

Inhaltsverzeichnis: siehe Seite 8

Antibiotikaprophylaxe bei Kindern mit rezidivierenden Harnwegsinfekten

r Craig JC, Simpson JM, Williams CJ et al. Antibiotic prophylaxis and recurrent urinary tract infection in children. *N Engl J Med* 2009 (29. Oktober); 361: 1748-59

Studienziele

Harnwegsinfektionen bei Kindern treten bei 2% der Knaben und 8% der Mädchen auf, können zu langen Krankheitsverläufen und bei etwa 5% zu Nierenschäden führen. Sowohl bei vesiko-ureteralem Reflux als auch bei rezidivierenden Harnwegsinfekten ohne Reflux hat man bisher eine prophylaktische Antibiotikatherapie empfohlen, obwohl entsprechende Studien fehlten. Diese Studie soll Klarheit schaffen, ob eine längerfristige Verabreichung von niedrig dosierten Antibiotika rezidivierende Harnwegsinfekte bei Kindern zu verhindern vermag.

Methoden

576 Kinder mit mindestens einem symptomatischen Harnwegsinfekt erhielten für zwölf Monate nach dem Zufall entweder Cotrimoxazol als Suspension (Bactrim® u.a.; Trimethoprim/Sulfamethoxazol 2/10 mg pro kg Körpergewicht) oder ein entsprechendes Placebo. Es wurden Kinder mit allen Schweregraden von vesiko-ureteralem Reflux oder rezidivierenden Infekten in die Studie aufgenommen. Primärer Studienendpunkt war die Anzahl symptomatischer Harnwegsinfekte innerhalb der zwölf Monate.

Ergebnisse

Bei 36 von 288 Kindern der Antibiotikagruppe (13%) kam es zu einem erneuten Harnwegsinfekt gegenüber 55 von 288 Kindern (19%) in der Placebogruppe. Somit müssen 14 Kinder während eines Jahres behandelt werden, um einen Harnwegsinfekt zu verhindern. Die Hälfte der Rezidive ereignete sich innerhalb der ersten 3 Monate. Die Unterschiede in den Untergruppen (Geschlecht, Alter, verschiedene Grade von Reflux) waren nicht signifikant. In 83% handelte es sich um eine Infektion mit *E. coli*. Bei den sekundären Endpunkten – Anzahl Harnwegsinfekte mit Fieber über 38°C sowie Anzahl Hospitalisationen wegen eines Harnwegs- oder anderen Infekts – ergaben sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Einzig Infekte mit resistenten Keimen traten in der Antibiotikagruppe vermehrt auf.

Schlussfolgerungen

Die Langzeittherapie mit niedrig dosiertem Cotrimoxazol verhinderte in dieser Studie bei Kindern mit rezidivierenden Harnwegsinfekten Rückfälle. Der Nutzen war allerdings bescheiden.

Zusammengefasst von Felix Tapernoux

Die früher weit verbreitete antibiotische Langzeitprophylaxe bei Kindern mit Harnwegsinfektionen wird zunehmend in Frage gestellt. Es gilt zu beachten, dass eine Pyelonephritis – und nur diese trägt ein Risiko einer renalen Narbenbildung – eine schwere Erkrankung mit hohem Fieber ist. Im Gegensatz dazu verläuft eine Zystitis afebril. Sie ist wohl schmerzhaft und unangenehm, aber harmlos für die Nieren. Auch sind bei Kindern mit einer einmaligen Pyelonephritis und zwei normalen Nieren die Langzeitriskien wie Hypertonie oder Einschränkung der Nierenfunktion minimal.

Neuere randomisierte Studien aus Italien^{1,2}, Frankreich³ und den USA⁴ haben gezeigt, dass nur Kinder mit Risikofaktoren wie z.B. wiederholten Pyelonephritiden oder höhergradigem vesiko-ureteralem Reflux (ab Grad III) von der Prophylaxe profitieren können. Die hier zusammengefasste Studie aus Australien ist die einzige, die einen geringen Nutzen auch bei Kindern ohne Risikofaktoren gezeigt hat. Diese Resultate sind in die aktuellen Empfehlungen der Schweizerischen Arbeitsgruppen für pädiatrische Nephrologie und Infektiologie (www.swiss-pediatrics.org) eingeflossen. Der Entscheid für oder gegen die Langzeitprophylaxe erfordert eine umfassende Risikoanalyse. Glücklicherweise hat die Mehrzahl der Kinder mit einer erstmaligen Pyelonephritis keine Risikofaktoren und benötigt keine Langzeitprophylaxe.

Thomas Neuhaus

Lesen Sie auch den ausführlichen Kommentar im Internet

1 Pennesi M, Travan L, Peratoner et al. Is antibiotic prophylaxis in children with vesicoureteral reflux effective in preventing pyelonephritis and renal scars? A randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2008 (Juni); 121: e1489-94

2 Montini G, Rigon L, Zucchetta P et al. Prophylaxis after first febrile urinary tract infection in children? A multicenter, randomized, controlled, noninferiority trial. *Pediatrics* 2008 (November); 122: 1064-71

3 Roussey-Kesler G, Gadjos V, Idres et al. Antibiotic prophylaxis for the prevention of recurrent urinary tract infection in children with low grade vesicoureteral reflux: results from a prospective randomized study. *J Urol* 2008 (Februar); 179: 674-9

4 Garin EH, Olavarria F, Garcia Nieto V et al. Clinical significance of primary vesicoureteral reflux and urinary antibiotic prophylaxis after acute pyelonephritis: a multicenter, randomized, controlled study. *Pediatrics* 2006 (März); 117: 626-32

Was bedeuten die Symbole?

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

Migräne und kardiovaskuläre Erkrankungen

m Schürks M, Rist PM, Bigal ME et al. Migraine and cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2009 (27. Oktober); 339: b3914

Studienziele

Die genauen Mechanismen, welche zur Entstehung einer Migräne führen, sind nicht bekannt. Ein Faktor ist eine pathologisch veränderte Funktion der Blutgefässe. Dazu passt, dass ein Zusammenhang zwischen Migräne und ischämischem Hirninfarkt gezeigt werden konnte. Ob Migräne auch mit anderen Herzgefässerkrankungen assoziiert ist, wurde bisher nicht systematisch untersucht.

Methoden

In dieser Meta-Analyse sind Fall-Kontroll- und Kohorten-Studien zusammengefasst, in welchen der Zusammenhang zwischen Migräne und verschiedenen kardiovaskulären Erkrankungen (ischämischer und hämorrhagischer Hirnschlag, transitorische ischämische Attacke (TIA), Angina pectoris, Herzinfarkt und Tod aufgrund einer Herz-Kreislaufkrankung) untersucht wurde. Dabei wurde unterschieden, ob alle Migräne-Erkrankungen miteinander oder solche mit und ohne Aura gesondert ausgewertet wurden.

Ergebnisse

In neun Studien wurden alle Migräne-Erkrankungen gemeinsam ausgewertet. Hier konnte fast eine Verdoppelung des ischämischen Hirnschlagrisikos bei Migräne gezeigt werden (relatives Risiko RR 1,7, 95% CI 1,3-2,3). Besonders gefährdet waren Migräneerkrankte unter 45 Jahren (RR 2,7), sowie solche die rauchten (RR 9,0) oder orale Kontrazeptiva einnahmen (RR 7,0). In den acht Studien, welche zwischen Migräne mit und ohne Aura unterschieden, konnte ein erhöhtes Risiko für einen ischämischen Hirnschlag nur für Migräne mit Aura gezeigt werden; andere Migränetypen erhöhten das Hirnschlagrisiko nicht. Auch TIA waren bei Migräneerkrankten mehr als doppelt so häufig. Kein klarer Zusammenhang hingegen bestand zwischen Migräne und hämorrhagischem Hirnschlag, Angina, Herzinfarkt oder Tod aufgrund einer Herz-Kreislaufkrankung. Allerdings lagen hier teilweise nur wenige Studien und/oder keine gesonderten Daten zu den verschiedenen Migränetypen vor.

Schlussfolgerungen

Hauptsächlich Migräneerkrankungen mit Aura gehen mit einem erhöhten Risiko für ischämische Hirninfarkte und transitorische ischämische Attacken einher. Ein Alter von weniger als 45 Jahren, Rauchen und die Einnahme von oralen Kontrazeptiva erhöhen das Risiko zusätzlich. Ob Migräne auch einen Zusammenhang mit anderen kardiovaskulären Erkrankungen hat, kann aufgrund der aktuellen Datenlage noch nicht abschliessend beurteilt werden.

Zusammengefasst von Bettina Wortmann

Diese Meta-Analyse bestätigt den oft postulierten Zusammenhang zwischen Migräne und Schlaganfall, allerdings nur bei Betroffenen mit Aura. Sie basiert auf Daten von Fall-Kontroll- und Kohortenstudien und lässt damit keine Aussage über eine mögliche Kausalität zu. So kann man darüber nur spekulieren. Denn bis

heute besteht kein allgemein akzeptiertes Konzept zur Pathogenese der Migräne. Eine Rolle der weiblichen Sexualhormone erscheint naheliegend, da besonders Frauen unter 45 Jahren gefährdet sind.

Die Verdoppelung des Schlaganfall-Risikos beeindruckt auf den ersten Blick und kann bei den Betroffenen Angst auslösen. Deshalb gilt es darauf hinzuweisen, dass es sich um ein relatives Risiko handelt. Das absolute Risiko ist klein und kann auf einen zusätzlichen Schlaganfall auf 2500 an Migräne Erkrankte geschätzt werden (aufgrund der Daten der «Women's Health Study»). Diesen Individuen, in der Mehrzahl Frauen, soll man raten, die vermeidbaren Risikofaktoren zu eliminieren. Konkret heisst dies, nicht zu rauchen und hormonelle Kontrazeptiva zu meiden.

René Frey

Schlafapnoe-Syndrom besser dank Gewichtsreduktion

R Foster GD, Borradaile KE, Sanders MH et al. A randomized study on the effect of weight loss on obstructive sleep apnea among obese patients with type 2 diabetes - the sleep AHEAD study. *Arch Intern Med* 2009 (28. September); 169: 1619-26

Studienziele

Die Empfehlung, bei Übergewichtigen mit obstruktivem Schlafapnoe-Syndrom (OSAS) eine Gewichtsreduktion anzustreben, beruht auf einer nur mangelhaften Datenlage. Diese randomisierte Studie aus den USA soll die positive Wirkung einer Gewichtsreduktion auf das OSAS bei übergewichtigen Personen mit Typ-2-Diabetes zeigen.

Methoden

264 an Typ-2-Diabetes Erkrankte mit einem durchschnittlichen Körpermassenindex (BMI) von 38 wurden nach dem Zufall in zwei etwa gleich grosse Gruppen eingeteilt. Die eine Gruppe wurde während einem Jahr einem intensiven verhaltenstherapeutischen Programm mit fettarmer Reduktionsdiät und Steigerung der körperlichen Aktivität unterzogen. Mit der Kontrollgruppe wurden nur drei Gruppensitzungen («klassische» Diabetesberatung) durchgeführt. Untersucht wurde der Einfluss dieser Massnahmen auf den erzielten Gewichtsverlust und auf den Schweregrad des OSAS, welcher mittels Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI) gemessen wurde.

Resultate

Nach einem Jahr hatten die mit Verhaltenstherapie betreuten Personen im Durchschnitt 11 kg, diejenigen in der Kontrollgruppe lediglich 1 kg abgenommen. In der Interventionsgruppe verringerte sich der AHI von 23 auf 18, in der Kontrollgruppe hingegen nahm er sogar zu (von 24 auf 28). Von der verhaltenstherapeutischen Intervention profitierten vor allem Männer mit hohem AHI und ausgeprägtem Übergewicht. Die Verbesserung der Schlafapnoe war umso stärker, je schwerer die Symptome waren und je mehr das Gewicht abnahm. Dreimal mehr Kranke aus der Verhaltenstherapiegruppe erreichten eine Remission des OSAS (AHI unter 5).

Schlussfolgerungen

Dass bei Übergewichtigen durch eine intensive Änderung des Lebensstils, verbunden mit Gewichtsreduktion, ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom verbessert werden kann, wird in dieser Studie bestätigt. Stark übergewichtige Männer mit schweren Symptomen profitierten dabei am meisten. Ob die Resultate auch für jüngere Menschen mit OSAS ohne Diabetes zutreffen, bleibt offen. Zusätzlich lassen die Resultate vermuten, dass das OSAS unbehandelt rasch zunimmt und somit eine fortschreitende Erkrankung darstellt.

Zusammengefasst von Thomas Rumetsch

Die Resultate der hier zusammengefassten «sleep AHEAD study» wurden soeben in einer weiteren Arbeit im BMJ bestätigt.¹ In der dort publizierten Studie konnte bei Männern dank einer strengen Reduktionsdiät das Gewicht um 20 kg (95% CI 18-21 kg) und der Apnoe-Hypopnoe-Index um 23 Ereignisse pro Stunde (95% CI 15-30 Ereignisse pro Stunde) innerhalb von neun Wochen gesenkt werden. Beide Arbeiten illustrieren somit schön, wie wirksam Lifestyle-Änderungen sein können.

Von einem relevanten Schlafapnoe-Syndrom Betroffene leiden meist an einer deutlichen Tagesmüdigkeit und Schlafneigung und können deshalb oft nur ungenügend für sportliche Betätigungen oder für eine Diät motiviert werden. Entsprechend dürfte es Sinn machen, diese Personen zuerst mit einer nächtlichen CPAP-Therapie («continuous positive airway pressure») zu behandeln. So wird deren Tagesmüdigkeit vermindert oder gar normalisiert und anschliessend können sie besser zu mehr Bewegung und Diät motiviert werden.

Jörg Leuppi

¹ Johansson K, Neovius M, Lagerros YT et al. Effect of a very low energy diet on moderate and severe obstructive sleep apnoea in obese men: a randomised controlled trial. *BMJ* 2009 (3. Dezember); 339: b4609

Halskragen wirksam und billiger als Physiotherapie

I Kuijper B, Tans JT, Beelen A et al. Cervical collar or physiotherapy versus wait and see policy for recent onset cervical radiculopathy: randomised trial. *BMJ* 2009 (7. Oktober); 339: b3883

Studienziele

Radikuläre Nacken-Arm-Schmerzen sind häufig und haben meist eine gute Prognose. Sie können allerdings Wochen bis Monate andauern. Bei chronischen Schmerzen dieser Art konnte kein Nutzen von Physiotherapie oder einem Halskragen gezeigt werden. In der vorliegenden Studie werden diese beiden Behandlungsoptionen bei subakuten radikulären Nacken-Arm-Schmerzen untersucht, da für diese Indikation bisher keine entsprechenden Daten vorliegen.

Methoden

205 Personen mit radikulären Nacken-Arm-Schmerzen von weniger als einem Monat Dauer, welche einem der neurologischen Ambulatorien von drei holländischen Spitälern zugewiesen worden waren, nahmen an der randomisierten Studie teil. Das Tragen eines Halskragens kombiniert mit körperlicher Schonung bzw. eine aktive, muskelstabilisierende Physiotherapie kombiniert mit Heimübungen, wurden mit beobachtendem Abwarten verglichen. Primäre Endpunkte waren der Verlauf der Arm- und Nackenschmerzen und der Behinderung über sechs Wochen.

Ergebnisse

Nach 6 Wochen hatten sich die Armschmerzen in der Gruppe ohne Intervention deutlich gebessert (Abnahme von 22 mm auf einer visuellen Analogskala von 0 bis 100 mm). Im Vergleich dazu zeigten sowohl die Gruppe mit Halskragen als auch diejenige mit Physiotherapie eine deutlich stärkere Besserung (Abnahme auf der Skala: 35 mm bzw. 36 mm). Die Nackenschmerzen blieben ohne Intervention praktisch unverändert, in den Interventionsgruppen verringerten sie sich um 26 mm. Auch bezüglich Funktion schnitten die Gruppen mit Halskragen oder Physiotherapie eher günstiger ab, wobei zwischen Physiotherapie und beobachtendem Abwarten jedoch kein statistisch signifikanter Unterschied festgestellt werden konnte.

Schlussfolgerungen

Sowohl das Tragen eines halbhartes Halskragens kombiniert mit körperlicher Schonung als auch eine stabilisierende Physiotherapie können eine relevante Besserung der Beschwerden bei akuten radikulären Nacken-Arm-Schmerzen bewirken. Bei vergleichbarem Nutzen sind die Kosten für den Halskragen allerdings deutlich geringer.

Zusammengefasst von Alexandra Röllin

Die Studie vergleicht drei praxisrelevante Vorgehensweisen bei subakuten radikulären Nacken-Arm-Schmerzen von maximal vier Wochen Dauer. Aufgrund der vorliegenden Resultate kann bei solchen Beschwerden, unabhängig von der Ursache, ein halbharter Kragen für einige Wochen verschrieben werden, mit dem Rat an die Betroffenen, sich zu schonen. Physiotherapie zeigt gegenüber diesem kostengünstigeren Vorgehen keine Vorteile.

Die Studienverantwortlichen weisen darauf hin, dass der Kragen halbhart sein und nicht länger als 6 Wochen getragen werden soll. Die «wait and see»-Strategie kann aus meiner Sicht für Betroffene mit gut aushaltbaren radikulären Beschwerden in Erwägung gezogen werden. Dabei ist zu beachten, dass die Armschmerzen bei allen Untersuchten nach sechs Monaten praktisch vollständig zurückgegangen waren. Auch in Bezug auf Schmerzmittel-Verbrauch, Arbeitsfähigkeit oder Notwendigkeit einer Operation bestand kein Unterschied zwischen den drei Gruppen.

Ivo Büchler

Kein Nutzen antiviraler Substanzen bei Fazialisparese

m Quant EC, Jeste SS, Muni RH et al. The benefits of steroids versus steroids plus antivirals for treatment of Bell's palsy: a meta-analysis. *BMJ* 2009 (7. September); 339: b3354

Viele Fachleute raten bei idiopathischer Fazialisparese zur Behandlung mit einem Steroid und einer antiviralen Substanz. Diese Empfehlung ist jedoch nicht sehr fundiert. Für die vorliegende Meta-Analyse wurden sechs randomisierte Studien identifiziert, in denen bei idiopathischer Fazialisparese entweder Prednison oder Prednisolon allein oder das Steroid zusammen mit Aciclovir (Zovirax® u.a.), Valaciclovir (Valtrex®) oder Famciclovir (Famvir®) verabreicht worden war. Die maximale Behandlungsdauer betrug zehn Tage. Als primären Endpunkt untersuchte man den Anteil der Betroffenen, die eine mindestens partielle Besserung der Lähmung erfahren hatten. Auf der mehrheitlich verwendeten, 6 Punkte umfassenden «House-Brackmann»-Skala entspricht dies einer Abnahme um mindestens 2 Punkte.

Der Prozentsatz der Behandelten, welche die Kriterien des primären Endpunktes erfüllten, lag mit der Steroid-Monotherapie bei 88% und mit der Kombination bei 91%. Zwar ergab sich bei der zusammengefassten «odds ratio» (OR) ein Wert von 1,5 zugunsten der Kombination; mit einem Vertrauensintervall von 0,8 bis 2,7 war dieser Unterschied allerdings statistisch nicht signifikant und in erster Linie durch die qualitativ schlechteren Studien bedingt.

Dass antivirale Substanzen bei der idiopathischen Fazialisparese keinen Vorteil bieten, ist kein überraschender Befund. Da die Krankheit durch eine hohe Spontanheilungstendenz gekennzeichnet ist, darf man selbst die Verabreichung von Steroiden nicht überbewerten. Die Frage bleibt, welche Konsequenzen für die Praxis zu ziehen sind. Denn eine Fazialisparese ist etwas Einschneidendes und Verunsicherndes, und deshalb immer mit einem gewissen Druck zur medikamentösen Behandlung verbunden. Auch kann – was in der Diskussion zu dieser Meta-Analyse eingeräumt wird – nicht ausgeschlossen werden, dass bestimmte Untergruppen von der Einnahme antiviraler Substanzen dennoch profitieren könnten.

Zusammengefasst von Urspeter Masche

Langzeitnutzen von inhalierten Steroiden bei COPD?

I Lapperre TS, Snoeck-Stroband JB, Gosman MM et al. Effect of fluticasone with and without salmeterol on pulmonary outcomes in chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Intern Med* 2009 (20. Oktober); 151: 517-27

Ob die Inhalation von Kortikosteroiden und langwirksamen Beta-2-Stimulantien die kontinuierliche Verschlechterung durch die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) verlangsamen kann, ist aufgrund bisheriger Studien unklar. Eine niederländische Studiengruppe untersuchte diese Frage bei Kranken mit stabiler, mittelschwerer COPD im Alter von 45 bis 75 Jahren. Sie wurden nach dem Zufall einer von vier gleich grossen Behandlungsgruppen zugeteilt: Fluticason (Axotide®) 2-mal 500 mcg täglich für sechs Monate, dieselbe Therapie für 30 Monate, 500 mcg Fluticason plus 50 mcg Salmeterol (Seretide®) 2-mal täglich für 30 Monate oder Placebo. Primäres Auswertungskriterium war die bronchiale

Hyperreagibilität (Anzahl Entzündungszellen in Reizsputum und in Bronchialschleimhaut-Biopsien).

87 Männer und 14 Frauen hatten nach einer Behandlungsdauer von 30 Monaten die zugeteilte Therapie weitgehend eingehalten. Unter Fluticason hatte sich deren Anzahl Entzündungszellen nach sechs Monaten deutlich zurückgebildet und bildete sich mit fortgesetzter Therapie bis 30 Monate weiter zurück. Die zusätzliche Gabe von Salmeterol beeinflusste die Entzündungsreaktion nicht. Nach 30 Monaten Inhalation mit Fluticason konnte die Abnahme des maximalen Atemsekundenvolumens (FEV₁) in geringem Masse verlangsamt werden.

Dass ein inhalierbares Steroid die Entzündungszellen in der Bronchialschleimhaut reduziert, ist wahrlich keine neue Erkenntnis dieser von der Herstellerfirma der geprüften Präparate mitfinanzierten Studie. Da lediglich 101 stark selektionierte Kranke in vier verschiedenen Behandlungsarmen teilnahmen, musste gezwungenermassen ein Surrogatmarker – nämlich die Anzahl Entzündungszellen im Bronchialsystem – als primäres Auswertungskriterium verwendet werden. Die Frage, ob eine lang dauernde inhalative Steroidtherapie den Krankheitsverlauf nachhaltig modifiziert, lässt sich damit aber nicht beantworten. Bis weitere Studien mit mehr Teilnehmenden und längerer Beobachtungszeit vorliegen, ist bei mittelschwerer COPD der Einsatz von inhalativen Steroiden wohl nicht falsch. Ganz sicher ist aber nach wie vor das Sistieren des Rauchens die wichtigste, wirksamste und billigste Therapiemassnahme.

Zusammengefasst von Markus Häusermann

Mit elektronischer Kontrolle besser verschreiben

a Weingart SN, Simchowitz B, Shiman L et al. Clinicians assessments of electronic medication safety alerts in ambulatory care. *Arch Intern Med* 2009 (28. September); 169: 1627-32

In den USA werden immer mehr Rezepte elektronisch ausgestellt. Dabei werden Programme verwendet, die den Arzt auf mögliche Nebenwirkungen und Interaktionen aufmerksam machen. Über die Auswirkung solcher Programme in der ambulanten Medizin ist wenig bekannt. Deshalb wurden im Rahmen der vorliegenden Studie 300 in der – vor allem internistischen, pädiatrischen oder hausärztlichen – Praxis tätige Ärztinnen und Ärzte aus Massachusetts mit einem Fragebogen zu einem dort häufig verwendeten Programm befragt.

Insgesamt waren 89% der 184 Antwortenden zufrieden oder sehr zufrieden mit der elektronischen Ausstellung der Rezepte. Besonders wurde die Einfachheit gelobt, mit der die Rezepte das erste Mal ausgestellt (85%) oder wiederholt (95%) werden konnten. Hingegen waren nur 47% zufrieden oder sehr zufrieden mit den Warnungen vor unerwünschten Wirkungen oder Interaktionen. Es kämen zu viele falsche oder unwichtige Meldungen, und wichtige Warnungen würden nicht genug von unwichtigen unterschieden. Trotzdem haben die Warnungen sehr häufig das Verhalten der Verschreibenden beeinflusst: Die Behandelten wurden vermehrt über unerwünschte Wirkungen informiert, es wurden mehr notwendige Kontrollen gemacht oder Therapien geändert. 57% der Behandelnden schätzten, dass die Warnungen mindestens einen Fehler pro Monat verhindern. Somit verbessert dieses System die Sicherheit der Behandlung trotz der Kritik an der Menge der teilweise undifferenzierten Warnungen.

Ich selber suche nur punktuell nach möglichen Interaktionen, beispielsweise wenn eine Nebenwirkung auftritt, die ich mir nicht erklären kann oder wenn ich ein Medikament einsetze, von dem bekannt ist, dass es häufig zu Interaktionen führt. Eine gute Möglichkeit, im Internet nach Interaktionen zwischen mehreren Medikamenten zu suchen, findet sich bei Epocrates unter <https://online.epocrates.com>. Die aktuelle Untersuchung zeigt, dass die automatische Kontrolle aller verordneten Medikamente zwar zu lästig vielen Warnungen, aber auch zu vielen wichtigen Therapieänderungen führt. Idealerweise müsste es ein Programm geben, das die elektronische Medikamentenliste jedes Kranken ohne grossen Aufwand meinerseits automatisch kontrolliert, dauernd die neusten Erkenntnisse berücksichtigt, aber trotzdem nicht mit zu häufigen Warnungen verwirrt.

Zusammengefasst von Peter Koller

Verlauf von Prostatakrebs ohne kurative Therapie

k Lu-Yao GL, Albertsen PC, Moore DF et al. Outcomes of localized prostate cancer following conservative management. *JAMA* 2009 (16. September); 302: 1202-9

In den USA wird bei 17% aller Männer im Laufe des Lebens ein Prostatakarzinom diagnostiziert, aber es sterben nur 3% an dieser Krankheit. Somit profitiert nicht einmal jeder fünfte von einer Therapie. Wie die Erkrankung verläuft, wenn bei auf die Prostata beschränkten Karzinomen keine Therapie mit kurativer Zielsetzung (radikale Prostatektomie oder Strahlentherapie) angestrebt wird, dazu fehlen neuere Daten. Um diese Frage zu studieren, wurden in den USA Versicherungsdaten mit Daten eines Krebsregisters verknüpft. So konnten Diagnosen, Sterbedaten, operative und medikamentöse Therapien, Bestrahlungen und Antiandrogen-Interventionen den einzelnen Erkrankten zugeordnet werden. Alle Männer über 65, bei denen zwischen 1992 und 2002 ein lokalisiertes Prostatakarzinom diagnostiziert und keine Therapie mit kurativer Absicht durchgeführt worden war, wurden bis 2005 beobachtet.

Von den 14'516 Betroffenen starben während der Beobachtungsperiode 10% am Prostatakrebs und 39% an anderen Ursachen. Wenn nur die 3'306 mit wenig differenziertem Karzinom berücksichtigt wurden, betragen die entsprechenden Anteile 21% und 42%. Bei den Männern über 80 waren es 12% und 50%. Die auf den Prostatakrebs allein zurückzuführende Sterblichkeit über 10 Jahre betrug 6%. Diese Zahl ist um 60% kleiner als in historischen Kontrollen aus der Zeit, bevor Screening-Untersuchungen mittels Prostata-spezifischem Antigen (PSA) durchgeführt wurden, und ist auch kleiner als bei Patienten mit in kurativer Absicht durchgeführter, radikaler Prostatektomie in älteren Studien. Im Laufe der Beobachtungsperiode erhielten 83% eine antiandrogene Therapie; eine palliative Bestrahlung oder Chemotherapie hingegen erhielten weniger als 10%.

Offenbar hat selbst dann, wenn keine kurative Therapie angestrebt wird, die Überlebenswahrscheinlichkeit bei Prostatakarzinom in den letzten Jahren massiv zugenommen. Dabei ist zu bedenken, dass die Bestimmung des PSA die Krebsdiagnostik durchschnittlich mehrere Jahre früher erlaubt. Da die Studie nicht kontrolliert ist und die Daten aus Datensammlungen stammen, die nicht für diesen Zweck angelegt worden sind, erlaubt sie keine Entscheidung für oder gegen eine

in kurativer Absicht durchgeführte radikale Prostatektomie oder Bestrahlung. Auch erhielt die Mehrheit der beobachteten Männer im Verlauf der Erkrankung eine antiandrogene Therapie, welche wie die Prostatektomie zu erektiler Impotenz führen kann. Mit Recht weisen die Studienverantwortlichen darauf hin, dass für eine Antwort auf diese Frage die Resultate einer laufenden internationalen, kontrollierten Studie abgewartet werden müssen.

Zusammengefasst von Renato L. Galeazzi

Händehygiene und Gesichtsmasken gegen Grippeviren

I Cowling BJ, Chan KH, Fang VJ et al. Facemasks and hand hygiene to prevent influenza transmission in households: a cluster randomized trial. *Ann Intern Med* 2009 (6. Oktober); 151: 437-46

Der Nutzen nicht-pharmakologischer Massnahmen zur Verhinderung der Übertragung von respiratorischen Keimen wird kontrovers diskutiert. Im Rahmen dieser Studie aus Hongkong wurde deshalb untersucht, ob das Tragen von chirurgischen Masken und eine intensive Händehygiene die Ausbreitung von Grippeviren verhindern kann. Die Übertragungsrate von Influenzaviren innerhalb von Haushalten wurde zwischen den folgenden drei Gruppen verglichen: Keine Intervention, Tragen von chirurgischen Masken plus intensive Händehygiene und Händehygiene allein.

Insgesamt führten 8% der Kontakte innerhalb des Haushaltes zu einer Ansteckung. Kinder zwischen sechs und fünfzehn Jahren wurden deutlich häufiger angesteckt als ältere oder jüngere Personen. Tendenziell kam es innerhalb eines Haushalts auch dann zu mehr Ansteckungen, wenn es sich bei der erkrankten Person um ein Kind handelte. Die Hygienemassnahmen hatten nur dann einen Einfluss auf die Ausbreitung der Grippeviren, wenn sie innerhalb der ersten sechsdreissig Stunden nach Symptombeginn begonnen wurden. Ob eher das Tragen einer Gesichtsmaske oder die Händehygiene für den Nutzen verantwortlich war, konnte nicht eruiert werden.

Wenn die Ausbreitung respiratorischer Viren durch Händehygiene und durch das Tragen von chirurgischen Masken verhindert werden soll, müssen diese Massnahmen frühzeitig ergriffen und konsequent durchgeführt werden. Dies ist im Alltag schwierig. Deshalb unterschätzt die vorliegende Studie möglicherweise den Effekt nicht-pharmakologischer Massnahmen.

Zusammengefasst von Anne Witschi

Müssen für eine Meta-Analyse alle randomisierten Personen berücksichtigt werden?

m Nuesch E, Trelle S, Reichenbach S et al. The effects of excluding patients from the analysis in randomised controlled trials: meta-epidemiological study. *BMJ* 2009 (7. September); 339: b3244

Die Qualität von Meta-Analysen hängt direkt mit der Qualität der verwendeten Studien zusammen. So ist zum Beispiel bekannt, dass Art und Qualität der Verblindung in den ausgewählten Studien einen Einfluss auf das Resultat von Meta-Analysen haben. In vielen Studien werden Teilnehmende zwar randomisiert, später aber aus verschiedenen Gründen

nicht in die Analyse einbezogen. Da dieses Vorgehen das Resultat einer Studie beeinflussen kann, könnte es auch einen Einfluss auf die Schlussfolgerungen von Meta-Analysen haben. Dies besonders, wenn als Endpunkte subjektive Parameter, wie beispielsweise Schmerzen, verwendet werden.

Es wurden 14 Meta-Analysen untersucht, in welchen insgesamt 167 randomisierte Studien mit Interventionen bei Hüft- und Kniearthrose ausgewertet wurden; jede Meta-Analyse umfasste mindestens eine Studie, in der alle randomisierten Personen ausgewertet wurden, und eine, in der dies nicht der Fall war. Nur in 23% aller Studien waren die Daten aller randomisierten Personen analysiert worden. Der Anteil an Teilnehmenden, deren Daten nicht in die Auswertung einbezogen wurden, lag bei 0,1 bis 40% (Median 7,2%). Wenn nicht die Resultate aller randomisierten Personen berücksichtigt wurden, schnitt die getestete Therapie im Durchschnitt besser ab. Bei Studien, die eine grosse Wirksamkeit der untersuchten Therapie zeigten, und bei solchen zu alternativmedizinischen Interventionen war dieser Einfluss auf das positive Resultat am grössten. Wurden nur Studien, in denen alle Teilnehmenden in die Auswertung einbezogen wurden, für die Meta-Analysen verwendet, so verringerte sich der Nutzen der untersuchten Intervention in 10 der 14 Studien.

Die Studienverantwortlichen zeigen für die hier untersuchten Interventionen, dass deren Wirkung in einer Meta-Analyse weniger positiv beurteilt würde, wenn nur Studien mit Auswertung der Daten aller randomisierten Teilnehmenden berücksichtigt worden wären. Für andere Fragestellungen könne jedoch weder Richtung noch Ausmass dieses Einflusses vorausgesagt werden. Daher sei bei einer Meta-Analyse immer auch der Einfluss derjenigen Studien, welche nicht alle Randomisierten auswerten, auf das Resultat der Meta-Analyse zu untersuchen.

Zusammengefasst von Renato L. Galeazzi

Schwangerschaftsdiabetes behandeln

I Landon MB, Spong CY, Thom E et al. A multicenter, randomized trial of treatment for mild gestational diabetes. *N Engl J Med* 2009 (1. Oktober); 361: 1339-48

Ein Schwangerschaftsdiabetes wird heute in der Regel diätetisch und bei Bedarf mit Insulin behandelt. Wie gut sich damit unerwünschte Folgen für das Kind, insbesondere perinatale Komplikationen vermeiden lassen, war Gegenstand dieser randomisierten Studie bei 958 Frauen mit einem leichten Schwangerschaftsdiabetes. Bei Einschluss in die Studie war bei ihnen eine pathologische Glukosetoleranz nachweisbar, die Nüchtern-Blutzuckerwerte waren aber niedriger als 5,3 mmol/l. Nach dem Zufall wurde die Hälfte der Frauen in eine Diät und die Selbstmessung der Blutzuckerwerte eingeführt; diese Frauen erhielten bei wiederholt erhöhten Blutzuckerwerten auch eine Insulinbehandlung. Die Therapie der Kontrollgruppe wurde den Behandelnden überlassen.

Der kombinierte primäre Endpunkt (Totgeburt, perinataler Tod oder perinatale Komplikationen) wurde in der Interventionsgruppe zwar seltener beobachtet (32% gegenüber 37%), der Unterschied war aber statistisch nicht signifikant. Signifikante Unterschiede fanden sich hingegen bezüglich des durchschnittlichen Geburtsgewichts (3'300 gegenüber 3'400 g), eines Geburtsgewichts über 4'000 g (6% gegenüber 14%), der Häufigkeit von Entbindungen mittels Kaiserschnitt (27% gegenüber 34%) und anderen sekundären Endpunk-

ten. Die Studienverantwortlichen werten dies als Argument für eine Behandlung auch leichter diabetischer Störungen in der Schwangerschaft.

Die vorliegende Studie bestätigt die heute geltende Lehrmeinung, dass ein Schwangerschaftsdiabetes mit Diät und allenfalls mit Insulin behandelt werden soll, um perinatale Komplikationen zu verhindern. Die Resultate sprechen dafür, bereits Schwangere mit einer pathologischen Glukosetoleranz aber normalem Nüchternblutzuckerwerten zu behandeln. Unklar bleibt allerdings, inwieweit die Diät, die Blutzucker-Selbstkontrolle oder die Insulinbehandlung für die beobachtete Verbesserung verantwortlich war. Obwohl sie in einzelnen Studien erfolgreich eingesetzt wurden, bleibt auch offen, ob orale Antidiabetika eine Alternative zur Insulinbehandlung darstellen könnten (siehe infomed screen Juli/August 2008).

Zusammengefasst von Peter Ritzmann

screen-telegramm

Steroide begünstigen Vorhofflimmern

f Christiansen CF, Christensen S, Mehnert F et al. Glucocorticoid use and risk of atrial fibrillation or flutter: a population-based, case-control study. *Arch Intern Med* 2009 (12. Oktober); 169: 1677-83

22'221 Personen, bei denen in den Jahren 1999-2005 neu ein Vorhofflimmern oder -flattern diagnostiziert worden war, wurden mit 202'130 Kontrollpersonen in Bezug auf die aktuelle oder frühere Einnahme von Kortikosteroiden verglichen. Bei Personen, die gegenwärtig Steroide einnahmen, war das Risiko für das Auftreten von Vorhofflimmern oder -flattern ungefähr doppelt so hoch (OR 1,92, 95% CI 1,79-2,06). Dieser Zusammenhang war ausgeprägter, wenn die Steroide erst gerade neu verordnet worden waren. Personen hingegen, die früher einmal Steroide eingenommen hatten (und aktuell nicht mehr), zeigten kein erhöhtes Risiko.

Hilfreiche Liegepause nach Insemination

r Custers IM, Flierman PA, Maas P et al. Immobilisation versus immediate mobilisation after intrauterine insemination: randomised controlled trial. *BMJ* 2009 (29. Oktober); 339: b4080

199 Frauen, die nach einer intrauterinen Insemination 15 Minuten in liegender Position verbracht hatten, wurden in dieser randomisierten Studie mit 192 Frauen verglichen, die sofort nach dem Eingriff mobilisiert worden waren. Dank der Liegepause erhöhte sich die Chance für eine Schwangerschaft gesamthaft von 18% auf 27% – dies entspricht einem relativen Risiko (RR) von 1,5 (95% CI 1,1-2,2). Für einen einzelnen Inseminations-Versuch betrachtet, verbesserte sich die Chance von 7% auf 10% für den ersten, von 5% auf 10% für den zweiten und von 5% auf 7% für den dritten Versuch.

Oberschenkelumfang und das Risiko von Herz-erkrankungen

k Heitmann BL, Frederiksen P. Thigh circumference and risk of heart disease and premature death: prospective cohort study. *BMJ* 2009 (3. September); 339: b3292

Ein Oberschenkelumfang von weniger als 60 cm war in dieser Kohortenstudie mit einem erhöhten Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen, koronare Herzkrankheit und einer erhöhten Mortalität bei Frauen und Männern vergesellschaftet. Ein Umfang von mehr als 60 cm brachte keinen zusätzlichen Nutzen. Dieser Zusammenhang war unabhängig vom Körpergewicht oder von anderen Risikofaktoren. Dieses erstaunliche Ergebnis erklären sich die Studienverantwortlichen damit, dass sehr schlanke Oberschenkel auf eine zu tiefe Muskelmasse hinweisen könnten.

Welches Insulinschema bei Typ-2-Diabetes?

I Holman RR, Farmer AJ, Davies MJ et al. Three-year efficacy of complex insulin regimens in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2009 (29. Oktober); 361: 1736-47

In dieser offen geführten randomisierten Studie erhielten 708 Diabetes- kranke, die unter alleiniger oraler Diabetestherapie ungenügende HbA1c-Werte erreichten, zusätzlich entweder zweimal täglich ein biphasisches Insulin-Aspart (NovoMix®30), dreimal täglich Insulin-Aspart (NovoRapid®) vor dem Essen oder einmal täglich das Basisinsulin Dete- mir (Levemir®). Wenn die Diabeteeseinstellung im Verlauf immer noch unbefriedigend war, konnte der orale Sulfonylharnstoff durch einen zweiten Insulintyp ersetzt werden. Die nach drei Jahren resultierenden durchschnittlichen HbA1c-Werte waren mit rund 7% in allen drei Grup- pen vergleichbar. In der Gruppe mit biphasischem Insulin erreichten je- doch weniger Personen ein HbA1c unter 6,5% als in den anderen bei- den Gruppen. Am wenigsten Hypoglykämien traten in der Gruppe mit Basisinsulin auf, gefolgt von denjenigen mit biphasischem Insulin. Dies- bezüglich und auch bezüglich Gewichtszunahme schnitt die Gruppe mit prandialem Insulin am schlechtesten ab.

Paracetamol-Prophylaxe vor Impfungen?

I Prymula R, Siegrist CA, Chlibek R et al. Effect of prophylactic paracetamol administration at time of vaccination on febrile reactions and antibody responses in children: two open-label, randomised controlled trials. *Lancet*. 2009 (17. Okto- ber); 374: 1339-50

459 Kindern wurden nach dem Zufall entweder drei Dosen Paraceta- mol (Panadol® u.a.) oder keine entsprechende Prophylaxe in den ersten 24 Stunden nach einer Kombinationsimpfung (gegen Hämophilus in- fluenzae, Diphtherie, Tetanus, Polio, Keuchhusten, Hepatitis B und Rotavirus) verabreicht. Die Zahl der Kinder, die Fieber über 38°C ent- wickelten, war in der Gruppe, die Paracetamol erhalten hatte, zwar deutlich kleiner, aber diese Kinder hatten auch weniger Antikörper ge- bildet. Somit kann die Gabe von Paracetamol zwar eine fieberhafte Reaktion verhindern, beeinträchtigt aber möglicherweise die immuno- gene Wirkung der Impfung.

Behandlung eines Abortes und zukünftige Frucht- barkeit

I Smith LF, Ewings PD, Quinlan C. Incidence of pregnancy after expectant, medical, or surgical management of spontaneous first trimester miscarriage: long term follow-up of miscarriage treatment (MIST) randomised controlled trial. *BMJ* 2009 (8. Oktober); 339: b3827

Es werden Langzeitdaten einer randomisierten Studie rapportiert, in der drei verschiedene Arten der Behandlung von Frühaborten verglichen wer- den: abwartend, medikamentös oder chirurgisch. Bei den 762 Frauen (von ursprünglich 1128 teilnehmenden), von welchen die Daten nach 5 Jahren vorlagen, war die Rate nachfolgender Lebendgeburten mit rund 80% in allen drei Gruppen vergleichbar. Die Art der Behandlung bei einem Abort scheint also auf die Chance für eine spätere Schwanger- schaft/Geburt keinen Einfluss zu haben.

Operativ oder konservativ bei Karpaltunnel- syndrom?

I Jarvik JC, Comstock BA, Kliot M et al. Surgery versus non-surgical therapy for carpal tunnel syndrome: a randomised parallel-group trial. *Lancet* 2009 (26. Sep- tember); 374:1074-81

Im Rahmen dieser randomisierten Studie wurden Beschwerden auf- grund eines Karpaltunnelsyndroms entweder mit einer Operation oder

mit einem multimodalen konservativen Vorgehen (mit Ultraschall, ergo- therapeutischen Übungen, ergonomischen Anpassungen im Alltag, ent- zündungshemmenden Medikamenten und/oder Ruhigstellung) behan- delt. Das operative Vorgehen zeigte nach 12 Monaten gemessen mit einem für das Karpaltunnel-Syndrom spezifischen Symptom- und Funk- tions-Score zwar einen Vorteil. Dessen klinische Bedeutung war aller- dings bescheiden. Zudem konnten nur die Daten von 101 von insge- samt 116 Personen ausgewertet werden.

Geburtseinleitung für Schwangere mit hohem Blutdruck

I Koopmans CM, Bijlenga D, Groen H et al. Induction of labour versus expect- ant monitoring for gestational hypertension or mild pre-eclampsia after 36 weeks' gestation (HYPITAT): a multicentre, open-label randomised controlled trial. *Lancet* 2009 (19. September); 374: 979-88

Bei 756 Schwangeren mit einer Schwangerschaftshypertonie oder leich- ten Prä-Eklampsie wurde nach dem Zufall entweder die Geburt einge- leitet oder weiter abgewartet. Primärer Endpunkt war eine Kombination aus verschiedenen mütterlichen Komplikationen – wie mütterliche Sterblichkeit, Eklampsie, HELLP, schwere Hypertonie, grössere postpar- tale Blutung und andere. Eine dieser Komplikationen trat bei Ge- burtseinleitung in 31% der Fälle auf, bei abwartendem Vorgehen hinge- gen in 44%, dies entspricht einem verminderten relativen Risiko (RR) von 0,71 (95% CI 0,59-0,86) für die Geburtseinleitung. In dieser Studie kam es weder bei Müttern noch bei Neugeborenen zu einem Todesfall; es trat auch keine Eklampsie auf.

Persistierende Schmerzen nach operativer Brust- krebstherapie

a Gärtner R, Jensen MB, Nielsen J et al. Prevalence of and factors associated with persistent pain following breast cancer surgery. *JAMA* 2009 (11. November); 302: 1985-92

Von den 3'754 Frauen, denen in den Jahren 2005 und 2006 in Däne- mark ein primärer Brustkrebs operativ behandelt worden war, gaben 3'253 (87%) anfangs des Jahres 2008 Auskunft über den weiteren Ver- lauf. 1'543 (47%) Frauen klagten über persistierende Schmerzen, bei 201 der Betroffenen waren es starke Schmerzen. Dabei handelte es sich vor allem um jüngere Frauen und solche, die zusätzlich mit Radio- therapie behandelt worden waren. Wurden nur die Sentinell- Lymphknoten entfernt, traten weniger chronische Schmerzen auf als nach einer radikalen Lymphknotenentfernung.

Telegramme von Alexandra Röllin

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

Dr. I. Büchler, FMH Rheumatologie, St. Gallen

Dr. R. Frey, Kardiologie, Kantonsspital, Schaffhausen

PD Dr. J. Leuppi, Pneumologie, Innere Medizin, Universitätsspital, Basel

Prof. Dr. T. Neuhaus, Nephrologie/Pädiatrie, Kinderspital, Luzern

Internet Corner

Ein Blick auf die BMJ Group

Im Internet veröffentlichen heute die Herausgeber von medizinischen Zeitschriften neben den Inhalten der gedruckten Hefte nicht selten eine ganze Fülle von zusätzlichen Informationen. Diese beziehen sich teilweise direkt auf die Artikel, die auch im Druck erscheinen – zusätzliche Daten, erweiterte Texte –, teilweise handelt es sich jedoch um eigenständige, speziell für die Online-Verwendung aufbereitete Produkte, die manchmal sogar kostenlos erhältlich sind. Das Internet-Angebot der BMJ Group stellt ein gutes Beispiel für eine Website dar, die weit über eine blossе Zeitschriftenadresse (BMJ = British Medical Journal) hinausgewachsen ist.

An der Adresse der *BMJ Group* (<http://group.bmj.com/>) finden sich mehr als 30 verschiedene Fachzeitschriften. Diese sind allerdings nur dann im Volltext zugänglich, wenn man über ein bezahltes Abonnement verfügt. (Personen in Entwicklungsländern können die Zeitschriften gemäss der «Health InterNetwork Access to Research Initiative» [<http://www.who.int/hinari/about/en/>] gratis oder zu stark reduziertem Preis konsultieren.) Immerhin bieten mehrere Periodika jeden Monat einen allgemein zugänglichen Volltext an. Irritierend ist allerdings, dass dies nur für einen Teil der Artikel zutrifft, die auf der Website als «free» bezeichnet werden. Zudem bleiben die «frei» zugänglichen Texte in der Regel nur so lange erhältlich, als noch keine neue Nummer des Hefts publiziert ist. Zuverlässig ist dagegen der Gratiszugang zum Archiv aller Zeitschriften bis zum Jahr 2005 (siehe:

<http://group.bmj.com/group/media/bmj-journals-information-centre>). Um Zugang zu erhalten, muss man sich einmal registrieren; ein Abonnement ist dabei nicht notwendig. Die BMJ Group hat sich darum bemüht, wirklich alle früheren Ausgaben in digitaler Form anzubieten. So kann man beispielsweise auch Ausgaben des BMJ aus dem 19. Jahrhundert einsehen (<http://www.bmj.com/archive/>). Natürlich lässt sich über den Wert dieser «alten» Texte streiten, leben wir doch in einer exklusiv auf Aktualität ausgerichteten Zeit.

Ausser den Zeitschriften offeriert die BMJ Group verschiedene Dienstleistungen zur «Evidence Based Medicine», Online-Fortbildung («BMJ Learning»), mehrere Blogs, Stelleninserate und noch einiges mehr. Obwohl ich auch heute noch am liebsten «Gedrucktes» lese, machen mir einige der Blogs – die man ja nur am Bildschirm lesen kann – grosses Vergnügen, besonders diejenigen der «Guest Bloggers» (<http://blogs.bmj.com/bmj/category/guest-bloggers/>), die sich oft durch ihr Engagement für Anliegen auszeichnen, die ausserhalb der profitorientierten Medizin liegen.

Im Bereich der «Evidence Based Medicine» ist ein kanadisches Angebot erwähnenswert: auf die Bedürfnisse praktischer tätiger Ärztinnen und Ärzte ausgerichtet, individuell anpassungsfähig und erst noch gratis sind die «Evidence Updates» der McMaster University (<http://group.bmj.com/products/evidence-centre/evidence-updates>). Hier kann man ein Interessenprofil definieren und erhält dann nach klinischer Relevanz ausgewählte Zusammenfassungen von aktuellen Studien (via E-Mail oder auf der Website <http://plus.mcmaster.ca/EvidenceUpdates/>).

Etzel Gysling

AZB
9500 Wil

infomed-screen

Januar/Februar 2010 – Jahrgang 14 / Nummer 1

Antibiotikaphylaxe bei Kindern mit rezidivierenden Harnwegsinfekten: Bescheidener Nutzen einer Langzeitprophylaxe mit Cotrimoxazol – Seite 1

Migräne und kardiovaskuläre Erkrankungen: Ischämische Hirnschläge und TIA sind bei Migräneerkrankung mit Aura häufiger – Seite 2

Schlafapnoesyndrom besser dank Gewichtsreduktion: Stark übergewichtige Männer mit schweren Symptomen profitieren am meisten – Seite 2

Halskragen wirksam und billiger als Physiotherapie: Bei radikulären Nacken-Arm-Schmerzen hilft der Halskragen trotz geringeren Kosten ähnlich gut wie Physiotherapie – Seite 3

Kein Nutzen antiviraler Substanzen bei Fazialisparese: Seite 4

Langzeitnutzen von inhalierten Steroiden bei COPD? Seite 4

Mit elektronischer Kontrolle besser verschreiben: Seite 4

Verlauf von Prostatakrebs ohne kurative Therapie: Seite 5

Händehygiene und Gesichtsmasken gegen Grippeviren: Seite 5

Müssen für eine Meta-Analyse alle randomisierten Personen berücksichtigt werden? Seite 5

Schwangerschaftsdiabetes behandeln: Seite 6

screen-telegramm: Seiten 6-7

ISSN 1422-0059

Eine pharma-kritik-Publikation

Koordination und Redaktion dieser Nummer:
Alexandra Röllin und Peter Ritzmann

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

und die Wiler Gruppe für Evidence Based Medicine:
Markus Häusermann, 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 ©2010 by Infomed Wil