

Inhaltsverzeichnis: siehe Seite 8

Langzeitresultate nach intensiver Behandlung eines Typ-2-Diabetes

r Holman RR, Paul SK, Bethel MA et al. 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008 (9. Oktober); 359: 1577-89

In der grossen britischen Studie zur Therapie des Typ-2-Diabetes («United Kingdom Prospective Diabetes Study», UKPDS) war eine «intensive» Diabetesbehandlung mit einem Sulfonylharnstoff, Metformin und/oder Insulin mit «üblicher», initial nur diätetischer Behandlung verglichen worden. Über 4'000 Erwachsene mit Nüchtern-Blutzuckerwerten von über 6 mmol/l nahmen daran teil. Während der durchschnittlich 10-jährigen Studiendauer konnte in der Gruppe mit «intensiver» Behandlung eine signifikante Reduktion von mikrovaskulären Komplikationen, aber keine signifikante Reduktion der makrovaskulären Ereignisse beobachtet werden.

Die 3'277 Überlebenden dieser Studie wurden weiter beobachtet, im Durchschnitt während 8,5 Jahren. Während dieser Zeit wurde die Diabetestherapie ohne Vorgabe durch die Studienleitung von den Hausärztinnen und Hausärzten entsprechend den individuellen Bedürfnissen weitergeführt. Unterschiede in der Behandlung der beiden Gruppen waren nach wenigen Jahren verschwunden. Schon ein Jahr nach Abschluss der ursprünglichen Studie hatten sich in den beiden Gruppen die HbA_{1c}-Werte einander angeglichen. Die Gruppe, die «intensiv» behandelt worden war, hatte jedoch noch nach mehreren Jahren einen klaren Vorteil bezüglich mikrovaskulärer Komplikationen. Zudem fanden sich im Verlaufe der Nachbeobachtung bei dieser Gruppe signifikant weniger Herzinfarkte (relative Risikoreduktion von 15%) und eine geringere Gesamtmortalität (RRR von 10%). Das Risiko für zerebrovaskuläre Insulte und peripher-vaskuläre Erkrankungen war in beiden Gruppen ähnlich.

f Holman RR, Paul SK, Bethel MA et al. Long-term follow-up after tight control of blood pressure in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008 (9. Oktober); 359: 1565-76

In der UKPDS-Studie wurde gleichzeitig mit der blutzuckersenkenden auch eine blutdrucksenkende Therapie untersucht. Personen mit Blutdruckwerten von $\geq 160/90$ mmHg (ohne antihypertensive Behandlung) oder $\geq 150/85$ mmHg (mit Behandlung) wurden nach dem Zufall in eine Gruppe mit intensiverer Blutdruckeinstellung mit Captopril (Lopirin® u.a.) oder Atenolol (Tenormin® u.a.) oder in eine Gruppe mit weniger intensiver Blutdruckeinstellung eingeteilt. Während der eigentlichen Studie (Beobachtungszeit von 8,5 Jahren) wurden in der intensiver behandelten Studiengruppe signifikant weniger Diabetes-assoziierte Todesfälle und Schlaganfälle beobachtet.

Anschliessend an die Studie wurden die Studienteilnehmenden hausärztlich weiter betreut. Nach zwei Jahren hatten

sich die Blutdruckwerte in den beiden Gruppen einander angeglichen. Nach sechs bis zehn Jahren fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen mehr bezüglich allgemeiner Mortalität, kardiovaskulären Erkrankungen und Schlaganfällen.

Beide Studien zusammengefasst von Anne Witschi

Resultate der UKPDS wurden schon wiederholt in «infomed-screen» besprochen. Die erste dieser zwei neuen Studien zeigt einen günstigen Effekt der intensivierten Blutzuckerkontrolle beim Typ-2-Diabetes auf alle Diabetes-assoziierten Endpunkte, mikrovaskuläre Endpunkte, Myokardinfarkt und die Gesamtmortalität, und zwar bis 10 Jahre nach Ende der randomisierten Intervention! Dabei ist überraschend, dass dieser Effekt nicht nur persistierte, sondern bezüglich Myokardinfarkt und Gesamtmortalität erst im Laufe dieser zusätzlichen Beobachtungszeit statistisch signifikant wurde. Die erst mit der Zeit erreichte Signifikanz ist leicht zu interpretieren und dürfte mit der steigenden Anzahl von Ereignissen, welche nach einigen Jahren erst die nötige Power ergab, zusammenhängen. Die Studienverantwortlichen nennen die Beobachtung, dass die erwähnten Effekte auch 10 Jahre nach Studienende persistierten, «Legacy Effect». Pathogenetisch ist dieses Phänomen völlig ungeklärt. Immerhin fand die DCCT/EDIC-Studie beim Typ-1-Diabetes bereits 2005 analoge Resultate!¹ «Legacy» kann übersetzt werden mit Vermächtnis oder Altlast. Eine Anamnese eines schlecht eingestellten Diabetes – selbst wenn dies 10 Jahre zurückliegt – wäre demnach eine Altlast!

Die zweite Studie zeigt die analogen Resultate der blutdrucksenkenden Intervention. Hier verschwindet der günstige Effekt der intensivierten Therapie mit den Jahren und die beiden Therapiearme nähern sich zunehmend. Bezüglich Blutdruck gibt es anscheinend weniger Altlasten!

Peter Diem

¹ Nathan DM, Cleary PA, Backlund JY et al. Intensive diabetes treatment and cardiovascular disease in patients with type 1 diabetes; Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (DCCT/EDIC) Study Research Group. *N Engl J Med* 2005 (22. Dezember); 353: 2643-53.

Was bedeuten die Symbole?

- r** Randomisiert-kontrollierte Studie
- k** Kohortenstudie
- f** Fall-Kontroll-Studie
- m** Meta-Analyse oder systematische Übersicht
- a** Andere Studienart

Psychodynamische Langzeittherapien sind wirksam

m Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. JAMA 2008 (1. Oktober); 300: 1551-65

Studienziele

Der Stellenwert von psychodynamischer und psychoanalytischer Psychotherapie wird in der Psychiatrie widersprüchlich beurteilt. Psychodynamische Langzeittherapien kommen vor allem bei komplexen psychischen Störungen, Persönlichkeitsstörungen, chronischen oder multiplen Störungen, bei denen eine Kurzpsychotherapie oft ungenügend ist, zum Einsatz. Mit einer systematischen Übersicht und einer Meta-Analyse sollte hier die Wirksamkeit von lanzeitigen psychodynamischen Psychotherapien mit derjenigen von kürzeren Therapien verglichen werden.

Methoden

In den Datenbanken Medline und PsychInfo wurden Studien zwischen 1960 bis Mai 2008 gesucht. Als langzeitige psychodynamische Psychotherapien wurden Behandlungen definiert, die mit der Interaktion zwischen Behandelnden und Behandelten arbeiteten, Übertragung und Widerstand deuteten und entweder mindestens ein Jahr dauerten oder mindestens 50 Sitzungen umfassten. Berücksichtigt wurden randomisierte Studien und prospektive Kohortenstudien.

Ergebnisse

Von über 4'000 überprüften Artikeln genügten nur 23 Publikationen (mit 29 Studien) den Einschlusskriterien. Davon waren 13 randomisierte Vergleichsstudien und 16 prospektive Kohortenstudien. Die meisten Studien umfassten weniger als 50, die grösste 129 Teilnehmende. Zusammengekommen führte eine Langzeittherapie bei komplexen psychischen Störungen zu signifikanten Verbesserungen der psychischen Funktionen. Langzeittherapien erschienen signifikant wirksamer als kürzere Therapieformen. Subgruppenanalysen zeigten für verschiedene psychische Störungen und verschiedene Studienanordnungen ähnliche Wirkungen.

Schlussfolgerungen

Gemäss dieser Meta-Analyse sind langzeitige psychodynamische Therapien in der Behandlung von komplexen psychischen Störungen wirksam.

Zusammengefasst von Felix Tapernoux

Die sehr ausführliche Studie leistet einen wert- und verdienstvollen Beitrag zur Psychotherapie-Evaluation. Allerdings werden die positiven Ergebnisse etwas zu optimistisch generalisiert: Die Definition «psychodynamisch» ist sehr allgemein gehalten (Übertragungs- und Widerstandsdeutung), die einbezogenen Therapien dürften darüber hinaus recht heterogen sein. Grossmehrerheitlich ist von Personen mit Persönlichkeitsstörungen auszugehen. Von den 29 einbezogenen Studien umfassen gerade fünf mehr als 50 Kranke, so dass weitergehendere Subgruppenanalysen problematisch werden. Letzteres bezieht sich auch auf die Auswertung nach unterschiedlichen bzw. auch unterschiedlich gemessenen Endpunkten. Die Spannweite der Dauer wie der Anzahl Konsultationen ist beträchtlich: Als Zentralwert werden 69 Wochen bzw. 74 Konsultationen ge-

nannt, als Standardabweichung 59 Wochen bzw. 159 Konsultationen. Vergleiche mit anderen Therapien werden zwar hinsichtlich des Faktors Zeit angestrebt, sind angesichts der wiederum sehr heterogenen Kontrollgruppen aber letztlich kaum möglich. Die Meta-Analyse kann zwar einige dieser Unebenheiten ausgleichen, aber nicht alle.

Eine vorsichtiger Schlussfolgerung lautet: Bei dieser Krankengruppe ist eine längerfristige Psychotherapie im Prä-/Postvergleich wirksam, wobei nicht die Dauer der Behandlung, sondern die Anzahl der Konsultationen entscheidend ist. Ob dabei die Wirksamkeit auf die Eigenschaft «psychodynamisch» zurückzuführen ist, muss offen bleiben. (Dies auch angesichts des allgemeinen Befundes, dass nur etwa 10% der psychotherapeutischen Ergebnisvarianz auf spezifische bzw. technische Faktoren zurückzuführen sind.) Was nebenbei den Ausbildungsinstituten auch zu denken geben müsste: Das Behandlungsergebnis ist unabhängig vom Ausbildungs- und Erfahrungsgrad des Therapeuten (aber wie gesagt: cave zu weit vorangetriebene Subgruppenanalysen!).

Peter Zingg-Müller

Alexander-Technik für Rückenschmerzen

I Little P, Lewith G, Webley F et al. Randomised controlled trial of Alexander technique lessons, exercise, and massage (ATEAM) for chronic and recurrent back pain. BMJ 2008 (19. August); 337: 438-41

Bei der Alexander-Technik handelt es sich um eine Methode, die auf den australischen Schauspieler F.M. Alexander zurückgeht und als Ziel eine Neuausrichtung von Denk-, Bewegungs- und Handlungsmustern hat. Es handelt sich also eher um ein Schulungsprogramm als um eine Therapieform. In dieser randomisierten, offen geführten Studie wurden in Allgemeinpraxen in England 579 Personen mit chronischen oder rezidivierenden Lumbalgien untersucht. Vier Gruppen wurden miteinander verglichen: eine mit 6 Einzellektionen in Alexander-Technik, eine mit 24 Lektionen, eine mit Massage und eine Kontrollgruppe ohne Intervention. Über alle Gruppen hinweg wurde der Hälfte der Teilnehmenden ausserdem ein Trainingsprogramm verschrieben.

Verglichen mit der Kontrollgruppe litten die Teilnehmenden in den Gruppen mit Alexander-Technik nach einem Jahr weniger stark an Rückenbeschwerden. Die längere Schulung ging mit einem etwas besseren Resultat einher. Auch für das Trainingsprogramm konnte ein signifikanter Nutzen nachgewiesen werden, nicht aber für die Massagebehandlung.

Methoden wie die Alexander-Technik werden in der Regel von ihren Anhängern mit der individuellen Erfahrung eines Nutzens begründet. Es ist daher zu begrüssen, dass Studien, die einen Nutzen auch wissenschaftlich zu belegen suchen, in einer Zeitschrift wie dem BMJ aufgenommen werden. An der aktuellen Studie kann allerdings kritisiert werden, dass nur der Vergleich mit der Kontrollgruppe ohne Intervention, nicht aber der Vergleich mit der Massagegruppe im Sinne einer «Placebointervention» widergegeben wird. Das Resultat wäre dann wohl bescheidener ausgefallen.

Zusammengefasst von Peter Ritzmann

Femoropatelläres Schmerzsyndrom: Fussorthesen und Physiotherapie gleichwertig

I Collins N, Crossley K, Beller E et al. Foot orthoses and physiotherapy in the treatment of patellofemoral pain syndrome: randomised clinical trial. *BMJ* 2008 (24. Oktober); 337: a1735.

Studienziele

Das femoropatelläre Schmerzsyndrom oder der idiopathische Schmerz des vorderen Kniekompartimentes ist eines der häufigsten muskuloskelettalen Probleme in der Allgemeinmedizin und in Sportkliniken und weist eine Tendenz zur Chronizität auf. Die Datenlage zum Erfolg verschiedener Behandlungen ist bescheiden. Empfohlen werden multimodale Physiotherapieprogramme (Dehnung, Muskelaufbau, Mobilisation der Patella, Taping, Heimprogramm). Verbreitet ist auch die Versorgung mit Fussorthesen (Fussbett aus formbarem Äthylenvinylacetat mit Aufrichtung einer allfälligen Pronationsstellung des Fusses). In der Studie untersuchte man die kurz- und langfristige Wirkung von Fussorthesen und einem Physiotherapieprogramm.

Methoden

In diese australische, einfach-blind randomisierte Studie wurden 179 Erwachsene mit einem femoropatellären Schmerzsyndrom von mindestens 6 Wochen Dauer aufgenommen. Die Schmerzen mussten schleichend begonnen haben, ausgeschlossen wurden u.a. Personen mit Problemen an den Hüftgelenken oder an der Lendenwirbelsäule sowie solche mit strukturellen Störungen des Knies. Nach dem Zufall erhielten sie konfektionierte, vorfabrizierte Fussorthesen (Gruppe A), flache Schuheinlagen (Kontrollgruppe, Gruppe B), ein Physiotherapieprogramm (einmal pro Woche während 6 Wochen; Gruppe C) oder Fussorthesen und Physiotherapie (Gruppe D). Primäre Endpunkte waren: allgemeine Besserung und Knieschmerzen nach 6, 12 und 52 Wochen.

Ergebnisse

Nach 6 Wochen gaben signifikant mehr Personen in der Gruppe A (85%) eine allgemeine Besserung an als in der Kontrollgruppe B (58%; NNT von 4). Im Vergleich zur Gruppe C (93%) und D (90%) bestanden keine signifikanten Unterschiede. Nach 12 und 52 Wochen stellte sich eine vergleichbare Verbesserung der Beschwerden bezüglich aller Beurteilungskriterien in allen 4 Gruppen ein (Unterschiede nicht mehr signifikant). Leichte Nebenwirkungen wie Reizung der Haut durch das tägliche Taping (49%), Druck und Reibung durch Einlagen (72%) führten in keinem Fall zu Therapieabbruch und konnten im Falle der formbaren Orthesen durch entsprechende Anpassungen behoben werden.

Schlussfolgerungen

Kurzfristig versprechen Fussorthesen beim idiopathischen femoropatellären Schmerzsyndrom die gleiche lindernde Wirkung wie ein Physiotherapieprogramm. Die Kombination der beiden führt nicht zu einer Steigerung der Wirkung. Beide Therapieinterventionen sind einer Scheinbehandlung mit flachen Schuheinlagen überlegen. Langfristig sind bei deutlicher Abnahme der Beschwerden keine signifikanten Unterschiede mehr festzustellen.

Zusammengefasst von Thomas Rumetsch

Bei dieser einfach-blinden randomisierten Studie war der einzige signifikante Unterschied zwischen den 4 Gruppen eine Verringerung der Symptome bei den Fussorthesen gegenüber den flachen Schuheinlagen nach 6 Wochen.

Schwachpunkte dieser Studie sind die fehlende Kontrolle, ob die physikalischen Massnahmen nach den 6 Instruktionssitzungen weitergeführt wurden (ein Kraftzuwachs kann erst bei einem regelmässigen Training über längere Zeit erwartet werden), die fehlenden objektivierbaren Parameter (nur mündliche Aussagen der Teilnehmenden) und die fehlende ärztliche Untersuchung, z.B. bezüglich der Fussform. Pluspunkte sind die lange Studiendauer über 52 Wochen, das relativ junge Alter der Teilnehmenden, womit schwerere degenerative Veränderungen weitgehend ausgeschlossen sind, und der geringe Verlust von Teilnehmenden im Verlauf der Studie. Interessant ist, dass vorfabrizierte Fussorthesen nach 1 Jahr in ungefähr 80% eine Besserung der Symptome zeigen und somit gleich gut abschneiden wie die Physiotherapie-Gruppen. Die Kosten sind für vorfabrizierte Einlagen, die allerdings in der Schweiz selten gebraucht werden, klar tiefer als für die Physiotherapie.

Ivo Büchler

Homocysteinsenkung: ein weiteres negatives Resultat

I Ebbing M, Bleie Ø, Ueland PM et al. Mortality and cardiovascular events in patients treated with homocysteine-lowering B vitamins after coronary angiography: a randomized controlled trial. *JAMA* 2008 (20. August); 300: 795-804.

Ein hoher Homocysteinspiegel ist mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko assoziiert; er lässt sich mit hochdosierten Vitaminen der B-Gruppe senken. In ersten Studien fanden sich Hinweise auf eine günstige Wirkung einer homocysteinsenkenden Behandlung bei kardiovaskulären Hochrisikopersonen, z.B. nach einer koronaren Revaskularisierung. Spätere Studien konnten den Nutzen aber nicht bestätigen. Hier wird eine grössere Studie bei gut 3'000 Personen, bei denen eine Koronarangiographie durchgeführt worden war, vorgelegt. Verschiedene Kombinationen von Folsäure, Vitamin B₆ und Vitamin B₁₂ wurden mit Placebo verglichen.

Die Behandlung führte zu einer Abnahme der Homocysteinspiegel um etwa 30%. Es fand sich aber kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich des kombinierten primären Endpunktes (Todesfälle, Myokardinfarkte, akute koronare Ereignisse und Schlaganfälle). Auch zwischen den verschiedenen Vitamin-Kombinationen ergaben sich keine nennenswerten Unterschiede.

Auf Grund mehrerer negativer Studien kann heute davon ausgegangen werden, dass homocysteinsenkende Behandlungen mit Vitaminen der B-Gruppe keinen relevanten Nutzen bezüglich kardiovaskulärer Ereignisse haben.

Zusammengefasst von Peter Ritzmann

Inhalierete Anticholinergika erhöhen das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse

m Singh S, Loke YK, Furberg CD. Inhaled anticholinergics and risk of major adverse cardiovascular events in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2008 (24. September); 300: 1439-50

Studienziele

Ipratropiumbromid (Atrovent® u.a.) und Tiotropium (Spiriva®) werden bei der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) zur symptomatischen Besserung der obstruktiven Ventilationsstörung eingesetzt. Auch Exazerbationen und Hospitalisationen wegen respiratorischen Problemen können durch diese inhalierten Medikamente reduziert werden. Es wurde jedoch unter der Behandlung mit Ipratropiumbromid eine kleine Zunahme kardiovaskulärer Ereignisse beobachtet. Eine weitere Untersuchung ergab den Verdacht auf eine erhöhte Zahl von Hirnschlägen unter Tiotropium. Diese Meta-Analyse sollte vor allem den langfristigen Einfluss der genannten Medikamente auf die kardiovaskulären Ereignisse klären.

Methoden

In verschiedenen Datenbanken wurden randomisierte Studien gesucht, in denen Anticholinergika mit anderen Medikamenten oder mit Placebo verglichen wurden. Primärer Endpunkt war die Anzahl kardiovaskulärer Ereignisse, eine Kombination von kardiovaskulären Todesfällen, Herzinfarkten und Hirnschlägen. Sekundärer Endpunkt war die Gesamtmortalität.

Ergebnisse

Von 103 genauer beurteilten Studien erfüllten 17 mit zusammen rund 15'000 Personen die Einschlusskriterien. Bei 5 dieser Untersuchungen mit rund der Hälfte der Untersuchten dauerte die Beobachtungszeit über 48 Wochen, bei den übrigen 12 Studien 6 bis 26 Wochen. 1,8% der mit Anticholinergika behandelten Personen waren von kardiovaskulären Ereignissen betroffen, bei den Kontrollen waren es nur 1,2%. Das relative Risiko unter Anticholinergika betrug somit 1,58 (95%-CI 1,21-2,06). Die Gesamtmortalität war nicht signifikant erhöht (2,0% gegenüber 1,6%; RR 1,26; 95%-CI 0,99-1,61). In den fünf länger dauernden Studien waren die Unterschiede bezüglich des primären Endpunktes noch ausgeprägter und gar für die beiden Substanzen einzeln signifikant.

Schlussfolgerungen

Inhalierete Anticholinergika erhöhen bei Personen mit einer COPD die Zahl kardiovaskulärer Ereignisse wie kardiovaskuläre Todesfälle, Herzinfarkte und Hirnschläge. Dies sollte vor allem bei Personen, die bereits ein hohes kardiovaskuläres Risiko haben, beachtet werden.

Zusammengefasst von Peter Koller

f Lee TA, Pickard AS, Au DH et al. Risk for death associated with medications for recently diagnosed chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Intern Med* 2008 (16. September); 149: 380-90

In einer Fall-Kontrollstudie wurde der Einfluss von COPD-Medikamenten auf die Mortalität untersucht. Verwendet wurden dazu die Daten von 145'020 COPD-Kranken aus amerikanischen Datenbanken. 32'130 Verstorbene bildeten die Fall-Gruppe, der eine Kontrollgruppe von 10 vergleichbaren Personen je Fall gegenübergestellt wurde. Ipratropiumbromid war mit einer signifikanten Erhöhung der Mor-

talität assoziiert (RR 1,11; 95%-CI 1,08-1,15). Im Vergleich dazu waren inhalierete Kortikosteroide und langwirksame Beta-Agonisten mit einer signifikanten Senkung und Theophyllin (Unifyl® u.a.) mit einer nicht-signifikanten Erhöhung der Mortalität verknüpft. In einer Untergruppe mit bekannter Todesursache war Ipratropiumbromid mit einem erhöhten Risiko für einen Tod an kardiovaskulärer Ursache assoziiert (RR 1,34; 95%-CI 1,22-1,47).

Zusammengefasst von Franz Marty

Dieser Meta-Analyse und der Fall-Kontroll-Studie steht die im vergangenen Oktober publizierte randomisierte UPLIFT-Studie gegenüber.¹ In dieser prospektiven Studie wurden fast 6'000 Personen entweder zu Tiotropium und Begleitmedikation oder nur zur Begleitmedikation randomisiert. Es konnten dabei keine Hinweise auf eine Erhöhung des Herzinfarkt- oder Schlaganfallrisikos gefunden werden. Die UPLIFT-Daten zur Sterblichkeit und zum Herzinfarktrisiko unter dem Anticholinergikum Tiotropium weisen sogar in die gegenteilige Richtung. Das Risiko scheint sich unter dem Anticholinergikum eher zu vermindern. Schlussendlich bleibt aber die Frage der Mortalität unter Anticholinergika unbeantwortet. Die kardiovaskulären Ereignisse wurden nicht verblindet erfasst, wie es für einen Wirksamkeitsendpunkt Standard wäre. Somit findet sich eine begrenzte Aussagekraft in all diesen Studien in Bezug auf die kardiovaskuläre Morbidität.

Jörg Leuppi

¹ Tashkin DP, Celli B, Senn S et al.; UPLIFT Study Investigators. A 4-year trial of tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2008 (9. Oktober); 359: 1543-54

Antibiotikaeinsatz bei vorzeitigem Wehen oder bei Blasensprung?

I Kenyon S, Pike K, Jones DR et al. Childhood outcomes after prescription of antibiotics to pregnant women with spontaneous preterm labour: 7-year follow-up of the ORACLE II trial. *Lancet* 2008 (11. Oktober); 372: 1319-27

Studienziele

Es wird angenommen, dass ein Viertel der Frühgeburten durch intrauterine Infektionen verursacht wird. Gemäss der ORACLE-II-Studie bringen Antibiotika dem Frühgeborenen jedoch keinen Nutzen, sofern (bei vorzeitigem Wehenaktivität) die Fruchtblase nicht gesprungen ist. Weder Mortalität noch Morbidität der frühgeborenen Kinder wurde beeinflusst. Die Frage, ob die intrauterine Antibiotikaexposition zu kindlichen Entwicklungsstörungen führen kann, sollte mit der vorliegenden Folgestudie geklärt werden.

Methoden

Die Kinder von Frauen, die an der ORACLE-II-Studie teilgenommen hatten, wurden im Alter von sieben Jahren untersucht. Mittels eines Fragebogens, den die Eltern ausfüllten, wurde beim Kind nach funktionellen Störungen bezüglich Hören, Sprechen, Motorik, Gefühle und Gedächtnis gesucht. Der in England übliche nationale Test zur Erfassung des Schulerfolgs wurde zur Beurteilung der Lese-, Schreib- und Rechenfähigkeit verwendet.

Ergebnisse

3'196 Fragebogen konnten ausgewertet werden. Kinder, deren Mütter Erythromycin (Erythrocin® u.a.) erhalten hatten, zeigten häufiger funktionelle Störungen als solche, deren Mütter kein Erythromycin erhalten hatten (658 gegenüber 574; «odds ratio» 1,2). Diese Störungen waren vorwiegend geringfügig. Die Anwendung von Amoxicillin/Clavulansäure (Augmentin® u.a.) war nicht mit funktionellen Spätstörungen verknüpft. In der Antibiotika- wie in der Placebogruppe traten Todesfälle sowie Verhaltensprobleme gleich häufig auf und die Kinder unterschieden sich hinsichtlich schulischer Leistungen nicht voneinander. Hingegen war die Anwendung von Erythromycin bzw. Amoxicillin/Clavulansäure mit etwas häufigeren zerebralen Paresen assoziiert (OR 2,0 bzw. 1,7).

Schlussfolgerungen

Wird Müttern wegen einer vorzeitigen Wehentätigkeit bei intakten Eihäuten Erythromycin verabreicht, so geht das bei diesen Kindern im Alter von sieben Jahren häufiger mit (leichten) funktionellen Störungen einher. Die Anwendung von Erythromycin und Amoxicillin/Clavulansäure ist mit etwas häufigeren zerebralen Paresen verknüpft.

k Kenyon S, Pike K, Jones DR et al. Childhood outcomes after prescription of antibiotics to pregnant women with preterm rupture of the membranes: 7-year follow-up of the ORACLE I trial. *Lancet* 2008 (11. Oktober); 372: 1310-8

Mit der ORACLE-I-Nachfolge-Studie untersuchte man die Spätauswirkungen von Erythromycin oder Amoxicillin/Clavulansäure bei Kindern, deren Mütter wegen vorzeitigen Wehen und Blasensprung, jedoch ohne Infektanzeichen, antibiotisch behandelt worden waren. Für diese Studie wurden die Eltern sieben Jahre später mittels Fragebogen auf funktionelle Störungen wie Hören, Sprechen und Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder befragt. Bei Kindern, die intrauterin Antibiotika ausgesetzt waren, zeigten sich keine unterschiedlichen Ergebnisse funktioneller oder verhaltensmässiger Art verglichen mit Kindern, die pränatal keinen Antibiotika ausgesetzt waren.

Beide Studien zusammengefasst von Bettina Wortmann

Mit diesen Studien wurde untersucht, ob eine sieben Jahre zuvor beim vorzeitigen Blasensprung (ORACLE I) und bei vorzeitiger Wehentätigkeit (ORACLE II) ohne klinische Zeichen einer Infektion erfolgte Antibiotikagabe einen Einfluss bezüglich funktioneller Behinderung, schulischer Leistung und allgemeinem Gesundheitszustand der Kinder hat. Die kurzfristigen Resultate zeigten, dass Erythromycin und/oder Amoxicillin/Clavulansäure beim vorzeitigen Blasensprung die Schwangerschaft verlängern und das Risiko von Tod sowie von zerebralen und pulmonalen Schäden reduzieren. Eine Erythromycingabe ist heute beim vorzeitigen Blasensprung Standard.

In ORACLE I findet man nach 7 Jahren zwischen der Placebo- und der Verumgruppe keinen Unterschied mehr. Die positiven Kurzzeitergebnisse und die Vermutung, dass eine bakterielle Besiedlung der Fruchthöhle den vorzeitigen Blasensprung begleitet, sprechen dennoch für die Erythromycingabe beim vorzeitigen Blasensprung, ohne dass man Langzeitschäden beim Neugeborenen befürchten muss.

Bei vorzeitiger Wehentätigkeit braucht es keine Antibiotika. In der ORACLE-II-Studie wurde in der Antibiotika-Gruppe durch Erythromycin eine vermehrte funktionelle Einschränkung im Vergleich zur Placebo-Gruppe festgestellt, eine zerebrale Parese war bei beiden Antibiotika-Gruppen (Erythromycin und Amoxicillin/Clavulansäure) leicht häufiger.

Die Kollektive von ORACLE I und ORACLE II sind nicht vergleichbar: Während der vorzeitige Blasensprung eine klar definierte und bedrohliche Situation darstellt, beschreiben «vorzeitige Wehen» ein breites Spektrum von Situationen: von banalen uterinen Kontraktionen bis zur eindeutigen Frühgeburtsbestrebung.

Die Interpretation der Unterschiede zwischen ORACLE I und ORACLE II ist schwierig. Ob diese schädlichen Einflüsse neurologischer Natur auf die Neugeborenen einer Realität entsprechen oder nicht, kann bei diesen widersprüchlichen Resultaten nicht eindeutig geklärt werden. Das Plädoyer für einen vernünftigen Einsatz dieser Medikamente ergibt sich von selbst: Man hat weder einen Grund, bei gegebener Indikation auf Antibiotika zu verzichten, noch einen Grund, ohne Indikation Antibiotika in der Schwangerschaft zu verschreiben.

Daniel Passweg

Antibiotika sparen mit Procalcitonin-Bestimmungen?

I Briel M, Schuetz P, Mueller B et al. Procalcitonin-guided antibiotic use vs a standard approach for acute respiratory tract infections in primary care. *Arch Intern Med* 2008 (13. Oktober); 168: 2000-7

Wer wäre in der Praxis nicht froh um einen guten Test, der bei Infektionen der Atemwege gut zwischen viralen und bakteriellen Ursachen differenzieren würde! Wenn die Klinik bei einer Bronchitis nicht eindeutig ist und das CRP zwischen 30 und 50 mg/l liegt, wäre es schön, einen solchen Test zur Hand zu haben. Forschende aus dem Umkreis der Universität Basel haben bereits mehrere Studien mit Procalcitonin als Marker für bakterielle Infektionen durchgeführt. Eine Erhöhung von Procalcitonin über einen Wert von 0,25 µg/l konnte bei Kranken im Spital besser zwischen viraler und bakterieller Infektursache unterscheiden als ein erhöhtes CRP. In der aktuellen Studie wurde untersucht, ob Procalcitonin-Messungen bei respiratorischen Infektionen in der Praxis helfen können, auf antibiotische Behandlungen zu verzichten. 53 Grundversorger aus der Schweiz machten mit und schlossen 458 Kranke mit einer Atemwegsinfektion in die Studie ein, für die eine Antibiotikabehandlung sinnvoll erschien.

In der einen Studiengruppe wurden die Procalcitonin-Werte für die Entscheidung für oder gegen eine Antibiotikagabe mitberücksichtigt. In dieser Gruppe erhielten 25% ein Antibiotikum, in der Kontrollgruppe 97%. Krankheitsbedingte Einschränkungen im Alltag dauerten in der Procalcitonin-Gruppe 0,14 Tage länger an als in der Kontrollgruppe. Dafür litten in der Kontrollgruppe mehr Leute an Durchfall. Sogar in der Untergruppe von Pneumoniekranken mussten in der Procalcitonin-Gruppe nur 58% antibiotisch behandelt werden gegenüber 100% in der Kontrollgruppe.

Diese Studie zeigt, dass eine Procalcitonin-Bestimmung in der Praxis zu einer Reduktion von Antibiotikabehandlungen wegen Infektionen der Atemwege führen könnte. Die Procalcitoninbestimmung erfolgte allerdings im Spitallaboratorium, ein entsprechender Test für die Praxis steht (noch) nicht zur Verfügung. Damit bleibt die Messung von Procalcitonin in der Praxis Zukunftsmusik. Was die Studie aber ausserdem schön zeigt: Schweizer Grundversorger (auf jeden Fall die an dieser Studie teilnehmenden) scheinen auch ohne zusätzlichen Test Antibiotika zurückhaltend einzusetzen. Von allen akuten Atemwegsinfektionen, die sie während der Studiendauer gesehen hatten, hielten sie nur 18% für Antibiotika-bedürftig. Das ist im internationalen Vergleich ein niedriger Wert.

Zusammengefasst von Peter Ritzmann

Minimal-invasive Eingriffe bei Prostatahyperplasie nicht optimal

m Lourenco T, Pickard R, Vale L et al. Minimally invasive treatments for benign prostatic enlargement: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 2008 (9. Oktober); 337: a1662.

Studienziele

In den letzten Jahren sind diverse minimal-invasive Techniken für die Behandlung der benignen Prostatahyperplasie entwickelt worden. Anhand einer systematischen Auswertung der publizierten randomisierten Studien untersuchte man den Stellenwert der neuen Techniken gegenüber der konventionellen transurethralen Prostataresektion.

Methoden

Die Studienverantwortlichen wählten diejenigen randomisiert-kontrollierten Studien für eine Meta-Analyse aus, in denen minimal-invasive Eingriffe bei Prostatahyperplasie mit der klassischen transurethralen Prostataresektion (TUR-P) verglichen worden waren. Primäres Messkriterium war die Verbesserung des Symptomscores 12 Monate nach dem Eingriff. Im voraus definiert wurden auch zahlreiche sekundäre Kriterien für Behandlungserfolg, Komplikationen und Behandlungsaufwand.

Ergebnisse

Unter 3'794 Publikationen fanden sich 22 Studien, die die Selektionskriterien erfüllten. Darin kamen folgende transurethrale Eingriffe zum Einsatz: Mikrowellen-Thermotherapie, Nadel-Radiofrequenzablation, transurethrale Äthanolablation und transurethrale Laserkoagulation. Für andere nichtinvasive Techniken gab es zu wenig publizierte Daten für eine Auswertung. Die Verantwortlichen beurteilten die Qualität der auswertbaren Studien ohne Ausnahme als mittelmässig bis schlecht. Bezüglich des Behandlungserfolgs waren die minimal-invasiven Methoden der konventionellen transurethralen Resektion unterlegen, und es wurden später 2- bis 7-mal mehr Zweiteingriffe nötig. Dafür wurden nach minimal-invasiven Eingriffen weniger Bluttransfusionen benötigt, und es traten weniger Urethrastrikturen, Urininkontinenz und sexuelle Funktionsstörungen auf. Die Hospitalisationsdauer war für die minimal-invasiven Eingriffe kürzer, die Mikrowellentherapie konnte in der Regel sogar ambulant durchgeführt werden. Direkte Vergleiche zwischen den einzelnen minimal-invasiven Methoden existieren nicht.

Schlussfolgerungen

Minimal-invasive Methoden zur Behandlung der benignen Prostatahyperplasie können die konventionelle transurethrale Prostataresektion bis auf weiteres nicht ersetzen.

Zusammengefasst von Markus Häusermann

Auf den ersten Blick erscheinen die minimal-invasiven Methoden (transurethrale Mikrowellen-Thermotherapie, transurethrale Nadelablation, Laserkoagulation) mit deutlich weniger Behandlungsrisiken als die konventionelle TUR-P behaftet zu sein. Obwohl die subjektive Ansprechrates nach TUR-P und minimal-invasiven Verfahren vergleichbar scheint, sind die Zunahme des Harnflusses und die Verbesserung der urodynamischen Parameter nach TUR-P deutlich besser. Dies ist auf die sofortige Beseitigung der infravesikalen Obstruktion zurückzuführen, während die thermisch basierten Verfahren durch Erzeugen einer Koagulationsnekrose eine verzögerte und weniger ausgeprägte Volumenreduktion der Prostata verursachen. Die minimal-invasiven Methoden weisen zwar ein geringeres Interventionsrisiko auf (weniger Blutung, Einschwemmsyndrom, Transfusionen), die Morbidität verlagert sich aber in die postoperative Phase mit protrahierter Harnretention, signifikanter Dysurie und Nykturie. Die Reoperationsrate innerhalb von 12 Monaten ist im Vergleich zur TUR-P erheblich und um ein Mehrfaches höher. Dies hat dazu geführt, dass Mikrowellen-Thermotherapie und Nadelablation in der Regel nur noch bei ausgewählten Patienten durchgeführt werden. Die Laserkoagulation ist heute als obsolet zu betrachten. Neuere ablativ Laserverfahren (Holmium Laserresektion, GreenLight Laservaporisation) haben sich in den letzten Jahren als Alternativen zur TUR-P erfolgreich etabliert. Durch die mit diesen Methoden erzielte sofortige Gewebeabtragung sind postoperative Morbidität, Reoperationsraten und Langzeitverläufe mit der konventionellen TUR-P vergleichbar, mit dem Vorteil eines reduzierten Blutungsrisikos. Diese Eigenschaften kommen besonders bei Patienten mit oraler Antikoagulation oder Plättchenhemmung zum Tragen, die oftmals ohne Absetzen der Medikamente operiert werden können. Die unmittelbare Beseitigung des obstruierenden Prostatagewebes ist und bleibt bis auf weiteres somit der «goldene Standard».

Werner Hochreiter

Statine bei erhöhtem CRP?

R Ridker PM, Danielson E, Fonseca FA et al. Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein. *N Engl J Med* 2008 (20. November); 359: 2195-207

Studienziele

Die Hälfte aller Myokardinfarkte und Hirnschläge ereignen sich bei Leuten, die ein niedrigeres LDL-Cholesterin (LDL-C) aufweisen, als es die Behandlungsrichtlinien empfehlen. Unabhängig von den klassischen Risikofaktoren verbessert die

hochsensitive Messung des C-reaktiven Proteins (hsCRP) die Vorhersage kardiovaskulärer Ereignisse. In der vorliegenden JUPITER-Studie untersuchte man, ob Rosuvastatin (Crestor®) das Auftreten kardiovaskulärer Ereignisse bei Leuten mit erhöhtem hsCRP, jedoch tiefem LDL-C, beeinflusst.

Methoden

In diese Doppelblind-Studie wurden Männer über 50 und Frauen über 60 Jahren eingeschlossen, die nicht an einer kardiovaskulären Erkrankung litten und bei denen das LDL-C unter 3,4 mmol/l und das hsCRP über 2,0 mmol/l lag. Die Teilnehmenden wurden nach dem Zufall mit 20 mg Rosuvastatin täglich oder mit Placebo behandelt. Als primärer Endpunkt wurde das Auftreten eines kardiovaskulären Ereignisses definiert (nicht-tödlicher Herzinfarkt oder Hirnschlag, Hospitalisation wegen instabiler Angina pectoris, arterielle Revaskularisation, kardiovaskuläre Mortalität).

Ergebnisse

Von 89'890 Untersuchten wurden 17'802 einer der beiden Studiengruppen zugeteilt, der Frauenanteil betrug 38%, bei 41% bestand ein metabolisches Syndrom. Bei Studieneinschluss betrug das mittlere LDL-C 2,8 mmol/l, das mittlere hsCRP 4,3 mmol/l. Wegen häufigeren kardiovaskulären Ereignissen in der Placebogruppe wurde die Studie nach einer mittleren Beobachtungszeit von 1,9 Jahren abgebrochen. Nach einem Jahr war das mittlere LDL-C in der Statingruppe um 50% tiefer (1,4 mmol/l), das hsCRP um 37% tiefer (2,2 mmol/l) als in der Placebogruppe. Ein primärer Endpunkt ereignete sich in der Verumgruppe 142-mal, in der Vergleichsgruppe 251-mal («hazard ratio» 0,56). Um einen primären Endpunkt zu vermeiden, mussten 95 Leute 2 Jahre lang behandelt werden, hochgerechnet auf 5 Jahre beträgt die NNT 25. Bei den sekundären Endpunkten betrug in der Verumgruppe die Risikorate für einen Herzinfarkt 0,46, für einen Hirnschlag 0,52, und für einen Todesfall 0,80 (alle Unterschiede signifikant). Männer und Frauen profitierten gleichermaßen. Ernsthafte Nebenwirkungen traten in beiden Behandlungsgruppen gleich häufig auf.

Schlussfolgerungen

Die Jupiter-Studie belegt, dass Männer und Frauen mit einem normalen LDL-Cholesterin, aber erhöhtem C-reaktiven Protein von der Behandlung mit Rosuvastatin profitieren.

Zusammengefasst von Werner Eugster

Die Ergebnisse des «Jupiter Trials» sind auf den ersten Blick eindrücklich. Leider erschweren methodologische Probleme die Interpretation der Ergebnisse. Der Trial wurde nach total 393 von 520 erwarteten primären Ereignissen (kombinierter Endpunkt von Tod an kardiovaskulärer Ursache, Myokardinfarkt, Hospitalisation wegen instabiler Angina pectoris oder Revaskularisation) vorzeitig abgebrochen. Die Kriterien für den Abbruch und ob eine Interimsanalyse tatsächlich geplant wurde, sind nicht öffentlich zugänglich und bleiben somit undurchsichtig. Die Listung der Primär-Ereignisse lässt leider nicht erkennen, welche klinisch relevanten Endpunkten bei Studienabbruch unterschiedlich waren. Die Präsentation der Ergebnisse für den primären Endpunkt berücksichtigt nicht die «competing risk»-Situation für Tod anderer Ursache. Hierdurch sind die von den Studienverantwortlichen angegebenen NNT falsch niedrig und beschreiben nicht

den tatsächlich zu erwartenden absoluten Benefit. Dieser ist in Bezug auf klinisch relevante Endpunkte gering.

Heiner C. Bucher

screen-telegramm

Amiodaron zur Rückfallprophylaxe bei Vorhofflimmern

R Ahmed S, Rienstra M, Crijns HJ et al. Continuous vs episodic prophylactic treatment with amiodarone for the prevention of atrial fibrillation: a randomized trial. JAMA 2008 (15. Oktober); 300: 1784-92

Wie lange soll Amiodaron (Cordarone® u.a.) nach Elektrokonversion wegen eines Vorhofflimmerns zur Rückfallprophylaxe gegeben werden? In der CONVERT-Studie wurde eine Dauerbehandlung mit dem Absetzen nach 1 Monat Sinusrhythmus verglichen. Bei Dauerbehandlung blieben mehr Behandelte im Sinusrhythmus (62% gegenüber 48%). Sie hatten aber häufiger schwere Amiodaron-Nebenwirkungen (24% gegenüber 19%). Ein klarer Vorteil einer Strategie über die andere ist in dieser Studie nicht auszumachen.

«Lifestyle»: der Einfluss von verschiedenen Faktoren und ihrer Kombination

k Van Dam RM, Li T, Spiegelman D et al. Combined impact of lifestyle factors on mortality: prospective cohort study in US women. BMJ 2008 (16. September); 337: a1440.

Mit den Daten der «Nurses' Health Study» wurde der Einfluss von Rauchen, Übergewicht, wenig körperlicher Aktivität, höherem Alkoholkonsum und ungesunder Ernährung auf die Mortalität einzeln und in Kombination errechnet. 28% der Todesfälle konnten auf das Rauchen zurückgeführt werden, 55% auf Rauchen, Übergewicht, wenig körperliche Aktivität und ungesunde Ernährung. Der Alkoholkonsum hatte in diesem Frauenkollektiv wenig Einfluss.

Kardiogener Schock wird im Spital seltener

k Jeger RV, Radovanovic D, Hunziker PR et al. Ten-year trends in the incidence and treatment of cardiogenic shock. Ann Intern Med 2008 (4. November); 149: 618-26.

Die Daten des schweizerischen Herzinfarkt-Registers (AMIS) zeigen, dass sich Behandlung und Prognose eines kardiogenen Schocks zwischen 1997 und 2006 in der Schweiz stark geändert haben. Das Risiko, dass sich im Spital nach einem akuten koronaren Ereignis ein kardiogener Schock entwickelt, hat kontinuierlich abgenommen. Auch das Sterberisiko im Spital bei einem kardiogenen Schock sank von 63% auf 48%. Einen wichtigen Beitrag dazu dürften perkutane koronare Interventionen leisten, die bei kardiogenem Schock stark zugenommen haben (von 8% auf 66%).

Telegramme von Peter Ritzmann

Ausser den im Impressum erwähnten Personen haben zu dieser Nummer Kommentare beigetragen:

- Dr. Ivo Büchler, FMH Rheumatologie, St. Gallen
- Prof. Dr. Heiner Bucher, Institut für klinische Epidemiologie & Biostatistik, Universitätsspital Basel
- Prof. Dr. Peter Diem, Abt. für Endokrinologie & Diabetologie, Inselspital Bern
- Dr. Werner Hochreiter, FMH Urologie, Hirslanden Klinik, Aarau
- PD Dr. Jörg Leuppi, Pneumologie, Departement für Innere Medizin, Universitätsspital Basel
- Dr. Daniel Passweg, Gynäkologie/Geburtshilfe, Maternité Inselhof, Zürich
- Dr. Peter Zingg, FMH Psychiatrie, Privatklinik Wyss, Münchenbuchsee

Internet Corner

Medizinische Zeitschriften: was ist neu?

Die Gestalt der Websites ändert sich allgemein rascher als das Design gedruckter Medien. Dies gilt auch für medizinische Fachzeitschriften, bei denen in den letzten Jahren und Monaten oft beträchtliche Änderungen beobachtet werden konnten. Ich berichte hier über einige Adressen, die mir in diesem Sinn aufgefallen sind.

Das altehrwürdige *British Medical Journal* (BMJ), www.bmj.com hat das Schema der an einem bestimmten Datum publizierten «Nummer» weitgehend aufgegeben. Es gibt nach wie vor eine Printausgabe; die darin enthaltenen Texte werden jedoch – zusammen mit ergänzenden Dokumenten (Blogs, Podcasts) – in der Regel schon vorher im Web veröffentlicht. Mit anderen Worten: ruft man die «in den letzten sieben Tagen» publizierten Texte auf, so sieht man Texte, die in der Regel noch nicht gedruckt worden sind. A propos altehrwürdig: heute sind sämtliche Ausgaben des BMJ von 1857 bis 2005 gratis als PDF-Dateien abrufbar (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/tocrender.fcgi?journal=182&action=archive>).

Ganz neu gestaltet ist auch die Website des *Lancet* (www.thelancet.com/journals/lancet). Die Leute bei Elsevier haben offensichtlich gemerkt, dass der Zugang zu ihrer Zeitschrift bisher eher schwerfällig war. Jetzt ist das viel besser; sehr gut ist auch, dass man jetzt gleich auf der «Titelseite» gratis kurze Zusammenfassungen («Previews») aufrufen kann, ohne auf eine andere Seite zu wechseln. Dieser praktische Service wird nicht nur für die neuen Ausgaben, son-

dern auch für die Nummern im Archiv sowie für die drei Schwesterzeitschriften («*Infectious Diseases*», «*Neurology*» und «*Oncology*») angeboten. Auch *Lancet* offeriert Podcasts, das gehört heute offenbar einfach dazu.

Auch die «*American Medical Association*» strebt offenbar an, alle früheren Nummern ihrer verschiedenen Zeitschriften als PDF anzubieten. In den «Backfiles» (www.backfiles.org) lassen sich allerdings zur Zeit nur ein Teil der früheren Nummern (kostenpflichtig) abrufen. Anders verhält es sich mit dem «*Canadian Medical Association Journal*», von dem alle Nummern bis ins Jahr 1911 (aber auch alle neuen) gratis erhältlich sind (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/tocrender.fcgi?journal=77&action=archive>). Der praktische Wert der früheren, medizingeschichtlich interessanten Texte ist allerdings gering.

Da sind mir die aktuellen Zeitschriften und Texte, die (teilweise ebenfalls gratis) auf der Homepage der Zeitschrift *Nature* (<http://www.nature.com/nature/index.html>) zu finden sind, lieber. Besonders wenn man auch am naturwissenschaftlichen Hintergrund der Medizin interessiert ist, bietet *Nature* wirklich viel.

Dass bezüglich freier Zugänglichkeit die *Zeitschriften der EMH* und des Schwabe-Verlags (http://www.emh.ch/d/set_journals.html) ganz einfach vorbildlich sind, habe ich schon früher erwähnt. Damit unterscheidet sich dieser Schweizer Verlag vorteilhaft von den meisten anderen Verlagen, die deutschsprachige Medizinzeitschriften veröffentlichen (natürlich mit Ausnahme der werbebelasteten Gratispublikationen).

Etsel Gysling

infomed-screen

Januar/Februar 2009 – Jahrgang 13 / Nummer 1

Langzeitresultate nach intensiver Behandlung eines Typ-2-Diabetes - Der Nutzen einer intensivierten Blutzuckersenkung tritt im Laufe der Jahren klarer zum Vorschein - **Seite 1**

Psychodynamische Langzeittherapien sind wirksam - Eine Meta-Analyse von kleineren Studien belegt eine Wirksamkeit bei Persönlichkeitsstörungen - **Seite 2**

Alexander-Technik für Rückenschmerzen: Seite 2

Femoropatelläres Schmerzsyndrom: Fussorthesen und Physiotherapie gleichwertig - Bei diesem häufigen Problem können vorgefertigte Schuheinlagen Linderung verschaffen - **Seite 3**

Homocysteinsenkung: ein weiteres negatives Resultat: Seite 3

Inhalierte Anticholinergika erhöhen das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse - Meta-Analysen und Fall-Kontroll-Studien zeigen ein erhöhtes Risiko - **Seite 4**

Antibiotikaeinsatz bei vorzeitigen Wehen oder bei Blasensprung? - Auswirkungen auf die Kinder 7 Jahre danach - **Seite 4**

Antibiotika sparen mit Procalcitonin-Bestimmungen? Seite 5

Minimal-invasive Eingriffe bei Prostatahyperplasie nicht optimal: Sie verursachen zwar seltener Operationskomplikationen, sind aber weniger wirksam als eine TUR-P - **Seite 6**

Statine bei erhöhtem CRP? Studienresultate, die bei genauerem Hinsehen etwas weniger eindrücklich erscheinen als auf den ersten Blick - **Seite 6**

screen-telegramm: Seite 7

ISSN 1422-0059

Eine pharma-kritik-Publikation

Koordination und Redaktion dieser Nummer:
Peter Ritzmann und Thomas Weissenbach

Weitere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter:
Renato L. Galeazzi, Urspeter Masche, Anne Witschi,
Bettina Wortmann

und die Wiler Gruppe für Evidence Based Medicine:
Werner Eugster, Markus Häusermann, Thomas Koch,
Peter Koller, Franz Marty, Thomas Rumetsch, Felix Tapernoux

Infomed-Verlags-AG, Bergliweg 17, CH-9500 Wil
Telefon 071-910-0866 – Telefax 071-910-0877

e-mail: sekretariat@infomed.ch

Layout und Internet: Verena Gysling

Preis des Jahresabonnements (6 Ausgaben): Fr. 61.-/ € 41.-

Druck & Versand: Schwabe AG Muttenz

Alle Rechte vorbehalten; Vervielfältigung oder Speicherung,
auch auf optischen und elektronischen Medien, nur mit
Bewilligung des Verlags.

Copyright ©2009 by Infomed Wil