

## Und anderswo ...?

### Welche Kontrollabstände beim abdominalen Aortenaneurysma?

#### Fragestellung

Die meisten abdominalen Aortenaneurysmata (AAA) sind bis zur Ruptur asymptomatisch. In den USA wird für alle 65- bis 74-jährigen Patienten, die Raucher oder Ex-Raucher sind, ein Screening empfohlen. Als AAA gilt eine Erweiterung mit einem Durchmesser von >3 cm. Nach der Diagnose besteht das Problem der Wachstumskontrolle und der Bestimmung des geeigneten Zeitpunkts für einen chirurgischen oder endovaskulären Eingriff. Je grösser der Durchmesser des AAA, desto enger müssen die Kontrollen sein. Welche Kontrollabstände sind bei welcher AAA-Grösse optimal?

#### Methode

In die Metaanalyse wurden 18 Studien von 2007 bis 2010 an 15 471 Patienten (13 728 Männer, 1743 Frauen) eingeschlossen. In den meisten diente Sonographie, in einigen CT als Screeningmethode. Die Patienten wurden bei einer AAA-Grösse von 3–5,4 cm eingeschlossen. Die Grenze für einen präventiven Eingriff lag bei 5,5 cm. Die durchschnittliche Studiendauer betrug 8 Jahre.

#### Resultate

Bei einem 3 cm grossen AAA beträgt die jährliche Wachstumsrate 1,28 mm, die Zeit bis zum Erreichen der Chirurgiegrenze mit einer 10%igen Wahrscheinlichkeit 7,4 Jahre. Bei 4 cm sind dies 2,44 mm

und 3,2 Jahre und bei 5 cm 3,61 mm und 0,7 Jahre. Bei einem Durchmesser von 3–4,5 cm besteht nach zwei, und bei 5 cm nach 1,4 Jahren ein 1%iges Rupturrisiko. Ausgehend von diesen Zahlen können die Kontrollabstände bei einem Durchmesser von 3–3,9 cm auf drei, bei 4–4,4 cm auf zwei und bei 5–5,4 cm auf ein Jahr ausgedehnt werden. Bei den Männern kam es lediglich zu 178, bei den Frauen zu 50 Rupturen.

#### Probleme

Es besteht eine grösstenteils ungeklärte Heterogenität der Wachstums- und Rupturraten zwischen den einzelnen Studien: unterschiedliche Populationen? Zudem wurde möglicherweise in einigen Studien aufgrund unzureichender diagnostischer Genauigkeit eine zu niedrige Rupturrate ermittelt.

#### Kommentar

Trotz dieser Einschränkungen liefert die Metaanalyse aufgrund der grossen Patientenzahl sinnvolle Anhaltspunkte für die Kontrollabstände von Patienten mit AAA. Je grösser das AAA, desto enger sollten die Kontrollen sein. Bemerkenswerterweise ist die Rupturrate von Frauen im Vergleich zu Männern um das Vierfache höher. Daher wurde vorgeschlagen, die Chirurgiegrenze bei Frauen von 5,5 auf 4,5 cm zu senken. Ausserdem sollte nicht vergessen werden, dass aktives oder sogar vor langer Zeit eingestelltes Rauchen der stärkste Risikofaktor für die Entstehung eines AAA ist!

The RESCAN Collaborators: Surveillance Intervals for Small Abdominal Aortic Aneurysms, A Meta-analysis. JAMA. 2013;309:806–13. / AdT

### Arteriosklerose: eine gute und eine schlechte Nachricht

Von 2001 bis 2011 wurden alle im Kampf gefallenen amerikanischen Soldaten autopsiert. Ihr Durchschnittsalter betrug 26 Jahre. Die generelle Prävalenz atheromatöser Koronarläsionen betrug 8,5%, die schwerer Läsionen 2,3%. Die Soldaten mit schweren Koronarläsionen waren älter als diejenigen ohne. Im Vergleich dazu betrug der entsprechende Anteil bei den in Korea und Vietnam gefallenen Soldaten: 77 (!) und 45%. Trotz alledem ein bemerkenswerter Rückgang ohne eindeutige Ursache: Ernährung? Hypertoniebehandlung? Fast 10% Koronarläsionen bei 26-Jährigen sollten einem dennoch zu denken geben ...

Webber BJ, et al. JAMA. 2012;308(24):2577–83. / AdT

### Hörverlust und kognitives Defizit: Zusammenhang bestätigt!

2000 Patienten mit einem durchschnittlichen Alter von 77 Jahren wurden 6 Jahre lang prospektiv beobachtet. Bei ca. 1200 Patienten mit einer durchschnittlichen Hörminderung von 25 dB nahm die kognitive Leistung (gemäss modifiziertem Mental-Status- und Digit-Symbol-Substitution-Test) um 32–41% stärker ab. Die Risk Ratio für ein kognitives Defizit betrug, im Vergleich zu Patienten ohne Hörverlust, 1,24. Wäre in diesen Fällen die Anpassung eines Hörgeräts sinnvoll oder tritt der Hörverlust ohne kausalen Zusammenhang lediglich gleichzeitig mit einem kognitiven Defizit auf?

Lin FR, et al. JAMA Intern Med. 2013;173:293–9. / AdT

### Harnwegsinfekte bei Männern: Behandlungsdauer?

Bei 33 000 Veteranen der amerikanischen Armee wurden 40 000 Episoden von Harnwegsinfekten erfasst. 63% wurden 7 Tage oder kürzer bzw. 7 Tage oder länger mit Ciproxin und 24% mit Cotrimoxazol behandelt. Durch die längere Behandlungsdauer wurde die Häufigkeit von Rezidiven nicht verringert: Frühe Rezidive (<30 Tage) traten bei 45% der Patienten, späte Rezidive (>30 Tage) bei 10% auf. Mit Ausnahme sogenannter komplizierter Harnwegsinfekte, die bei Männern häufig vorkommen, scheint eine kurze Behandlungsdauer gerechtfertigt.

Drekonja D, et al. JAMA Intern Med. 2013;173(1):62–8. / AdT

### Engagiert sich «Big Pharma» für die Bevölkerungsgesundheit?

Joseph Jimenez, der Chef von Novartis, der ruandische Präsident Paul Kagame und der Direktor des Earth Institute, Jeffrey Sachs, haben eine Kampagne ins Leben gerufen, um eine Million «health workers» auszubilden. Diese werden mit Mobiltelefonen ausgestattet und können so von medizinischen Fachkräften telemedizinisch beraten werden. Das könnte die gesundheitliche Lage, insbesondere im ländlichen Afrika, entscheidend verbessern ...

Lancet. 2013;381:page i. doi:10.1016/S0140-6736(13)60148-8.

<http://1millionhealthworkers.org> / AdT

Autor in dieser Ausgabe: Antoine de Torrenté (AdT)