





## Periskop


**Tamoxifen oder Aromatasehemmer?** Insgesamt 4724 Frauen, die mit einer Tamoxifenbehandlung während zwei bis drei Jahren symptomlos geblieben waren, wurden randomisiert auf einen Aromatasehemmer (Exemestan) umgestellt oder unter Tamoxifen belassen und auf Rezidive ihres Mammakarzinoms kontrolliert. Unter Exemestan resultierten 222 Todesfälle, unter Tamoxifen waren es 261: eine «bescheidene» Verbesserung des Überlebens, und das lediglich für die Östrogenrezeptor-negativen Fälle. Auf der anderen Seite stehen kardiovaskuläre und muskuloskeletale Probleme usw. Eine signifikante Verlängerung des Überlebens lässt sich bisher nicht nachweisen – und ein Jahr unter Exemestan kostet immer noch gleich viel wie zehn Jahre unter Tamoxifen. – *Coombes RC, et al. Survival and safety of exemestane versus tamoxifen after 2–3 years' tamoxifen treatment. Lancet. 2007;369:559–70 [editorial 533–5].* 


**Korruption!** Die Non-profit-Organisation Transparency International publiziert jedes Jahr einen «**Global Corruption Report**», der alle Arten menschlichen Fehlverhaltens analysiert – mit Ausnahme desjenigen des Gesundheitswesens, das jährlich an die drei Trillionen Dollar – im wesentlichen Steuergelder – verschluckt! Warum sollte es nicht korrumpiert sein? Ganz besonders korrumpiert? Die Schätzungen belaufen sich auf einige zehn Milliarden Dollar: von Ärzten mit Interessenkonflikten über aggressive Marketingstrategien, ineffektive Drogenfälschungen, die Veruntreuung von Public-Health-Mitteln oder von AIDS-Geldern in Entwicklungsländern bis zum Betrug durch korrupte Regierungsstellen! Die Anti-Betrugs-Einheit des NHS hat in Grossbritannien seit 1998 über 170 Millionen Pfund gerettet! Korruption auf jeder Ebene – von den Regierungsstellen bis zum einzelnen Arzt – soll entdeckt und geahndet werden. Was zu retten ist, sind letztlich massive Geldbeträge – und Leben! – *Corruption in health care costs lives [editorial]. Lancet. 2006;367:447.* 

*De mortuis nil nisi bene ...* Jährlich erhalten Tausende von Patienten mit einem **Schädeltrauma Mannitol** zur Senkung des intrakraniellen Druckes. Es war ein Neurochirurg, der dieses Prozedere zwischen 2001 und 2004 in drei Publikationen vorgestellt hat: Mannitol reduziert sechs Monate nach einem Schädeltrauma Tod und Invalidität. Das Beispiel machte Schule. Der Urheber der Arbeiten starb anno 2005. Im vergangenen Jahr meldete sich ein Kollege und machte die Cochrane Group darauf aufmerksam, dass der besagte Neurochirurg gar nie über Patienten verfügt habe. Und die Koautoren? – Diese hatten auch keine Patienten beigesteuert. So bleibt denn die Frage, ob es die in den drei Arbeiten dokumentierten Patienten und die entsprechenden Resultate überhaupt je gegeben hat ... Die Neurochirurgen werden über ihre Bücher gehen, und irgend jemand muss wohl die Arbeiten wiederholen. Bis dann bleibt die Frage: Wirkt Mannitol? Und soll man weiter ... – *Roberts I, et al. Doubts over head injury studies. BMJ. 2007;334:392–4.* 

Das **Chikungunya-Fieber**, eine durch Moskitos übertragene Alphaviruskrankung, hat die Inseln im Indischen Ozean überschwemmt und dabei auf der Insel Réunion zu 265 000 klini-

schen Fällen und 237 Toten geführt. Knöchel und Handgelenke sind druckschmerzhaft; nach zwei bis fünf Tagen folgen eine Konjunktivitis und ein Exanthem; in einzelnen Fällen kommt es zu Meningoenzephalitiden, Hepatitis, Lympho- und Thrombopenie. Über tausend befallene Touristen mussten vom Indischen Ozean nach Europa zurückkehren. Die Virusbelastung im Serum kann Werte von bis zu  $10^9$ /ml erreichen. *Aedes albopictus* ist der hauptsächliche Überträger. Er ist auf allen Kontinenten beheimatet und reicht knapp bis an die Schweiz heran. Eine antivirale Therapie existiert nicht. – *Charrel RN, et al. Chikungunya Outbreaks. N Engl J Med. 2007;356:769–71.* 

Die **milde In-vitro-Fertilisation** (ovarielle Stimulation mit einem Gonadotropin-releasing-Hormon-Antagonisten und Transfer eines einzigen Embryos) vermindert die körperlichen Beschwerden und Mehrlingsgeburten. Bei 404 Patientinnen wurde randomisiert entweder eine milde oder eine Standardfertilisation vorgenommen und danach während eines Jahres die Zahl der Lebendgeburten, die innerhalb von sechs Wochen resultierenden Kosten sowie die generellen Beschwerden der Patientinnen untersucht. Resultat: Während eines Jahres ergaben sich praktisch dieselben kumulativen Geburtenzahlen und dieselben Beschwerden der Patientinnen. Die milde Fertilisation senkt aber ganz deutlich die Zahl der Mehrlingsgeburten und die Gesamtkosten. Und dennoch gibt es Kliniker, die die konservative Lösung vorziehen! – *Heijnen MEW, et al. A mild treatment strategy for in-vitro fertilisation. Lancet. 2007;369:743–9.* 

**Assoziation?** Eine 79jährige Frau kommt mit produktivem Husten und Dyspnoe. Vor drei Monaten wurde bei ihr eine Riesenzellarteriitis diagnostiziert und erfolgreich mit Methylprednisolon, Prednison, Azathioprin und Methotrexat behandelt – aber die Biopsie zeigte keine Arteriitis. Sechs Jahre zuvor war bei der Patientin eine Lobektomie für ein Adenokarzinom der Lunge vorgenommen worden. Die Frau raucht und trinkt nicht. Mit Ausnahme der einseitigen Erblindung ist der klinische Status ohne Befund. Das Labor ergibt einen Hämatokrit von 30, eine Thrombozytose von 659 000, eine Senkung von 117 und ein CRP von 27 mg/dl. Das Thorax-CT zeigt eine Konsolidation des linken Oberlappens. Blut- und Sputumkulturen bleiben negativ. Man plant noch einmal eine Bronchoskopie – da liefert ein Sputumausstrich die Lösung. Welche? (Auflösung siehe unten) 

Keine Tuberkulose, kein Malignom, eine fragliche Arteriitis – ergibt **Nocardia nova**. Unter einer Behandlung mit Cotrimoxazol (Bactrim®) bessert sich der Zustand (ohne Immunsuppressiva Therapie), und nach zwei Monaten ist die Patientin praktisch beschwerdefrei – und ihre Senkung beträgt 20 mm. – *Safdar N, et al. Into the woods. N Engl J Med. 2007;369:943–7.*