# Periskop

**Aspirin® und Kolonkarzinome** – in einer rund 83 000 Frauen einschliessenden Studie («Nurses Health Study») fanden sich im Verlauf von 20 Jahren 962 kolorektale Karzinome. Das relative Risiko derjenigen, die regelmässig mindestens zwei Aspirin®-Tabletten à 325 mg pro Woche einnahmen gegenüber den Nichtkonsumentinnen betrug 0,77 – ein signifikanter Effekt, aber: Dieser signifikante Effekt ergab sich erst bei einem Konsum von 14 Tabletten pro Woche über eine Dauer von mehr als 10 Jahren. Wohl kaum das, was man dem Patienten als reine Prophylaxe empfehlen würde! Umso weniger, als gastrointestinale Blutungen in der betreffenden Gruppe mit einem relativen Risiko von 1,57 auftraten – forget it! – *Chan AT, et al. Long-term use of aspirin and nonsteroidal anti-inflammatory drugs and risk of colorectal cancer. JAMA 2005;294:914–23.*

**In welches Spital?** Zweihundertzwanzig Patienten, die nach einem akuten Ereignis der Rehabilitation bedurften, wurden randomisiert für durchschnittlich zwei Wochen entweder in ein Gemeindespital oder in ein «District General Hospital» eingewiesen. Der Erfolg wurde mit diversen Scales und Indizes überprüft. Und nach sechs Monaten erwies sich das Gemeindespital in bezug auf die funktionelle Unabhängigkeit dem Bezirksspital als überlegen. Gut so! Und eine valable Aufgabe für das Gemeindespital. Ein Schönheitsfehler: Die beiden Erstautoren arbeiten im Gemeindespital. – *Green J, et al. Effects of locality based community hospital care on independence in older people needing rehabilitation. BMJ 2005;331:317–20.*

… im Spiegel: Das «Lancet» widmet der **«Affäre Zürich»** eine ganze Seite. Ein Herz wurde unter inkompatiblen Blutgruppen transplantiert. Drei Tage später war die Patientin tot. Das sind die Fakten. Und hier beginnt die «fancy»: mit dem Einverständnis von Herrn Turina? In vollem Bewusstsein? Als medizinisches Experiment? Oder wusste er tatsächlich erst, als das Herz nicht schlagen wollte, dass etwas nicht in Ordnung war? Und die Aussage, wonach es «das wichtigste sei, daraus zu lernen» – wirklich? Vier beteiligte Ärzte wussten um die Blutgruppeninkompatibilität – in der Tat? (Sie bestreiten das.) Und die Ärzte, die von der operativen Tätigkeit «entlastet» wurden – warum? – Es ist ein merkwürdiges Gefühl, im «Lancet» über die Schwierigkeiten am Unispital Zürich zu lesen. Wie lautet die Wahrheit? Und wird sie je publik werden? – *Pancevski B. Swiss hospital investigates heart transplantation 'experiment'. Lancet 2005; 366:624.*

**Handys im Auto …** In einer Studie wurden über einen Zeitraum von zwei Jahren 456 Autolenker untersucht, die während des Telefonierens am Steuer in einen Unfall verwickelt worden waren und ins Spital eingeliefert werden mussten. Die Benützung des Handys während der Fahrt war mit einem um das Vierfache erhöhten Risiko eines Unfalls assoziiert (OR 4.1) – unabhängig davon, ob eine Freisprecheinrichtung verwendet wurde oder nicht. Auch Geschlecht und Alter spielten keine Rolle. Rund 51% der Betroffenen benützten ihr Handy auch nach dem Unfall in voller Fahrt! Schaden scheint nicht klug zu machen! Und ob wir so viel anders sind als die Leute in Perth, Australien? – *McEvoy SP, et al. Role of mobile phones in motor vehicle crashes resulting in hospital attendance. BMJ 2005; 331:428–30.*

Telomere decken die Enden der Chromosomen und schützen sie gegen Abnutzung und «end-to-end»-Fusion. Übergewicht und Rauchen erhöhen oxidativen Stress und führen zur Entzündung mit erhöhtem Leukozytenverbrauch. Beide Prozesse steigern die **Abnutzung und Erosion der Telomere**. Ist das wirklich so? – In einer Studie wurden 1122 Zwillingsfrauen im Alter von 18 bis 76 Jahren untersucht. Es ergab sich in der Tat, dass sich die Länge der Telomere um 27 bp pro Jahr verkürzt. Bei Übergewichtigen liegen sie 240 bp unter den Telomeren von schlanken Frauen, und bei den Raucherinnen verminderte jedes «Packyear» die Telomerlänge zusätzlich um 5 bp. Das ist die «überalternde» Wirkung von Übergewicht und Rauchen – Übergewicht 8,8, Rauchen durchschnittlich 4,6 Jahre! – *Valdes AM, et al. Obesity, cigarette smoking, and telomere length in women. Lancet 2005;366:662–4.*

**Assoziation?** Ein 78jähriger Mann leidet seit drei Wochen an einer Malaise, an Gewichtsverlust sowie an einer Verschlechterung des Visus und der Koordination. Er ist afebril, zeigt eine rechtsseitige homonyme Hemianopsie, eine rechtsseitige Hyposensibilität sowie eine expressive Dysarthrie. Die Leber ist leicht vergössert. Das Labor erweist eine Leukozytose (16 400), ein erhöhtes C-reaktives Protein (101 mg/L) und Zeichen intravasaler Gerinnung: Thrombopenie und ein Fibrinogenwert von 1,37 G/L. Während der nächsten Tage entwickelt er Splinterblutungen unter den Nägeln. Im CT zeigt sich ein grosser akuter Infarkt rechts parietal und in der transösophagealen Echokardiographie eine grosse Masse auf der Aortenklappe. Multiple Blutkulturen fallen negativ aus. Was soll das alles? (Auflösung siehe unten)

Der Patient entwickelt weitere Infarkte an Fingern und Zehen. Das abdominale CT zeigt an drei Orten eine Masse in der Leber, bioptisch ein **Adenokarzinom** – und kurz danach stirbt der Mann. Eine nichtbakterielle thrombotische Endokarditis (NBTE) findet sich bei Bindegewebserkrankungen, chronischen Entzündungsprozessen – und Malignomen. In 19% von 200 Fällen von soliden Tumoren liess sich echokardiographisch eine NBTE nachweisen. Meistens sind negative Blutkulturen auf eine Antibiotikagabe zurückzuführen. Wo dies nicht der Fall ist, ist eine NBTE wahrscheinlich. – *Minassian A, et al. A noninfectious cardiac vegetation. Lancet 2005; 366:264.*