

## Bei Magenbluten nach SSRI fragen!

Der Gebrauch von selektiven Serotonin-Rezeptor-Inhibitoren (SSRI) ist kurzfristig mit einer signifikant erhöhten Rate oberer gastrointestinaler Blutungen (OGB) assoziiert: Durch Auswertung der Unterlagen von fast 190.000 Patienten wurden 5377 Patienten mit oberer gastrointestinaler Blutung identifiziert. Man verglich die Blutungshäufigkeit in den Zeitfenstern 7,14 und 28 Tagen nach Beginn der SSRI-Therapie mit Kontrollzeiträumen ohne entsprechende Medikation. Das relative Risiko für eine OGB nach Exposition gegenüber SSRI betrug im 7-Tage-Zeitfenster 1,67, im 14-Tage-Fenster 1,84 und im 28-Tage-Fenster 1,67.

Wang YP et al. *Am J Psychiatry* 2014; 171: 54–61

## Stuhl in Kapseln gegen CDI

Bislang werden zur fäkalen Mikrobiota-Transplantation von einem gesunden Spender auf einen Patienten mit Clostridium-difficile-Infektion (CDI) meistens frische Stuhlsuspensionen verwendet. Ärzte haben nun eine Verbesserung der Darreichung erproben: Die Patienten schlucken Kapseln, die Stuhlproben enthalten. In einer Studie wurden 20 Patienten mit rezidivierender CDI mit den Stuhlkapseln behandelt. Bei 70% führte bereits die erste Behandlung zur Heilung. Vier der sechs Nonresponder wurden mit der zweiten Behandlung beschwerdefrei. Die Erfolgsquote mit den Kapseln entspricht damit den publizierten Raten mit frischen Stuhlpräparationen.

Youngster I et al. *JAMA* 2014; doi:10.1001/jama.2014.13875

## Montezumas Rache trotzen

Wenn die Tage immer kürzer und grauer werden, fliehen nicht Wenige in wärmere Gefilde, um statt Nieselregen Sonne zu tanken. Doch was tun, wenn statt Urlaubsstimmung Montezumas Rache zuschlägt? Im Voraus können Sie Ihre Patienten schon mal beruhigen, denn zum Glück ist die lästige Reisediarrhö meist selbstlimitierend. Bei schwerem Verlauf jedoch sind Erstmaßnahmen angezeigt. Welche? Lesen Sie mehr in unserem Schwerpunkt!

Claudia Daniels  
Redakteurin



## Kolonkarzinom-Risiko bei Colitis ulcerosa deutlich rückläufig

Patienten mit einer Colitis ulcerosa haben ein erhöhtes Risiko, ein kolorektales Karzinom (CRC) zu entwickeln. Dieses Risiko liegt 10 Jahre nach Erstdiagnose bei ca. 2% und 30 Jahre nach Erstdiagnose bei knapp unter 20%. Acht Jahre nach Erstdiagnose einer Pancolitis ulcerosa und zwölf Jahre nach Erstdiagnose einer linksseitigen Colitis ulcerosa werden 1–2 jährliche Koloskopien zur Krebsfrüherkennung empfohlen. Dieses Überwachungsregime und die Verbesserung der Therapien in den letzten

Jahren haben dazu beigetragen, dass das CRC-Risiko messbar zurückgeht, schreibt Prof. Dr. Martin Storr, Großhadern. Dabei ist nicht ganz klar, welche Faktoren in welchem Ausmaß zu diesem Rückgang beitragen. Eine Metaanalyse von 81 Studien ist der Frage nachgegangen, wie hoch die Inzidenz und die Prävalenz des CRC bei Colitis ulcerosa sind.

Castaño-Milla C et al. *Aliment Pharmacol Ther* 2014; 39: 645–659

## Betablocker bei Zirrhose schädlich?

Nicht-selektive  $\beta$ -Blocker (NSBB) wie Carvedilol oder Propranolol reduzieren den Pfortaderdruck. Aufgrund dieser Eigenschaft werden sie zur Prophylaxe einer Oesophagus-Varizenblutung bei Patienten mit Leberzirrhose eingesetzt. Zuletzt gab es jedoch Berichte über negative Effekte von NSBB bei Patienten mit dekompensierter Leberzirrhose und therapierefraktärem Aszites: In einer Analyse wurden Daten von 607 Patienten mit Leberzirrhose ausgewertet, schreiben Dr. Holger H. Lutz und Prof. Dr. Jens Tischendorf, Aachen. Ergebnisse: NSBB erhöhen das transplantationsfreie Überleben von Patienten ohne spontan bakterielle Peritonitis (SBP). Jedoch war der Anteil hämodynamisch kompromittierter Patienten zum Zeitpunkt der ersten SBP in der Gruppe mit NSBB signifikant höher als in der Gruppe ohne NSBB. Bei Patienten mit einer SBP führten NSBB zu einer signifikanten Reduktion des transplantationsfreien Überlebens. Zudem entwickelten mehr Patienten mit NSBB ein hepatorenales Syndrom und eine akutes Nierenversagen.

Mandorfer M et al. *Nonselective  $\beta$  Blockers Increase Risk for Hepatorenal Syndrome and Death in Patients With Cirrhosis and Spontaneous Bacterial Peritonitis.* *Gastroenterology* 2014; 146:1680–1690

## Was hinter Erbrechen alles stecken kann

Infektiös, entzündlich oder allergisch, aber auch toxisch, neurologisch oder psychosomatisch kann die Ursache für Erbrechen im Kindesalter sein. Vor allem bei Neugeborenen und Säuglingen müssen auch Passageprobleme in Erwägung gezogen werden, etwa ein Volvulus, ein Morbus Hirschsprung oder eine Pylorusstenose. Eine wichtige Differentialdiagnose in dieser Altersgruppe sei die Kuhmilchweißallergie, so Dr. Monika Kurzai, Jena. „Gedacht werden muss aber auch an eine kongenitale Stoffwechselerkrankung oder eine endokrine Störung“.

Auch auf zu viel Nahrung können Säuglinge mit Erbrechen reagieren. Bei ein- bis sechsjährigen Kindern wird Erbrechen meist durch eine Infektion ausgelöst. Als nicht zu vergessende Differentialdiagnose betonte Kurzai die eosinophile Ösophagitis. Während sie sich bei Teenagern und Schulkindern eher durch Schmerzen bemerkbar macht, ist bei Kleinkindern neben der Nahrungsverweigerung das Erbrechen das typische Symptom.

Kurzai M. *Konservativ pädiatrische Ursachen von Erbrechen.* 110. Jahrestagung der DGKJ, Leipzig 2014