

Langzeitstudie aus Norwegen:

Was wird aus viel zu früh Geborenen?

Heute ist es sehr oft möglich, auch sehr kleine Frühgeburten am Leben zu erhalten. Neben der Freude an diesem Gelingen steht für die betroffenen Familien aber immer auch der Schatten der Ungewissheit, ob sich diese Menschen nach dem äusserst schwierigen Start ins Leben später auch «normal» entfalten werden können. Eine retrospektive Kohortenstudie aus Norwegen, einem Land mit sehr guter Gesundheitsversorgung, gibt einige beruhigende Antworten (Swamy GK et al., JAMA 2008; 299 [No. 12]: 1429–1436). Die Studie beruhte auf den Registerdaten von 1,1 Millionen Einlingsgeburten zwischen 1967 und 1988. 5,2 Prozent von ihnen waren schon ab der 22. SS-Woche geboren worden und hatten ein Geburtsgewicht von mindestens 500 Gramm gehabt. Der Anteil bei den Knaben (5,6%) war höher als bei den Mädchen (4,7%). Die männlichen und weiblichen Frühgeborenen hatten während der Kindheit bis zum Alter von fünf Jahren eine höhere Mortalitätsrate als die am Termin (37.–42. SS-Woche) Geborenen. Am höchsten war die Sterblichkeitsrate bei der Geburt und bei den kürzesten Gestationsdauern.

Mädchen, die zwischen der 28. und 32. SS-Woche geboren wurden, hatten keine signifikant erhöhte Kindheitsmortalität.

Die Autoren untersuchten auch bei etwa der Hälfte der ursprünglichen Kohorte das später erreichte Bildungsniveau und die Fortpflanzungshäufigkeit der überlebenden Frühgeburten. Im Vergleich zu am Termin Geborenen fanden sie einen umso geringeren durchschnittlichen Bildungserfolg, je früher die Geburt erfolgt war. Darin nur ein biologisches Phänomen zu sehen, dürfte zu kurz greifen, denn es kann durchaus sein, dass Kinder nach zu kurzer Gestation gehäuft in ein sozial und bildungsmässig ungünstigeres Milieu hineingeboren werden, wie die Autoren anmerken. Männer und Frauen, die sehr früh (22.–32. SS-Woche) zur Welt gekommen waren, hatten später eine geringere Fortpflanzungswahrscheinlichkeit. Auch hier waren die besonders früh Geborenen etwas mehr im Nachteil. Frauen, die selbst zu früh geboren worden waren, hatten ein erhöhtes Risiko für ein zu frühes Schwangerschaftsende.



Männer mit zu früher Geburt hatten jedoch nicht gehäuft Nachwuchs, der zu früh auf die Welt kam.

Die jetzt in Norwegen erhobenen Daten zeigen zwar, dass Frühgeburten eine höhere Sterblichkeit haben und im Erwachsenenalter auch durch geringeren Schulungserfolg und beeinträchtigte Reproduktion in ihrer Lebensentfaltung eingeschränkt sein können. Dennoch besteht Anlass für vorsichtigen Optimismus, denn seit den Sechziger- bis Achtzigerjahren hat sich im Bereich der Geburtshilfe und Neonatologie viel getan, das gerade den «Frühchen» zugute kam und möglicherweise auch auf das weitere Leben ausstrahlt. Und auch unter den hier untersuchten ehemaligen Frühgeburten war die Mehrheit später bei guter Gesundheit mit intakter Reproduktionsfähigkeit. ■

H.B.

Auswertung aller Phase-III-Studien des National Cancer Institute:

Wie oft sind neue Krebstherapien erfolgreich?

Wenn sich Krebspatienten für die Erprobung neuer Therapien im Rahmen einer randomisierten klinischen Studie (RCT) zur Verfügung stellen, verbinden sie die Hoffnung auf Hilfe mit dem Inkaufnehmen unbekannter Risiken. Sie, ebenso wie viele Instanzen der Politik, die Kostenträger und die Allgemeinheit, haben einen Anspruch zu wissen, wie oft ein erhoffter Behandlungsfortschritt tatsächlich eintritt. Zur Beantwortung dieser Frage wurden die publizierten und unpublizierten Daten aller Phase-III-RCT, die von Arbeitsgruppen des US-amerikanischen National Cancer Institute von 1955 bis 2006 durchgeführt worden waren, analysiert («Archives of Internal

Medicine» 2008; 168 [No. 6]: 632–642). 624 RCT (mit 781 randomisierten Vergleichen) mit insgesamt 216 451 Patientinnen und Patienten wurden untersucht. Insgesamt brachten 30 Prozent dieser Studien ein signifikantes Ergebnis, unter denen in 80 Prozent eine neue Therapie der Standardbehandlung überlegen war. Die Autoren der Originalstudien kamen zum Schluss, dass das Risiko-Nutzen-Profil die neuen Therapien in 41 Prozent der Vergleiche (316 von 766) begünstigte. Die Hazard Ratios für das Gesamt- und das ereignisfreie Überleben lassen sich anhand von 614 Vergleichen mit 0,95 (95%-Konfidenzintervall [KI] 0,93–0,98) und 0,90 (95%-KI 0,87–0,93) berechnen, was einer

leichten Bevorzugung der neuen Therapien entspricht. Interventionen, die einem Durchbruch gleichkamen, wurden in 15 Prozent der Studien gefunden. Bei konservativer Schätzung ergaben jedoch auch 29 Prozent der RCT ein nicht schlüssiges Resultat hinsichtlich ihrer Fragestellung. Hier handelt es sich um von der öffentlichen Hand finanzierte Studien. Ob die Industrie, zum Beispiel dank besserer Kenntnisse der Grundlagen ihrer Medikamente, eine bessere Erfolgsquote hat, bleibt offen, da entsprechende Daten aus ökonomischen Gründen der Erfolgsforschung nicht zugänglich sind. ■

H.B.