

Periskop

Schlafapnoe und Übergewicht. Die Assoziation ist unbestritten. Und die Kausalität? Was kann von einer Gewichtsreduktion/-zunahme in bezug auf Schlafapnoe erwartet werden? 690 Personen wurden longitudinal verfolgt, Gewichtsveränderungen (im Mittel $2,4 \pm 5,7$ kg in 4 Jahren) und Apnoe-Hypopnoe-Index analysiert und mit stabilem Körpergewicht verglichen. Resultate: 10% Zunahme des Körpergewichtes führt zu einem Anstieg des Apnoe-Hypopnoe-Index um 32%, 10% Abnahme zu einer Reduktion des Apnoe-Hypopnoe-Index um 26%. Ein 10% Gewichtsanstieg versechsfacht die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer mittelschweren bis schweren Schlafapnoe. – Gewichtskontrolle und/oder kontinuierliche nächtliche Überdruckbeatmung? – *Peppard PE, et al. Longitudinal study of moderate weight change and sleep-disordered breathing. JAMA 2000;284:3015-21.*

Hoffnung für **Melanom**-Patienten? Chemoresistenz des malignen Melanoms wird mit der Expression des proto-Onkogens BCL2 in Zusammenhang gebracht. Antisens-Oligonucleotide gegen die BCL2-mRNA senken die BCL2-Konzentrationen, induzieren Tumorzell-Apoptose und Tumorreduktion im Tierversuch. Die Kombination von Dacarbazin mit dem BCL2-Antisens-Oligonucleotid führt in 6/14 Patienten mit fortgeschrittenem Melanom bei mässigen Nebenwirkungen zu Tumor-Remission (1 komplett, 2 partiell) und zu einer im Mittel 40%igen Reduktion des BCL2. – *Jansen B, et al. Chemosensitisation of malignant melanoma by BCL2 antisense therapy. Lancet 2000;356:1728-33.*

Assoziation? Ein 16jähriger, aus Kambodscha stammender, in den USA aufgewachsener Junge erkrankt mit leichten grippalen Symptomen und Durchfall. Eine Woche später wird er wegen Verwirrung und Aggressivität hospitalisiert und entwickelt eine zunehmende schwere Tachypnoe, Muskelrigidität, Kiefersperre. Mit Ausnahme subfebriler Temperaturen mit Sinustachykardie, leichter Hyperglykämie und erhöhter Kreatinkinase sind alle Untersuchun-

gen inkl. Schädel-CT und Thorax normal. Die Routinetoxikologie (Blut und Urin) ist negativ. Ganz einfach? Was könnte vorliegen? (Lösung siehe «letzte Seite»).

Kopfklärung oder «brainwashing»? Mässiger **Alkoholkonsum** reduziert das Risiko für koronare Herzkrankheit gegenüber dem Nicht-Trinker. Mässig heisst 30–600 g Alkohol monatlich, bzw. täglich 1–0 g, 1–1,5 Drinks oder bis zu 160 mL Wein; eine nicht-ganz-so-mässige Kategorie konsumiert monatlich 630–2100 g, bzw. täglich 21–70 g Alkohol bzw. 1,5–4 Drinks bzw. 160–500 mL Wein; was drüber hinaus geht, ist schwerer Alkoholkonsum. Auf dieser Basis stellen 2 Studien fest, dass a) mässiger Konsum im Jahr vor einem Myokardinfarkt die Mortalität danach reduziert und b) zunehmender Konsum innerhalb «mässigen» und «nicht-ganz-so-mässigen Grenzen» das Risiko der Herzinsuffizienz im Alter reduziert. Alles klar? Wie stehen Ihre Chancen? – *Mukamal KJ, et al. Prior alcohol consumption and mortality following acute myocardial infarction/Abramson JL, et al. Moderate alcohol consumption and risk of heart failure among older persons. JAMA 2001; 285:1965-70/1971-7.*

Kondolenzbriefe? Ein ungewöhnlicher Beitrag: Kommentar auf das Schreiben einer Hinterlassenen an ihre ärztlichen Betreuer, die eine Antwort auf deren Dankeschreiben nicht für nötig hielten: «Das Kondolenzschreiben ist eine ärztliche Verpflichtung aus der Vergangenheit, die es verdiente, wieder erweckt zu werden ... Sein Ausbleiben ist nicht einfach eine Unterlassung. Ob bewusst oder unbewusst bringt der Verzicht auf Kommunikation mit den Hinterbliebenen den Eindruck fehlender Teilnahme an ihrem Verlust. In einer von technologischem Fortschritten geprägten medizinischen Welt liegt es an uns, Menschlichkeit und Wechselbeziehung mit den Patienten und ihren Familien zu pflegen.» Und wir? – *Bedell SE, et al. The doctor's letter of condolence. N Engl J Med 2001;344:1162-4.*