

| | | |
|--|-----------------------|----|
| Testbriefchen oft nicht richtig abgelesen | Am J Med | 14 |
| Spiral-CT hilfreich bei Appendizitis-Verdacht | Int J Colorectal Dis | 14 |
| Wie Entblähen nach Koloskopie? | Gastrointest Endosc | 14 |
| 6-MP / AZA-Resistenz: Non-Responder bilden vermutlich unwirksamen Metaboliten | Gastroenterology | 14 |
| H ₂ -Atemtest vor der Koloskopie! | Gastrointest Endoscop | 15 |

Internationale Standards

| | | |
|--|-----------------|----|
| Diagnose und Therapie des Morbus Crohn | Z Gastroenterol | 16 |
|--|-----------------|----|

Leber

| | | |
|--|----------------------|----|
| Leberentzündung und AIDS: Bei HIV-Infizierten schreitet Hepatitis C rascher voran | Clin Infect Dis | 17 |
| Patienten mit Leberzirrhose: Ösophagoskopie-Intervalle individuell festlegen | J Hepatol | 17 |
| Nicht-alkoholische Fettleber: Abspecken reicht nicht! | Swiss Med Wkly | 17 |
| Leberempfänger sollte Allergien des Spenders kennen | Arch Intern Med | 18 |
| HBeAg-negative Hepatitis: Nukleotid-Analogen supprimiert HBV nachhaltig | N Engl J Med | 18 |
| Therapierefraktärer Aszites: TIPS – erste Wahl? | Gastroenterology | 18 |
| Hepatitis C – Verlauf in den ersten Jahren | BMJ | 18 |
| Alkoholkonsum bei Hepatitis C potenziert die Folgen | J Clin Gastroenterol | 20 |
| Akute Cholezystitis: Rasche Diagnose bleibt schwierig | JAMA | 20 |
| PSC nach Lebertransplantation: Kolektomie reduziert das Risiko | Lancet | 20 |
| Hepatische Enzephalopathie: Nicht immer ist Alkoholmissbrauch der Grund | Symp. | 21 |
| Hepatorenales Syndrom Typ 1: Terlipressin bessert Nierenfunktion und Überleben | Gastroenterology | 21 |
| Lebensmittelvergiftung: Jeder 50. stirbt | BMJ | 22 |
| Chronische Pankreatitis: Chirurgisch oder konservativ gegen Bauchschmerzen? | J Clin Gastroenterol | 22 |
| Lebertransplantation von Lebendspendern: Spender sollten mit Komplikationen rechnen | N Engl J Med | 22 |

Varia

| | | |
|--|-----------------|----|
| Hygiene bei Endoskopie – die Schwachstellen | Z Gastroenterol | 23 |
| Morphin stört die Abdomen- Diagnostik nicht | J Am Coll Surg | 23 |
| Impressum | | 12 |

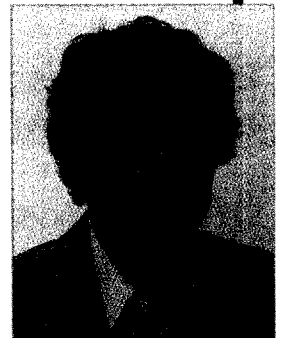
Was bedeuten die Symbole?

- | | |
|-------------------------------------|--|
| A Anwendungs- beobachtung | M Metaanalyse |
| G Fall-Kontroll-Studie | R Randomisiert- kontrollierte Studie |
| F Fallbericht | S Sonstige Studienarten |
| K Kohortenstudie | U Übersicht |

Editorial

Eradikation ohne Reue?

Wenn die ausgeleierte Redensart vom „Paradigmenwechsel“ je gerechtfertigt war, dann für die Ablösung der chirurgischen Therapie des peptischen Ulkus durch die Eradikation von *Helicobacter pylori*. Inzwischen sind weitere Korrelationen mehr oder weniger gesichert. Nicht so ganz mit dem Magenkrebs, aber auf jeden Fall mit dem MALT-Lymphom (vgl. S. 5).



Und mit der Non-ulcer-Dyspepsie? In einem Review wurde die Frage mit einem vorsichtigen Ja beantwortet (P. Moayyedi: Cochrane Database Syst Rev 2003; (1): CD002096). Das relative Risiko für solche Magenbeschwerden war unter Eradikation um 9% niedriger als unter Placebo – statistisch signifikant; ob sich der Aufwand lohnt, ist aber noch nicht raus.

Vielleicht lohnt er sich für die Mitmenschen. E. Serin et al. (Europ J Int Med 14, 2003, 45-48) fanden, dass eine Eradikation von *H. pylori* bei türkischen Patienten mit Non-ulcer-Dyspepsie neben den Schmerzen den häufigen Mundgeruch (vor Therapie in 61,5%) großteils verschwinden ließ. Falls sich dieser Befund auch westlich des Bosphorus bestätigt ...

Allerdings kann die Eradikation auch Nebenwirkungen haben (N. Sakaki: Nippon Rinsho 61, 2003, 119-124): Erosionen im Duodenum, gelegentlich sogar Ulzera, und relativ häufig eine Reflux-Ösophagitis; dann braucht man doch wieder Antazida.

Dr. med. Wilfried Ehnert