Periskop

Prostatakarzinom (PK) und **Antiandrogene**. Antiandrogene verzögern den Verlauf des PKs. In der vergangenen Dekade erhielten Patienten ein rund Zehnfaches an Antiandrogenen. Das bedeutet ein erhöhtes Risiko für Atherosklerose und kardiovaskuläre Toxizität, für Gewichtszunahme, Hyperlipidämie und eine verminderte Insulinempfindlichkeit sowie Typ-2-Diabetes. Eine Studie an rund 4900 Patienten über vier Jahre ergab 5,5% kardiovaskuläre Todesfälle unter Antiandrogenen vs. 2% ohne Antiandrogene. Aber nicht nur das. Antiandrogene sind mit jährlich 2,6% Verlust an Knochenmasse und 3,5-fachem Frakturrisiko assoziiert. Darüber hinaus gehen sie einher mit erhöhtem Verlust an kognitiven Funktionen, Müdigkeit, Lethargie, Depression, Abnahme der Libido, erektiler Dysfunktion und Wallungen. Die Verzögerung der Krankheitsprogression sollte auch die Nebenwirkungen und Kosten der Antiandrogentherapie (in den USA Milliarden von US-Dollar) berücksichtigen. – *BMJ. 2008;337:771–2.*

In-vitro-Fertilisation (IVF) – ein oder zwei (oder mehr) Embryonen? Die britische Fertility- und Embryologengesellschaft hat Guidelines zum elektiven Single-Embryo-Transfer (eSET) bei IVF veröffentlicht. Multiple Schwangerschaften sind das Resultat des Transfers von zwei oder mehreren Embryonen. Multiple Geburten aber beinhalten das Risiko neonataler und mütterlicher Morbidität und Mortalität. eSET ist bei einer Gruppe von Frauen unter 37 Jahren so gut wie ein Doppel- oder Mehrfachtransfer. Eine im Zusammenhang mit dem eSET mildere ovarielle Stimulation ist so kosteneffektiv wie die konventionelle Stimulation mit Transfer zweier Embryonen. Der Hoffnung auf eine Reduktion der Mehrfachgeburten steht die Hoffnung der Frauen auf die Geburt des einen transferierten Embryonen gegenüber. Die Frauen von den Vorteilen des eSET's zu überzeugen dürfte (zumindest im UK) nicht einfach sein! – *Lancet. 2008;372:864.*

Geographische Medizin. Japan führt weltweit die Anzahl der **Magenkarzinome** mit einer Inzidenz von 50–80/100 000 bei Männern, 20–30/100 000 bei Frauen und rund 100 000 neuen Fällen pro Jahr an. Am andern Ende steht Afrika mit 3,3 bis 9,0/100 000. Europa liegt mit einem Minimum von 7,0 und einem Maximum von 35,7/100 000 dazwischen. Die Mortalität liegt in Japan bei den Männern bei 24,1/100 000, verglichen mit 3,4/100 000 in den USA. Wenn man annimmt, dass das Minimum der Inzidenz in etwa dem entspricht, was durch *H. pylori* ohne Kofaktoren bedingt ist, so wären die weit höheren Inzidenzen (Beispiel: Japan) durch *H. pylori* plus Kofaktoren bedingt: v.a. Ernährung (hoher Kochsalzkonsum, Nitroso-Verbindungen) bei suszeptiblen Patienten. Erstaunlich dabei sind die hohe Überlebensrate operierter Patienten in Japan (70% über 5 Jahre) und die geringe operative Mortalität von 0,8%. – *N Engl J Med. 2008;359:448–51.*

Aus Japan stammt denn auch eine Arbeit, die den Effekt einer **Eradikation von *H. pylori*** nach Resektion eines frühen Magenkarzinoms (intestinaler Typ, Durchmesser unter 20 mm, ohne Ulkus oder Ulkusnarbe) untersuchte. 544 Patienten wurden in eine Studie aufgenommen und randomisiert dem Standardprocedere (StP) zugeführt oder einer Eradikation (ER; Lansoprazol tägl. 2× 30 mg, Amoxicillin 2× 750 mg, Clarithromycin 2× 200 mg während einer Woche). Nach 6, 12, 24 und 36 Monaten wurde das Auftreten eines nachfolgenden Karzinoms an anderer Stelle des Magens endoskopisch verfolgt. 9 Patienten der ER-Gruppe vs. 24 der StP-Gruppe entwickelten in der Folge ein Magenkarzinom. Das relative Risiko der Eradikationsgruppe betrug 0,339 desjenigen der Standardgruppe. Patienten mit frühem, *H. Pylori*-positivem Magenkarzinom sollten vor oder nach der Operation eine Eradikationsbehandlung erhalten. – *Lancet. 2008;372:392–7.*

Mit **NICE**, dem National Institute for Health and Clinical Excellence, hat Grossbritannien eine Institution, die – unter anderem – die Kosteneffektivität teurer, neuer Medikamente und ihre Registrierung beurteilen soll (Sunitinib, Bevacizumab, Sorafenib, Temsirolimus, Ranimizumab usw.). Durch das «Periskop» betrachtet arbeitet das Institut ausgezeichnet und dürfte in Bälde in anderen Ländern nachgeahmt werden. Was aber passiert in Grossbritannien? Mit wenigen Ausnahmen schiesst sich die ganze Horde von Journalisten – *Times*, *Daily Mail*, *Sunday Times*, *Daily Telegraph* usw. – unisono auf NICE und seine Exponenten ein, mit Unterstützung von Onkologen, der Pharmaindustrie, der konservativen Partei u.a. Was sagt das BMJ? «Journalisten müssen ihr Vergnügen haben, und Vergnügen bereitet es ihnen offenbar, mit dem bellenden Mob dem Geräusch splitternden Glases nachzurennen.» Steuerzahler finden das unverständlich, Kranke unerträglich, und NICE bezahlt den Preis. – *BMJ. 2008;337:788.*

Assoziation? Ein 52-jähriger Mann, Alkoholiker und Leberzirrhotiker, kommt mit blutenden Ösophagusvarizen. Er wird endotracheal intubiert und scheidet nach einer Stunde **grünen Urin** aus. Weder hat er etwas gegessen, noch Medikamente zu sich genommen, welche die Verfärbung des Urins erklären könnten. Das Labor liefert einen Kreatininwert von 202 µmol/l, ein Gesamtbilirubin von 60 µmol/l; der Urin hatte einen pH von 6,5, ein Bilirubin von 2+, ein Urobilinogen von 1 mg/100 und im übrigen normale Befunde. Was liegt wohl vor? (Auflösung siehe unten)

Merkwürdig: Am folgenden Morgen ist der Urin wieder tiefgrün wie zuvor, was Methylenblau, Indigo, Biliverdin oder infektiöse Ursachen eher ausschliesst. Nur keine Angst: Zur Durchführung der Intubation wurde eine Kurznarkose mit **Propofol** (auch Disoprivan®, Recofol®) durchgeführt, das die Verfärbung durch einen hepatischen Metabolitten erklärt. – *Kidney Int. 2008;74:978.*