

Periskop

Ob perkutane koronare Intervention (PCI) die Prognose von Patienten mit «**silent ischemia**» (SI) nach Myokardinfarkt verbessert, war bisher nicht entschieden. In eine Schweizer Studie wurden 96 Patienten mit durch «stress imaging» nachgewiesener SI in einem bis zwei betroffenen Gefässen aufgenommen und mit 105 mit antiischämischer medikamentöser Therapie Behandelten verglichen. Der Verlauf wurde im Mittel über 10,2 Jahre verfolgt. 67 erhebliche Ereignisse erfolgten in der antiischämisch therapierten, 27 in der PCI-Gruppe, was jährlich einer Reduktion der Ereignisse um 6,3% entspricht. Die linksventrikuläre Auswurfraction blieb unverändert in der PCI-Gruppe, fiel aber signifikant in der medikamentös behandelten. Spricht für die PCI! – *Erne P, et al. Effects of percutaneous coronary interventions in silent ischemia after myocardial infarction. JAMA. 2007;297:1985–91.*



«Le roi est mort: Vive le roi!» Die erste Generation von **Stents** ist (schon beinahe) tot, die neuen sind auf Lager! Beispielsweise ein bioabsorbierbarer XIENCE™ V Everolimus Eluting Stent der Abbott Laboratories, der 7,2 statt der 9,0% «target vessel failure» bringt. Der Stent setzt, während er langsam in situ resorbiert wird, Substanzen frei, welche die Restenose verhindern. Endresultat: eine gesunde, neue arterielle Versorgung. Erste Studien verliefen erfolgversprechend –, aber der Stent schrumpfte. – *Mitka M. New drug-eluting stents under study. JAMA. 2007;297:2064–7.*



Zur Sicherheit der **Bluttransfusion** und von Blutprodukten gehört die Frage der Übertragung von Krebs. Von 354094 Patientinnen und Patienten, die in Schweden und Dänemark Transfusionen erhielten, wurde in 12012 Fällen (3%) Blut von Patienten/-innen transfundiert, die innerhalb von fünf Jahren nach der Spende an Krebs erkrankten. Die Patientinnen und Patienten wurden mit jenen verglichen, die Blut von nichtkanzerösen Spenderinnen und Spendern erhielten. Insgesamt war in beiden Gruppen das Risiko, ein Karzinom zu entwickeln, gleich hoch (das korrigierte relative Risiko betrug 1,00). → Es gibt keine Anhaltspunkte, dass eine Transfusion von präkanzerösen Spendern/-innen ein erhöhtes Krebsrisiko bei den Empfängern/-innen auslöst. Zur Beruhigung! – *Edgren G, et al. Risk of cancer after blood transfusion from donors with subclinical cancer. Lancet. 2007;369:1724–30.*



Lauterbur, was ist das? **Paul C. Lauterbur** war jener Professor der Physiologie, der 1971 einen «Sommerjob» bei MMR-Specialties antrat und das Projekt «in den Konkurs oder zum Gehen bringen» sollte. Zum Gehen hat er das gebracht, was heute das MRI ist: Aus Signalen hat er Bilder gemacht. 1973 publizierte «Nature» (im zweiten Anlauf) seine Arbeit. Diese und die Arbeiten Mansfields öffneten den Weg zur weltweiten Verbreitung des MRI. 1984 erhielt Lauterbur den Lasker Award; Mansfield wurde 1993 von der Königin zum Ritter geschlagen, und beide erhielten 1993 den Nobelpreis. Nun ist Lauterbur im Alter von 77 Jahren in Urbana gestorben. – *Oransky I. Paul C. Lauterbur. Lancet. 2007;369:1686.*



Malaria ist auf allen Inseln der Karibik eliminiert – mit Ausnahme von Haiti und der Dominikanischen Republik. Eine Prophylaxe wird nicht empfohlen. Wie kommt es, dass im Frühsommer 2006 fünf Touristen auf Great Exuma, einer Insel der Bahamas, an Falciparum-Malaria erkranken konnten? Entomologische und epidemiologische Untersuchungen wurden durchgeführt, die weitere 15 Fälle identifizierten; alles Bewohner von Inseln in der Nähe von Haiti. Fazit: Die Falciparum-Malaria wurde von Haiti auf Great Exuma eingeschleppt. 29 positive Träger und rund 180 nichtgetestete wurden mit Chloroquin/Primaquin behandelt und die Brutstätten von *Anopheles albimanus* radikal desinfiziert. Seit Mitte September 2006 sind keine Fälle mehr aufgetreten, und für die Bahamas wird keine Prophylaxe mehr empfohlen. – *Dahl-Regis M, et al. Malaria – Great Exuma, Bahamas 2006. MMWR. 2006;55:1013–6 / JAMA. 2007; 297:2189–91.*



Assoziation? Ein 47-jähriger Turnlehrer klagt über Thoraxschmerzen. Er hat eine Hebung der ST-Strecke, ein Troponin von 0,24 µg/L (N: <0,10 µg/L), ein marginal vermehrtes LDL, ein normales Gesamtcholesterin, normalen Blutdruck und ist Nichtraucher. Die Koronarographie zeigt eine 50prozentige Stenose des linken absteigenden Asts und eine 90prozentige Stenose der rechten Koronararterie. Diese wird «gestentet», und der Patient erhält Clopidogrel, Acetylsalicylsäure, Metoprolol und Atorvastatin. Nach sechs Monaten kommt er erneut mit anginösen Beschwerden. Koronarographisch hat die Stenose links proximal auf 90%, distal auf 50% zugenommen, und der linke zirkumflexe Ast hat eine 50prozentige Stenose. Was könnte da schuld sein: eine erhebliche Koronarsklerose ohne Risikofaktoren? (Auflösung siehe unten)



Merkwürdig, die rasche Progredienz «ohne Risikofaktor» ... Der Mann hat einen Risikofaktor: In seiner Jugend wurde er wegen eines Hodgkin-Lymphoms mit einer Totaldosis von thorakal 40 Gy bestrahlt. Rund 30 Jahre später wird seine **strahlenduzierte Koronarsklerose** manifest – wie das in 5,5–12% der Bestrahlten 3 bis 29 Jahre später geschieht. Die lange Latenzzeit ist wohl etwas auffällig; die plötzlich rasche Progredienz ebenso. – *Bramkamp M, et al. Radiotherapy and the heart. Lancet. 2007;369:1762.*