

Und anderswo ...?

Antoine de Torrenté

Liraglutid: eine neue Waffe gegen Adipositas?

Fragestellung

Die nicht-chirurgischen Adipositasbehandlungen sind im Allgemeinen sehr enttäuschend: Körperliche Aktivität, die unerlässlich ist, reicht häufig nicht aus, «Appetitzügler» haben oftmals schwere Nebenwirkungen und Diäten verursachen häufig einen «Jo-Jo-Effekt». Und dennoch sollte die Krankheit, welche häufig zu Typ-2-Diabetes, Knochen- und Gelenk- sowie kardiovaskulären Erkrankungen führt, von der häufigen sozialen Stigmatisierung adipöser Personen ganz zu schweigen, behandelt werden. Liraglutid (L), ein Glucagon-like Peptid-1-Analogon, ist für die Behandlung von Typ-2-Diabetes zugelassen. Ein zusätzlicher Nutzen ist der Gewichtsverlust, welcher aufgrund von Appetitverminderung und einer Verlangsamung der Magenentleerung erzielt wird. Welche Wirkung hat L bei adipösen oder übergewichtigen Nicht-Diabetikern zusätzlich zu einer kalorienarmen Diät und körperlicher Aktivität?

Antidepressiva und Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR): Hirnblutungen?

4 Millionen ins Spital eingewiesene Patienten unter Antidepressiva wurden in einer retrospektiven Studie analysiert. Patienten, die gleichzeitig Antidepressiva und NSAR einnahmen, hatten in den ersten 30 Tagen der Kombinationsbehandlung ein um den Faktor 5,7 pro 1000 Patientenjahre erhöhtes Risiko für Hirnblutungen, gegenüber dem Faktor 1,6 pro 1000 Patientenjahre ohne Antidepressiva. Diese Zahlen sind beunruhigend und deuten darauf hin, dass die o.g. Kombination, wenn irgend möglich, vermieden werden sollte. *Shin JY, et al. BMJ. 2015;351:h3517.*

Unterdiagnostiziertes Vorhofflimmern (VHF) in einer Population mit erhöhtem Schlaganfallrisiko

Eine schwedische Studie an 75- bis 76-jährigen hat gezeigt, dass bei 25% erneut VHF auftritt. Diese haben angesichts ihres Alters einen CHA₂DS₂-VASc-Score von mindestens 2 und somit ein erhöhtes Schlaganfallrisiko. Bei jedem

Methode

Die randomisierte, plazebokontrollierte Studie fand von 2011–2013 in 191 Zentren in 27 Ländern statt. Die Patienten waren >18 Jahre alt und hatten einen BMI von mindestens 30 (mindestens 27 bei Dyslipidämie oder Hypertonie). Die Haupteinschlusskriterien waren ein bestätigter Typ-1- oder Typ-2-Diabetes, eine schwere Depression oder eine vorangegangene bariatrische Operation. Die Patienten wurden im Verhältnis von 2:1 randomisiert und erhielten entweder täglich eine s.c.-Injektion mit 0,6 mg L als Einstiegsdosis, die jede Woche um 0,6 mg bis auf 3 mg/Tag gesteigert wurde, oder ein Plazebo. Beide Gruppen erhielten eine Beratung zum Lebensstil und zu einer kalorienarmen Diät. Die drei primären Endpunkte in Woche 56 waren der Gewichtsverlust im Vergleich zum Studieneinschluss sowie der Anteil der Patienten mit einem Gewichtsverlust von 5% oder mehr bzw. 10% oder mehr.

Resultate

2487 Patienten erhielten L und 1244 Plazebo. Das Durchschnittsalter betrug 45 Jahre, der durchschnittliche BMI 38, 78% waren Frauen und 61% litten an einem Prädiabetes. In Woche 56 hatte die L-Gr. 8,4 ± 7,3 kg und die

Plazebo-Gr. 2,8 ± 6,6 kg abgenommen, $p < 0,001$. 31 vs. 10,6% der Patienten hatten >10% ihres Ausgangsgewichts verloren, $p < 0,001$. Die häufigsten Nebenwirkungen in der L-Gr. waren Übelkeit (40%) und Diarrhoe (20%).

Probleme

Die Studie weist, die hohen Standardabweichungen von den Mittelwerten ausgenommen, keine offensichtlichen Schwächen auf. Sie wurde von Novo Nordisk, dem Hersteller von L, finanziert.

Kommentar

Natürlich ist es bedauerlich, dass die Gewichtsabnahme nicht höher war. Es ist jedoch ebenfalls bekannt, dass bereits ein geringer Gewichtsverlust Stoffwechselformparameter und Lebensqualität verbessern kann. Der Erfolg war jedoch nur von kurzer Dauer: 12 Wochen nach dem Absetzen der Behandlung hatten die Patienten der L-Gr. bereits wieder 3 kg zugenommen ... Nichtsdestotrotz scheint L den Patienten objektiv zu helfen und kann ihnen so beispielhaft zeigen, dass auch ein hoher Gewichtsverlust möglich ist. Übrigens wurde L von der FDA für diese Indikation zugelassen. *Pi-Sunyer X, et al. N Engl J Med. 2015;373(1):11–22.*

4. Patient wurde kein VHF diagnostiziert, weshalb keine Antikoagulation erfolgte. Sollten demzufolge alle >75-jährigen gescreent werden? Und wenn ja, mit welcher Methode? Eine wahre Goldgrube für die Kardiologen! <http://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.114.014343>

Chirurgen: von Enthüllungsjournalisten auf die Finger geschaut ...

Die Enthüllungsjournalistenorganisation ProPublica (USA) möchte Patienten bei ihrer Entscheidung für einen Chirurgen behilflich sein. Dazu wurden von 2009–2013 die Operationskomplikationen von 17 000 Chirurgen in 3600 Spitälern anhand der Daten von Medicare über die stationär aufgenommenen Patienten erfasst. Acht gleichartige Eingriffe wurden untersucht sowie die Rehospitalisierungsrate nach 30 Tagen aufgrund von Infektionen, Blutungen, Fehlanpassungen von Gelenkprothesen usw. erfasst. Zu Komplikationen kam es in lediglich 2–4% der Fälle (ziemlich beruhigend). Deutlich beunruhigender war jedoch, dass nur

11% der Chirurgen für 25% der Komplikationen verantwortlich waren. Und genau diese sollten sich Gedanken machen ... *Physician's First Watch. 2015; July 16.*

Im Putin-Paradies

In ihrem Drogenbekämpfungswahn bescheeren Putin und sein Gesundheitsminister den Patienten (insbesondere finalen Krebspatienten) ein schreckliches Leben. Um lächerlich geringe Morphindosen von wenigen Milligramm täglich zu erhalten, sind 2 Gutachten erforderlich, die alle 14 Tage erneut ausgestellt werden müssen. Bezüglich der Verfügbarkeit narkotischer Analgetika belegt Russland den 82. Platz weltweit und eine Schätzung im Jahr 2009 hat ergeben, dass lediglich 15% von 217 000 Patienten mit Opioidbedarf die Medikamente auch erhielten. Resultat: reihenweise Suizide von Patienten, die nicht mehr in der Lage waren, ihre Schmerzen auszuhalten. Vielen Dank an Putin, der sich selbst problemlos alles besorgen könnte, was er will ... *Clark F, et al. Lancet. 2015;386:232.*