

# Periskop



**Perioperative Praxis** – hohe Kosten und geringer Nutzen? Perioperative (PO) Tests und Behandlungen sind nur dann von Nutzen, wenn sie gezielt bestimmten Patienten zugute kommen. PO Massnahmen bei geringem oder keinem Risiko nützen wenig bis nichts; Betablocker können bei symptomlosen Patienten die Mortalität gar steigern; PO koronare Revaskularisation bringt oft mehr Schaden als Nutzen und verbessert das Ergebnis mitnichten. Wohl aber vermögen PO Betablocker Puls und Blutdruck bei Hochrisikopatienten zu korrigieren und das Risiko zu reduzieren. Die Guidelines des American College of Cardiology und der American Heart Association helfen, mehr Evidenz in die PO Massnahmen zu bringen. Es sei Zeit, die PO Praxis zu drosseln, meint der Autor. – *Ann Intern Med.* 2010;152:47–51.

**Bipolare Störungen** werden mit **Valproat** (Depakine® u.a.) oder **Lithiumsalzen** (oder beiden) behandelt. Lithium war über mehr als 40 Jahre Standardtherapie. Der enge therapeutische Index aber liess nach andern Medikamenten suchen. **Valproat** wird oft als Ersttherapie angepriesen. Nun klärte eine Studie mit Lithium, Valproat und Lithium/Valproat die Situation: 330 Patienten mit bipolarer Störung wurden randomisiert einer der drei Gruppen zugewiesen und über zwei Jahre beobachtet. 54% von 110 Patienten der Kombinationsgruppe, 59% der Lithiumgruppe und 69% der Valproatgruppe machten mit einem Stimmungsumschwung eine neue Intervention nötig. 16 Teilnehmer hatten erhebliche Nebenwirkungen, 7 unter Valproat (3 Todesfälle), 5 unter Lithium (2 Todesfälle) und 4 unter Kombinationstherapie (1 Todesfall). – Bei Patienten mit bipolarer Störung, die einer Langzeittherapie bedürfen, sind unter Lithium oder Lithium/Valproat Rückfälle seltener als unter Valproat allein. – *Lancet.* 2010;375:385–95.

**Perikarderguss nach Herzchirurgie** ist häufig, und nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) werden entsprechend oft dagegen verschrieben. Ist die Wirkung bewiesen? 196 Risikopatienten (persistierender Perikarderguss Grad 2, 3 und 4 auf einer Skala von 0 bis 4 am 7. Tag nach Operation) erhielten über 14 Tage Diclofenac/Voltaren® 2x 50 mg täglich oder Placebo. Gemessen wurde die Veränderung des Ergusses nach 14 Tagen. Resultat: Diclofenac (und vermutlich auch andere NSAR) reduzierten mitnichten den bestehenden Erguss, noch verhinderten sie eine Herztamponade. Keine NSAR bei postoperativem Erguss! – *Ann Intern Med.* 2010;152:137–43.

Kürzlich erschienene Guidelines halten das Screening für **Kolonkarzinom** mittels computertomographischer Kolographie (CTC) für ein «akzeptables» Screening. Demgegenüber verzichteten die **Medicare** und **Medicaid Services** auf eine Beurteilung der CTC. Das Problem liegt bei der Bestrahlungsexposition, falsch negativen Resultaten bei kleinen Polypen, extrakolischen Befunden, Schwankungen der Resultate etc. – mehrheitlich Probleme, die auch andere Abklärungsmöglichkeiten haben. CTC wird auch dominiert von der unklaren Kosteneffektivität. Ob das CTC wirklich reif ist für den Einsatz? – *Ann Intern Med.* 2010;152:178–81.

**Melamin** – de retour! Ja, es kommt wieder, das Melamin. China hat verschiedene Milchprodukte – auch Eiscreme für Kinder – aufgespürt, die von drei Firmen produziert wurden. Diese be-

teuerten alle, sie müssten mit Melamin kontaminiertem Milchpulver «aufgessen» sein. Das kostete damals sechs Kindern den Tod und Hunderttausenden den Spitalaufenthalt. – *Lancet.* 2010;375:This Week in Medicine.

**Sectio caesarea** in Asien: Nach Afrika und Lateinamerika wurden neun Länder Asiens (Kambodscha, China, Indien, Japan, Nepal, Philippinen, Sri Lanka, Thailand und Vietnam) in Bezug auf ihre Entbindung (spontan, vaginal operativ, Kaiserschnitt) und maternale Morbidität/Mortalität während dreier Monate registriert. Von 107 950 Geburten erfolgten 27,3% durch Kaiserschnitt (Maximum China, 46,3%) und 3,2% operativ vaginal. Das Risiko mütterlicher Morbidität/Mortalität war insgesamt erhöht (Risiko im Vergleich zu Spontangeburt OR 2,1) für sämtliche Typen von Kaiserschnitt; antepartal ohne Indikation OR 2,7, mit Indikation OR 10,6, intrapartal ohne Indikation OR 14,2, mit Indikation OR 14,5. 62% der Kaiserschnitte wurden mit dem Segen des Spitals vollzogen. Und die Qualifikation der Ärzte? Unnötiger Kaiserschnitt – eine harmlose Variante? – *Lancet.* 2010;375:490–9/440–1.

**Opiode** werden immer häufiger für nicht krebsbedingte Schmerzen verordnet. Damit steigt auch die Inzidenz von Überdosierungen. 9940 Personen, die innerhalb von 90 Tagen mehr als drei Verschreibungen erhalten hatten, wurden von 1997 bis 2005 mit Hilfe automatisierter Apothekendaten auf nicht-fatale und fatale Überdosierungen analysiert. Es resultierten 51 Überdosierungen inkl. 6 Todesfälle. Im Vergleich zu Dosen von 1 bis 20 mg/d (0,2%/Jahr) waren Überdosierungen bei 50–99 mg/d um ein 3,7faches (0,7%/Jahr) und bei >100 mg/d um ein 8,5faches (1,8%/Jahr) höher. Patienten mit höheren Opioiddosen laufen Gefahr einer fatalen oder nicht-fatalen Überdosierung und bedürfen sorgfältiger Kontrolle. – *Ann Intern Med.* 2010;152:85–92.

**Assoziation?** Ein 53-jähriger Mann kommt mit Arthralgien und Mundulzera. Vor 19 Monaten erwacht er mit schweren Gliederschmerzen, einen Monat später registriert sein Arzt einen unvollständigen Faustschluss und ein Streckdefizit des Ellbogens. Alle Routinelaborresultate ergeben nichts. Es folgt ein Kniegelenkserguss. Wieder normale Routineresultate (inkl. ANCA). Methylprednisolon, Methotrexat, Etanercept genügen nicht. Gelenkergüsse, Myalgien, Tinnitus und Fieber treten auf. Dann folgen Senkung 32 mm/h, CRP 18,2 mg/l, keine Autoantikörper, aber antinukleäre AK (398 U/ml). Darauf Zungen- und epiglottische Ulzera, Visusverlust, Diplopie, Heiserkeit und Stimmbandlähmung. Was soll das alles? (Auflösung s. unten)

2010;362:537–46.  
 mehr oder weniger generalisierte Affektion. – *N Engl J Med.*  
 Die Riesenzellarthritis ist eine meist segmentale, bisweilen  
 Zentralarterienverschluss, Stimmbandparalyse, Hörverlust.  
 bestätigt die Diagnose: **Riesenzellarthritis** mit Arthralgien,  
 tiver Biopsie eine Riesenzellarthritis? Eine zweite Biopsie  
 Eine Amyloidose? Behçet? Wegener? Oder trotz früher nega-