

## Periskop

Jürg Nussberger aus Lausanne scheint den zahllosen unzuverlässigen Hypertonikern Hilfe zu bringen – mit einer «**Vakzine gegen Hypertonie**»: In einer Studie über vierzehn Wochen wurden 72 Patienten randomisiert mit CYT006-AngQb (CYTOS Biotechnologie, Zürich) bzw. Plazebo behandelt. Die Verumgruppe zeigte einen Blutdruck von systolisch 5,6 mm Hg und diastolisch 2,8 mm Hg tiefer als bei der Plazebogruppe. Die Vakzine enthält ein virusähnliches, nichtinfektiöses Eiweisspartikel, das sich an Angiotensin II koppelt und den Körper zur Produktion von Antikörpern gegen Angiotensin anhält. Das Wirkungsmaximum tritt nach zwölf Wochen ein und fällt danach langsam ab. Die tägliche Einnahme von Antihypertensiva würde ersetzt durch zwei- bis dreimalige Injektionen pro Jahr. – Ein frommer Wunsch – oder mehr? – *Tissot AC, et al. Effect of immunisation against angiotensin II with CYT006-AngQb on ambulatory blood pressure: a double-blind, randomised, placebo-controlled phase IIa study. Lancet. 2008;371:821-7.*

Pathogene Mutationen des **Tumorsuppressionsgens BRCA1** sind mit einem hohen Risiko für ein Mammakarzinom (und Ovarial Ca) belastet. Das kumulative Risiko bis zum 70. Altersjahr beträgt 65% für Brustkrebs und 39% für Ovarial Ca. Das ist die schlechte Nachricht. Die bessere ist, dass Mutationen des BRCA1 selten sind. Sie treten häufiger auf bei Frauen mit einer Häufung von Brustkrebs oder Ovarial Ca in der Familie – oder bei Ashkenazi-Jüdinnen. In eine multiethnische Studie wurden alle Frauen Nordkaliforniens mit Mammakarzinom (8752) aufgenommen. 3,5% waren Patientinnen hispanischer Herkunft, 1,3% Afro-, 0,5% Asienamerikanerinnen, 2,2% weisse Patientinnen nicht hispanischer Herkunft – und 8,3% Ashkenazi-Jüdinnen. Die relativ hohe Zahl von Patientinnen hispanischer Herkunft dürfte durch die unbekanntete Zahl der Einheiraten von Jüdinnen bedingt sein. – *John EM, et al. Prevalence of pathogenic BRCA1 mutation carriers in 5 US racial/ethnic groups. JAMA. 2007;298:2869-76.*

**Dr. William McGuire**, bis Herbst 2006 Chef der UnitedHealth Group, hat kommentarlos 600 Millionen US-Dollar an seine Versicherung zurückbezahlt. Wieso? Er hat zusammen mit anderen Angestellten über zwölf Jahre «stock options» der UnitedHealth erstanden, rückdatiert – und einkassiert. UnitedHealth ist der zweitgrösste Gesundheitsversicherer der USA mit einem Versichertenbestand von rund 30 Millionen. Die Versicherung hat ihre Finanzen Jahr für Jahr von 1984 bis 2005 zurückgerechnet und dabei kumulative «pretax errors» in der Grössenordnung von 1,53 Milliarden festgestellt. Sie existiert noch immer. Des einen Freud, des andern Leid: Der Journalist, welcher die Probleme der UnitedHealth und ihres Chairmans im «Wall Street Journal» aufdeckte, hat den Pulitzerpreis gewonnen. – *Hopkins Tanne J. US healthcare executive pays back 600m in stock options. BMJ. 2008;336:12.*

Die US Preventive Services Task Force (USPSTF) äussert sich zum Screening auf **Karotisstenose** und nimmt dagegen Stellung. Es handelt sich um eine klare Empfehlung: Das Früherkennen einer

asymptomatischen Stenose hat entweder keinen Nutzen, oder die Konsequenzen bringen mehr Schaden als Nutzen. Im vorliegenden Fall wird der Entscheid wie folgt begründet: Weder die Duplex-, die digitale Subtraktions- noch die Magnetresonanz-Angiographie entscheiden als Screeningmethode beim asymptomatischen Patienten über die Operationsbedürftigkeit. Duplex würde eine grosse Zahl falschpositiver Resultate bringen, und die übrigen Screeningmethoden führten zu nichtindizierten Eingriffen und potentiell Schaden. Die NNT, die Zahl der nötigen Eingriffe, um einen einzigen Schlaganfall zu verhindern, beträgt 20! – *USPSTF. Screening for carotid artery stenosis. Ann Intern Med. 2007;147:854-9.*

**Das Genom entweicht aus der Flasche!** Im letzten Herbst haben zwei Firmen «direct-to-consumer» persönliche Gen-Profilen verfügbar gemacht, die auf der gleichen Zusammenstellung von 500 000 bis 1 Mio. «Einzel-Nukleotid-Polymorphismen» beruhen. Der Kunde schickt eine DNA-Probe ein, die analysiert und gespeichert wird. Er erhält einen Computerausdruck seiner speziellen gesundheitlichen Risiken und zeigt den Ausdruck seinem Arzt. Fragen: 1. Ist die Validität der Analyse gegeben? Kleine Fehler bringen Hunderte von Missklassifikationen! 2. Kann der Test spezifische Störungen voraussehen? Die meisten Erkrankungen sind durch multiple Gene bedingt. 3. Wo liegt der Nutzen der Bestimmung? Wenn ein Nutzen vorliegt, was ist zu tun? Der Arzt kann auf all die Schwächen der Bestimmung hinweisen, aber er kann keine Konsequenzen nennen. Die einzige Antwort auf alle Fragen ist: «Noch nicht, frage wieder – in ein paar Jahren!» – *Hunter DJ, et al. Letting the genome out of the bottle. N Engl J Med. 2008;358:105-7.*

**Assoziation?** Eine 22jährige Frau wird von ihrer Mutter auf die Notfallstation gefahren, nachdem sie einen Kopfschmerz «wie einen Blitzschlag» im Bereich der Stirne, dann am Hinterkopf erlebt hat. Vorausgegangen sind keine anstrengenden Aktivitäten. Bisher hatte sie jährlich fünf bis sechs Migräneepisodes. Diesmal ist's anders: Das rechte Auge nimmt Bewegung wahr, vermag Finger auf 60 cm nicht zu zählen, erholt sich aber nach zwei bis drei Stunden. Fundoskopie oB. Hinterkopf und Nacken sind extrem druckempfindlich. Das Routinelabor ist oB. Das MRI des Gehirns zeigt einen normalen Befund. Was ist los? (Auflösung siehe unten)

Die Magnetresonanz-Aufnahme des Nackens zeigt eine signifikante Dissektion beider Arteriae vertebrales. Die Patientin erhält zunächst Heparin, dann perorale Antikoagulation, Kopf- und Erbrechen lassen nach, und fünf Tage später wird sie entlassen. Normalerweise nimmt der Kopfschmerz erst nach etlichen Stunden zu. Merkwürdig: Die Dissektion der Vertebrarterien wird bei jungen Erwachsenen immer häufiger: massive Hyperextension oder Rotation im Genick – und Migräne. Die Wirkung der Antikoagulation ist nicht erwiesen – wird aber oft empfohlen. – *Price L, et al. Thunderclap headache and a tender neck. Lancet. 2007;370:1974.*