

Diabetes erhöht das Sterberisiko nach Karzinom-Op.

Diabetes scheint das Risiko zu erhöhen, an bestimmten Karzinomen zu erkranken. Eine Metaanalyse zeigt jetzt, dass Diabetes auch die post-operative Sterblichkeit bei Krebspatienten erhöht.



Postoperative Sterblichkeit ist bei Diabetikern erhöht.

— Wissenschaftlern der Johns Hopkins University in Baltimore (USA) fanden in MEDLINE und EMBASE 15 Studien mit 32 621 Patienten, die sich für eine Metaanalyse eigneten.

Demnach erhöht Diabetes für alle Karzinomtypen das Risiko, nach einer Operation zu sterben, um 85%. Besonders ungünstig scheinen die Kombinationen Diabetes plus Darm- bzw. Speiseröhrenkrebs zu sein. Wurden mögliche Kofaktoren berücksichtigt und herausgerechnet, ist das postoperative Mortalitätsrisiko bei Karzinompatienten mit Diabetes immer noch um 51% höher als bei Nichtdiabetikern.

Kommentar

Karzinompatienten mit Typ-2-Diabetes haben im Vergleich zu nicht diabetischen Patienten ein um 50% erhöhtes Mortalitätsrisiko. Es sollte geprüft werden, ob durch eine bessere Einstellung des Diabetes die erhöhte postoperative Mortalität zu senken ist. Auf keinen Fall darf wohl die Behandlung des Diabetes wegen der Karzinombehandlung vernachlässigt werden.

K. MALBERG ■

■ B. B. Barone et al.

(Korrespondenz: Hsin-Chieh Yeh, Division of General Internal Medicine, Johns Hopkins School of Medicine, Baltimore, Maryland, USA; e-mail: hyeh1@jhmi.edu) Postoperative mortality in cancer patients with preexisting diabetes. Systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care* 2010;33: 931–39

Niedriger ABI allein rechtfertigt keine Primärprophylaxe

Wenn beim Screening von Personen ohne kardiovaskuläre Erkrankungen ein Knöchel-Arm-Index unter 0,95 gemessen wird, bringt eine anti-thrombotische Therapie mit ASS keinen Nutzen.

— Bei 28980 Männern und Frauen im Alter von 50–75 Jahren ohne kardiovaskuläre Erkrankungen wurde der Knöchel-Arm-Index (ABI) sphygmomanometrisch und sonografisch gemessen. Jene 3350 Probanden mit einem ABI < 0,95 erhielten entweder 100 mg ASS täglich oder Placebo. Während der Beobachtungsdauer von im Mittel 8,2 Jahren traten 357 primäre Endpunkte (tödliche und nicht tödliche Herzinfarkte, Schlaganfälle und Revaskularisierungen) auf. Dabei gab es zwischen der Verum- und der Placebogruppe keinen Unterschied (13,7 vs.

13,3 pro 1000 Patientenjahre). Das gilt ebenso für alle Untergruppen mit ABI-Werten unter 0,90, 0,85 und 0,80. Auch bei den einzelnen Endpunkten und bei sekundären Endpunkten wie Gesamtmortalität, Angina pectoris, Claudicatio intermittens oder TIA bestand kein signifikanter Unterschied

Kommentar

Neben anderen Indikatoren ist die Messung des ABI propagiert worden, um kardiovaskuläre Risiken schon im asymptomatischen Stadium zu erkennen. Die vorliegende Studie zeigt aber, dass der ABI für das Screening von kardiovaskulär asymptomatischen Personen ungeeignet ist, weil eine Primärprävention mit ASS bei niedrigen ABI keinen Nutzen bringt. Die Messung des ABI bleibt ein wichtiges Kriterium für die Diagnose und

zwischen Verum- und Placebogruppe. Schwere Blutungen mit Hospitalisierung erlitten 34 Probanden der Verum- und 20 der Placebogruppe (Unterschied nicht signifikant), darunter drei tödliche zerebrale Blutungen unter ASS, aber keine unter Placebo.

die Verlaufsbeobachtung der arteriellen Verschlusskrankheit. Sie hat aber für die Primärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen allein oder als Ergänzung zu den traditionellen Risikofaktoren derzeit keine Bedeutung. H. Holzgreve ◊

■ F. G. Fowkes et al.

Aspirin for prevention of cardiovascular events in a general population screened for a low ankle brachial index. *JAMA* 303 (2010) 841–848