

Und anderswo ...?

Antoine de Torrenté

Tabakkonsum: noch schlimmer als gedacht?

Fragestellung

In den USA sterben jährlich ca. eine halbe Million Menschen an Tabakkonsum. In der Schweiz sind dies ca. 9000, und hier wird mehr geraucht als in den USA. Des Weiteren haben aktive Raucher schätzungsweise eine um zehn Jahre geringere Lebenserwartung. Laut Surgeon General, der obersten Instanz des Gesundheitswesens in den USA, sind ca. 21 Erkrankungen für den Tod infolge von Tabakkonsum verantwortlich: zwölf Krebsarten, sechs kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes, COPD und Pneumonie. Laut der in Grossbritannien durchgeführten «Million Women Study», in der die 30 häufigsten Todesursachen untersucht wurden, ist Tabakkonsum wahrscheinlich für noch mehr Erkrankungen als die 21 vom Surgeon General genannten die Ursache. Die nachfolgend zusammengefasste Studie hat versucht, diese Frage zu beantworten, indem die Todesursachen durch 52 Krankheitskategorien im Zusammenhang mit den Rauchgewohnheiten untersucht wurden.

Methode

Von 2000 bis 2011 wurden die über 55 Jahre alten Probanden aus fünf grossen Kohortenstudien eingeschlossen. Die Rauchgewohnheiten

Kardiologen: less is more?

Dies ist das Ergebnis einer beunruhigenden Studie von 2002 bis 2011. Dabei wurde die 30-Tages-Mortalität von 8570 Patienten mit Myokardinfarkt während der zwei nationalen Kardiologenkongresse in den USA (während der zahlreiche Kardiologen nicht in den Spitälern arbeiten) mit der von 57471 Spitalpatienten ausserhalb dieses Zeitraums verglichen. Die Populationen waren vergleichbar. Die Sterblichkeit der Hochrisikopatienten mit Myokardinfarkt war trotz einer leichten Verringerung perkutaner Koronarinterventionen (PCI) in etwa gleich: 20,8 vs. 28,2%; $p = 0,02$. Die 30-Tages-Mortalität der Hochrisikopatienten aufgrund von Herzstillstand und Herzinsuffizienz fiel jedoch während der Kongresse deutlich niedriger aus: z.B. 17,5 vs. 24,8% in Bezug auf die Sterblichkeit bei Herzinsuffizienz; $p < 0,001$. Sind unsere Kardiologenkollegen etwa zu aggressiv?

Jena AB, et al. *JAMA Intern Med.* 2015;175:237.

wurden mindestens einmal während der Einschussphase erfasst. Die endgültige Teilnehmerzahl lag bei 421378 Männern und 532651 Frauen. Die Angaben zum Tabakkonsum erfolgten durch die Probanden selbst: die Zahl der Zigaretten pro Tag und die Zahl der rauchfreien Jahre bei Ex-Rauchern. Als Todesursachen wurden die 21 Kategorien des Surgeon General sowie weitere Erkrankungen mit mindestens 20 Todesfällen berücksichtigt. In der Endanalyse waren 52 unbekannte oder bekannte Todesursachen jeglicher Herkunft enthalten.

Resultate

Während des Follow-up traten 180000 Todesfälle, darunter 16500 bei aktiven Rauchern, auf. 17% davon gehörten nicht den 21 vom Surgeon General angegebenen Kategorien an. Nachfolgend das Risikoverhältnis (Hazard Ratio; HR) für neue Assoziationen zwischen Tabakkonsum und Tod im Einzelnen: terminale Niereninsuffizienz, HR 2; intestinale Ischämie, HR 6 (!); hypertensive Herzerkrankung, HR 2,4; Infektionen, HR 2,3; Lungenerkrankungen ausser COPD, HR 2; Brustkrebs, HR 1,3; Prostatakrebs, HR 1,4. Alle Assoziationen waren statistisch signifikant.

Probleme

Die Studienpopulation bestand hauptsächlich aus Kaukasiern mit überdurchschnittlichem

Dauer vasomotorischer Symptome nach der Menopause: unterschätzt?

Von 3300 postmenopausalen Frauen der SWAN-Kohorte (Study of Women Health Across the Nation) klagten ~1500 über häufige vasomotorische Symptome (mehr als sechs Tage in zwei Wochen). Die mediane Symptombdauer nach der letzten Regel betrug 4,5 Jahre. Frauen, bei denen die Symptome in der Perimenopause begonnen hatten, wiesen die längste mediane Symptombdauer auf: 11,8 Jahre. Anscheinend bestanden die Symptome bei Frauen afroamerikanischer Herkunft am längsten an. Diese Daten könnten sich für die Planung einer Behandlung als nützlich erweisen ...

Nancy E, et al. *JAMA Intern Med.* 2015; February 16. doi:10.1001/jamainternmed.2014.8063.

Bildungsniveau. Auch weitere, nicht analysierte Störfaktoren könnten die Resultate beeinflusst haben.

Kommentar

Diese Studie geht davon aus, dass der Tabakkonsum für 60000 bis 120000 weitere Todesfälle nach anderen Folgeerkrankungen als den 21 bereits bekannten Kategorien des Surgeon General verantwortlich ist. Möglicherweise kommen in anderen, weniger gebildeten Bevölkerungsschichten mit höherem Raucheranteil noch weitere Risikofaktoren wie schlechte Ernährung und Lebenshygiene hinzu. Die Studie hat ebenfalls gezeigt, dass sich die Risiken mit zunehmender Abstinenzdauer verringern. Es wäre interessant, herauszufinden, durch welchen Mechanismus bzw. welche Mechanismen der Tabakkonsum die Entstehung von Krebsarten wie Brust- und Prostatakrebs beeinflusst, die nicht direkt mit der Tabakexposition in Zusammenhang stehen. Möglicherweise ist der Tabakkonsum hier nicht der Auslöser, beschleunigt jedoch das Fortschreiten der Krebserkrankung bis zum Tod. In Bezug auf die hohe HR der intestinalen Ischämie weiss man, dass Tabakkonsum eine starke Vasokonstriktion des Splanchnikusgebiets bewirkt. Tabakkonsum: vom Regen in die Traufe.

Carter BD, et al. *N Engl J Med.* 2015;372:631.

Kardiovaskuläres Risiko mittels neuer Scores: überschätzt?

Die Ermittlung des kardiovaskulären 10-Jahres-Risikos erfolgt, um bei einem erhöhten Risiko eine präventive Behandlung beginnen zu können. Die neuen Risikoscores der American Heart Association (AHA) und des American College of Cardiology (ACC) haben zu erheblicher Kritik geführt. 4227 Pat. der MESA-Studie (Multi Ethnic Study of Atherosclerosis) von 50 bis 74 Jahren ohne Diabetes wurden 10,2 Jahre lang nachbeobachtet. Währenddessen wurden die kardiovaskulären Ereignisse erfasst. Verglichen mit den 3 ehemaligen Framingham-Scores wurde das kardiovaskuläre Risiko anhand der neuen Scores bei Männern um 37 bis 154% und bei Frauen um 8 bis 67% überschätzt. Beim Reynolds-Score hingegen wurde es bei Frauen um 20% unterschätzt. Die neuen Scores scheinen also deutlich pessimistischer zu sein. Warum? Wir wagen es nicht, daran zu denken, dass die Industrie dabei eine Rolle gespielt haben könnte (Hersteller von Statinen, Stents usw.) ...

De Filippis AP, et al. *Ann Intern Med.* 2015;162:266.