Mammographie-Screening. In randomisierten klinischen Studien hat sich das Mammographie-Screening zur Reduktion der Mortalität des Mammakarzinoms als wirksam erwiesen. Eine schwedische Studie hat die Bedeutung des Mammographie-Screenings im klinischen Alltag an einem Kollektiv von 6807 Frauen im Alter von 20–69 Jahren untersucht. Die Frauen wurden regelmässig zum Mammographie-Screening eingeladen. In der Gruppe der 40–69jährigen, die das 2jährliche Mammographie-Screening nutzten, sank die Mortalität im Zeitraum 1988–96 um 63% im Vergleich zur Zeit, da kein Mammographie-Screening verfügbar war, und um 48% im Vergleich zu Frauen, die sich im selben Zeitraum keinem Mammographie-Screening unterzogen. In der letzteren Gruppe blieb die Mammakarzinom-Mortalität über die Zeit von 1968–96 unverändert. Eine eindrückliche, über viele Jahre geplante Studie mit ebenso eindrücklichem Resultat! – *Tabar L, et al. Beyond randomized controlled trials: organized mammographic screening substantially reduces breast carcinoma mortality. Cancer 2001;91:1724–31.*

Hypoglykämien bei Diabetes Typ 1 und 2: Patienten und ihre Angehörigen fürchten Hypoglykämien. Nahezu normale Blutzuckerwerte sind anderseits das Ziel der Diabetesbehandlung. Das relative Risiko ist für Diabetes Typ 1 grösser als für Diabetes Typ 2. Wieso? Der Vergleich von 7 gut kontrollierten, nicht-Insulinbedürftigen Typ-2-Diabetikern mit 7 gesunden Kontrollpersonen zeigt, dass die Blutzuckerschwelle gut kontrollierter Typ-2-Diabektiker für gegenregulatorische Reaktionen (Katecholamine, Glukagon, Wachstumshormon und Kortisol) so verändert ist, dass «Hypo-Symptome» und gegenregulatorische Hormonsekretion schon bei relativ normalen Blutzuckerwerten auftreten. Das dürfte den Patienten vor schweren Hypoglykämieepisoden schützen und gleichzeitig das Ziel der Normoglykämie schwerer erreichbar machen. – *Spyer G, et al. Hypoglycemic counter-regulation at normal blood glucose concentrations in patients with well controlled type-2-diabetes. Lancet 2000; 356:1970–4.*

Sturm im Wasserglas? – 1995 wies das UK Committee on Safety of Medicines darauf hin, dass **kombinierte orale Kontrazeptiva**, die Gestoden oder Desogestrel enthielten («Drittgeneration-Kontrazeptiva») gegenüber den älteren Produkten mit einem doppelt so hohen Thromboembolierisiko behaftet seien. Seither fiel deren Verwendung von 53% (Januar 1993–Oktober 1995) auf 14% (November 1995–Dezember 1998). Wären die vor Oktober 1995 so häufig verwendeten Drittgeneration-Produkte tatsächlich mit einem soviel höheren Risiko belastet gewesen, so hätte die Inzidenz thromboembolischer Ereignisse unter peroraler Antikonzeption nach Oktober 95 mit dem Marktanteil fallen müssen. Sie hat sich in keiner Weise verändert! Falscher Alarm? – *Farmer RDT, et al. Effect of 1995 pill scare on rates of venous thromboembolism among women taking combined oral contraceptives: Analysis of general practice research database. BMJ 2000;321:477–9.*

Oder doch kein Sturm im Wasserglas! Eine neue Kohorten- und Case-Control-Studie über 7 Jahre an Frauen im Alter von 15–39 Jahren bestätigt das rund doppelt so hohe Thromboembolierisiko unter Drittgeneration- im Vergleich zu Levonorgestrel-haltigen peroralen Kontrazeptiva. – *Jick H, et al. BMJ 2000;321: 1190–5.*

Chirurgische Therapie der **Refluxkrankheit,** «ein für allemal, ersetzt medikamentöse Dauertherapie, eliminiert das Krebsrisiko» usw. Wirklich? – Mit einem mittleren Follow-up von 10,6 bzw. 9,1 Jahren wurden 91 medizinisch und 38 chirurgisch behandelte Reflux-Patienten nachkontrolliert. Von den medizinisch (chirurgisch) behandelten Patienten standen 92% (62%) unter anti-Reflux-Dauermedikation, und nach 1wöchigem Therapieunterbruch erreichten die Symptome ein Score 96,7 (bzw. 82). Schön und gut, aber: in bezug auf Ösophagitis, behandlungsbedürftige Strikturen, spätere Refluxoperationen, Barrett-Ösophagus und Ösophaguskarzinom, ergaben sich keinerlei Unterschiede, und die Überlebenschancen der chirurgisch Behandelten waren unerklärlicherweise signifikant geringer. – *Spechler SJ, et al. Long-term outcome of medical and surgical therapies for gastroesophageal reflux disease. JAMA 2001;28:2331–8.*