Periskop

Mammakarzinom-Screening – auf und ab! Eine Studie im «Journal of the National Cancer Institute» *(2005;97:1035–43)*, in der die Daten von 1351 Frauen, die an einem Mammakarzinom starben, und von 2501 altersentsprechenden, krebsfreien Kontrollpersonen ausgewertet wurde, prüfte das Screening unter «real life»-Bedingungen. «Screening» heisst klinische Untersuchung und/oder Mammographie. Entgegen der Annahme, dass in der «gescreenten» Gruppe mehr krebsfreie Patienten anzutreffen sein würden, ergab die Analyse zweier Altersgruppen (40–49 und 50–65 Jahre) keinerlei Unterschiede. Andere Studien kamen zum Schluss, dass das «Screening» Todesfälle vermindert. Ob «real life»-Bedingungen schlechtere Implementation bedeutet? PS: Die Autorin der Studie sagt, sie empfehle das Screening weiterhin! – *Hopkins Tanne J. Breast cancer screening does not safe lifes, study says. BMJ 2005;331:309.*

Antikoagulation (AK) – wie lange? Eine Metaanalyse von 67 kontrollierten Studien aus den Jahren 1969 bis 2004, in denen die Antikoagulation während 12 bzw. 36 Wochen untersucht worden war, sollte die obige Frage klären. Die Inzidenz der Thromboembolien wurde durch eine Langzeitantikoagulation deutlich gesenkt (0,020 vs. 0,126 Ereignisse/Person/Jahr). Kaum überraschend! Wurde die AK nach 36 Wochen abgebrochen, so war die Risikoreduktion geringer (0,052 vs. 0,072 Ereignisse/Person/Jahr). Die Blutungsgefahr war bei Kurz- und Langzeitantikoagulation dieselbe. Patienten mit Langzeitantikoagulation sind vor Thromboembolien geschützt, solange die AK anhält. Wird sie abgebrochen, so hält der Schutz noch etwas an, ist aber geringer. Die Frage: Antikoagulation – wie lange?, ist noch immer nicht gelöst! – *Ost D, et al. Duration of anticoagulation following venous thromboembolism. JAMA 2005;294:706–15.*

Was tun? Dr. Ram B. Singh aus Moradabad hat 1992 im «BMJ» eine Arbeit publiziert, die mindestens 225mal zitiert wurde. Darin behauptete er, dass eine sogenannte «low fat, fibre rich diet» das Todesrisiko nach einem Herzinfarkt halbieren würde. Im selben Jahr legte Singh ein zweites Paper vor, das erhebliche Zweifel bezüglich erfolgter Manipulationen aufkommen liess. Singh hat über die Jahre 24 Studien als Erstautor veröffentlicht. Angesichts dieser Verdachtsmomente und in Anbetracht der ungenügenden Rechtfertigungen des Autors fragt sich die Redaktion des «BMJ», was nun zu tun sei. Schlichte Ablehnung des Manuskripts? Auch wenn die übrigen erschienenen Arbeiten dieselben Probleme aufweisen? Ein weiterer Autor, RK Chandra, ist bereits in der «Pipeline»: Eine «Studie» zurückgezogen, eine unter schwersten Bedenken abgewiesen, 200 andere publiziert und der Autor untergetaucht. Was tun? – *White C. Suspected research fraud / Smith R. Investigating the previous studies of a fraudulant author. BMJ 2005: 331:281–8 / 288–91.*

Das Wiederaufleben der afrikanischen **Trypanosomiasis** (*Trypanosoma brucei gambiense* und *Trypanomsoma brucei rhodense*) mit 300 000 Fällen von Schlafkrankheit im Jahr 2003 geht einher mit einer zunehmenden **Resistenzentwicklung** gegen Melarsoprol. Resistenten Parasiten fehlt ein Plasmamembrantransporter, der gleichzeitig auch die Aufnahme von fluoreszierendem Diamidin ermöglicht. Eine fehlende Aufnahme von Diamidin bedeutet Resistenz gegen Melarsoprol. Dieser Test erlaubt eine schnelle, billige und spezifische Abklärung einer Resistenz. Ähnliche Möglichkeiten offerieren Tests, die multiresistente Krebszellen identifizieren und in denen ein Membrantransporter die Aufnahme von Medikamenten in die Zelle bewirkt. Voraussetzung ist, dass die Metabolisierung der Medikamente bekannt ist! – *Stewart ML, et al. Detection of arsenical drug resistance in* Trypanosoma brucei *with a simple fluorescence test. Lancet 2005;366:486–7 (Editorial 437–8).*

Assoziation? Lachen ist gesund – nicht immer! Ein 63jähriger Mann berichtet von mehreren Synkopen als Folge eines Lachanfalls: Mindestens zehn Mal sei er während der letzten 20 Jahre bewusstlos umgefallen und ebenso oft sei es beinahe soweit gekommen. Die Ehefrau hat die meisten Episoden miterlebt, für gewöhnlich zur Mittagszeit; ein herzhaftes Gelächter, Bewusstlosigkeit und Erholung nach wenigen Sekunden. Keine abnormen Bewegungen, kein Stuhl- oder Urinverlust. Keine abnorme Schläfrigkeit, keine Anhaltspunkte für eine Schlafstörung. Mit der Zeit hat er Wege gefunden, sein Lachen zu kontrollieren. Alle Untersuchungen inklusive EKG fallen normal aus. Was könnte das sein? (Lösung auf Seite 1312)