

## Periskop

In einer internationalen Studie wurden **Tamoxifen** (Antiöstrogen, 20 mg/d) und **Letrozol** (Aromatasehemmer, 2,5 mg/d) an 8010 postmenopausalen Frauen mit frühem Mammakarzinom vergleichend getestet. Nach 25,8 Monaten resultierten 428 Rezidive in der Tamoxifen- und 351 in der Letrozol-Gruppe. Im Vergleich zu Tamoxifen reduzierte Letrozol das relative Rückfallrisiko auf 0,81 (insbesondere für Fernmetastasen). Thromboembolien, Endometriumkarzinome und vaginale Blutungen traten häufiger unter Tamoxifen auf, während unter Letrozol mehr kardiale Ereignisse, Skelettmanifestationen und Hypercholesterinämien festgestellt wurden. Probleme schafft hingegen der Preis: Letrozol kostet für 100 Tage 935.30 Franken, Tamoxifen 173.75 Franken. Das scheint die Autoren aber weniger zu kümmern. – *Breast International Group. A comparison of Letrozole and Tamoxifen in postmenopausal women with early breast cancer. NEJM 2005;353:2747–57.*

**Noma** – was ist das? Eine Erinnerung an ferne Studienzeiten? – Das Kind eines Farmers in Nigeria hatte Fieber und spürte einige Wochen darauf ein Jucken in seinem Mund. Bald darauf brach der Prozess durch die Wange durch – eine umschriebene, stinkende Gangrän, gelblich am Rand, schwarze Nekrose im Zentrum und Destruktion von Teilen der Maxilla und Mandibula. In früheren Jahren war das Noma in Europa und Nordamerika verbreitet; heute ist es in Entwicklungsländern – Südamerika, Afrika und Südostasien – anzutreffen, in Gegenden, in denen extreme Mangelernährung, unsauberes Trinkwasser, ungenügende Mundhygiene und niedriges Geburtsgewicht vorherrschen. Nigeria ist eines dieser Länder. Die WHO schätzte 1998 die Zahl der Fälle auf 140000, die Mortalität auf 70–80%. Die Auslöser sind wahrscheinlich *Fusobacterium necrophorum* und *Prevotella intermedia*. – *Enwonwu CO. Noma – the ulcer of extreme poverty. NEJM 2006;354:221–4.*

Nützen **Stammzellen nach einem Myokardinfarkt** – oder bringen sie nichts? In eine Studie wurden 67 Patienten nach einem Myokardinfarkt aufgenommen. Sie erhielten verblindet Placebo oder Stammzellen. Letztere wurden einen Tag vor dem Versuch entnommen und per infusionem transferiert. Zuvor und bis vier Monate nach der Transfusion wurde die Ejektionsfraktion bestimmt. Resultat: Die Ejektionsfraktion stieg stetig an, von 46,9 auf 48,5 und nach vier Monaten auf 49,1%. Zwar waren die Stammzellen mit einer deutlicheren Reduktion der Infarktgrösse assoziiert, aber die Zunahme der globalen linksventrikulären Funktion, die myokardiale Perfusion und der Metabolismus waren ziemlich gleich wie in der Kontrollgruppe! Die Stammzellen nützen wenig oder nichts – aber der Editor lässt sich nicht so schnell beeindrucken! – *Janssens, et al. Autologous bone-marrow derived stemcell transfer in patients with ST-segment elevation myocardial infarction. Lancet 2006;367:113–21 (Editorial 87–8).*

Pränatale **Geschlechtsbestimmung** und **selektive Abtreibung** dürften für die auffällige Verteilung der Geschlechter in Indien verantwortlich sein. Die Fruchtbarkeits- und Todesraten des

Jahres 1998 wurden analysiert und 1,1 Millionen Haushalte in bezug auf ihre Fertilität und die 1997 geborenen Kinder befragt. Die Auswertung von 133738 Zweitgeburten ergab, wenn die Erstgeburt ein Mädchen war, ein Geschlechterverhältnis von 759 Mädchen auf 1000 Knaben. Für die dritte Geburt resultierte, wenn die vorangegangenen Geburten Mädchen waren, ein Verhältnis von 719 Mädchen auf 1000 Knaben. Hatte die Mutter hingegen zuerst einen Jungen geboren, stellte sich das Verhältnis bei der Zweit- und Drittgeburt ausgeglichen dar. Bei jährlich 0,5 Millionen «vermissten» weiblichen Nachkommen ergeben sich für die vergangenen 20 Jahre – 1 Million fehlende Mädchen – tot! – *Prabat I, et al. Low male-to-female sex ratio of children born in India. Lancet 2006;367:211–8.*

Das «Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery» hat beschlossen, Autoren, die ihre «Conflicts of Interest» verschweigen, für ein bis zwei Jahre von der Publikation ihrer Beiträge auszuschliessen. Wieso? Bei zwei Beiträgen waren keinerlei **Interessenkonflikte** angegeben worden; einer der Autoren hatte – so stellte sich heraus – seine lukrativen finanziellen Verbindungen zu AtriCure, einer Firma, die ein Medikament gegen Vorhofflimmern vertreibt (mit entsprechend guten Resultaten!) unterschlagen, obwohl er 18402 Aktien und 13913 Optionen für den Ankauf zusätzlicher Aktien besass. Keine Interessenkonflikte! – Es sind nicht immer nur die Pharmafirmen! – *Mayor S. Surgery journal bans authors who hide conflicts of interest. BMJ 2006;332:135.*

**Assoziation?** Eine 68jährige Frau kommt und klagt über dunklen Urin, Pruritus und intermittierende epigastrische Schmerzen, einen Gewichtsverlust von 5 kg in den vergangenen drei Monaten, einen leichten Ikterus sowie einen helleren Stuhl. Sie hat kein Fieber, keinen Schüttelfrost, keine Nausea und muss nicht erbrechen. Das CT des Abdomens zeigt eine Erweiterung der intra- und extrahepatischen Gallenwege sowie eine Vergrösserung des Pankreaskopfes. Das Bilirubin und die alkalische Phosphatase sind erhöht, die Leberenzyme ebenfalls, aber nur geringgradig. Alles andere, Hämatologie und Blutchemie, ist normal. Was soll das? – Sind sie sicher? (Auflösung siehe unten)

Ein Pankreaskarzinom? Aber eine Feinnadelpunktion ergibt lediglich Zeichen einer akuten und chronischen Entzündung. Das CT zeigt einen vergrösserten periportalen Lymphknoten, eine periportale Masse von 3,1–3,6 cm Durchmesser, eine zystische Veränderung (2,9 cm Durchmesser), eine weitere zystische Masse am Pankreasschwanz von 2,7 cm Durchmesser und im ERCP eine Stenose des Choledochus von 10 mm. Nach drei Wochen ergibt eine zweite Feinnadelpunktion eine nekrotisierende, granulomatöse Entzündung im Pankreas. Eine weitere Biopsie des Lymphknotens bestätigt die Diagnose – *Mycobacterium tuberculosis* des Pankreas und peripankreatischer Lymphknoten. Es ist nicht immer Gold, was glänzt! – *Schapiro RH, et al. A 63-year-old woman with jaundice and pancreatic mass. NEJM 2006;354:398–406.*