

Herzstillstand während Langstreckenläufen

Marathons sind relativ ungefährlich

© Swiss-Image.ch



Langdistanzläufe erfreuen sich weltweit einer ständig steigenden Beliebtheit und erreichen heute oft sehr grosse Teilnehmerzahlen. In den USA rennen zum Beispiel jährlich rund zwei Millionen Männer und Frauen an solchen Ereignissen. Parallel zu dieser Entwicklung haben auch die Berichte über Herzstillstände an Sportläufen zugenommen. Nun sind solche Vorkommnisse an Marathons und Halbmarathons zwischen 2000 und 2010 in den USA analysiert worden. Die näheren Umstände des Herzstillstands wurden mittels Interviews bei Überlebenden und bei den Angehörigen Verstorbener sowie anhand von Krankengeschichten und von Obduktionsdaten erfasst.

Von 10,9 Millionen Läufern erlitten 59 Teilnehmende (mittleres Alter 42 ± 13 Jahre) einen Herzstillstand. Dies entspricht einer Inzidenzrate von 0,54 pro 100 000 Teilnehmer (95%-Konfidenzintervall [KI] 0,41–0,70). Herz-Kreislauf-Erkrankungen (hypertrophe

Kardiomyopathie, Koronarsklerose) waren für die Mehrheit der Herzstillstände verantwortlich. Die Inzidenzrate war während Marathons signifikant höher als während Halbmarathons (1,01/100 000 vs. 0,27/100 000). Ebenso lag sie für Männer deutlich höher als für Frauen (0,90/100 000 vs. 0,16/100 000). Unter den männlichen Marathonläufern nahm die Häufigkeit von Herzstillständen über den Verlauf der Beobachtungszeit von 0,71 auf 2,03/100 000 statistisch signifikant zu. 71 Prozent der Herzstillstände endeten tödlich. Die besten Überlebenschancen schienen zu bestehen, wenn Umstehende sofort mit Wiederbelebungsmaßnahmen begannen und wenn keine hypertrophe Kardiomyopathie vorlag. «Marathons und Halbmarathons gehen mit einem geringen Gesamtrisiko für Herzstillstand einher, betroffen sind am häufigsten Männer, die Tendenz ist aber steigend», lautet das Fazit

HB❖

Jonathan H. Kim et al. for the Race Associated Cardiac Arrest Event Registry (RACER) Study Group: Cardiac Arrest during Long-Distance Running Races. *N Engl J Med* 2012; 366: 130–140.

Randomisierte Studie

Amoxicillin bei akuter Rhinosinusitis bringt keinen Nutzen

Die Evidenz ist schwach, die Guidelines raten davon ab – und trotzdem werden Antibiotika bei akuter Rhinosinusitis weiterhin verschrieben. Eine randomisierte plazebokontrollierte Studie wollte den Zusatznutzen einer Antibiotikabehandlung neben der gängigen symptomatischen Therapie bei diesem klinisch diagnostizierten Krankheitsbild erfassen – und kam zu einem negativen Ergebnis. In zehn Allgemeinpraxen im US-Bundesstaat Missouri wurden 166 Patienten mit akuter Rhinosinusitis entweder zu Amoxicillin (1500 mg/Tag) oder Plazebo (jeweils 3 Kapseln/Tag) randomisiert. Zusätzlich erhielten sie Medikamente gegen Schmerz, Fieber, Husten und Nasenverstopfung zur Verwendung nach

Bedarf. Die mittlere Veränderung in einem Fragebogen zur erkrankungsbedingten Lebensqualität (Sinonasal-Outcome-Test-16, SNOT-16) war an Tag 3 zwischen den beiden Gruppen nicht signifikant verschieden, fiel an Tag 7 jedoch in der Amoxicillingruppe etwas günstiger aus. Bei den angegebenen Symptomverbesserungen gab es an Tag 3 keinen statistisch signifikanten Unterschied (37% mit Amoxicillin, 34% mit Plazebo, $p = 0,67$), ebenso wenig wie an Tag 10 (78 vs. 80%, $p = 0,71$). Bei sekundären Outcomes ergaben sich ebenfalls keine Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsgruppen. Ernsthafte Nebenwirkungen traten nicht auf. «Unsere Ergebnisse unterstützen Empfehlungen, eine rou-

tinemässige Antibiotikabehandlung bei unkomplizierter akuter Rhinosinusitis zu vermeiden», halten die Autoren fest. Diese Erkenntnis sei hier bei Patienten gewonnen worden, die den empfohlenen klinischen Diagnosekriterien entsprachen und für eine Antibiotikatherapie infrage gekommen wären. «Als Schlussfolgerung zeigt die Evidenz aus dieser Studie, dass eine zehntägige Amoxicillintherapie bei Patienten mit klinisch diagnostizierter unkomplizierter akuter Rhinosinusitis wenig klinischen Nutzen bietet», resümieren die Autoren, weisen aber gleichzeitig darauf hin, dass Patienten mit Hinweisen auf ernsthafte Komplikationen hier ausgeschlossen wurden und dass in solchen Fällen ein anderes Management (einschliesslich Antibiotika) angezeigt sei.

HB❖

Jane M. Garbutt et al.: Amoxicillin for Acute Rhinosinusitis. A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2012; 307(7): 685–692.

Hypertonie

Blutdruckzielwerte neu definiert

Die bis anhin gültigen Zielwerte für die Hypertonietherapie werden infrage gestellt, neue Empfehlungen sind in Kürze zu erwarten. Mehr dazu erfahren Sie in unserem Bericht vom 7. Zürcher Hypertonietag auf Seite 209.

Gemäss einer kürzlich publizierten Stellungnahme der Deutschen Hochdruckliga e. V. und der Deutschen Gesellschaft für Hypertonie und Prävention (<http://leitlinien.hochdruckliga.de>) sollte der Blutdruck bei allen Hypertonikern mindestens auf Werte unter 140/90 mmHg gesenkt werden, auch bei Patienten nach Myokardinfarkt oder Schlaganfall. Blutdruckwerte unter 120/70 mmHg seien nicht anzustreben, insbesondere bei KHK-Patienten, bei denen keine revasku-

larisierenden Massnahmen durchgeführt wurden. Bei Patienten mit Niereninsuffizienz wird ein Zielwert von <130/80 mmHg empfohlen, bei gleichzeitiger Proteinurie ≥ 1 g/Tag sollte er tiefer sein ($\leq 125/75$ mmHg). Ausdrücklich wird darauf hingewiesen, dass Blutdruckzielwerte Empfehlungen seien, welche in jedem Fall individuell anzupassen sind. Die oben genannten Blutdruckwerteziele beziehen sich auf Messungen in der Praxis. Falls Selbstmessungen zu Hause oder 24-Stunden-Blutdruckmessungen für den Therapieentscheid herangezogen werden, liegen die Zielwerte im Mittel um 5 bis 5 mmHg systolisch und 5 bis 10 mmHg diastolisch niedriger.

RBO❖

Food & Drug Administration:

Statine: Warnhinweise auf Hyperglykämie und transiente Gedächtnisstörungen

Die US-amerikanische Zulassungsbehörde FDA hat die Warnhinweise für sämtliche Statine geändert. Nun muss bei allen Präparaten eine Warnung stehen, dass sie zu erhöhten Blutzuckerwerten und zu möglichen transienten Gedächtnis- und Kognitionsstörungen führen können. Trotz diesen zusätzlichen einschränkenden Feststellungen gibt sich die FDA überzeugt, dass «die kardiovaskulären Nutzen der Statine diese kleinen Risikoerhöhungen übertreffen». Hinsichtlich der Überprüfung der Leberfunktion hat die Behörde ebenfalls einen Richtungswechsel vollzogen. Anstatt eines regelmässigen Monitorings der Transaminasen empfiehlt sie nun lediglich, vor Therapiebeginn einen Leberfunktionstest durchzuführen – dies mit der Begründung, dass das Risiko für die Leber unter Statinen «selten und im Einzelfall nicht berechenbar» ist.

Das Diabetesrisiko hatte insbesondere seit der Beobachtung eines um 27 Prozent häufigeren Auftretens neuer Diabetesfälle im Rahmen der JUPITER-Studie mit Rosuvastatin

Beachtung gefunden. Inzwischen ist klar, dass das Diabetesrisiko auch unter anderen Statinen erhöht ist, so fand eine Metaanalyse von 13 Statinstudien eine Erhöhung der neu auftretenden Zuckerkrankheiten um 9 Prozent.

Die Datenlage zu möglichen kognitiven Beeinträchtigungen ist demgegenüber wesentlich rudimentärer und beruht auf Nebenwirkungsmeldungen im Rahmen von Post-Marketing-Überwachungen. Das FDA erwähnt in diesem Zusammenhang Meldungen über Individuen über 50 Jahre, die eine deutliche aber schlecht definierbare Beeinträchtigung oder einen Verlust des Gedächtnisses erlebten, die bei Absetzen der Statinbehandlung reversibel waren.

HB❖

MedPage Today, 28.2.2012.

RÜCKSPIEGEL

Vor 10 Jahren

Wachsendes WLAN



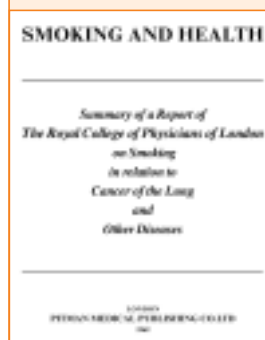
Drahtloser Internetempfang ist 2002 noch die Ausnahme. So zählt man in Deutschland erst 4700 kommerzielle WLAN-Anschlüsse, zum Beispiel in Hotels, rechnet aber schon bald mit hunderten neuen. Zu Recht:

Heute sorgen zahllose «hot spots» für einen flächendeckenden Internetempfang.

Vor 50 Jahren

Rauchstopp-Kampagne

Das Royal College of Physicians publiziert Anfang März 1962 den Report «Smoking and Health». Ziel des Reports

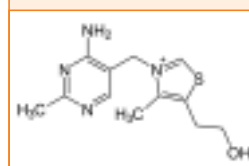


sei es, «... Ärzten und anderen Beweise für die Schädlichkeit des Rauchens zu liefern, sodass sie entscheiden können, was zu tun ist», heisst es in der Einführung. Gefordert wird unter anderem, dass die Regierung Aufklärungsmassnahmen durch-

führt, die Tabaksteuer erhöht und die Zigarettenwerbung, den Verkauf an Kinder sowie das Rauchen in der Öffentlichkeit verbieten soll. Dieser Report gilt Historikern als einer der ersten Belege für eine damals einsetzende, neue Entwicklung: Die Ärzteschaft beginnt, sich direkt an die Öffentlichkeit zu wenden und sie bedient sich der Massenmedien, um ihren Anliegen Nachdruck zu verleihen.

Vor 100 Jahren

«Vitamin» erfunden



Der polnische Biochemiker Casimir Funk prägt 1912 den Begriff «Vitamin». Namensgeber ist eine Stickstoffverbindung, also ein Amin. Er

isolierte es aus Reiskleie und nahm an, dass man damit die Mangelkrankheit Beriberi beseitigen könne und dass alle derartigen Stoffe Amine seien (beides erwies sich später als nicht zutreffend). Aus einem für das Leben (Vita) nötigen Amin entstand der Begriff Vitamin. Ein Jahr später führte Elmer McCollum die Bezeichnung der Vitamine mit den Buchstaben des Alphabets ein. Da sich das Vitamin B als ein Sammelbegriff für verschiedene Substanzen erwies, sprach man später von Vitamin B₁, B₂ und so weiter. Funk hatte 1912 vermutlich das Niacin (Vitamin B₃) entdeckt, die Entdeckung des Beriberi verhindernden Thiamins (Vitamin B₁; Grafik) wird hingegen Barend Jansen und Willem Donath oder dem Japaner Suzuki Umetaro zugeschrieben. So genau scheint das heute niemand mehr zu wissen. Unumstritten gilt jedoch Funk als Vater des Begriffs Vitamin.