

# Periskop

Die US Preventive Service Task Force zum Problem der **Obesität im Erwachsenenalter**. Aufgrund systematischer Reviews, randomisierter Trials und observationeller Studien ergibt sich folgendes: «Massgeblich für die Diagnose ist der Body-mass-Index (BMI). Intensive Beratung bringt bescheidene Resultate. Pharmakotherapie begünstigt bei Obesen geringen Gewichtsverlust (meist 3–5 kg/Jahr), verbessert das klinische Resultat, erscheint kurzfristig sicher und ist über lange Zeit weniger etabliert. In ausgewählten Patienten ergibt Chirurgie enorme Gewichtsverluste (10–159 kg). Komplikationen sind selten aber bisweilen schwer» – was wir alle eigentlich schon wissen! – *McTigue, et al. Screening and interventions for obesity in adults. Ann Intern Med 2003;139:933–49.*



Ausser Spesen nichts gewesen! Illustration: Das Management der **Obesitas** sollte durch ein 4,5stündiges Trainingsprogramm verbessert werden. In 44 Praxen wurden 843 Patienten erfasst. Nach 12 Monaten war der durchschnittliche Effekt – Null. «Some evidence indicated, that practitioners' knowledge improved.» – Nicht viel! – *Morre H, et al. Improving management of obesity in primary care: cluster randomised trial. BMJ 2003;327:1085–8.*



**«Me-too»-Produkte** – Imitation oder Innovation? Ein zweiter «drug eluting» koronarer Stent? Noch ein Medikament für erektile Dysfunktion? Ein sechstes oder siebtes Statin? – Alles déjà vu? Alles «me-too»-Produkte, die oft nur minimal von ihrem Vorgänger differieren? Die andere Seite: «Me-too»-Produkte schaffen Konkurrenz unter den Pharmaka – und wenn sie nicht besser sind, so sind sie wenigstens billiger als das Vorgängerprodukt. Beispiele beweisen es. Der Wert des zweiten und x-ten Produkts errechnet sich aus Nutzen und Kosten – mach's besser oder billiger! Warum aber wird das Erstprodukt neben allen den «me-too» nicht billiger? Weil Ärzte und Patienten lieber beim Bekannten und Vertrauten bleiben, selbst um den höheren Preis – den sie ohnehin nicht selbst bezahlen! Anregend! Aber von Vertretern des freien Marktes geschrieben! – *Lee TH. «Me-too» products – friend or foe? N Engl J Med 2004;350:211–2.*



**Wer schreibt wie seine Patienten krank?** Die Kosten, die durch Krankschreiben erzeugt werden, sind gewaltig (zumindest in England!); nur ein Teil der Krankengeschriebenen kann tatsächlich für arbeitsunfähig gelten; praktizierende Ärzte sind selbst unglücklich mit ihrer Rolle – das ist bekannt. Was bringt die neue Studie an 67 Teilnehmern? Jeder Praktiker hat seine eigenen Wege, seine Patienten krank zu schreiben. Die meisten benützen das «sick certificate on demand»-System. Alle Beteiligten inkl. Ärzte dürften das System missbrauchen. Wird das «gate keeper»-System beibehalten, so muss der Druck des Patienten auf den Arzt und die Möglichkeit zu «shop around» reduziert werden. – *Hussey S, et al. Sickness certificate system in the United Kingdom. BMJ 2004;328:88–91.*



Auf der Basis von 41 934 Männern und 84 276 Frauen, die im Moment der Aufnahme in die Studie weder einen Diabetes Typ 2 noch ein Malignom oder kardiovaskuläre Probleme aufwiesen, sowie ihrem über 2 bis 4 Jahre erhobenen Kaffeekonsum, wurde die Beziehung zwischen **Kaffeekonsum** und Diabetes Typ 2 erforscht. In der Beobachtungszeit entwickelten 1333 Männer und 4085 Frauen einen Diabetes Typ 2 und zwar dosisbezogen (0, <1, 1–3, 4–5 und <6 Tassen täglich) bei Frauen mit einem abfallenden Risiko von 1 bis 0,46. Langzeit-Kaffeekonsum ist mit einem statistisch signifikant reduzierten Risiko für Diabetes Typ 2 verbunden. Was nun? Zuwarten, noch ist es zu früh, den kommenden Diabetes mit Kaffee zu vertreiben! – *Salazar-Martinez E, et al. Coffee consumption and risk for type 2 Diabetes mellitus. Ann Intern Med 2004;140:1–8.*



**Assoziation?** Eine 83jährige alte Dame kommt zum Hausarzt mit Anstrengungsdyspnoe seit 4 Wochen, einer seit langem bestehenden Hypertonie, dilatierten Jugularvenen und einer links gegenüber rechts ganz massiv geschwollenen Brust mit verdickter «peau d'orange», indolent und nicht entzündet. Keine umschriebenen Resistenzen lassen sich ausmachen, keine axillären Lymphknoten und keine Asymmetrie der Brustwarzen feststellen. Mammographisch und sonographisch ergab sich eine Verdichtung der linken Brust, von Haut und Stroma. Was liegt vor? (Lösung siehe Seite 600).



# Périscope

US Preventive Task Force pour le problème de l'**obésité de l'adulte**. Les reviews systématiques, études randomisées et d'observation montrent ceci: ce qui est capital pour le diagnostic, c'est le Body Mass Index (BMI). Un conseil intensif donne des résultats modestes. La pharmacothérapie favorise une perte de poids minime (généralement 3-5 kg/an), améliore le résultat clinique, semble sûre à court terme mais est moins établie à long terme chez les obèses. Chez des patients sélectionnés, la chirurgie donne des pertes de poids énormes (10-159 kg). Les complications sont rares mais parfois graves – ce que nous savons en fait déjà tous! – *McTigue, et al. Screening and interventions for obesity in adults. Ann Intern Med 2003;139:933-49.*



Résultat nul sauf que ça a coûté cher! Illustration: Le management de l'obésité devrait être amélioré par un programme d'entraînement de 4,5 heures. 843 patients ont été suivis dans 44 cabinets médicaux. Après 12 mois, l'effet moyen: zéro! «Some evidence indicated that practitioners' knowledge improved.» – Ce n'est pas beaucoup! – *Morre H, et al. Improving management of obesity in primary care: cluster randomised trial. BMJ 2003;327:1085-8.*



**Produits «me-too»** – Imitation ou innovation? Un second stent coronaire drug-eluting? Encore un médicament pour la dysfonction érectile? Une sixième ou septième statine? – Tout du déjà vu? Tous des produits «me-too» qui ne sont qu'à peine différents de leurs précurseurs? L'autre face: les produits «me-too» donnent lieu à une compétition dans les médicaments, et s'ils ne sont pas meilleurs, ils sont au moins meilleur marché que leurs précurseurs. Plusieurs exemples le confirment. Le prix du 2<sup>e</sup> ou x<sup>e</sup> produit se calcule par son rapport coût/bénéfice – c'est à celui qui fait le mieux et le moins cher! Mais alors pourquoi le premier produit ne devient-il pas meilleur marché? Parce que les médecins en restent à ce qu'ils connaissent et en quoi ils ont confiance, même si c'est plus cher – et qu'ils ne paient pas eux-mêmes. Intéressant! Mais écrit par les représentants du marché libre! – *Lee TH. «Me-too» products – friend or foe? N Engl J Med 2004;350:211-2.*



## Qui déclare son patient malade et comment?

Les coûts générés par un arrêt de travail pour maladie sont énormes (au moins en Angleterre!); une partie seulement des patients déclarés malades est effectivement incapable de travailler; les médecins praticiens sont insatisfaits de leur rôle, cela est bien connu. Que nous apprend cette nouvelle étude ayant porté sur 67 participants? Chaque praticien a sa propre manière de déclarer ses patients malades. La plupart a recours au système du certificat de maladie sur demande. Tous, médecins y compris, abusent sans doute de ce système. Si le système de garde-fou reste, il faut diminuer la pression du patient sur le médecin et la possibilité de choisir à son aise. – *Hussey S, et al. Sickness certificate system in the United Kingdom. BMJ 2004;328:88-91.*



Chez 41934 hommes et 84276 femmes qui au moment de leur admission dans l'étude n'avaient ni diabète de type 2, ni malignome, ni problème cardiovasculaire, la relation entre café et diabète de type 2 a été étudiée sur la base de leur **consommation de café** pendant 2 à 4 ans. Au cours de la période d'observation, 1333 hommes et 4085 femmes ont présenté un diabète de type 2, et ceci en fonction de la dose (de 0 à 1 tasse, de 1 à 3, de 3 à 5 et plus de 6 tasses par jour) chez les femmes avec un risque diminuant de 1 à 0,46. La consommation chronique de café va de pair avec un risque diminué de diabète de type 2, et ceci de manière statistiquement significative. Et maintenant? Attendre, il est encore trop tôt pour prévenir le diabète par le café! – *Salazar-Martinez E, et al. Coffee consumption and risk for type 2 Diabetes mellitus. Ann Intern Med 2004;140:1-8.*



**Existe-t-il une association?** Une dame de 83 ans vient chez son médecin traitant avec une dyspnée d'effort datant de 4 semaines, une hypertension connue de longue date, un gonflement des jugulaires et un sein gauche très nettement tuméfié par rapport au droit, avec une peau d'orange indolore et non enflammée. Il n'y a aucun foyer de résistance, pas de lymphadénopathie axillaire et pas d'asymétrie des mamelons. La mammographie et l'échocardiographie révèlent une plus grande densité du sein, de la peau et du stroma à gauche. Quel est votre diagnostic? (Pour la solution voir page 602).