

Periskop

Pulmonal-arterielle Hypertonie – therapeutisch bisher praktisch unbeeinflussbar, ein *signum mali ominis!* Es bestehen Hinweise, dass Endothelin-1 pathogenetisch eine wichtige Rolle spielen dürfte. Eine erste Studie zeigte 2001, dass Bosentan, ein oraler Antagonist der beiden Endothelinrezeptoren, die klinische Situation und kardiopulmonale Hämodynamik von Patienten mit pulmonal-arterieller Hypertonie verbessert. Die vorliegende plazebokontrollierte Studie an 213 Patienten mit primärer oder Sklerodermie-assoziiierter pulmonal-arterieller Hypertonie über 16 Wochen ergibt eine signifikante Verbesserung der Wegstrecke und des Dyspnoe-Index unter Bosentan und Verzögerung der erneuten Verschlechterung der Parameter. Kein durchschlagender Erfolg. Wait and see! – *Rubin LJ, et al. Bosentan therapy for pulmonary arterial hypertension. NEJM 2002; 346:896–903.*

Neue Perspektiven für den **implantablen Defibrillator**? *Respite finem!* 1232 Patienten mit eingeschränkter ventrikulärer Funktion nach Myokardinfarkt (EF <0,30) erhielten nach dem Zufallsprinzip entweder einen implantablen Defibrillator oder konventionelle Behandlung. Bei vergleichbarer Ausgangssituation beider Gruppen ergab sich während der folgenden 20 Monate eine Mortalität von 14,2% für die Defibrillator-Gruppe im Vergleich zu 19,8% unter konventioneller Therapie. – Reicht das für eine generelle Empfehlung? Für 3–4 Millionen einschlägige Patienten und jährlich 400 000 neue Fälle allein in den USA? Was sagen die Hüter der Ressourcen? – *Moss AJ, et al. Prophylactic implantation of a defibrillator in patients with myocardial infarction and reduced ejection fraction. NEJM 2002;346:877–83.*

Die Inzidenz der **Lyme-Disease** verdoppelte sich in den Jahren 1999–2000 in den USA auf 63 Fälle / 100 000 (max. Connecticut 111; insgesamt 17 700 Fälle) und wird dabei vermutlich sogar unterschätzt (Spontanmeldungen, atypische Manifestationen). Der grösste Anteil fiel auf die Altersgruppen 5–9 und 50–59 Jahre und auf die Monate Juni/Juli. Die Prävention stützt sich auf das Vermeiden infestierter Gebiete, Insekten-Repellents, rasche Entfernung der Zecken, Vakzination (76% Schutz nach 3 Dosen; injection de rappel?) und neuerdings

auf die versuchsweise Behandlung der Hauptwirte unter den Wildtieren mit Acariciden (acaridae = Blutsauger). – *CDC. Lyme disease – US 2000. MMWR 2002;50:29–31.*

Verdacht auf **Phäochromozytom**: Was ist der (derzeit) beste Test? Auf der Basis von 214 Phäochromozytom-Patienten und 644 Patienten, bei denen ein Phäochromozytom ausgeschlossen werden konnte, kommen die Autoren zum Schluss, dass unter allen derzeit verwendeten Tests die Messung der freien Plasma-Metanephrine den Test der Wahl darstellt, sowohl für die Bestätigung wie für den Ausschluss eines Phäochromozytoms (Sensitivität 99%, Sensitivität 89%). Für das nächste Mal! – *Lenders JWM, et al. Biochemical diagnosis of Pheochromocytoma. JAMA 2002;287:1427–34.*

Ohne harte Evidenz: **Perioperative β -Blocker** (Atenolol, Bisoprolol) reduzieren das Risiko kardialer Zwischenfälle bei Patienten mit kardiovaskulärem Risiko (bis zu 30 Tage) vor und nach elektivem, nicht-kardialen operativem Eingriff mit erhöhtem Risiko. Die Grundlagen für die Empfehlungen sind zahlenmässig relativ gering (<700 Patienten), die Studien heterogen, nicht-konsekutiv und in keinem Fall randomisiert – und dennoch suggestiv. Möglicherweise ein wesentlicher Fortschritt, aber noch nicht evidence-based. – *Auerbach A, Goldman E. β -blockers and reduction of cardiac events in noncardiac surgery. JAMA 2002;287:1435–44 und 1445–7.*

Mammographie – der skandinavische Dialog! Mittlerweile trägt jede neue Arbeit zur Verunsicherung und Verwirrung «des Gegners», der Presse und der Patienten bei. Derzeitiger Stand: Schweden wehrt sich für seine Studien, aktualisiert sie und dokumentiert einen persistierenden günstigen Langzeiteffekt der Mammographie auf die Mammakarzinom-Mortalität – «der Vorteil ist real, aber bescheiden», sagt das Editorial: die «overall mortality» der «Mammographierten» gegenüber jener der Kontrollgruppe RR liegt bei 0,98. Und nun? Vide Editorial – aus dem man auch nicht viel kluger wird. – *Nyström L, et al. Long-term effects of mammography screening: updated over-view of the Swedish randomized trials. Lancet 2002;359:909–19 und Editorial 904–5.*