

Periskop

Mammographie – immer noch offen? In einer Studie in England, Wales und Schottland wurden rund 160 000 Frauen im Alter von 39–41 Jahren entweder einer «Interventionsgruppe» (jährliche Mammographie) oder einer Standardbehandlung zugeordnet und während zehn Jahren nachverfolgt. Die Mortalität an Mammakarzinom zeigte in der Interventionsgruppe eine deutliche relative und absolute Reduktion – aber sie erreichte keine statistische Signifikanz. Damit stimmt sie mit einer Reihe von Studien überein – sagen die Autoren, betonen aber die Notwendigkeit weiterer Studien, die auch Kosten, Schaden und Vorteile untersuchen. Apropos Kosten: Das Vereinigte Königreich hat jährlich 75 Millionen Pfund für die Screening-Mammographie beiseite gelegt! Aber: noch immer offen! – *Moss SM, et al. Effect of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality at 10 years' follow-up. Lancet. 2006;368:2053–60.*

Statine reduzieren vaskuläre Ereignisse unabhängig vom Cholesterinspiegel. Diese Ereignisse bestimmen ihren Nutzen. Wie steht es mit der Kosteneffektivität? 20 536 Männer und Frauen mit koronarer Herzkrankheit, okklusiver Arteriopathie oder Diabetes erhielten während fünf Jahren täglich 40 mg Simvastatin versus Placebo. Zum Preis von rund 11 Franken pro Monat war Simvastatin in den meisten Gruppen lebenslang kosteneffektiv. Der Gewinn nahm mit zunehmendem Alter und vermindertem Risiko vaskulärer Zwischenfälle zu. Statintherapie kostet weniger als 2500 Pfund pro gewonnenes Lebensjahr, sowohl für Patienten mit 35 wie 85 Jahren mit einem vaskulären Risiko bis hinunter zu 1%. Statine sollten häufiger verschrieben werden – meinen die Autoren; Grundlage für ein längeres Überleben? – *Mihaylova B, et al. Lifetime cost effectiveness of simvastatin in a range of risk groups and age groups. BMJ. 2006;333:1145–8* (... zweifellos aber ist die Gabe von Statinen perioperativ zur Senkung kardiovaskulärer Zwischenfälle inadäquat! – *Kapoor AS, et al. Strength of evidence for perioperative use of statins to reduce cardiovascular risk. BMJ. 2006;333:1149–52.*)

Die «**open artery hypothesis**» nimmt an, dass die Schaffung anterograder Perfusion in der verschlossenen Koronararterie nach einem Herzinfarkt das Überleben verbessern sollte. Verschiedene unkontrollierte, retrospektive Studien haben pro und contra Stellung genommen. 2166 Patienten erhielten 3–28 Tage nach einem Herzinfarkt, mit einer Auswurffrac tion von <50% oder einem proximalen Verschluss randomisiert Standardtherapie mit oder ohne perkutane Koronarintervention (PCI). Resultat: Tod, Rezidivinfarkt oder Herzinsuffizienz trat in den nächsten vier Jahren in 17,2% mit PCI, in 15,6% ohne PCI ein. PCI reduzierte im Verlauf von vier Jahren weder Tod noch Reinfarkt, noch Herzinsuffizienz. Woher die Widersprüche? Nichtkontrollierte, retrospektive Studien? Oder Betablocker? Der Editor empfiehlt Betablocker-Dauertherapie für alle Infarkt-patienten. – *Hochman JS, et al. Coronary intervention for persistent occlusion after myocardial infarction. NEJM. 2006;355:2395–407/2475.*

Googeln für eine Diagnose. Google ist die meistbenützte Suchmaschine des Internets. Was leistet sie? Die 26 «case records» des NEJM wurden während eines Jahres benützt, um die Erfolgsrate mit Google zu eruieren. Siehe da: Google führte in 58% der Fälle (15/26) zur richtigen Diagnose. Ist das viel? Oder wenig? Gemessen an der Tatsache, dass die im NEJM präsentierten Fälle mitunter ausgesprochene Knacknüsse sind, ist das Resultat nicht schlecht. Gemessen an der Tatsache, dass alle Patienten eine zutreffende Diagnose für ihre Beschwerden beanspruchen, ist Googeln wohl kaum «das Gelbe vom Ei». Googeln ist eine Hilfe bei schwierigen Fällen. Ob es jemals mehr wird? – *Tang H, et al. Googling for a diagnosis – use of Google as a diagnostic aid. BMJ. 2006;333:1143–5.*

Sind nun die Journale dran? Die schwedische Studie zum Mammographie-Screening hat wesentlich dazu beigetragen, dass diese Vorsorgeuntersuchung eingeführt wurde. Autoren aus Dänemark und Schweden hatten die Daten nachgerechnet und kamen zu wesentlich anderen Resultaten. 2006 wollten sie ihre Daten im Europ J Cancer publizieren. Der Chefredaktor lehnte das Paper ab, da er «comments from a number of sources» erhalten hatte. Der Editor aber nahm das Paper an, forderte einige Änderungen und publizierte die Arbeit. Dann kamen eine negative Beurteilung und die endgültige Ablehnung der publizierten Arbeit mit dem entsprechenden redaktionellen Vermerk. Ist das Paper nun publiziert oder nicht? Ist es gestrichen und, wenn ja, wieso? Sind die anonymen Kontakte des Chefredaktors wichtiger als das Reviewing ...? – *Götzsche PC, et al. What is publication? Lancet. 2006;368:1854–6.*

Assoziation? Ein 58jähriger Mann kommt mit retrosternalem Schmerz – schneidend und stechend. Gleichzeitig bemerkt er eine Dysphagie bei festen Speisen. Der ganze Befund ist okay, am nächsten Morgen ist er schmerzfrei – und geht. Nach zwei Wochen kommt er wieder: Schmerzen und Dysphagie. Was tun? Was ist los? (Auflösung siehe unten)

Richtig, eine Ösophagoskopie. Sie zeigt auf Höhe 20 cm einen eingeklemmten Fremdkörper, offenbar einen Hühnerknochenabszess von 35 × 50 mm ausgefüllt hat. Das Knöchelchen wird herausgezogen und der Patient eine Woche lang sondenernährt. Dann ist der Ösophagus dicht, und der Abszess bildet sich zurück. Banal? 75% der Patienten mit Dysphagie bei festen Speisen haben eine zugrundeliegende Veränderung des Ösophagus. 80–90% der Impaktionen lösen sich von selbst. Geht das aber über 24 Stunden, so wächst die Gefahr einer Perforation. Ösophagoskopie (des ganzen Ösophagus) oder Ösophagogastrroduodenoskopie ist das Vorgehen der Wahl. – *Mawdsley JED, et al. Oesophageal perforation with asymptomatic lung abscess formation. Lancet. 2006;368:2104.*