






Periskop


Ein von den Lehrern vermitteltes «**Sex Education Programme**» wurde an Absolventinnen von 25 Schulen getestet und mit der üblichen Sexualerziehung in bezug auf Empfängnis und Austragung bis zum 20. Lebensjahr verglichen. Resultat: keinerlei Effekt! Strategien, die auf die korrekte Verwendung von Kondomen und der Notfallpille abzielen, werden Schwangerschaft und Geschlechtskrankheiten kaum nennenswert verbessern. Der Aufschub des ersten Verkehrs (saved sex) ist nach Ansicht des Verfassers des Editorials ein wichtiger Punkt und sollte von den Eltern, noch besser: von der Mutter im Beisein des Vaters vermittelt werden. «Saved sex» hat in den USA die Schwangerschaften von Teenagern auf den tiefsten Stand seit 30 Jahren und die Zahl der Aborte auf die Hälfte reduziert. – *Henderson M, et al. Impact of a theoretically based sex education programme (SHARE) delivered by teachers / Editorial. Sexual health in adolescents. BMJ. 2007;334:133–6 / 103–4.* 


Noch ist die Schweiz in Sachen «**Sex vor dem 15. Lebensjahr**» mit einer Rate von <2% nach Italien in einer komfortablen Situation – verglichen mit England, Norwegen oder den USA, die alle mit Anteilen von >10% zu Buche stehen. Was nicht ist, kann noch werden! – *Wellings K, et al. Sexual behaviour in context: a global perspective. Lancet. 2006;368:1706–28.* 

Dänemark verfolgt die Lebensdauer jedes Einwohners und ist so in der Lage, exakte Angaben bezüglich des **Überlebens jedes HIV-Infizierten** und aller Nichtinfizierten zu machen. Über alle 3990 HIV-Positiven und 379 872 Kontrollen waren somit Aussagen über den Zeitpunkt der HIV-Diagnose bis zum Tod, zur Emigration oder zum Überleben am 1. Mai 2005 möglich. Die Lebenserwartung der 25jährigen in der Gesamtbevölkerung betrug in den Jahren 2000 bis 2005 51,1 Jahre versus 19,5 Jahre für die HIV-Infizierten (ohne Hepatitis-C-Virus-Infekt). Daraus ergibt sich, dass in den letzten Jahren die Überlebenschancen eines jugendlichen HIV-Infizierten unter hochaktiver antiretroviraler Therapie (HAART) mehr als 35 Jahre beträgt. Nicht schlecht – aber weitere Verbesserungen und eine Reduktion der Mortalität stehen auf dem Programm. – *Lohse N, et al. Survival of persons with and without HIV infection in Denmark. Ann Intern Med. 2007;146:87–95.* 

Der Gebrauch von **Benzodiazepinen** ist mit vermehrten Femurfrakturen assoziiert – heisst es! New York limitierte 1989 die Verschreibung von Benzodiazepinen, nicht aber New Jersey. Eine Studie über rund 52 000 New Yorker und 42 000 Einwohner von New Jersey zeigte, dass sich die Verschreibung von Benzodiazepinen in New York tatsächlich um rund 60% reduzierte; unverändert blieb sie in New Jersey. Und die **Femurfrakturen**? – Sie blieben unverändert – genauso wie in New Jersey. Die Reduktion der Verschreibung von Benzodiazepinen mag andere Vorteile bringen – aber auf die Femurfrakturen hat sie keinen Einfluss. Traurig, aber wahr! – *Wagner AK, et al. Effect of New York State regulatory action on benzodiazepine prescribing and hip fracture rates. Ann Intern Med. 2007;146:96–103.* 

In eine prospektive, offene observationelle Studie wurden in den Jahren 2002 bis 2006 6483 Patienten aus 285 Zentren innerhalb von drei Stunden nach einem **Schlaganfall** aufgenommen, nach **Thrombolyse** (Alteplase) auf symptomatische intrazerebrale Hämorrhagien und Tod innerhalb von drei Monaten überwacht und mit den Resultaten randomisierter Studien (ohne Thrombolyse) verglichen. In den ersten 24 Stunden resultierten Hämorrhagien in 1,7%. Innerhalb von sieben Tagen kam es zu symptomatischen Hämorrhagien in 7,3% (8,6% bei den Kontrollen). Die Sterberate nach drei Monaten betrug 11,3% nach Alteplase und 17,3% in den Kontrollen → Alteplase ist sicher und wirksam, wenn sie in *Stroke-Zentren* innerhalb von drei Stunden appliziert (selbst in Zentren mit relativ geringer Erfahrung) wird. Und was, wenn Stroke-Zentren fehlen? – *Wahlgren N, et al. Thrombolysis with alteplase for acute ischemic stroke in the Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke-Monitoring Study (SITS-MOST): an observational study. Lancet. 2007;369:275–82.* 

Im selben Heft wird in einem Review festgehalten, dass «kein nur geringer Prozentsatz der akut ischämischen Schlaganfallpatienten die Kriterien für eine **Thrombolyse** (3–5% in den USA) erfüllen». – *Khaja AM, et al. Established treatments for acute ischemic stroke. Lancet. 2007;369:319–30.* 

Assoziation? Ein 64jähriger Mann kommt wegen rezidivierender Refluxbeschwerden mit einer zunehmenden, leichten Anämie (Hämatokrit 34%), reduzierten Leukozytenwerten ($3,8 \times 10^9$) und einem wiederholt tiefen HDL-Cholesterin (0,26 mmol/L; N: 0,9–1,4 mmol/L). Das Gesamteiweiss liegt bei 95 G/L (N: 66–88 G/L), das Serumalbumin bei 38 G/L. Damit bleiben für die Globuline 57 G/L – um einiges zuviel! Für die Anämie findet sich keine Blutungsquelle. Retikulozyten, Vitamin B₁₂ und Eisenstoffwechsel sind normal. Was mag das sein? (Auflösung siehe unten) 

Nicht ganz einfach? Zunächst hat der Mann eine erhebliche Paraproteïnämie (Gesamteiweiss = Albumin + 38 G/L). Dann sinken der Hämatokrit und die Leukozyten mählich ab. Die Anämie dürfte wohl eine Folge einer **monoklonalen Paraproteinämie** sein. Was aber ist mit dem HDL-Cholesterin – einem seltenen, auffälligen und doch wiederholt festgestellten Wert. Auch dieser ist durch die Paraproteinämie bedingt, ohne dass sich der Mechanismus erklären liesse. Wer vieles bestimmt, wird auch einmal ein (falsch)hohes HDL erfassen! – *Murati ME, et al. A 64-year-old man with anemia and a low level of HDL cholesterol. N Engl J Med. 2006;355:2772–9.*