

Periskop

Screening für Diabetes 2 (D2)? D2 nimmt weltweit zu – und seine Behandlung verschlingt 7–14% der Gesundheitskosten Europas. Verschiedentlich wurde die Forderung nach Screening laut. Zu Recht? Nein, noch nicht – sagen die Autoren: Eine Metaanalyse der Screening- und interventionellen Studien ist schlicht nicht möglich, da die entsprechenden Studien fehlen. Während die American Diabetes Association ein Screening alle 3 Jahre nach dem 45. Lebensjahr empfiehlt, lässt es die WHO bei einer gezielten, intensivierten Suche nach D2 bewenden (Alter >45, BMI >30 kg/m², Familienanamnese, Schwangerschaftsdiabetes, kardiovaskuläre Erkrankungen). Und dabei wird es voraussichtlich vorderhand bleiben – zumindest, solange in bezug auf akzeptierte Screening-Tests keine Einigkeit besteht. – *Borch-Johnsen K, et al. Screening for type 2 diabetes – should it be now? Diabet Med 2003;20:175–81.*

Erhöhte Krebssterblichkeit bei Obesität! 900 000 erwachsene Männer und Frauen der USA wurden 1982 in eine Studie eingeschleust und auf Excess-Risiko an Malignomen untersucht. – Resultat: Zunehmendes Körpergewicht war assoziiert mit ansteigenden Todesraten von Krebs generell und von Krebs der verschiedensten Organe und Systeme. Die schwerstgewichtigen Individuen dieser Kohorte (BMI >40) zeigten Todesraten aller Karzinome, die bei Männern 52% und bei Frauen 62% höher lagen als bei Normalgewichtigen. Die Autoren nehmen aufgrund dieser Studie an, dass Übergewicht und Obesität bei 14% der Männer und 20% der Frauen den Tod durch Karzinom erklären dürfte. Das sollte eigentlich genügen! – *Calle EA, et al. Overweight, obesity and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U.S. adults. N Engl J Med 2003;348:1625–38.*

Gesundheitskosten und Wohlergehen. In den USA sind regionale Unterschiede in den Kosten der Medicare weitgehend bedingt durch vermehrte Hospitalisation und Spezialisten-orientierte Medizin in den «high-spending»-Regionen. Aber die Regionen mit den höheren Gesundheitskosten geniessen weder bessere Qualität noch besseren Zugang zur Versorgung. Sie geniessen wohl bessere Pflege als die, die weniger aufwenden, aber sie sind weder zufriedener damit noch haben sie bessere Erfolge. Das ist das Resultat von Untersuchungen, die an 159 000 Patienten mit Herzinfarkt und an 615 000 mit Hüftfraktur vorgenommen wurden. – Das erinnert an den Vergleich Ontario (Kanada) versus Upstate New York: Bypass-

Operationen und Angioplastie werden in Ontario deutlich seltener (und billiger!) vorgenommen, aber der Outcome war derselbe wie in den USA. Und die Extrakosten in den USA? – *Fisher ES, et al. The implications of regional variation in medicare spending. Part 1/2. Ann Intern Med 2003;138:273–87/288–98.*

Blei – Hexenjagd oder ernsthafte Besorgnis? Die Bleibelastung hat in den USA dramatisch abgenommen; die kritische Grenze wurde auf 10 µg/dl (0,483 µmol/l) reduziert. Genüht das? Zum Beispiel für das neurologische Verhalten des Kindes? Bei 172 Kindern wurden die Bleispiegel im Alter von 6, 12, 18, 24, 36 und 48 Monaten geprüft und im Alter von 3 und 5 Jahren mit der «Stanford-Binet intelligence scale» und dem Verhältnis von IQ zu Blut-Bleikonzentrationen überprüft. Resultat: Die Bleikonzentration, selbst solche unter 10 µg/dl, war umgekehrt proportional mit dem IQ assoziiert; der Anstieg von 1 auf 10 µg/dl Blei verursachte einen IQ-Abfall von 7,4 Punkten, und die assoziierten IQ-Defizite waren bei Werten von <10 mg/dl grösser. – Wohl eher ernsthafte Besorgnis! – *Canfield RL, et al. Intellectual impairment in children with blood lead concentrations below 10 µg per deciliter. N Engl J Med 2003;348:1517–26.*

Entre parenthèses: Nicht nur, sondern auch! Eine Arbeit im selben Heft zeigt, dass ein Anstieg von 1 auf 3 µg/dl Blei assoziiert war mit signifikanter Verspätung in Brustentwicklung und Pubesbehaarung und dem Eintritt der Menarche bei mexikanischen und afroamerikanischen – nicht aber bei weissen – Mädchen. – *Selevan SG, et al. Blood lead concentration and delayed puberty in girls. N Engl J Med 2003;348:1527–36.*

Assoziation? Eine 36jährige Frau bemerkt ein erbsengrosses, gerötetes Knötchen mit zentralem Bläschen lateral der rechten Augenbraue und Lymphknotenschwellung im rechten Kieferwinkel. Innerhalb von 5 Tagen nimmt der Befund an Grösse zu, erreicht 4 cm Durchmesser, im Zentrum mit schwarzer, festhaftender Kruste und an deren Rand mehrere varioliforme Bläschen. Das rechte Oberlid ist ödematös geschwollen und überwärmt. Bei einer Inzision entleert sich kein Eiter. Die Patientin ist febril (39,5 °C) und klagt über allgemeines Unwohlsein. Antibiotische Therapie (Clindamycin und Doxycyclin) bringen keine Besserung. Was liegt vor? [Lösung auf der Seite 939].