

Inhaltsverzeichnis: siehe Seite 16

Erhöhtes Krebsrisiko durch Computertomographien

a Smith-Bindman R, Lipson J, Marcus R et al. Radiation dose associated with common computed tomography examinations and the associated lifetime attributable risk of cancer. Arch Intern Med 2009 (14. Dezember); 169: 2078-86

Studienziele

In den USA werden Computertomographien (CT) dreissigmal häufiger eingesetzt als noch vor zwanzig Jahren. Wie weit die damit verbundene steigende Strahlenbelastung ein zusätzliches Karzinomrisiko darstellt, wird in der vorliegenden Studie berechnet.

Methoden

An vier kalifornischen Zentren wurde bei insgesamt 1'119 Personen und den elf am häufigsten eingesetzten CT-Aufnahmetypen (z.B. Routineaufnahmen von Schädel oder Thorax) die Strahlendosis gemessen. Von Interesse war dabei die «biologisch effektive Strahlendosis», welche der vom Gewebe absorbierten Radioaktivität und der Sensibilität der bestrahlten Organe Rechnung trägt. Aufgrund eines Modells, das anhand der epidemiologischen Daten von Personen mit erhöhter Strahlenbelastung (z.B. Langzeitüberlebende aus Hiroshima), entwickelt worden war, konnte das Lebenszeitrisiko für ein zusätzliches Karzinom geschätzt werden; dies in Abhängigkeit des Aufnahmetyps, des Alters bei der Durchführung und des Geschlechtes.

Ergebnisse

Zwischen den verschiedenen Aufnahmetypen schwankte die Strahlendosis beträchtlich, von 2 mSv für eine Routineaufnahme des Schädels bis zu 31 mSv für Spezialaufnahmen des Abdomens oder des Beckens. Auch für einen einzelnen Aufnahmetyp konnte die Strahlendosis bis um das 13fache variieren. Die durchschnittliche Strahlendosis eines CTs war so hoch wie diejenige von 74 Mammographien oder 442 konventionellen Thoraxaufnahmen. Aufnahmetechniken mit stärkerer Strahlenbelastung sind z.B. Angiographien. Generell haben Frauen bei gleicher Strahlenbelastung ein höheres Risiko als Männer. So muss eine von 270 Frauen, die 40-jährig eine CT-Koronarangiographie erhalten hat, mit einem Karzinom infolge dieser Untersuchung rechnen; bei den Männern betrifft dies nur einen von 600. Ein Schädel-CT führt bei einer von 8'100 Frauen zu einem Karzinom, aber nur bei einem von 11'080 Männern. Das Risiko für ein Karzinom war bei 20-jährigen ungefähr doppelt so hoch wie bei 40-jährigen.

Schlussfolgerungen

Die gemessene Strahlenbelastung schwankt beträchtlich sowohl zwischen als auch innerhalb der verschiedenen CT-

Aufnahmetypen. Erwartungsgemäss induzieren höhere Strahlenbelastungen vermehrt Karzinome. Jüngere Personen und Frauen sind dabei besonders gefährdet.

a Berrington de Gonzalez A, Mahesh M, Kim KP et al. Projected cancer risks from computed tomographic scans performed in the United States in 2007. Arch Intern Med 2009 (14. Dezember); 169: 2071-7

Gemäss den Berechnungen basierend auf der Anzahl CT-Untersuchungen, die im Jahr 2007 in den USA durchgeführt wurden, muss mit 29'000 zusätzlichen strahleninduzierten Karzinomen gerechnet werden. Der Hauptteil geht zu Lasten der häufig durchgeführten Thorax- und Abdomen-Aufnahmen sowie der Spezialuntersuchungen mit hohen Strahlendosen. Ein Drittel der Karzinome sind auf CT-Aufnahmen, die im Alter zwischen 34 und 54 Jahren durchgeführt wurden, zurückzuführen. Zwei Drittel der Karzinome traten bei Frauen auf, wobei bei letzteren mehr CT-Aufnahmen durchgeführt worden waren als bei Männern.

Beide Studien zusammengefasst durch Bettina Wortmann

Zumal bei jungen Leuten sollten wir uns also gut überlegen, ob eine Computer-Tomographie (CT) wirklich indiziert ist. Im Übrigen gibt es zwei Strategien, wie sich die Strahlenbelastung durch CT reduzieren lässt. Die eine heisst ALARA («as low as reasonably achievable» – Verwendung der kleinsten sinnvoll erreichbaren Strahlendosis). Es gibt verschiedene Techniken, die es erlauben, eine ALARA-Strategie zu verfolgen. Diese Techniken sind im Bereich der Pädiatrie und bei der relativ strahlenintensiven koronaren CT-Diagnostik von besonderer Bedeutung. Die zweite Strategie heisst MRI («magnetic resonance imaging» – Kernspintomographie). Nicht selten wird der Entscheid zu Gunsten des einen Verfahrens (CT) oder des anderen (MRI) auf Grund der regionalen Verfügbarkeit der entsprechenden Geräte gefällt. Da in der Schweiz relativ viele MRI-Geräte stehen, ist zu vermuten, dass bei uns die Strahlenbelastung vergleichsweise geringer ist.

Etzel Gysling

Was bedeuten die Symbole?

- r** Randomisiert-kontrollierte Studie
- k** Kohortenstudie
- f** Fall-Kontroll-Studie
- m** Meta-Analyse oder systematische Übersicht
- a** Andere Studienart

Zahnbehandlung kein Risikofaktor für Protheseninfekte

f Berbari EF, Osmon DR, Carr A et al. Dental procedures as risk factors for prosthetic hip or knee infection: a hospital-based prospective case-control study. *Clin Infect Dis* 2010 (1. Januar); 50: 8-16

Studienziele

Ob Zahnbehandlungen ein erhöhtes Risiko für Infektionen von künstlichen Hüft- und Kniegelenken darstellen, und ob eine Antibiotikaprophylaxe dieses zu reduzieren vermag, ist unklar und sollte in der vorliegenden prospektiven Fall-Kontrollstudie aus den USA untersucht werden.

Methoden

In der Mayo-Klinik wurden hospitalisierte Personen mit Infektionen von künstlichen Hüft-/Kniegelenken nach Zahnbehandlungen oder Dentalhygiene (Infektgruppe, n=339) und Personen ohne solche Infektionen (Kontrollgruppe, n=339) während der letzten zwei Jahre befragt. Unterschieden wurden Behandlungen mit kleinem oder grossem Risiko hämatogener Streuung, sowie solche mit oder ohne Antibiotikaprophylaxe.

Ergebnisse

In der Infektgruppe waren 14% zahnlos (Kontrollgruppe 8%). 57% (47%) hatten eine Zahnbehandlung mit kleinem Risiko (z.B. eine Zahnfüllung), 48% (34%) eine mit grossem Risiko (z.B. Dentalhygiene) gehabt; ein signifikanter Unterschied der Infekthäufigkeit liess sich nicht feststellen. Bei 90% (82%) waren in den vorangegangenen 12 Monaten solche Behandlungen durchgeführt worden. 54% (63%) unterzogen sich mehr als einmal pro Jahr einer Dentalhygiene. Bei 10% der Infektionen fand man Keime mit möglicherweise orodentalem Ursprung. Weder die Stratifizierung nach Risikokategorie noch diejenige nach Antibiotikaprophylaxe zeigte Unterschiede der Infekthäufigkeit, auch nicht bei Untergruppen von speziell infektgefährdeten Personen, wie beispielsweise Diabeteskranken. Um 30% erhöht, jedoch nicht statistisch signifikant, war die Wahrscheinlichkeit eines Infektes, wenn weniger als einmal pro Jahr eine Dentalhygiene durchgeführt wurde.

Schlussfolgerungen

Die Resultate dieser Studie zeigen kein erhöhtes Risiko für Infekte von Hüft- und Knieprothesen nach Zahnbehandlungen. Auch konnte kein Nutzen einer Antibiotikaprophylaxe gezeigt werden, obwohl kurzzeitige Bakteriämien bei Zahnbehandlungen sehr häufig sind. Behandlungsrichtlinien, wie diejenige der amerikanischen Orthopäden-Gesellschaft, welche die generelle Durchführung einer Antibiotikaprophylaxe vor Zahnbehandlungen empfehlen, sollten angepasst werden. Andere Risikofaktoren wie Adipositas, Komorbidität, lange Operationszeit oder postoperative Komplikationen scheinen bedeutungsvoller zu sein.

Zusammengefasst von Thomas Rumetsch

Implantate sind stark anfällig auf bakterielle Infektionen. Ungefähr ein Drittel der Gelenkprotheseninfektionen entstehen hämatogen, deshalb ist es denkbar, dass dies auch während Bakteriämien anlässlich von blutigen Zahnbehandlungen passieren kann. Seit über 30 Jahren wird darüber debattiert, ob eine Antibioti-

kaprophylaxe vor Zahnbehandlungen bei Personen mit Gelenkprothesen notwendig ist. Es gibt wenige Argumente dafür, dass eine solche Prophylaxe notwendig sein könnte, und viele Argumente dagegen.

Berbari et al. konnten nun erstmals in einer Fall-Kontrollstudie zeigen, dass blutige Zahnbehandlungen ohne Antibiotikaprophylaxe das Risiko für eine Protheseninfektion nicht erhöhen. Im Gegenteil, von Protheseninfektionen Betroffene waren sogar seltener beim Zahnarzt als diejenigen ohne Infektion. Daraus kann man schliessen, dass eine Antibiotikaprophylaxe nicht notwendig ist, jedoch regelmässige Dentalhygiene möglicherweise hämatogene Infektionen aus dem Mundbereich reduzieren kann.

Werner Zimmer

Fernsehen kann Ihre Gesundheit gefährden

k Dunstan DW, Barr EL, Healy GN et al. Television viewing time and mortality – the Australian diabetes, obesity and lifestyle study (AusDiab). *Circulation* 2010 (26. Januar); 121: 384-91

Offenbar vermögen bereits Alltagsaktivitäten geringer Intensität die Sterblichkeit zu reduzieren, denn ein hoher Anteil an in sitzender Stellung verbrachter Zeit erhöht die Sterblichkeit. In bisherigen Studien wurde die gesamte täglich sitzend verbrachte Zeit berücksichtigt, was schwierig zu erfragen ist. Viele Leute verbringen den Grossteil ihrer Zeit in sitzender Position vor dem Fernseher, weshalb auch die Dauer des Fernsehens verwendet werden kann. Mehrere Studien haben gezeigt, dass diese mit einer Zunahme der koronaren Risikofaktoren korreliert. In dieser grossen australischen Kohortenstudie wird der Einfluss einer langen Fernsehdauer auf die Gesamtmortalität, sowie auf die Herz-Kreislauf- und Krebsmortalität untersucht. 8'800 Erwachsene über 25 Jahren wurden zu ihren Gewohnheiten befragt, untersucht und während durchschnittlich 6,6 Jahren beobachtet.

In den 58'087 Personenjahren kam es zu 284 Todesfällen, 87 aus kardiovaskulären Gründen und 125 infolge von Krebs. Jede Stunde, welche die Untersuchten vor dem Fernseher sassen, erhöhte die Gesamtmortalität um 11% (RR 1,11, 95% CI 1,03–1,20), die kardiovaskuläre Sterblichkeit um 18% (RR 1,18, 95% CI 1,03-1,35). Auf die Anzahl Krebstodesfälle fand sich jedoch kein signifikanter Einfluss. Wurden Personen, die mehr als vier Stunden täglich vor dem Fernseher sassen, mit jenen verglichen, die dies während weniger als zwei Stunden taten, war – selbst nach Berücksichtigung einer grossen Anzahl anderer kardiovaskulärer Risikofaktoren – die Gesamtsterblichkeit um 46% und die kardiovaskuläre Sterblichkeit um 80% höher.

Um das kardiovaskuläre Risiko abzuschätzen, habe ich in der Sprechstunde bisher häufig nach sportlichen Aktivitäten gefragt. Unabhängig davon scheint auch die Dauer der sitzend oder sonst inaktiv verbrachten Zeit ein Risikofaktor zu sein, insbesondere auch die Zeit vor dem Fernseher – in Zukunft werde ich auch danach fragen. Gesundheitspolitisch muss die «Zeit vor dem Fernseher» wohl ebenfalls zum Thema werden.

Zusammengefasst von Peter Koller

Weniger Verletzte und Tote dank Tempo 30

a Grundy C, Steinbach R, Edwards P et al. Effect of 20 mph traffic speed zones on road injuries in London, 1986-2006: controlled interrupted time series analysis. *BMJ* 2009 (10. Dezember); 339: b4469

Studienziele

Diese Beobachtungsstudie sollte den Einfluss von verkehrsberuhigten Zonen mit einer Geschwindigkeitsbegrenzung auf 20 Meilen pro Stunde (20mph-Zonen) – was ungefähr 32 km pro Stunde entspricht – auf die Zahl von Verkehrsunfällen und auf die dadurch bedingten Verletzungen und Todesfälle aufzeigen.

Methoden

Die Analyse beruht auf Polizeidaten zu Unfällen mit Verletzungsfolgen aus London für die Jahre 1986 bis 2006. Es wurde zwischen schweren und leichten Verletzungen unterschieden. Letztere umfassten alle Personen, die hospitalisiert werden mussten und verschiedene, schwerere Krankheitsbilder aufwiesen wie z.B. Frakturen oder innere Verletzungen, auch wenn sie ambulant behandelt werden konnten. Ein Unfall wurde als tödlich klassifiziert, wenn eine verletzte Person innerhalb von 30 Tagen nach dem Unfall starb. Mittels eines geografischen Informationssystems wurden die Unfalldaten den verschiedenen Strassenabschnitten zugeordnet. Dabei waren vor allem neu geschaffene 20mph-Zonen, sowie die daran angrenzenden Strassenabschnitte von Interesse.

Ergebnisse

Insgesamt war über all die 20 Jahre eine stetige Abnahme von Verkehrsunfällen und von dadurch bedingten Verletzungen und Todesfällen zu verzeichnen. Diese fiel in den letzten Jahren eher etwas stärker aus. Im gleichen Zeitraum nahmen Anzahl und Länge von 20mph-Zonen deutlich zu. Innerhalb neu geschaffener 20mph-Zonen war ein zusätzlicher Rückgang von Unfällen mit Verletzungsfolgen um gesamthaft 42% (95% CI 36-48%) festzustellen. Die Anzahl von Kindern bis zum Alter von 15 Jahren, welche schwer verletzt oder getötet wurden, halbierte sich sogar. Verletzungen von Personen, die zu Fuss unterwegs waren, reduzierten sich um ein Drittel. Auch hier war der Nutzen bei Kindern – insbesondere bei denjenigen unter 11 Jahren – noch deutlicher.

Schlussfolgerungen

Verkehrsberuhigte Zonen mit einer Geschwindigkeitsbegrenzung auf 20 Meilen pro Stunde (32 km/h) stellen eine äusserst wirksame Massnahme dar, um die Zahl von Verletzten und Toten durch Verkehrsunfälle in Wohngebieten zu senken.

Zusammengefasst durch Felix Tapernoux

In London wurden zwischen 1991 und 2007 fast 400 20mph-Zonen eingerichtet. Der Nutzen dieser Massnahme wird anhand der hier vorliegenden Daten zu den Verkehrsunfällen von 1986 bis 2006 belegt. Nach Korrektur für mögliche Störgrössen ergab sich eine Reduktion der Anzahl Verletzten um 42%, diese betraf vor allem jüngere Kinder sowie schwer oder tödlich Verletzte.

Auch in den an die 20mph-Zonen angrenzenden Strassen zeigte sich eine Reduktion der unfallbedingten Ver-

letzungen um 8%. Es erfolgte also ein günstiger «spill-over» Effekt, und somit keine kompensatorisch höhere Gefährdung in den angrenzenden Nicht-20mph-Zonen, wie teilweise befürchtet wird.

Einige Einwände gegen Tempo 30-Zonen wurden somit einmal mehr entkräftet. Es wäre zudem wichtig, solche verkehrsberuhigenden Massnahmen auch auf Strassen mit hoher Gefährdung – also nicht nur in Quartierstrassen – einzuführen.

Felix Walz

Eiseninjektionen bei Herzinsuffizienz?

r Anker SD, Comin Colet J, Filippatos G et al. Ferric carboxymaltose in patients with heart failure and iron deficiency. *N Engl J Med* 2009 (17. Dezember); 361: 2436-48

Eine chronische Herzinsuffizienz kann mit einer Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit einhergehen, die sich nicht allein durch eine hämodynamische Dysfunktion erklären lässt. Unter der Hypothese, dass ein Eisenmangel daran beteiligt sein könnte, wurde in dieser placebokontrollierten Doppelblindstudie (n=459) der Nutzen einer Eisenverabreichung bei Herzinsuffizienz der NYHA-Klasse II oder III untersucht. Voraussetzung zur Studienteilnahme war zum einen eine verminderte Auswurfsfraktion, zum anderen ein Ferritinspiegel unter 100 mcg/l bzw. eine Transferrinsättigung von weniger als 20%, wenn der Ferritinspiegel zwischen 100 und 299 mcg/l gelegen hatte. Im Durchschnitt mass der Ferritinspiegel etwa 55 mcg/l und die Hämoglobinkonzentration 11,9 g/dl. Das Eisen wurde intravenös in Form von Eisencarboxymaltose (Ferinject®) verabreicht. Bis die Eisenspeicher gefüllt waren – den Bedarf berechnete man mit der Formel nach Ganzoni –, wurden 200 mg Eisen pro Woche injiziert; für die Erhaltungstherapie ging man danach auf 200 mg pro Monat zurück. Da die Eisencarboxymaltose-Lösung eine dunkelbraune Farbe hat, musste die Verblindung mit speziellen Massnahmen sichergestellt werden (Verwendung von schwarzen Spritzen und von Vorhängen). Primäre Endpunkte waren die globale Selbsteinschätzung der Patienten und Patientinnen sowie die Veränderung auf der NYHA-Skala nach 24 Wochen.

In der Eisen-Gruppe schätzten 50%, dass sich ihr Zustand deutlich oder zumindest mittelgradig verbessert hätte, und 47% konnten der NYHA-Klasse I oder II zugeordnet werden. In der Placebo-Gruppe betrug diese Prozentsätze 28% bzw. 30%.

Dass Eiseninjektionen offenbar auch Herzinsuffiziente zu beflügeln vermögen, wird den Boom, den diese Behandlung erlebt, weiter fördern. Wie immer, wenn es heute ums Eisen geht, fragt man sich, ob man mit der billigeren oralen Behandlung nicht ebenso ans Ziel käme. Ausserdem ist zu bedenken, dass die Studie mit einem knappen halben Jahr von relativ kurzer Dauer war und dass subjektiv gefärbte Parameter im Vordergrund standen. Erythropoietin bei Niereninsuffizienten mag als Erinnerung daran dienen, wie man irren kann, wenn man sich allein auf das Wohlbefinden konzentriert, ohne im Langzeitverlauf auch harte Endpunkte zu erfassen.

Zusammengefasst von Urspeter Masche

Angiotensin-Rezeptor-Blocker bei Herzinsuffizienz

I Konstam MA, Neaton JD, Dickstein K et al. Effects of high-dose versus low-dose losartan on clinical outcomes in patients with heart failure (HEAAL study): a randomised, double blind trial. *Lancet* 2009 (28. November); 374: 1840-8

Studienziele

Klinische Studien zeigen, dass die Therapie mit einem Angiotensin-Rezeptor-Blocker Morbidität und Mortalität bei Personen mit einer Herzinsuffizienz senkt. Die Dosis-Wirkungsbeziehung ist jedoch kaum untersucht. Deshalb wurde in der vorliegenden Arbeit die Wirkung von 150 mg Losartan (Co-saar® u.a.) mit derjenigen von 50 mg verglichen.

Methoden

3'846 Personen, welche in 255 medizinischen Zentren in 30 Ländern rekrutiert worden waren, nahmen an der randomisierten Studie teil. Neben einer Herzinsuffizienz (NYHA Grad II bis IV) mit einer kardialen Auswurfraction von weniger als 40% war die Unverträglichkeit für ACE-Hemmer ein wichtiges Einschlusskriterium. Den Teilnehmenden wurde nach dem Zufall entweder 150 mg oder 50 mg Losartan einmal täglich verabreicht. Als primärer Endpunkt wurde eine Kombination von gesamter Mortalität und Anzahl Hospitalisationen aufgrund von Herzinsuffizienz gewählt.

Ergebnisse

1'927 herzinsuffiziente Personen erhielten 150 mg, 1'919 50 mg Losartan täglich. Die mittlere Beobachtungszeit betrug 4,7 Jahre. Der primäre Endpunkt trat unter der höheren Dosis seltener auf: 828 (43%) der mit 150 mg Losartan Behandelten starben oder mussten wegen Herzinsuffizienz hospitalisiert werden gegenüber 889 (46%) der mit 50 mg Behandelten. Dies entsprach einer «hazard ratio» von 0,90 (95% CI 0,82-0,99) und einer «number needed to treat» von 31 über 4 Jahre. Verschiedene sekundäre Endpunkte wie Gesamtmortalität oder kardiale Mortalität zeigten keinen zusätzlichen Nutzen der höheren Dosis. Die Nebenwirkungen Hyperkaliämie, Hypotonie, Kreatininanstieg und Angioödeme waren in der Gruppe mit 150mg Losartan häufiger.

Schlussfolgerungen

Wenn der kombinierte Endpunkt aus der Gesamtmortalität und der Anzahl Hospitalisationen aufgrund von Herzinsuffizienz untersucht wurde, schnitt 150 mg Losartan etwas besser ab als 50 mg – somit könnten Betroffene von einer «Ausdosierung» profitieren. Allerdings nahm mit der höheren Dosis auch das Risiko für Nebenwirkungen zu.

Zusammengefasst von Franz Marty

In allen Guidelines wird vorgeschlagen, die Dosis der ACE-Hemmer, Angiotensin-Rezeptor-Blocker (ARB) und der Betablocker hoch zu titrieren, um die sogenannten «Zieldosen» zu erreichen. Oft wird kritisiert, dass diese Medikamente in der Hausarztpraxis unterdosiert und deshalb suboptimal eingesetzt würden. Aus diesem Grunde ist die HEAAL-Studie sehr willkommen: Hier wurden Kranke mit einer Herzinsuffizienz während durchschnittlich fast 5 Jahren entweder mit einer hohen Losartan-Dosis (150 mg/Tag) oder mit einer niedrigen Dosis (50 mg/Tag) behandelt. Die Ergebnisse waren nicht sehr eindrücklich: die Gesamtmortalität

(7,6 gegenüber 8,2%) und die kardiale Mortalität (5,4 gegenüber 5,9%) waren in den zwei Dosierungsgruppen nicht signifikant verschieden, auch der Prozentsatz aller Hospitalisationen (18,8 gegenüber 19,7%) war fast gleich. Die hohe Dosis war nur bezüglich des kombinierten Endpunktes (Gesamtmortalität + Hospitalisation wegen Herzinsuffizienz) signifikant überlegen. Im Vergleich mit anderen Studien waren die Beteiligten jünger (durchschnittlich 66 Jahre) und rund 70% waren Männer. Aus diesem Grunde sind die Ergebnisse der HEAAL-Studie nicht auf ältere, oft multimorbide Kranke übertragbar. Auffälligerweise zeigte die Subgruppenanalyse in dieser Studie zudem, dass die hohe Dosis bei Frauen, bei Personen über 65 Jahren und bei NYHA-Stadien III bis IV keinen Vorteil hatte. Unter der höheren Dosis waren verschiedene unerwünschte Wirkungen (Hyperkaliämie, Hypotonie, Kreatininanstieg, Angioödeme) signifikant häufiger. Dies bedeutet selbstverständlich nicht, dass man bei älteren Kranken mit zusätzlichen Risiken die nachweislich wirksamen Medikamente nicht verschreiben sollte. Mehr ist aber nicht immer besser: Eine individualisierte Dosisanpassung ist essentiell, um eine wirksame und gut verträgliche Therapie bei Personen mit chronischer Herzinsuffizienz zu gewährleisten.

Ferenc Follath

Antidepressiva wenig wirksam bei leichten Depressionen

m Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA* 2010 (6. Januar); 303: 47-53

Die Wirksamkeit von Antidepressiva ist in den letzten Jahren vermehrt in Zweifel gezogen worden. Ein Vorteil gegenüber Placebo konnte keineswegs in allen Studien nachgewiesen werden und negative Studien wurden häufig gar nicht publiziert. Trotzdem sind Antidepressiva die am besten dokumentierte Behandlung für typische Depressionen («major depressive disorder»). Mit dieser Meta-Analyse von Einzeldaten aus placebokontrollierten Studien wollten die Studienverantwortlichen untersuchen, ob die Wirksamkeit von Antidepressiva vom Ausmass der Depression abhängt.

Es konnten Einzeldaten aus sechs placebokontrollierten Studien zusammengetragen werden, in denen Erwachsene mit depressiven Störungen über mindestens sechs Wochen behandelt worden waren. Dabei fand sich eine Korrelation zwischen dem Unterschied zwischen Antidepressivum und Placebo und dem Ausmass der Störung bei Studienbeginn (erfasst mit der «Hamilton Depression Rating Scale» HDRS): bei HDRS-Werten unter 23 fanden sich höchstens kleine Therapieeffekte, grössere, wahrscheinlich klinisch relevante erst bei HDRS-Werten über 25, was bereits einer sehr schweren Depression entspricht.

Dass der Nutzen von Antidepressiva bei leichteren Störungen weitgehend dem Placebonutzen entspricht und erst bei schweren Störungen grössere Unterschiede zu Placebo messbar werden, vermag intuitiv einzuleuchten. Die vorliegende Meta-Analyse stützte sich aber auf nur wenige Einzelstudien. Da Einzeldaten erhältlich sein mussten, dürfte es sich um ei-

ne Auswahl besonders günstig verlaufender Studien handeln; der Nutzen der Behandlung dürfte damit sogar noch überschätzt werden.

Zusammengefasst von Peter Ritzmann

Zu viel Salz ist tatsächlich schädlich

m Strazzullo P, D'Elia L, Ngianga-Bakwin K et al. Salt intake, stroke, and cardiovascular disease: metaanalysis of prospective studies. *BMJ* 2009 (24. November); 339: b4567

Eine Reduktion des Salzkonsums um täglich 6 g reduziert den systolischen Blutdruck um 7 und den diastolischen um 4 mm Hg bei erhöhtem und um 4 bzw. 2 mm Hg bei normalem Blutdruck. Um zu zeigen, dass sich dies auch positiv auf Hirnschläge und andere kardiovaskuläre Ereignisse auswirkt, wurde diese Meta-Analyse aller von 1966 bis 2008 publizierten prospektiven Kohortenstudien durchgeführt, in denen das Auftreten kardiovaskulärer Ereignisse mit dem Kochsalzkonsum in Beziehung gebracht worden war. 13 Studien mit 19 voneinander unabhängigen Kohorten und insgesamt 177'025 Männern und Frauen erfüllten die strikten Auswahlkriterien.

In 10 Studien mit insgesamt 154'582 Personen traten insgesamt 5'346 Hirnschläge auf. Ein höherer Kochsalzkonsum ging mit 23% mehr Hirnschlägen einher (RR 1,23, 95% CI 1,06-1,43). In 9 Studien mit insgesamt 104'933 Personen wurde die Anzahl aller kardiovaskulären Ereignisse (insgesamt 5'161) analysiert. Ein höherer Salzkonsum war mit 17% mehr Ereignissen assoziiert (RR 1,14, 95% CI 0,99-1,32). Nach Ausschluss einer methodisch fragwürdigen Studie erreichte auch dieses Resultat statistische Signifikanz. Die Differenz zwischen hohem und niedrigem Salzkonsum betrug im Mittel 86 mmol (5 g). Anhand von weiteren statistischen Berechnungen konnte für den Zusammenhang von Salzkonsum und den untersuchten Endpunkten eine Dosis-Wirkungsbeziehung gezeigt werden.

Die Studienverantwortlichen betonen die nun zweifelsfrei bewiesene Assoziation von Kochsalzkonsum mit Hirnschlägen und anderen kardiovaskulären Ereignissen. Die gefundene Dosis-Wirkungsbeziehung erhärtet die Annahme eines kausalen Zusammenhangs. Eine Reduktion des Salzkonsums pro Kopf auf die von der WHO empfohlenen 5 g täglich könnte weltweit 1,25 Millionen Todesfälle an Herzschlag und fast 3 Millionen Herz-Kreislauf-Todesfälle verhindern.

Den Schlussfolgerungen der Studienverantwortlichen bleibt nicht viel hinzuzufügen. Zweifler mögen immer noch argumentieren, dass die gefundene Assoziation einen Kausalzusammenhang nicht beweist. Ein solcher Beweis wäre nur mit einer randomisierten Interventionsstudie an einer grossen Anzahl Menschen zu führen. Angesichts dessen, dass sich mit Interventionen zur Lebensstiländerung kaum Geld verdienen lässt, wird eine solche Studie mangels Geldgeber kaum je realisiert werden. Der von der WHO empfohlene pro Kopf-Salzkonsum von 6 g täglich bedeutet für die westliche Welt etwa eine Halbierung, d.h. zum Erreichen dieses Ziels müssten wir unsere Ess- und Geschmacksgewohnheiten einschneidend ändern. Immerhin liefert die Studie eine gute Grundlage für gesetzliche Vorschriften mit dem Ziel, den meist übermässig hohen Salzgehalt von industriell produzierten Fertiggerichten und Apertitifgebäck zu reduzieren.

Zusammengefasst von Markus Häusermann

Thrombosen drei Wochen nach Operation am häufigsten

k Sweetland S, Green J, Liu B et al. Duration and magnitude of the postoperative risk of venous thromboembolism in middle aged women: prospective cohort study. *BMJ* 2009 (3. Dezember); 339: b4583

Man weiss, dass thromboembolische Komplikationen in den ersten Wochen nach Operationen sehr häufig sind. Über den zeitlichen Verlauf dieses Risikos und dessen Ausmass verglichen mit nicht operierten Personen hingegen ist kaum etwas bekannt. Die Daten von 947'454 Frauen mittleren Alters aus der «Million Women Study» – einer englischen Kohortenstudie zum Mammakarzinom-Screening – konnten mit nationalen Datenbanken zu Hospitalisationen (mit Diagnosen) und Todesfällen verknüpft werden. Nicht berücksichtigt wurden Frauen, welche bekanntermassen ein erhöhtes Thromboserisiko hatten, sowie solche mit einer Operation im Laufe des Jahres vor Studienbeginn oder mit mehreren Operationen im Studienverlauf. Es wurde das relative Risiko berechnet, in der Zeit nach der Operation eine thromboembolische Komplikation zu erleiden, verglichen mit der Zeit vor bzw. mit Frauen ohne Operation.

Der Verlauf des Risikos in den Wochen nach der Operation ist eindrücklich: 40fach erhöht in der ersten, 110fach in der dritten, mit einem langsamen Abfall auf unter 20fach in der 12. postoperativen Woche. Das Risiko blieb nach lange erhöht – im 10. bis 12. postoperativen Monat noch 4fach. Nach Operationen in einer Tagesklinik waren die relativen Risiken deutlich niedriger, lagen aber immerhin noch bei fast 10 in den ersten sechs Wochen und bei 6 in der 7. bis 12. Woche nach Operation. Die grösste Erhöhung (220-fach) wurde in den ersten 6 Wochen nach grossen orthopädischen Operationen an der unteren Extremität gefunden. Das leicht erhöhte Risiko bis zum Ende des ersten postoperativen Jahres war weitgehend auf Fälle von Operationen bei Malignomkranken zurückzuführen.

Diese Studie an Frauen mittleren Alters zeigt deutlich, dass das Risiko einer thromboembolischen Komplikation in den ersten zwölf Wochen nach einer Operation deutlich erhöht ist und insbesondere bei einem Malignom Erkrankten noch länger. Besonders gefährlich ist offenbar der Gelenkserersatz an der unteren Extremität, Operationen in Tageskliniken hingegen sind weniger risikoreich. Sicher muss der nicht-medikamentösen Prophylaxe mit Kompressionsstrümpfen und Physiotherapie mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Ferner ist zu überlegen, ob die medikamentöse Prophylaxe nicht verlängert werden soll.

Zusammengefasst durch Renato L. Galeazzi

Positive Einstellung zur Gesundheit bei Hochbetagten

a Collerton J, Davies K, Jagger C et al. Health and disease in 85 year olds: baseline findings from the Newcastle 85+ cohort study. *BMJ* 2009 (22. Dezember); 339: b4904

Die Gruppe der über Achtzigjährigen ist die am schnellsten wachsende Altersgruppe. Unser medizinisches Handeln in dieser Altersgruppe beruht häufig auf Erkenntnissen, die aus Daten jüngerer Leute extrapoliert wurden. Eine neuere britische Kohortenstudie untersucht aktuell eine repräsentativ

ausgewählte Gruppe von Hochbetagten. Hier werden die Ergebnisse der Eintrittsuntersuchung von 1'042 Personen des Jahrgangs 1921 präsentiert, die bei Studienaufnahme fünf- und achtzigjährig waren.

Frauen stellten mit 62% die Mehrheit; sie hatten signifikant mehr bekannte Krankheitsdiagnosen als Männer (median 5 gegenüber 4) und gaben auch stärkere Behinderungen an. Männer hatten aber häufiger kurz zuvor eine Poliklinik aufgesucht. Bei 12% war eine kognitive Störung bekannt, bei 21% eine schwere Inkontinenz; insgesamt lebten 10% in einer Institution. Die häufigsten Krankheitsdiagnosen waren Hypertonie (58%) und Arthrosen (52%). Bei der Eintrittsuntersuchung wurden häufig bis dahin nicht diagnostizierte Krankheiten gefunden: eine Hypertonie bei 25%, eine koronare Herzkrankheit bei 13%, eine Depression bei 7%, eine Demenz bei 7% und ein Vorhofflimmern bei 4%. Nichtdiagnostizierte Diabetes- oder Schilddrüsenkrankheiten waren hingegen selten (je 1%).

Die medizinische Wissenschaft interessiert sich vermehrt für die Ältesten. Das ist zu begrüßen und wird uns hoffentlich helfen, unsere Patientinnen und Patienten in Zukunft noch besser zu versorgen. Diese Querschnittserhebung bei einer repräsentativen Jahrgangskohorte zeigt, dass bei Fünfundachtzigjährigen Gesundheitsstörungen wie koronare Herzkrankheiten, Depressionen oder auch Demenzen häufig nicht diagnostiziert werden. Ob dies mit ein Grund ist, weshalb mehr als drei Viertel der Untersuchten ihre Gesundheit im Verhältnis zu ihrem Alter als gut bis exzellent bezeichneten? Hoffen wir, dass der medizinische Fortschritt an dieser positiven Wahrnehmung nichts ändert.

Zusammengefasst von Peter Ritzmann

Neuraminidasehemmer bei Influenza

m Jefferson T, Jones M, Doshi P et al. Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in healthy adults: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2009 (8. Dezember); 339: b5106

Die Qualität einer systematischen Übersichtsarbeit, die 2006 den Nutzen von Neuraminidasehemmern bei der Behandlung von Influenza bestätigt hatte, wurde aus methodologischen Gründen in Frage gestellt. Die Verantwortlichen der kontroversen Publikation analysierten die Daten deshalb neu, diesmal unter strenger Selektion qualitativ guter Studien. Die prophylaktische und therapeutische Wirksamkeit von Neuraminidasehemmern wurde in einer Meta-Analyse untersucht. Zur Beurteilung des Nebenwirkungsprofils dieser Medikamente wurden amerikanische und japanische Datenbanken, sowie Pharmakovigilanzdaten von Pharmaunternehmen verwendet.

Die vorliegende Meta-Analyse, die vier Studien zur Prophylaxe und zwölf Studien zur Behandlung mit Neuraminidasehemmern einbezog, ergab Folgendes: Die Behandlung einer Grippe mit Oseltamivir (Tamiflu®) oder mit Zanamivir (Relenza®) verkürzte die Krankheitsdauer um einen Tag. Oseltamivir (zu Zanamivir gibt es diesbezüglich keine Daten) schützte aber nicht vor Komplikationen wie Lungenentzündung, Sinusitis, Bronchitis oder Mittelohrentzündung. Oseltamivir und Zanamivir, prophylaktisch verabreicht, schützten vor einer laborbestätigten Infektion mit Influenzaviren. Die Häufigkeit von grippeähnlichen Erkrankungen hingegen blieb unbeeinflusst. Entsprechend waren beide Medikamente auch als Postexpositionsprophylaxe wirksam, wenn sie

nachgewiesenermassen gegenüber Influenzaviren exponierten Personen verabreicht wurden. Oseltamivir verursachte oft Nausea, während Zanamivir gut vertragen wurde. Die Pharmakovigilanzdaten zu neuropsychologischen Nebenwirkungen lassen wegen limitierter Qualität keine Schlüsse zu.

Gemäss Nachanalyse der Daten haben Neuraminidasehemmer, insbesondere in Bezug auf das Auftreten von Komplikationen, eine bescheidenere Wirksamkeit gegen Grippe, als man früher gedacht hatte. Am wirksamsten sind sie als Prophylaxe oder Postexpositionsprophylaxe. Das allerdings nur, wenn es um die Verhinderung einer laborbestätigten Influenza geht.

Demnach haben Neuraminidasehemmer ausserhalb einer Pandemiesituation, ausser in Einzelfällen (beispielsweise bei Immunsupprimierten), keinen grossen Stellenwert. Während einer Grippepandemie hingegen kann davon ausgegangen werden, dass den meisten grippeähnlichen Erkrankungen eine Infektion durch Influenzaviren zugrunde liegt.

Neuraminidasehemmer, prophylaktisch verabreicht, wären deshalb in einer solchen Situation nützlich und könnten, wie bisher angenommen, zur Eindämmung einer Grippepandemie beitragen. Allerdings besteht bei zu grosszügiger prophylaktischer Anwendung nach wie vor die Gefahr einer raschen Resistenzentwicklung. Ermüthend und besorgniserregend sind die Resultate bezüglich Komplikationen. Den präventiven Massnahmen kommt demzufolge eine umso grössere Bedeutung zu. Solange es hinsichtlich der neuropsychologischen Nebenwirkungen keine konklusiven Daten gibt, soll mit Neuraminidasehemmern vorsichtig umgegangen und die Rezeptpflicht beibehalten werden.

Zusammengefasst von Anne Witschi

Neue Medikamente gegen rheumatoide Arthritis im Vergleich

m Singh JA, Christensen R, Wells GA et al. A network meta-analysis of randomized controlled trials of biologics for rheumatoid arthritis: a Cochrane overview. *CMAJ* 2009 (24. November); 181: 787-96

Biotechnologisch hergestellte Medikamente zur Basistherapie der rheumatoiden Arthritis, welche ihre Wirkung auf Ebene der Zytokine entfalten, sogenannte «Biologics», werden immer populärer. Da sie stets mit Placebo verglichen worden sind, existieren keine grossen, randomisierten Studien, in denen man die einzelnen Substanzen miteinander verglichen hat. Für die vorliegende Untersuchung wurden die in der «Cochrane Library» gefundenen Meta-Analysen (mit je drei bis acht randomisierten Studien) zu Abatacept (Orencia®), Adalimumab (Humira®), Anakinra (Kineret®, in der Schweiz nicht zugelassen), Etanercept (Enbrel®), Infliximab (Remicade®) und Rituximab (MabThera®) mit Hilfe einer Netzwerk-Meta-Analyse, einer ausgeklügelten statistischen Methode, miteinander verknüpft. So konnten die verschiedenen Substanzen indirekt miteinander verglichen werden. Als Wirksamkeitsparameter diente der Anteil Behandler, welche eine Verbesserung um mindestens 50% des Symptom-Scores des «American College of Rheumatology» erreichten, als Parameter für unerwünschte Ereignisse die Anzahl von Teilnehmenden, welche aufgrund unerwünschter Wirkungen die jeweilige Therapie abgebrochen hatten.

Ein statistisch signifikanter Nutzen gegenüber Placebo wurde für alle getesteten Substanzen ausser für Anakinra gefunden, die «number needed to treat» variierte dabei zwischen drei

bis fünf. Dieser Nutzen war allerdings mit mehr unerwünschten Wirkungen verbunden. Beim indirekten Vergleich der einzelnen Substanzen untereinander war Anakinra weniger wirksam als Adalimumab und Etanercept. Unter Etanercept hingegen mussten weniger Therapien wegen Nebenwirkungen abgebrochen werden als unter Adalimumab, Anakinra oder Infliximab.

Diese Analyse kann Behandelnden wie auch Rheumakranken helfen, aus der Fülle der «Biologics» eine Auswahl zu treffen. Ihre Aussagekraft ist aufgrund des lediglich indirekten Vergleichs allerdings stark limitiert. Da die Anzahl Studien, die pro Substanz zur Verfügung stehen, eher niedrig ist, besteht die Gefahr eines Typ II-Fehlers, das heisst, tatsächlich bestehende Unterschiede könnten unterschätzt werden. Ebenfalls unterschätzt dürften die unerwünschten Wirkungen sein – sind doch die geprüften Substanzen erst seit kurzem in breiter klinischer Anwendung und der gewählte Parameter ein nur grobes Mass für die Nebenwirkungsrate.

Zusammengefasst von Renato L. Galeazzi

screen-telegramm

Sauerstoff bei Cluster-Kopfschmerz

r Cohen AS, Burns B, Goadsby PJ. High-flow oxygen for treatment of cluster headache: a randomized trial. *JAMA* 2009 (9. Dezember); 302: 2451-7

Obwohl Sauerstoff in allen Richtlinien zur Therapie von Cluster-Kopfschmerzen erwähnt wird, ist die Datenlage dazu sehr mager. An insgesamt 150 Attacken bei 94 Betroffenen konnte mit dieser randomisierten Studie im «Crossover-Design» ein guter Nutzen bestätigt werden. Nach 15 Minuten mit Sauerstoff waren die Schmerzen in 78% der Fälle deutlich besser oder vollständig verschwunden, mit Placebo nur in 20%. Vielleicht sollte diese weitgehend nebenwirkungsfreie Therapie vermehrt in Erwägung gezogen werden – wenn es nur etwas weniger aufwändig wäre, die Sauerstoffzylinder zu beschaffen!

Präoperative Hautdesinfektion – was wirkt am besten?

r Darouiche RO, Wall MJ, Itani KM et al. Chlorhexidine-alcohol versus povidone-iodine for surgical-site antisepsis. *N Engl J Med* 2010 (7. Januar); 362: 18-26

Inwieweit die Wahl des Produktes zur präoperativen Hautdesinfektion die Rate an postoperativen Infekten beeinflusst, darüber ist wenig bekannt. In dieser randomisierten Studie war Chlorhexidin (Hibitane®) einer wässrigeren Lösung von Povidon-Jod (z.B. Betadine®) klar überlegen (relatives Risiko von 0,59, 95% CI 0,41-0,85). Schade nur, dass wir nicht wissen, wie eine alkoholische Lösung von Povidon-Jod (z.B. Betaseptic®), die bei uns häufig verwendet wird, abschneiden würde.

Vorsicht bei der Verschreibung langwirksamer Opiate

a Dhalla IA, Mamdani MM, Sivilotti ML et al. Prescribing of opioid analgesics and related mortality before and after the introduction of long-acting oxycodone. *CMAJ* 2009 (8. Dezember); 18: 891-6

Seit 1991 werden in Kanada viel häufiger Opiate verschrieben, auch bei nicht malignen Leiden. In der gleichen Zeitspanne haben sich die Todesfälle im Zusammenhang mit der therapeutischen Verwendung von Opiaten verdoppelt. Die Verwendung des langwirksamen Opiates Oxycodon (Oxycontin®) hat um 850% zugenommen, die Todesfälle im Zusammenhang mit dem Gebrauch dieses Medikamentes um das fünf-fache. Die meisten Todesfälle waren unbeabsichtigt und ungefähr zwei

Drittel der Betroffenen hatten im Monat vor dem Tod einen Arzttermin, die meisten mit Verlängerung ihres Opiat-Rezeptes. Dies sind zwar keine Zahlen aus der Schweiz – aber ähnliche Trends sind wohl auch hierzulande auszumachen und wir sollten uns der Gefahren bewusst sein, die sie mit sich bringen.

Frohe Nachricht für Kaffee- und Teetrinkende

m Huxley R, Lee CM, Barzi F et al. Coffee, decaffeinated coffee, and tea consumption in relation to incident type 2 diabetes mellitus: a systematic review with meta-analysis. *Arch Intern Med* 2009 (14. Dezember); 169: 2053-63

Es wird vermutet, dass der Konsum von Kaffee das Risiko, einen Diabetes mellitus zu entwickeln, verringern könnte. In dieser Meta-Analyse wurden 18 prospektive Beobachtungsstudien zusammengefasst, in welchen der Zusammenhang zwischen Kaffee- bzw. Teekonsum und dem Auftreten eines Typ-2-Diabetes untersucht worden war. Dabei verringerte jede zusätzliche Tasse Kaffee pro Tag das Risiko, einen Diabetes zu entwickeln um 7%. Auch für koffeinfreien Kaffee und Schwarz- oder Grüntee konnte – allerdings weniger eindeutig – eine günstige Wirkung gezeigt werden. Auch wenn wir uns bewusst sind, dass Beobachtungsstudien keine kausalen Schlüsse zulassen – wir hören diese Nachricht trotzdem gerne.

Ginkgo – auch kein Nutzen bei Gesunden

r Snitz BE, O'Meara ES, Carlson et al. Ginkgo biloba for preventing cognitive decline in older adults: a randomized trial. *JAMA* 2009 (23. Dezember); 302: 2663-70

Dass Ginkgo die Entstehung einer Demenz nicht verhindern kann, zeigte bereits die früher publizierte primäre Auswertung der vorliegenden randomisierten Studie an 3069 Personen im Alter von 72 bis 96 Jahren. Anhand der Auswertung von diversen neuropsychologischen Tests konnte auch keinerlei Nutzen auf irgendeinen Teilaspekt der kognitiven Funktion bei Nicht-Dementen gezeigt werden. Auch was man sich wünscht und deshalb immer wieder sucht, wird dadurch nicht automatisch wahrer!

Sojaprodukte und Brustkrebs

k Shu XO, Zheng Y, Cai H et al. Soy food intake and breast cancer survival. *JAMA* 2009 (9. Dezember); 302: 2437-43

Sojaprodukte sind reich an Isoflavonen, welche eine östrogenartige Wirkung und ein Interaktionspotential mit Tamoxifen aufweisen. Deshalb wurde befürchtet, dass deren Konsum sich negativ auf die Prognose von Brustkrebspatientinnen auswirken könnte. Diese grosse Kohortenstudie aus China zeigte jedoch genau das Gegenteil: die Rate an Rezidiven und Todesfällen verringerte sich sogar bei erhöhtem Verzehr von Sojaprodukten, dies bei Frauen mit und ohne Tamoxifen. Wir müssen unseren Patientinnen den Genuss von Sojaprodukten also nicht verbieten – aber ob wir in Europa auf ähnlich hohe Mengen kommen wie in China, um vom beschriebenen Nutzen zu profitieren, ist fraglich.

Telegramme von Alexandra Röllin

Ausser den im Impressum erwähnten Personen haben zu dieser Nummer Kommentare beigetragen:

Prof. Dr. med. Ferenc Follath, Steuerungsgruppe Medikamente, Universitätsspital Zürich

Prof. Dr. med. Felix Walz, Arbeitsgruppe für Unfallmechanik, Zürich

Prof. Dr. med. Werner Zimmerli, Medizinische Universitätsklinik, Kantonsspital Liestal

Internet Corner

Abonnieren Sie einen Feed!



Was soll denn das nun wieder heissen? Mit «Feed» bezeichnet man heute die Internet-Inhalte, die nach den Regeln der RSS («Really Simple Syndication») von den verschiedensten Anbietern auf den Computer derjenigen Personen gesandt werden, die sich für diese Dienstleistung angemeldet haben. Solche Abonnemente kosten nichts. Man kann sich so aktuelle Kurzmitteilungen («News»), Blogs und noch andere Inhalte zustellen lassen. Wer solche Feeds empfängt, geht keinerlei Verpflichtung ein – man ist frei, etwas zu lesen oder den Feed überhaupt nicht zu beachten.

Eine spezielle Software benötigt man nicht – sowohl die verschiedenen Browser als auch die Mailprogramme eignen sich zum Empfang von Feeds. Man kann aber, wenn man das wünscht, auch eigens dafür eingerichtete Programme verwenden, sogenannte «Reader». Letztere haben in der Regel Zusatzfunktionen, die den Informationsaustausch mit Sinnesverwandten und die Verwaltung multipler Feeds vereinfachen. Es ist äusserst einfach, sich zum Beispiel den Feed einer Tageszeitung zustellen zu lassen. Ob eine Internetseite einen RSS-Feed anbietet, lässt sich in den meisten Browsern leicht erkennen, da bei diesen Sites das entsprechende Symbol (siehe oben) in der Adresszeile sichtbar oder aktiv (farbig) wird.

Von den medizinischen Adressen bieten besonders die englischsprachigen Zeitschriften meistens einen Feed an. So ist

es ganz einfach, sich regelmässig die neuesten Inhaltsverzeichnisse oder Abstracts der wichtigsten *Fachzeitschriften* zustellen zu lassen. Man kann zum Beispiel den Feed der einen oder anderen Zeitschrift, die wir zur Studienauswahl für infomed-screen verwenden, abonnieren.

Das British Medical Journal (BMJ) vermittelt täglich etwa 10 Schlagzeilen, die sich auf die laufenden Publikationen dieser Zeitschrift beziehen (<http://feeds.bmj.com/bmj/recent>). Aber aufgepasst: zu viele Feeds führen zur Informationsüberflutung! Nicht nur strenge Wissenschaft, sondern auch leichtere Kost lässt sich abonnieren (Beispiel BMJ-Blogs: <http://blogs.bmj.com/bmj/feed/>).

Praktisch kann es auch sein, sich von der *Medline-Datenbank* (Pubmed) die neuesten Publikationen zu selbstgewählten Stichwörtern – z.B. «lisinopril hypertension» – als Feed zu bestellen. Auch dies lässt sich, wie ein Feed-Abo bei einer Zeitschrift, fast im Handumdrehen einrichten. Es genügt, wenn man nach einer Suche mit den entsprechenden Stichwörtern auf das RSS-Symbol klickt und den weiteren Anweisungen folgt.

Google Reader offeriert zusätzlich, auch Veränderungen von (englischsprachigen) Websites, die keinen Feed anbieten, zu übermitteln (<http://googlereader.blogspot.com/2010/01/follow-changes-to-any-website.html>).

Zusammenfassend: Feeds sind eine nützliche Internetfunktion, die wohl bisher zu wenig verwendet wird.

Etzel Gysling

infomed-screen

März/April 2010 – Jahrgang 14 / Nummer 2

Erhöhtes Krebsrisiko durch Computertomographien: Die Strahlenbelastung durch CT-Untersuchungen führt gemäss Modellrechnungen zu einer erheblichen Zahl von Malignomkrankungen – **Seite 9**

Zahnbehandlung kein Risikofaktor für Protheseninfekte: Das Risiko, wegen einer Zahnbehandlung eine Infektion im Bereich einer Gelenkprothese zu bekommen, ist klein und rechtfertigt eine Antibiotikaprophylaxe nicht – **Seite 10**

Fernsehen kann Ihre Gesundheit gefährden: Seite 10

Weniger Verletzte und Tote dank Tempo 30: Die Einführung von Zonen mit reduzierter Geschwindigkeit führt zu einem deutlich Rückgang von Verletzungen durch Verkehrsunfälle – **Seite 11**

Eiseninjektionen bei Herzinsuffizienz? Seite 11

Angiotensin-Rezeptor-Blocker bei Herzinsuffizienz: Eine hohe Losartandosis brachte gegenüber einer kleinen nur wenig Vorteile, aber ein höheres Nebenwirkungsrisiko – **Seite 12**

Antidepressiva wenig wirksam bei leichten Depressionen: Seite 12

Zu viel Salz ist tatsächlich schädlich: Seite 13

Thrombosen drei Wochen nach Operation am häufigsten: Seite 13

Positive Einstellung zur Gesundheit bei Hochbetagten: Seite 13

Neuraminidasehemmer bei Influenza: Seite 14

Neue Medikamente gegen rheumatoide Arthritis im Vergleich: Seite 14

screen-telegramm: Seite 15

ISSN 1422-0059

Eine pharma-kritik-Publikation

Koordination und Redaktion dieser Nummer:
Alexandra Röllin und Peter Ritzmann

Weitere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter:
Renato L. Galeazzi, Urs peter Masche, Anne Witschi,
Bettina Wortmann

und die Wiler Gruppe für Evidence Based Medicine:
Markus Häusermann, Peter Koller, Franz Marty,
Thomas Rumetsch, Felix Tapernoux

Infomed-Verlags-AG, Bergliweg 17, CH-9500 Wil
Telefon 071-910-0866 – Telefax 071-910-0877

e-mail: sekretariat@infomed.ch

Layout und Internet: Verena Gysling

Preis des Jahresabonnements (6 Ausgaben): Fr. 61.-/€ 41.-

Druck & Versand: Schwabe AG Muttenz

Alle Rechte vorbehalten; Vervielfältigung oder Speicherung,
auch auf optischen und elektronischen Medien, nur mit
Bewilligung des Verlags.

Copyright ©2010 by Infomed Wil

AZB

9500 Wil