



Unter dem Patronat des KHM

Nr. 5

Journal Report

Dez. 2000

Texte und Redaktion: Dr. Silva Keberle; Dr. Eva Ebnöther
Kommentare in dieser Nummer: Dr. Werner Bauer, Küsnacht;
Dr. Marc Müller, Grindelwald; Dr. Hartmut Seifert, Meilen

INHALT

Risiko einer Tuberkuloseinfektion bei Touristen	1
Bei schlanken Frauen steigt das Frakturrisiko	1
Ist Herzinsuffizienz wirklich immer Herzinsuffizienz?	2
Depressionen beeinträchtigen die Behandlung anderer Erkrankungen	2
Infektionsquellen für Toxoplasmose	2
Das Internet als Überträger von HIV und Lues?	3
Sportlerherzen schlagen anders	3
Senken inhalative Steroide die Asthma-Mortalität?	3
Kontrazeption für Männer	4
Erhöhen niedrig dosierte Östrogene das Schlaganfallrisiko?	4
Herzinfarkt ohne Schmerzen auch bei Nichtdiabetikern häufig	4
Hormonelle Veränderungen bei werdenden Vätern	5
Junge Männer mit tiefem Cholesterin leben länger	5
Phytomedizin: Weidenrindenextrakt lindert Rückenschmerzen	5
Alkoholgenuss bei Herzinsuffizienz: Wenig schadet wenig	6
Guidelines für antibiotische Therapie bei Sinusitiden	6
Mortalität in der Intensivstation abhängig vom Stress der Pflegenden	6
Der erste Schritt zur Rauch-Abstinenz	7
Sind HMO-Ärzte zufriedener als ihre Kollegen?	7
Statine gegen Osteoporose?	8

Risiko einer Tuberkuloseinfektion bei Touristen

Früher war die Tuberkulose bei uns eine Volksseuche, heute ist sie fast ausgerottet. Tuberkulosefälle treten aber immer wieder auf. Ein Teil davon ist importiert, sei es, dass Gastarbeiter erkranken, die sich bereits in ihrer Heimat infiziert haben, sei es, dass Reisende die Tbc als «Souvenir» aus den Ferien mitbringen. Holländische Ärzte wollten herausfinden, wie gross das Risiko einer Tuberkuloseinfektion bei Reisen in Endemiegebieten ist (definiert als eine jährliche Inzidenz von über 1%). In die prospektive Studie wurden immunokompetente Personen aufgenommen, die für 3–12 Monate in solche Länder reisten und nie eine BCG-Impfung erhalten hatten. Vor der Abreise wurde ein Hauttest mit Tuberculin durchgeführt. Als negativ wurde eine Hautreaktion mit einem Durchmesser von weniger als 2 mm definiert. In diesem Fall wurde der Test 2–4 Monate nach der Rückkehr wiederholt. Um eine Kreuzreaktion gegen andere Mykobakterien ausschliessen zu können, wurde gleichzeitig ein Tuberkulintest mit *M. scrofulaceum* durchgeführt. Eine Infektion mit *M. tuberculosis* wurde angenommen, wenn der Tuberkulosehauttest nach der Reise einen Durchmesser von mindestens 10 mm aufwies und mindestens 3 mm grösser war als derjenige gegen *M. scrofulaceum*. 988 Personen wurden in die Studie aufgenommen. 656 (66%) stellten sich auch für die Tests nach der Reise zur Verfügung. Eine Infektion mit *M. tuberculosis* wurde bei 12 Personen (1,8%) festgestellt. Zehn von diesen hatten keinerlei Symptome einer Tuberkulose und wiesen auch ein normales Thoraxröntgenbild auf. Nur die beiden übrigen klagten entweder über Husten oder über Husten in Kombination mit Fieber und Thoraxschmerzen. Die Inzidenz einer Infektion mit *M. tuberculosis* betrug also 3,5 auf 1000 Monate Reisen, bzw. 0,6 für eine aktive Tuberkulose. Nach Ausschluss von Personen, die im Ausland im Gesundheitswesen tätig gewesen waren, lag der Wert bei 2,8.

Bei Reisen in Endemiegebiete besteht also ein substantielles Infektionsrisiko, so dass sich eine BCG-Impfung empfiehlt.

KOMMENTAR: Andere Länder – andere «Kater»! Eine eigentliche Überraschung ist das Ergebnis dieser Studie wohl nicht: Sicher ist es aber sinnvoll, gelegentlich darauf hinzuweisen, dass halt nach ein wenig gemittelter und keimarer zivilisierter Mitteleuropäer bei Reisen in überseeische Endemiegebiete nicht nur die Schmerzen von Mückenstichen und Kämmen, sondern auch das Infektionsrisiko (insbesondere von Tuberkulose) Handlungsfelder sind. Die Autoren fordern die reisenden Touristen auf, sich vor der Abreise mit Tuberculin testen zu lassen. Ob die Impfung mit BCG (Bacillus Calmette-Guérin) ein wirksames Mittel ist, ist letzter Schluss bei der vorliegenden Studie. W. Bauer

Lancet 2000;356:461–5

Bei schlanken Frauen steigt das Frakturrisiko

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung nehmen Osteoporosefrakturen zu. Die Folge davon sind Schmerzen, allenfalls Invalidität und erhebliche Kosten. Die Autoren der hier besprochenen Studie aus den USA fragten sich, ob man ohne Messung der Knochendichte Patienten mit einem erhöhten Risiko bestimmen könne. In die Studie aufgenommen wurden Frauen, die mindestens 65 Jahre alt waren. Bestimmt wurden Gewicht, Grösse, der Körperfettanteil und die Knochendichte. Zudem hatten die Frauen Fragen bezüglich körperlichen Aktivitäten, Gewicht mit 25 Jahren, Rauchen, Stürzen und Östrogengaben zu beantworten. Alle vier Monate wurden die Teilnehmerinnen kontaktiert und nach allfälligen Frakturen befragt. Ausgeschlossen wurden Brüche, die infolge schwererer Traumata aufgetreten waren.

Zs A
3109
- 16.11.02 Bül. -
ZB MED