

Zu Hause behandeln oder ins Krankenhaus einweisen?

Randomisierte Studie: Caratala J, Fernandez-Sabe N, Ortega L et al. Outpatient care compared with hospitalization for community-acquired pneumonia. *Ann Intern Med* 2005; 142: 165-72

Studienziele

Ambulant erworbene Pneumonien sind ein häufiger Grund für eine Hospitalisation. In der vorliegenden Studie wurde untersucht, ob die ambulante Behandlung von Pneumonie-Kranken, die einer Niedrig-Risiko-Gruppe angehören, genauso wirksam und verträglich ist wie eine stationäre Behandlung.

Methoden

Die offene randomisierte Studie wurde in zwei Krankenhäusern in Barcelona durchgeführt. Personen, die mit einer ambulant erworbenen Pneumonie auf die Notfallstation gekommen waren, wurden in die Studie aufgenommen, wenn sie

mindestens 18 Jahre alt waren und gemäss „pneumonia severity index“ (PSI) ein relativ niedriges Risiko aufwiesen (PSI Klassen II und III; dabei werden Alter, vorbestehende Krankheiten, klinische Befunde und pathologische Laborwerte berücksichtigt).

Ausgeschlossen wurden ausserdem diejenigen, die Zeichen einer Ateminsuffizienz aufwiesen. Nach dem Zufall wurden sie ambulant oder stationär behandelt. Als Antibiotikum wurde in beiden Gruppen primär Levofloxacin (Tavanic®, 500 mg täglich) verwendet. Primärer Endpunkt war der Anteil Personen mit einem günstigen Resultat nach 30 Tagen.

Ergebnisse

Von 998 untersuchten Personen wurden 224 randomisiert, die Daten von 91% konnten analysiert werden. Die Therapie war bei über 80% der Behandelten erfolgreich (84% ambulante

Gruppe, 81% stationäre Gruppe). Auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität unterschied sich nicht signifikant zwischen den beiden Gruppen. Die Zufriedenheit der ambulant Behandelten war mit 91% aber signifikant höher als diejenige der stationär Behandelten (79%).

Schlussfolgerungen

Personen mit einer ambulant erworbenen Pneumonie und einem niedrigen Risiko können ambulant ebenso sicher und effektiv behandelt werden wie stationär. Die Behandelten sind mit einer ambulanten Therapie häufiger zufrieden als mit einer Spitalbehandlung.

Zusammengefasst von Karin Huwiler

Diese schön gemachte randomisierte Studie aus Barcelona zeigt, dass eine ambulant erworbene Pneumonie bei Personen mit niedrigem Risiko ohne Nachteile ambulant behandelt werden

kann. Der verwendete „pneumonia severity index“ basiert auf dem Alter, der Komorbidität, den klinischen Befunden und Abweichungen bei der Blutuntersuchung (pH-Wert, Harnstoff und Natrium). Auffallend ist, dass von 427 Kranken in der Klasse II und III dieses Indexes noch einmal 158 zumeist wegen Ateminsuffizienz ausgeschlossen wurden. Damit ergab sich eine zusätzliche Senkung des Risikos. Für die Praxis wünschte man sich einen validen Index, welcher ohne aufwändiges Labor die gleiche Sicherheit zeigte. Auch ist bei uns die Therapie der ersten Wahl immer noch ein Betalaktam-Antibiotikum und noch kein Chinolon wie in Spanien.

Markus Battaglia

(Aus: infomed-screen, 04/2005
Infomed-Verlags-AG
Bergliweg 17, CH-9500 Wil
Telefax: 071-910-0877
E-Mail: sekretariat@infomed.ch)

Migräne – ein Risikofaktor für Apoplex

Migräne besser mit ASS behandeln?

Metaanalyse: Etminan M, Takkouche B, Isorna FC et al. Risk of ischaemic stroke in people with migraine: systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMJ* 2005; 330: 63-6

Bei der klassischen Migräne wurden Durchblutungsstörungen und eine Hyperaggregabilität der Thrombozyten gefunden. Ob die Migräne jedoch einen Risikofaktor für einen Hirnschlag darstellt, ist nicht abschliessend geklärt, obwohl schon verschiedene Studien zu dieser Frage erschienen sind.

Elf Fall-Kontroll-Studien und drei Kohortenstudien wurden in diese Metaanalyse eingeschlossen. In sechs dieser Studien waren die Daten auch in Migräneformen mit oder ohne Aura aufgeschlüsselt.

Alle Studien zusammengefasst betrug das relative Risiko für einen Hirnschlag für Migränekranke 2,16 (95% CI 1,89-2,48). **Ein signifikant erhöhtes Risiko fand sich sowohl bei Migräne mit Aura (RR 2,27) wie auch bei Migräne ohne Aura (RR 1,83).** Alter veränderte

das relative Risiko nicht, **besonders stark zu erhöhen scheint hingegen eine Migräne das Risiko bei Frauen, die orale Kontrazeptiva einnehmen (RR 8,72).**

Die Studienverantwortlichen diskutieren die Grenzen dieser Resultate selber: Einflüsse möglicher Therapien, mögliche Erinnerungslücken in Fall-Kontroll-Studien, Wirkung von Antiphospholipiden usw. wurden nicht berücksichtigt. Auf eventuelle therapeutische Konsequenzen dieser Ergeb-

nisse kommen sie aber nicht zu sprechen: **Sollte vielleicht Acetylsalicylsäure dem Paracetamol in der Anfallstherapie vorgezogen werden, oder sollte Acetylsalicylsäure als Prophylaxe gegeben werden?** Fragen, die bisher nicht geklärt sind.

Zusammengefasst von
Renato L. Galeazzi

(Aus: infomed-screen, 04/2005
Infomed-Verlags-AG
Bergliweg 17, CH-9500 Wil
Telefax: 071-910-0877
E-Mail: sekretariat@infomed.ch)

Blutzucker-Selbstkontrolle vermindert perinatale Komplikationen

Der Gestationsdiabetes ist nicht gerade selten und er bringt einige Risiken mit. Zwar ist die perinatale Mortalität nicht erhöht, aber Makrosomie beim Neugeborenen kommt häufiger vor, zudem kann es vermehrt perinatale Komplikationen geben, wie beispielsweise Knochenbrüche oder Nervenpareesen. Während dies ausreichend dokumentiert ist, bleibt bisher offen, ob Screening und ggf. eine intensiviertere Betreuung Komplikationen verhindern können. Das haben jetzt australische Kollegen untersucht.

Die an der Studie teilnehmenden Schwangeren gal-

ten als Risikopatientinnen für einen Gestationsdiabetes oder ließen bereits eine leichte Glukoseintoleranz erkennen. Sofern sie in die Interventionsgruppe randomisiert wurden, erhielten sie eine engmaschigere Betreuung und wurden intensiver diätetisch beraten. Zudem kontrollierten sie nach entsprechender Anleitung ihren Blutzucker selbst, so dass steigende Werte schnell erkannt und ggf. mit Insulin behandelt werden konnten. Frauen, die in die Standardgruppe randomisiert wurden, erhielten die übliche Schwangerenbetreuung. Ihre Ärzte erfuhren nichts

von dem erhöhten Risiko für einen Gestationsdiabetes.

Primäre Zielparameter der Studie waren insbesondere ernste perinatale Komplikationen wie Tod, Schulterdystokie, Frakturen und Nervenläsionen.

Derartige Komplikationen waren bei den 490 Frauen in der Interventionsgruppe signifikant seltener als in der Gruppe mit Standardtherapie (ein Prozent vs. vier Prozent). Allerdings musste die Geburt in der Interventionsgruppe öfter durch Weheninduktion eingeleitet werden (29 vs 29 Prozent). Nicht nur die Neugeborenen profitierten, auch bei den Frauen hin-

terließ die intensiverte Behandlung des Gestationsdiabetes ihre Spuren: Soweit sie drei Monate post partum untersucht werden konnten, waren sie seltener depressiv, ihre Lebensqualität war höher.

Fazit der Autoren: Die engmaschige Blutzuckerkontrolle und die konsequente Behandlung eines beginnenden Gestationsdiabetes kann perinatale Komplikationen vermeiden helfen.

BW
Quelle: Carolina A. Crowther et al., *N Engl J Med* 352:24, S. 2477

Erbrechen unter Cisplatin-Therapie

Was bringt Aprepitant?

Aprepitant (Emend®), ein neues Antiemetikum, wird zur Vorbeugung des Chemotherapie-induzierten Erbrechens empfohlen.

(...)

Die Wirksamkeit von Aprepitant gegenüber Chemotherapie-induziertem Erbrechen ist in erster Linie bei Behandlungsschemen untersucht worden, die Cisplatin (Platiblastin® u.a.) enthielten. (...) Wie kontrollierte Vergleiche gezeigt haben, hilft Aprepitant gegen das verzögerte Erbrechen besser, gegen das akute aber weniger gut als die 5-HT₃-Rezeptor-Antagonisten Ondansetron (Zofran®) oder Granisetron (Kevatril®).³⁻⁵

In den wichtigen, großen Studien ist Aprepitant deshalb nur in Kombination mit anderen Antiemetika geprüft worden.

(...)

Dosierung, Verabreichung, Kosten

Aprepitant (Emend®) ist als Kapseln zu 80 und 125 mg erhältlich. Es ist indiziert in Kombination mit einem 5-HT₃-Rezeptor-Antagonisten und einem Kortikosteroid zur antiemetischen Prophylaxe bei einer stark emetischen Chemotherapie. (Die europäischen Richtlinien enthalten die Spezifikation, dass es eine Cisplatin-haltige Chemotherapie sein muss.) Aprepitant wird über drei Tage verabreicht: am ersten Tag, eine Stunde vor Beginn der Chemotherapie, 125 mg, am zweiten und dritten Tag je 80 mg. Die Anwendung bei schwangeren Frauen und bei Kindern ist nicht geprüft. Während der Stillzeit sollte die Substanz ebenfalls nicht eingesetzt werden. (...)

Kommentar

Aprepitant ist ein Antiemetikum mit einem neuartigen Wirkmechanismus, das einen verbesserten Schutz gegenüber stark emetogenen Zytostatika verspricht. Als Nachteile fallen auf den ersten Blick einzig die vielen Interaktionsmöglichkeiten und der hohe Preis ins Auge. Die „Number Needed to Treat“ (NNT), die sich aus den vorliegenden Studien errechnen lässt, ist relativ niedrig: Man muss etwa fünf Cisplatin-behandelten Personen Aprepitant verschreiben, um einen zusätzlichen Fall von schwerer Übelkeit oder Erbrechen zu verhüten. Allerdings ist dieses Ergebnis als etwas schöngefärbt zu bezeichnen. In den Kontrollgruppen wurde nämlich gegen das verzögerte Erbrechen lediglich Dexametha-

son eingesetzt, obschon in allen Richtlinien auf die Möglichkeit einer zusätzlichen Gabe von Metoclopramid (Paspertin® u.a.) hingewiesen wird; daraus ist zu schließen, dass Aprepitant nicht mit der bestmöglichen Therapie verglichen wurde. Auch sonst lässt die Dokumentation gewisse Punkte offen: So weiß man nichts darüber, ob Aprepitant auch bei bereits vorhandenem Erbrechen helfen kann oder wie es dosiert werden soll, wenn Zytostatika über mehrere Tage gegeben werden.

Urspeter Masche, CH-Wil
in: pharma-kritik, 9/2004
Infomed-Verlags-AG, Bergliweg 17,
CH-9500 Wil
Telefax: 071-910-0877
E-Mail: infomed@infomed.org

Literatur

- 3 Cocquyt V et al. *Eur J Cancer* 2001; 37: 835-42
- 4 Campos D et al. *J Clin Oncol* 2001; 19: 1759-67
- 5 Van Belle S et al. *Cancer* 2002; 94: 3032-41