

Beobachtungsstudie aus den USA:

Sind ambulante Endoskopien komplikationsreicher als angenommen?

Endoskopien im Magen-Darm-Bereich sind heute aus der diagnostischen Aufarbeitung nicht mehr wegzudenken. In einem frappanten Gegensatz zu den grossen Zahlen derartiger, meist ambulant durchgeführter Eingriffe steht die geringe Anzahl von Daten über die Komplikationshäufigkeit. Insgesamt gelten die Komplikationsraten als sehr gering, eine oft zitierte, allerdings aus dem Jahr 1976 stammende US-amerikanische Untersuchung beziffert sie auf 0,13 Prozent bei oberen Endoskopien und auf 0,35 Prozent bei Koloskopien. Spätere Studien fanden ähnliche Werte, waren aber methodisch sehr unterschiedlich. Das System elektronischer Krankengeschichten an einem Krankenhaus in Boston, USA, erlaubte jetzt eine automatisierte Erfassung von Endoskopien und späteren Hospitalisationen der betroffenen Patienten. Nach 6383 Ösophagogastroduodenoskopien und

nach 11 632 Koloskopien (wovon 7392 Screening- oder Nachbeobachtungsuntersuchungen waren) kam es innert 14 Tagen nach dem Eingriff zu 419 Besuchen auf der Notfallstation und zu 266 Hospitalisationen. 32 Prozent dieser Notfallbesuche und 29 Prozent dieser Hospitalisationen standen mit der endoskopischen Prozedur in Zusammenhang. 31 Komplikationen wurden ferner von den Ärzten direkt gemeldet. Daraus errechnen die Autoren eine Häufigkeit von durch die Endoskopie verursachten, nicht geplanten Spitalbesuchen von 1,07 Prozent nach oberen GI-Endoskopien, 0,84 Prozent nach Koloskopien insgesamt und 0,95 nach Screening-Koloskopien. Damit seien die beobachteten Komplikationsraten – erfasst durch das automatisierte elektronische System – mit rund 1 Prozent zwei- bis dreimal höher als neuere Schätzungen. Die meisten Ereignisse wären



durch die Standardrapportierung nicht erfasst worden. Für das Koloskopie-Screeningprogramm ergaben sich durch die Komplikationen zusätzliche Kosten (48 US-Dollar pro Untersuchung), die bei der Evaluation solcher Programme mitberücksichtigt werden müssten.

H.B.

Arch Intern Med. 2010; 170 (19): 1752-1757.
doi:10.1001/archinternmed.2010.373

Metaanalyse individueller Patientendaten:

Homocysteinsenkung mit B-Vitaminen ineffektiv

Epidemiologische Studien haben vielfach Zusammenhänge zwischen erhöhten Homocysteinspiegeln und höheren kardiovaskulären Risiken ergeben. Was eine Senkung dieser Spiegel mittels prophylaktischer Verabreichung von Folsäure, allenfalls ergänzt durch die Vitamine B₆ oder B₁₂, ausrichten kann, bleibt unsicher. Eine Meta-analyse der individuellen Daten von 37 485 Individuen mit erhöhtem kardiovaskulärem Risiko aus 8 randomisierten, plazebokontrollierten Studien nach Intention-to-treat-Kriterien ergab ein ebenso ernüchterndes Bild wie einige Einzelstudien zuvor. Insgesamt kam es zu 9326 vaskulären Ereignissen und zu 3010 Krebsdiagnosen sowie zu 5125 Todesfällen. Die Folsäuresupplemen-

tation erzielte im Durchschnitt eine 25-prozentige Reduktion (ca. 3 µmol/l) der Homocysteinspiegel. Während einer medianen Beobachtungszeit von 5 Jahren hatte diese Supplementation keinen signifikanten Einfluss auf vaskuläre Outcomes. Ebenso ergab sich kein signifikanter Effekt auf die Gefässereignisse in Subgruppen oder auf die gesamte gefässbedingte Mortalität, Krebshäufigkeit und -sterblichkeit sowie die Gesamtmortalität. «In den untersuchten Populationen hatte die Supplementation mit Folsäure zur Senkung des Homocysteinspiegels innerhalb von 5 Jahren keine signifikanten Auswirkungen auf die kardiovaskulären Ereignisse oder auf die Krebs- und Gesamtsterblichkeit», dies das harte

Urteil der Autoren. Mit rund 10 000 beobachteten Ereignissen habe diese Metaanalyse durchaus die Stärke gehabt, eine nach Beobachtungsstudien plausiblerweise anzunehmende 10-prozentige Reduktion von Gefässereignissen aufzuspüren. Aufgrund von 1528 registrierten Hirnschlägen sei ein günstiger Effekt auf diese Erkrankung, bei der in einer früheren, kleineren Metaanalyse ein Schutzeffekt zu vermuten war, ebenfalls auszuschliessen, so die Autoren.

H.B.

Arch Intern Med. 2010; 170 (18): 1622-1631.
doi:10.1001/archinternmed.2010.348