

## Periskop

Erfolgreiche Therapie eines **Malignoms im Kindesalter** – alles vorbei? Keineswegs: In eine Studie wurden die Malignompatienten der Jahre 1970 bis 1986 aufgenommen und ihre Gesundheit mit derjenigen ihrer Geschwister verglichen. Von 10397 Überlebenden hatten 62,3% mindestens ein chronisches, 27,5% ein schweres oder lebensbedrohliches Gesundheitsproblem (GP). Das relative Risiko (im Vergleich zum gesunden Geschwisteranteil) eines GP betrug 3,3; jenes eines schweren oder lebensbedrohlichen GP 8,2! Die kumulative Inzidenz eines chronischen GP betrug 30 Jahre nach der Diagnose des Malignoms bei Überlebenden 73,4%, jene von schweren, invalidisierenden oder lebensbedrohlichen Zuständen oder Tod lag bei 42,5% – sie sind und bleiben eine Hochrisikopopulation! – *Oeffinger K, et al. Chronic health conditions in adult survivors of childhood cancer. N Engl J Med. 2006;355:1572–82.*



Eine menschliche Eizelle kostet 8000 Dollar (Ankündigung im Inseratenteil), ein Mutteruterus 30000; Ärzte verdienen an der Transplantation, Spitalangestellte, Administratoren, Koordinatoren, ja selbst die Steuerzahler (weil die Transplantation billiger ist als die Hämodialyse) – nur der Spender des Organs geht leer aus. Ist das der Grund für die **Verknappung der Organe**, für die Verzweiflung der Wartenden? Wäre die Verknappung von Spenderorganen nicht durch eine kontrollierte Bezahlung lebender Organspender zu bekämpfen oder gar zu beseitigen – genau so wie bei anderen «Materialien» unseres Körpers? Dennoch: Geht es um jene, die verzweifelt auf Spender warten? Oder allenfalls auch um die Sicherung der Beschäftigung der Mediziner? Und soll der Ausverkauf unseres Körpers gefördert werden, weil Einzelteile bereits verkauft werden? – *Friedman AL. Payment for living organ donation should be legalised. BMJ. 2006;333:746–8.*



Für einmal nicht Afrika! Wer umgerechnet weniger als einen US-Dollar pro Tag zur Verfügung hat, lebt an der Grenze **extremer Armut**. Das sind in den elf Ländern mit tiefem bis mittlerem Einkommen **Asiens** (Bangladesh, China, Indien, Indonesien, Kirgisien, Malaysia, Nepal, Philippinen, Sri Lanka, Thailand und Vietnam) im Mittel 19,3% der Bevölkerung. Berücksichtigt man die Barzahlungen im Gesundheitswesen – die in diesen Ländern Sitte sind – so kommen weitere 2,7% der Bevölkerung dazu, wodurch schliesslich rund 78 Millionen unter die absolute Armutsgrenze fallen. Wenn die Ausgangssituation an der Armutsgrenze (zwei US-Dollar am Tag) angesetzt wird, fallen 58,8% unter die «poverty line», und die Gesundheitskosten steigen noch einmal um 2% an. Bei grenzwertig verfügbaren Mitteln können selbst bescheidene Zusatzkosten Entscheidendes bewirken! – *van Doorslaer E, et al. Effect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia. An analysis of household survey data. Lancet. 2006;368:1357–64.*



In eine Studie wurden 29 Erwachsene, die schon einmal ein **Höhenlungenödem** (HL) durchgemacht hatten, aufgenommen, um nach dem Aufstieg und dem Aufenthalt auf 4559 m ü.M. die Wirkung einer Prophylaxe mit Tadalafil (10 mg/d) oder Dexamethason (8 mg/d) im Vergleich zu Placebo zu analysieren. Unter Placebo entwickelten sieben von neun, unter Tadalafil einer von acht und unter Dexamethason keiner von zehn Probanden ein HL. Eine akute Höhenkrankheit (AHK) trat unter Placebo bei keinem von neun, unter Tadalafil bei zwei von zehn und unter Dexamethason bei keinem von zehn Patienten auf. Damit scheint Dexamethason die ideale Prophylaxe für Personen zu sein, die anfällig für ein HL oder eine AHK sind – eine Aufstiegsgeschwindigkeit von bis zu 600 m pro Tag vorausgesetzt. – *Maggiolini M, et al. Both tadalafil and dexamethasone may reduce the incidence of high-altitude pulmonary edema. A randomized trial. Ann Intern Med. 2006;145:497–506.*



**Sozioökonomische Daten:** Die Population der arabischen Länder ist charakterisiert durch grosse Familien, ein fortgeschrittenes Alter der Eltern und einen hohen Grad von Inzucht. Genetische Defekte sind in diesen Ländern gängig und verursachen wesentliche Probleme. Die Konsanguinität (26–60% aller Paare) und eine tribale Gesellschaftsordnung sind die wesentlichsten Ursachen. In den meisten Fällen wird nichts zur Prävention genetischer Schäden unternommen. Kulturelle und legale – nicht finanzielle – Barrieren stehen dem entgegen. Prämaritales und neonatales Screening, Prävention usw. laufen zögerlich an. Eine gerichtliche Entscheidung hat die therapeutische Interruption in den ersten 120 Tagen für schwergeschädigte Föten erlaubt ... – *Al-Gazali L, et al. Genetic disorders in the Arab world. BMJ. 2006;333:831–4.*



**Assoziation?** Ein 39-jähriger Mann kommt mit immer wieder auftretenden influenzaähnlichen Symptomen. Das Thoraxbild zeigt zwei linksthorakale supradiaphragmale, nichtzystische Massen mit einem Durchmesser von 3,3×3,3 und 2,9×2 cm. Der Patient gibt an, er habe vor 20 Jahren nach einem Motorradunfall eine Laparotomie mit Splenektomie und Übernähung eines linksseitigen Zwerchfeldefekts durchgemacht. Was soll das? (Auflösung siehe unten)



Ganz einfach – die influenzaähnlichen Symptome sind eine Folge seiner Antibiostatikgaben als Aspleniker; die beiden linksthorakalen Massen sind eine **Splenose** – Was noch zu beweisen bleibt: Der Mann hat als mutmasslicher Aspleniker keine Howell-Jolly-Körperchen; man macht einen Tc99m-Kolloid-Scan, verzichtet auf eine weitere chirurgische «Therapie», orientiert den Patienten darüber, dass er kein Aspleniker ist und dementsprechend auf seine Antibiostatik verzichten kann – was seine Influenzasymptome prompt zum Verschwinden bringt. – *Bachus LM, et al. Intra-thoracic splenosis after remote trauma. N Engl J Med. 2006;355:1811.*