

Journal Club

Weekly Briefing

Prof. Dr. med. Lars C. Huber, Prof. Dr. med. Martin Krause

Wissenschaftliche Redaktion Swiss Medical Forum

Stabile Angina pectoris

Effekt der Koronarintervention

Können pektanginöse Beschwerden bei stabiler Angina pectoris (AP) durch einen perkutanen Koronareingriff (PCI) gelindert werden? Der PCI-Effekt wurde bei 301 unbehandelten Patientinnen und Patienten (64+9 Jahre, 79% Männer) mit nachgewiesener Myokardminderdurchblutung 1:1 randomisiert gegenüber einer Placebo-Intervention untersucht. Nach zwölf Wochen waren AP-Beschwerden in der PCI-Gruppe in 80% verschwunden, signifikant häufiger als in der Placebo-Gruppe (55%). In der PCI-Gruppe waren Leistungskapazität und Lebensqualität relevant besser. Dies ist der erste placebokontrollierte Nachweis eines positiven Effektes der PCI auf die AP-Symptomatik. Ist PCI keine Option, bleibt die medikamentöse Therapie weiterhin eine sinnvolle Alternative.

N Engl J Med. 2023, doi.org/10.1056/NEJMoa2310610.
Verfasst am 14.11.23_MK, auf Hinweis von
Prof. Dr. Franz Eberli, Zürich

Chikungunya

Erster Impfstoff zugelassen

Chikungunya ist eine durch Stechmücken übertragene Virusinfektion, die sich mit hohem Fieber, Exanthem und sehr starken Gelenkschmerzen äussert. Letztere können chronisch rezidivieren. Gelegentlich verläuft die Infektion tödlich (0,3–1/1000 Fälle). Sie kommt vor allem in Indien, Südostasien und Afrika vor. Es gibt keine Therapie. Im November 2023 wurde in den USA der erste Impfstoff gegen Chikungunya zugelassen. In einer Phase-3-Studie hatten 98,9% der Geimpften nach vier Wochen neutralisierende Antikörper, die über sechs Monate persistierten. Die Impfung war unabhängig vom Alter gut verträglich, bedeutende Nebenwirkungen waren selten. Es handelt sich um einen abgeschwächten Lebendimpfstoff, der als Einmaldosis intramuskulär verabreicht wird.

Lancet. 2023, doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00641-4.
Verfasst am 19.11.23_MK

Immer wieder

Kochsalz und Blutdruck

In einer Cross-Over-Studie wurde bei 213 Personen, die während einer Woche unterschiedliche Mengen Natrium (Na) konsumierten, die Blutdruck-(BD-)Werte verglichen: mit Diät-kost mit 0,5 g Na/Tag war der systolische BD 6 mm Hg tiefer als bei normaler Kost (ca. 4,5 g Na/Tag) und 8 mm Hg tiefer gegenüber der Kost, der 2,2 g Na/Tag beigelegt wurden (ca. 6,7 g Na/Tag). Der Unterschied des mittleren BDs betrug 4 mm Hg zwischen der niedrigen und hohen Na-Gruppe. Das Besondere bei dieser Untersuchung war, dass der BD-senkende Effekt der salzarmen Kost unabhängig von Alter, Geschlecht, Diabetes und Body Mass Index war. Er bestand auch unabhängig davon, ob die Personen normo- oder hyperten waren oder ihre Hypertonie behandelt oder unbehandelt war.

JAMA. 2023, doi.org/10.1001/jama.2023.23651.
Verfasst am 21.11.23_MK

CME

Chronische Prostatitis

- Die chronische Prostatitis ist charakterisiert durch Schmerzen im Beckenboden, die >3 Monate andauern. Oft bestehen gleichzeitig Miktionsbeschwerden und sexuelle Dysfunktionen. Sie kommt ab 50 Jahren gehäuft vor.
- Die Pathogenese ist nur lückenhaft geklärt. Zahlreiche Faktoren scheinen eine Irritation/Läsion der Nervenbündel an der Prostata zu triggern, die die chronischen Schmerzen und Begleitsymptome verursachen.
- Leitsymptom sind Schmerzen im Urogenitalbereich: Perineum, Penis, Hoden, Rektum, Leiste. Die Schmerzen werden

durch Wasserlösen oder Ejakulation verstärkt.

- Begleitend sind Miktionsbeschwerden wie Drang, Pollakisurie, Nykturie sowie erektile Dysfunktion und Libidoverlust. Rund 1/3 der Betroffenen beklagt Defäkationsstörungen.
- Nicht unerheblich sind psychosoziale Symptome wie Stress, Depression und Angst.
- In der Abklärung ist der Ausschluss anderer Diagnosen (urologisches Karzinom, Infektion, neurologische Blasenstörungen, benigne Prostatahyperplasie) von wichtigster Bedeutung.
- Bei der Rektaluntersuchung ist die Prostata meist schmerzhaft. Die Beckenbodenmuskulatur kann Schmerzpunkte aufweisen.
- Eine Urinuntersuchung dient zum Ausschluss einer Harnwegsinfektion oder

Hämaturie. Weitere nützliche Tests sind das Prostata-spezifische Antigen (PSA) im Blut und Ultraschalluntersuchungen von Blase, Prostata und Hoden.

- Grundsätzlich sollte die Therapie multimodal durchgeführt werden.
- Zur Analgesie sind Paracetamol, nichtsteroidale Antirheumatika, ev. Gabapentin und trizyklische Antidepressiva geeignet. Eine Antibiotikatherapie mit Chinolonen (1–2 Zyklen über je 4–6 Wochen) wird empfohlen, auch wenn keine bakterielle Genese bekannt ist. Des Weiteren empfohlen: Tamsulosin, Beckenbodentraining, Akupunktur, psychotherapeutische Begleitung.

BMJ. 2023, doi.org/10.1136/bmj-2023-073908.
Verfasst am 23.11.23_MK

Erstmalige Psychose

Stellenwert der kranialen Bildgebung

Bei Personen, die sich mit akuter psychotischer Symptomatik vorstellen (z.B. Halluzinationen, Wahnvorstellungen, katatonem Stupor), wird in der Regel eine kraniale Bildgebung zum Ausschluss einer sekundären Ursache durchgeführt. Was ist die Evidenz hierfür? Und wie gut ist die diagnostische Ausbeute («Yield»), konkret das Verhältnis von durchgeführten Untersuchungen zu pathologischen Befunden, die entweder eine unmittelbare therapeutische Konsequenz haben (z.B. zerebrovaskulärer Insult, Hydrozephalus, intrazerebrale Blutung) oder eine erklärende Ursache für die psychiatrische Symptomatik detektieren (strukturelle Veränderungen, Hirntumor)?

Eine kürzliche Studie [1] zur Computertomographie (CT) hat einen Yield von 0,0% (sic!) beschrieben. Die Arbeit war zwar durch ihr Design (retrospektiv und monozentrisch) limitiert. Immerhin umfasste sie >350 Personen über einen Zeitraum von sechs Jahren. Auch eine Metaanalyse mit 16 Studien zu CT und Magnetresonanztomographie (MRT) bei erstmaliger Psychose fand eine kausale Pathologie in nur gerade 0,4% der Fälle [2].

Weitaus höhere Zahlen ergibt eine aktuelle Metaanalyse [3] zur MR-tomographischen Prävalenz pathologischer Befunde bei erstmaliger Psychose: analysiert wurden zwölf Originalarbeiten mit total 1613 Patientinnen und Patienten. Bei 26% (!) fanden sich neuroradiologische Anomalien, am häufigsten Veränderungen in der weissen Hirnsubstanz und Zysten. Bei fast 6% davon («number needed to test»: 18) resultierte eine Änderung im weiteren Management. Konkrete klinische Details dazu finden sich im Paper aber nicht. Zudem ist nicht ersichtlich, ob auch nicht psychiatrische Symptome als Indikation für eine kraniale Bildgebung berücksichtigt wurden: dies würde eine Überschätzung der Befundprävalenz nahelegen.

Was schliessen wir daraus? 1. Die Prävalenz neuroradiologischer Anomalien im Kollektiv von Personen mit erstmaliger Psychose ist hoch – die Mehrheit ist ohne Handlungsbedarf; 2. der Yield relevanter Befunde rechtfertigt eine MRT als initiale diagnostische Evaluation; 3. die Sensitivität der kranialen CT ist hingegen ungenügend – auf sie kann bei fehlender anderweitiger Indikation verzichtet werden.

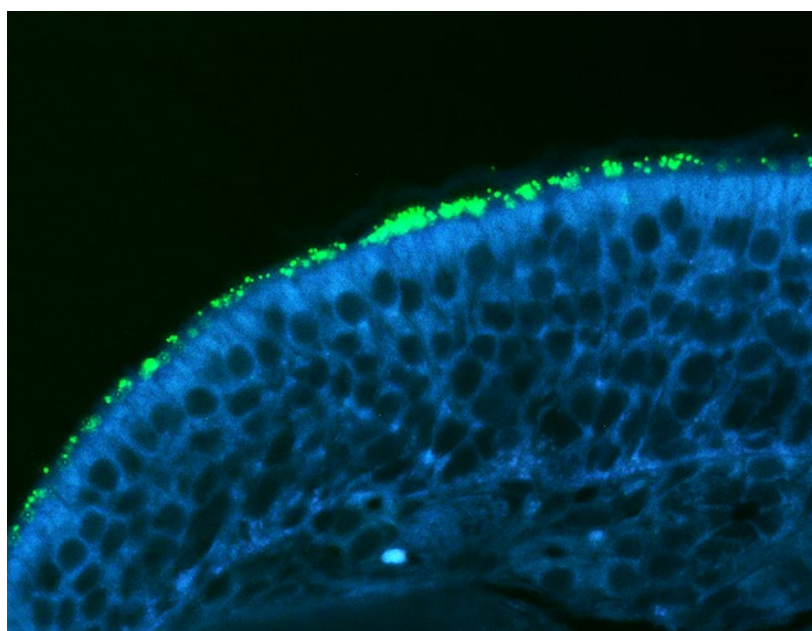
1 JAMA Intern Med. 2022, doi.org/10.1001/jamainternmed.2022.2198.

2 Aust N Z J Psychiatry. 2019, doi.org/10.1177/0004867419848035.

3 JAMA Psychiatry. 2023, doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.2225.

Verfasst am 16.11.23_HU

Respiratorische Infektionen



PD Dr. med. P. Meyer Sauter, Universitäts-Kinderspital Zürich

Immunfluoreszierende Mykoplasmen auf der Nasenschleimhaut einer C57BL/6-Wildtyp-Maus (freundlicherweise zur Verfügung gestellt von PD Dr. med. P. Meyer Sauter).

Rückkehr der Mykoplasmen!

Vor 2020 gehörten Mykoplasmen (*Mycoplasma pneumoniae*) zu den gängigsten Erregern von oberen Atemwegsinfekten und akuten Bronchitiden, bei den Pneumonien rangierten sie nach den Pneumokokken als zweithäufigste bakterielle Erreger. Mit Beginn der COVID-Pandemie ging die Inzidenz von Mykoplasmeninfekten drastisch zurück [1]. Dieser Trend war durch Vorsichtsmassnahmen (Maskentragen etc.) gut erklärt – er wurde auch bei anderen respiratorischen Pathogenen beobachtet. Während aber die Transmission anderer Erreger nach Lockerung dieser Massnahmen wieder zunahm, blieb die Inzidenz von Mykoplasmeninfekten weltweit tief: gemäss Surveillance in einem globalen Netzwerk (42 Zentren in 23 Ländern aus Europa, Asien, Amerika und Ozeanien) konnten Mykoplasmen von April 2022 bis März 2023 in nur gerade 214 von 212207 Tests nachgewiesen werden (0,1%). Eine Ausnahme unter den respiratorischen Pathogenen? Ja – zumindest bislang. Im Zeitraum seit April sind nämlich auch die Mykoplasmen zurückgekehrt [2]: die Inzidenz ist dabei von 0,8 auf 4,1% angestiegen, positive Fälle wurden insbesondere aus Europa (die Schweiz an 3. Stelle!) und Asien berichtet.

Was sind die Gründe für diesen verzögerten Anstieg der Mykoplasmeninfekte nach der Pandemie? Möglicherweise sind es die atypischen Charakteristika dieser sehr kleinen und zellwandlosen Organismen, unter anderem ein langsames Wachstum (Generationszeit sechs Stunden), eine lange Inkubationszeit (1–3 Wochen) und eine relative tiefe Übertragungsrate mit der Notwendigkeit von engen Personenkontakten.

In der Regel verlaufen Mykoplasmeninfekte mild und benötigen weder Antibiotika noch eine Hospitalisation. Aktuell haben wir den Eindruck, dass schwere Verläufe – mit und ohne extrapulmonale Manifestationen – zugenommen haben. Eine Folge der sinkenden Seroprävalenz mit verminderter Herdimmunität während der letzten drei Jahre? Oder einfach ein Skaleneffekt (mehr Mykoplasmeninfekte erhöhen auch den absoluten Anteil an schweren Fällen)? Ungeklärt ist ebenso, ob die Krankheitsverläufe primär durch den bakteriellen Infekt oder durch Immunphänomene definiert werden. Eine Schweizer Studie zur placebokontrollierten Wirksamkeit von Makroliden (MYTHIC Study) ist diesbezüglich in Planung.

1 Lancet Microbe. 2023, doi.org/10.1016/S2666-5247(23)00182-9.

2 Lancet Microbe. 2023, doi.org/10.1016/S2666-5247(23)00344-0.

Verfasst am 23.11.23_HU