Periskop

Mammographie ist noch immer unentschieden. Die Reihe ist an Schweden: Der Vergleich von Sterberaten an Mammakarzinom und die Sterberate an allen Malignomen und an Mammakarzinom wurde an 210 000 Patientinnen im Alter von 20–69 in den Jahren vor dem Screening (1958–77) mit denen nach Einführung des Screening (1978–97) verglichen. Resultat: Mammographie-Screening trägt zur substantiellen Reduktion der Sterblichkeit der 40–69jährigen, nicht aber der 20–39jährigen an Mammakarzinom bei – dies auch nach Korrektur für mögliche Formen des Bias, Änderungen der klinischen Praxis und der Inzidenz des Mammakarzinoms. Im wesentlichen zum selben Resultat kam eine holländische Studie an knapp 29 000 55–74jährigen Patientinnen – und der Wendepunkt fällt mit dem Punkt 0 des Screenings zusammen. Wie geht es weiter? – *Tabar L, et al. Mammography service screening and mortality in breast cancer patients / Otto SJ, et al. Initiation of population based mammography screening in Dutch municipalities and effect on breast-cancer mortality. Lancet 2003;361:1405–10/1411–7.*

Zwei Studien zum relativen Wert der diätetischen Behandlung der **schweren Obesitas**: «low carbohydrate»- oder «low fat»-Diät. 79 bzw. 63 Patienten mit schwerer Obesitas (BMI 43 bzw. 34) und einer hohen Prävalenz von Diabetes wurden randomisiert für die Dauer von 6 Monaten einer der beiden Gruppen zugeordnet. In beiden Studien resultierte unter einer «low-carbohydrate»-Diät ein grösserer Gewichtsverlust und eine relative Verbesserung der Insulin-Sensitivität und der Triglyzerid-Werte. Die Adhärenz war mangelhaft, die Zermürbung beträchtlich: Grössere und längere Studien sind notwendig, ehe daraus eine Routine-Diät wird! Verhinderung ist besser als Therapie. – *Samaha FF, et al. / Foster GD, et al. A low carbohydrate as compared with a low fat diet in severe obesity / A randomized trial of a low-carbohydrate diet for obesity. N Engl J Med 2003:348:2074–81/ 2082–90.*

Tabak! Nach vier Jahren in der Pipeline hat die WHO endlich die «globale anti-tobacco treaty» gutgeheissen. Die letzten Widerstände waren diejenigen der USA und Deutschlands, die konstitutionelle Bedenken geltend machten. Die Vereinbarung wird zum totalen Bann oder doch schwerwiegenden Restriktionen der Reklame und des Marketings, zu neuen Regelungen in bezug auf Deklaration, Schmuggel und Massnahmen gegen Passivrauchen (s. unten) führen – wenn Herr Bush entscheidet, ob und wie er sie unterzeichnet! Meine persönliche Meinung (diejenige eines Nicht-Rauchers): Die Schädlichkeit des Rauchens ist hinlänglich bekannt, dass sich ein Jeder und eine Jede ihre Meinung machen kann. – *Fleck F. US and Germany give late support to WHO tobacco accord. BMJ 2003;326:1103.*

Noch einmal **Tabak!** 118 094 Personen beteiligten sich 1959 an einer Studie, die über 39 Jahre den Einfluss des «Umgebungs-Rauchs» (environmental smoke) überprüfte. Das Hauptinteresse galt den 35561 strikten Nichtrauchern, die eine(n) rauchende(n) Ehepartner mit definierten Rauchergewohnheiten hatten. Überprüft wurden Bronchuskarzinom, koronare Herzkrankheit und chronisch obstruktive Lungenerkrankung. Resultat: Die Daten ergeben *keinen* kausalen Zusammenhang zwischen «Umgebungs-Rauch» und Tabak-assoziierter Mortalität. Die Risiken einer Erkrankung durch Passivrauchen waren die selben wie die ohne Exposition. Sie schliessen allerdings einen geringen Effekt nicht aus. Voilà! Ob wir uns von einer vertrauten Idee verabschieden müssen? – *Enstrom JE, et al. Environmental tobacco smoke related mortality in a prospective study of Californians, 1960–98. BMJ 2003;326: 1057–61.*

Transiente Hyperopie bei Jugendlichen ist nicht selten ein frühes Zeichen eines Diabetes 1. 20 schlecht eingestellte juvenile Diabetiker wurden in eine Studie eingeschleust und während vier Monaten unter intensiver Insulintherapie alle zwei Wochen kontrolliert. Refraktäre Veränderungen und hyperopische Peaks gingen in allen Fällen der Insulintherapie voran und normalisierten sich unter Insulinbehandlung schrittweise innerhalb von max. 94 Tagen. Es bestand eine signifikante positive Korrelation zwischen Blutzucker-, bzw. HbA_{1c}-Werten und der Refraktionsstörung, und eine rasche Normalisierung des Blutzuckers führt zu völliger Remission der Hyperopie. Das Phänomen wird durch die Produktion von Sorbitol und die entsprechende Überhydratation der Linse erklärt. Die Brille sollte warten, bis sich die Refraktion normalisiert hat. – *Giusti C. Transient hyperopic refractive changes in newly diagnosed juvernile diabetes. Swiss Med Wkly 2003;133:200–5.*