Periskop

Herzinsuffizienz: Betablocker? Betablocker! Zwei Arbeiten im selben Heft: Betablocker bei 2298 Patienten mit chronischer schwerer Herzinsuffizienz, behandelt mit Carvedilol (α_1-, β_1- und β_2-Blockade) und einer 35prozentigen Reduktion der Morbidität und Mortalität. Anderseits 2708 Patienten mit chronisch-fortgeschrittener Herzinsuffizienz noch schwereren Grades, behandelt mit einem nicht-selektiven Betablocker, ohne signifikante Wirkung auf die Mortalität gegenüber einer Plazebo-Gruppe. Nicht so verwirrlich, meint der Editorialist (Braunwald): Unterschiedliche Betablocker, unterschiedliche Schweregrade der Herzinsuffizienz und möglicherweise Rassen-Unterschiede! Betablocker haben ihren Platz in der Therapie der Herzinsuffizienz (exkl. höchste Schweregrade). Kontraindikationen und Nebenwirkungen der Betablocker sind zu berücksichtigen. – *Packere M, et al. Effect of carvedilol on survival in severe chronic heart failure / Eichhorn EJ, et al. A trial of the beta-blocker bucindolol in patients with advanced chronic heart failure. N Engl J Med 2001;344:1651–8 / 1659–67.*

«**Quality of life**» (QoL) cum grano salis! – Lebensqualität ist eine individuelle Perspektive. Weit verbreitete «Messmethoden» tragen dem nicht Rechnung (Auswahl und Gewichtung der Kriterien, einengende Fragebogen); was sie messen, ist nicht das, was alle Patienten als «quality of life» verstehen. Ob und wie weit die neuen standardisierten Methoden (WHOQoL-100) einen wesentlichen Fortschritt bringen, muss erst noch gezeigt werden. Bis dahin hilft Skepsis! – *Carr AJ, Higginson IJ. Are quality of life measures patient centered. Br Med J 2001; 322:1357–60.*

Zweifle an der Sonne Klarheit! Das Prinzip der **genetischen Antizipation** – genetisch vermittelte Krankheiten manifestieren sich mit jeder weiteren Generation in jüngerem Alter – ist allen vertraut. Aber hat der Kaiser Kleider? An rund 900 Patienten mit M. Crohn zeigt sich, dass sich das Alter bei Diagnose mit jeder Geburtsdekade um rund 5 Jahre vorverschiebt. Korrigiert man die Daten für den sog. «inadequate follow-up time bias», so schmilzt die Antizipation auf ein Minimum oder Null. Was ist Wahrheit? – *Picco MF, et al. Methodologic pitfalls in the determination of genetic anticipation. The case of Crohns disease. Ann Intern Med 2001;134:1124–9.*

Gentherapie und andere Blüten. Gentherapie-Forscher in den USA beklagen sich über «exzessive staatliche Kontrolle» ihres Forschungszweigs – im selben Land und zur selben Zeit, da in einem Institut in Virginia (menschliches) Sperma und (menschliche) Eizellen gemischt werden, um (menschliche) Embryonen zu «kreieren» mit dem alleinigen Ziel, deren Stammzellen für die Forschung zu gewinnen. Was heisst da «exzessive Kontrolle»? «Jedoch der schrecklichste der Schrecken, das ist der Mensch in seinem Wahn» (Schiller). – *Ready T. Gene therapy researchers bemoan dual regulation. Nature Medicine 2001;7:756 / Cloud J. Bush's no win choice. TIME 2001;158:July 23:24–9.*

… auf der anderen Seite ein Editorial im BMJ: In England wurden 4 Nabelschnur-Blutbanken des National Health Service für die allogene Stammzelltransplantation geschaffen und decken den Bedarf für maligne und nicht-maligne hämatologische Krankheiten und immunologische Störungen flächendeckend ab. Kein Wort davon, dass diese ethisch relativ unproblematische Methode für diese ethisch relativ unproblematischen Indikationen nicht ausreichte! – *Anonymus. Umbilical cord blood banks in the UK. Br Med J 2001;323:60–1.*

HDL-Lipoprotein-Cholesterin **HDL-C und Schlaganfall**. 539 Patienten mit durchgemachtem Schlaganfall wurden 366 passenden schlaganfallfreien Kontrollen gegenübergestellt. Dabei wurde mit einem relativen Risiko von 0,53 eine protektive Wirkung für HDL-C-Werte >0,91 mmol/L festgestellt, die mit steigenden HDL-C-Werten zunimmt. Die protektive Wirkung ist unabhängig von Rasse und Ethnizität, betrifft vor allem Schlaganfälle vom arteriosklerotischen Subtyp und Patienten über 75 Jahre. Ein Argument für vermehrte körperliche Aktivität und Gewichtsreduktion. – *Sacco R, et al. High-density lipoprotein cholesterol and ischemic stroke in the elderly. JAMA 2001;285: 2729–35.*