, dass die Inzidenz für eine terminale Niereninsuffizienz bei Hämaturie 34 Fälle/100 000 Personenjahren gegenüber 2,05 Fällen ohne Hämaturie betrug. Das absolute Risiko ist glücklicherweise sehr gering. Sollten vor diesem Hintergrund nun alle jungen Erwachsenen getestet werden? Der Autor des Editorials (S. 764) befürwortet dies. Ich persönlich bin davon nicht überzeugt. Nur 26 von 3690 Patienten haben eine chronische Niereninsuffizienz entwickelt. Hätte dies durch eine Präventivbehandlung (welche?) vermieden werden können? Hätte man bei all diesen jungen Erwachsenen eine Biopsie durchführen sollen, um schliesslich bei 26 von ihnen eine Glomerulopathie festzustellen?

JAMA. 2011;306:729. / AdT

Clostridium difficile: Risikofaktoren. In einer 15-monatigen kanadischen Studie, bei der in 15 Spitälern Rektalabstriche oder Stuhlkulturen von 5422 Patienten untersucht wurden, konnten die mit einer *Clostridium-difficile*-Infektion assoziierten Risikofaktoren festgestellt werden. 2,8% der Patienten waren klinisch manifest mit dem Bakterium infiziert, und 3% waren Bakterienträger. Hauptrisikofaktoren: Alter (>65), Einnahme von Antibiotika oder Protonenpumpenhemmern, Spitalaufenthalt in den zwei vorhergehenden Monaten und Chemotherapie. Für die meisten Infektionen war der NAP1-Stamm verantwortlich. Ein Grund dafür, bei der Behandlung der o.g. Patienten noch gründlichere Hygienemassnahmen durchzusetzen!

N Engl J Med. 2011;365:1693. / AdT

Kalziumantagonisten plus ACE-Hemmer oder Sartane: weniger Ödeme. Ödeme gehören zu den klassischen Komplikationen bei der Behandlung mit Kalziumantagonisten: Durch die Gabe der Medikamente kommt es zu einer Erhöhung der arterio-venösen Druckdifferenz und damit zu einem erhöhten Ödemrisiko. Bei der zusätzlichen Verabreichung eines ACE-Hemmers oder eines Sartans wird die Druckdifferenz durch Weitstellung der Gefässe verringert, wodurch weniger Ödeme entstehen. Könnte dieses Vorgehen vielleicht zu einer besseren Compliance bei der antihypertensiven Therapie beitragen?

Am J Med. 2011;124:128. / AdT

Der Autor in dieser Ausgabe: Antoine de Torrenté