



Und anderswo ...?

Myokardinfarkt: keine Geschlechtergleichheit!

Fragestellung

Viele Patienten erleiden sogenannte «stumme Infarkte» ohne Schmerzen im Brust-, Kiefer-, Hals- oder Schulterbereich. Diese Personen kommen später ins Spital, werden weniger aggressiv behandelt und weisen eine fast doppelt so hohe kurzfristige Mortalität wie Patienten mit «klassischen» Anzeichen auf. Sind fehlende Brustschmerzen während eines MI bei jungen Frauen ebenfalls mit einer höheren Mortalität assoziiert?

Methode

In der Studie wurde, anhand der Daten des National Registry of Myocardial Infarction, zwischen 1994 und 2006 der klinische Pfad von über 1 Million Myokardinfarkt-(MI-)Patienten, davon 42% Frauen, ausgewertet. Diese riesige amerikanische Datenbank wird von der Industrie gesponsert. Sie ist die grösste weltweit. Die MI-Diagnose wurde aufgrund von ischämischen Symptomen, wenn vorhanden, erhöhten Herzenzymwerten, typischen Veränderungen im EKG, Herzszintigraphie oder Autopsiebefunden gestellt.

Resultate

Frauen wurden in höherem Alter im Spital vorstellig als Männer: durchschnittlich mit 74 Jahren gegenüber 66,5 Jahren. 42% (!) der Frauen litten nicht unter Schmerzen im Brustbereich gegenüber 30,7% der Männer ($p < 0,001$). Mit fortschreitendem Alter wurde dieser Unterschied jedoch geringer: Mit < 45 Jahren betrug der Odds-Ratio (OR, Quotenverhältnis), nicht unter Brustschmerzen zu leiden, bei Frauen 1,3 im Vergleich zu Männern, während er mit > 75 Jahren auf 1,03 sank. Die Gesamtmortalität betrug bei den Frauen 14,6 und bei den Männern 10,3%. Bei den < 45 -jährigen Frauen betrug diese bei «stummen Infarkten» jedoch 15,3 gegenüber 2% bei klassischen Infarktzeichen. Bei den < 45 -jährigen Männern waren dies 10,2 gegenüber 1,3%.

Probleme

Es ist schwierig, diese enorme Datenmenge von > 1 Million Patienten zusammenzufassen! Darüber hinaus müssten noch die Grösse des Spitals, in dem die Patienten stationär aufgenommen wurden, ihr sozioökonomischer Status, der Einfluss der Behandlungen usw. berücksichtigt werden. Die Gesamtzahl der < 45 -jährigen Frauen (15 236) ist zwar deutlich geringer als die der > 60 -Jährigen, jedoch hoch genug, um statistisch relevante Ergebnisse zu erhalten.

Kommentar

Es ist anzumerken, dass bei Frauen weniger Bypass-OP als bei Männern erfolgen (was sich wahrscheinlich bald ändern wird). Frauen und Männer mit einem stummen MI erhielten die Standardbehandlungen > 24 Stunden später. Zwei Fragen bleiben in dem Artikel noch ungeklärt: Wie kann die MI-Diagnose bei asymptomatischen Patienten gestellt werden und wie viele davon kommen nie im Spital an?

JAMA. 2012;307:813. / AdT

Polypektomie bei Kolorektalkarzinomen: Es lohnt sich!

In der amerikanischen prospektiven «National Polyp Study» wurden zwischen 1980 und 1990 2602 Patienten nach der Entfernung eines oder mehrerer Polypen beobachtet. Nach einem Follow-up von über 16 Jahren waren 12 Patienten aufgrund eines Kolorektalkarzinoms verstorben. Dies entsprach einer Verringerung der bei Kolorektalkarzinomen erwarteten allgemeinen Sterblichkeit (25 Todesfälle) um etwa die Hälfte (-53%). Problem: Es handelt sich hier um eine Beobachtungsstudie, und die Sterblichkeit in der Kontrollgruppe wurde nur geschätzt. Der Nutzen scheint dennoch erwiesen.

N Engl J Med. 2012;366:687. / AdT

Bürokratische Dummheit – tödliche Folgen.

Medicare ist eine von der amerikanischen Regierung verwaltete Versicherung für > 65 -Jährige oder Personen mit geringem Einkommen. Bei < 65 -jährigen nierentransplantierten Patienten stellt Medicare hemmungslos die Kostenübernahme für Immunsuppressiva unter dem Vorwand ein, die Überlebenden könnten wieder eine Arbeit aufnehmen und so ihre Medikamente selbst zahlen. Ergebnis: eine Sterberate von 60% nach 10 Jahren. In Ländern mit lebenslanger Kostenübernahme der Medikamente beträgt diese 43%. Unterlassene Hilfeleistung?

N Engl J Med. 2012;366:586. / AdT

Epilepsie: i.v.- oder i.m.-Injektion?

Bei krampfenden Notfallpatienten ist es mitunter ziemlich schwierig, eine Vene zur Injektion eines Benzodiazepins zu finden. In einer Studie wurde die intramuskuläre Injektion von 10 mg Midazolam (Dormicum®) mit der intravenösen Injektion von 4 mg Lorazepam (Temesta®) verglichen. In der i.m.-Gruppe konnten die Krampfanfälle schneller gestoppt werden, weil die Paramedics (rettungsmedizinisch ausgebildete Pflegefachkräfte in den USA) weniger Zeit für die i.m.-Injektion (1,2 Minuten) als zum Finden einer Vene benötigten (4,8 Minuten). 10 mg Midazolam als i.m.-Injektion sollten also in keinem Notfalkoffer fehlen!

N Engl J Med. 2012;366:591. / AdT

Kardiovaskuläre Erkrankungen und lebenslanges Risiko.

In einer Metaanalyse an über 250 000 Personen wurden 4 kardiovaskuläre Risikofaktoren bestimmt: Gesamtcholesterinspiegel, Blutdruck, Rauchen und Diabetes. Entsprachen die 55-jährigen Patienten, die bis zum Alter von 80 Jahren beobachtet wurden, dem Idealprofil (Gesamtcholesterinspiegel $< 4,7$ mmol/l, Blutdruck $< 120/80$, Nichtraucher, kein Diabetes) und waren diese Männer, betrug ihr lebenslanges kardiovaskuläres Risiko 4,7 gegenüber 30% bei 2 oder mehr Risikofaktoren; waren diese Frauen, betrug es 6,4 gegenüber 20,5%. Sie haben die Wahl!

N Engl J Med. 2012;366:321. / AdT

Autor in dieser Ausgabe: Antoine de Torrénté (AdT)