# Wussten Sie schon …

**…, dass die Gedächtnisleistung bei Frauen während Schwangerschaft und Stillzeit offensichtlich nicht schlechter ist, als bei gleichaltrigen nichtschwangeren Frauen?**

Diese Erkenntnis geht aus einem grossangelegten prospektiven Langzeitsurvey in Australien hervor. Im Vergleich mit nichtschwangeren Frauen waren, was kognitive Geschwindigkeit, Zahlenrückwärts-Erinnerungs-Test sowie Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis anbelangt, nicht von schwangeren gleichaltrigen Frauen unterscheidbar. Einzig der Zahlenrückwärts-Test zeigte in einer einzigen Gruppe eine nichtsignifikante Inferiorität (Brit. J.Psych. 2010; 196:126–132).

*Kommentar*
*Auf den ersten Blick ein überraschendes Ergebnis, ist doch nicht nur die Volksmeinung gesetzt, wenn es um die schlechtere Gedächtnisleistung schwangerer und stillender Frauen geht. Auch bei www.swissmom.ch kann man das nachlesen, alles basierend auf Studien einschliesslich einer Metaanalyse aus dem Jahre 1997, welche diesen negativen Zusammenhang zu bestätigen scheinen. Wer aber hat nun Recht? Vieles spricht für die neueste Studie. Sorgfältige Durchsicht der vorhandenen Literatur zeigt nämlich eine Reihe von Rekrutierungsfehlern in diesen Studien. Auch tierexperimentelle Studien sprechen komplett gegen die bisherigen Erkenntnisse. Ratten z. B. sind was Lernverhalten, Gedächtnis sowie räumliches Verständnis anbelangt ihren nichtschwangeren nichtstillenden Artgenossen deutlich überlegen.*

*Wie aber erklärt man dann, dass auch die Frauen selbst über eine kognitive Leistungsminderung klagen? Nach Aussage der verantwortlichen Wissenschaftler sind für diese Veränderungen neben einer Änderung des Blickwinkels weg vom Aktuellen und hin auf die Geburtsvorbereitung und die Zeit danach verantwortlich; auch die schnellere Erschöpfung durch die physische und emotionale Zusatzbelastung in dieser Situation ist zu berücksichtigen. Müdigkeit und Erschöpfung scheinen also die Haupttreiber zu sein, wenn die Gedächtnisleistung individuell etwas nachlässt. Dem könnte man ja bestens Abhilfe schaffen. Ob man es aber schafft, auf der Basis dieser Studie die im Englischen gebräuchlichen Ausdrücke wie «Babybrain» oder «Placentalbrain» abzuschaffen, dass scheint doch mehr als fraglich.*

*b.s.*

**…, dass Bupropion erfolgreich bei Sexualstörungen von Frauen eingesetzt wurde?**

Bei einer doppelblinden placebokontrollierten Untersuchung wurde

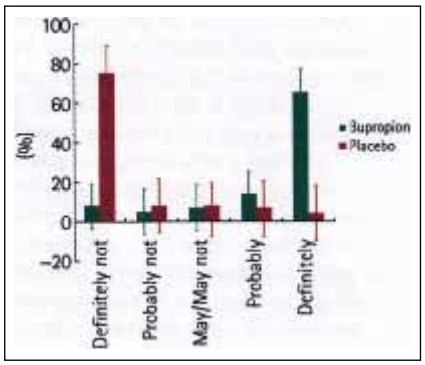


*Abb. 1.* „did the treatment you received during the 12 weeks improve meaningfully your sexual desire?“

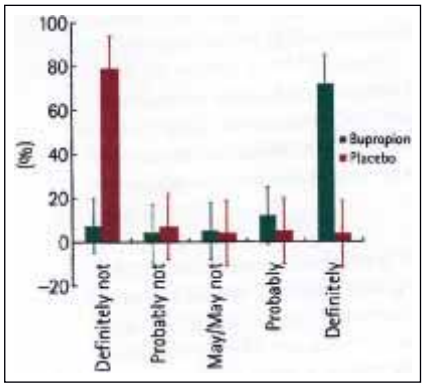


*Abb. 2.* „Are you satisfied with the efficacy of your treatment?“

Bupropion (Zyban® Weelbutrin®), ein Antidepressivum, das auch zur Raucherentwöhnung eingesetzt wird bei 32 Frauen mit einer sog. Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD, Störung des sexualen Verlangens und Interesses) während 12 Wochen getestet. Die Wirksamkeit wurde mittels verschiedener validierter Tests geprüft. Ausserdem

wurde gefragt, ob das Medikament das sexuelle Verlangen bedeutsam verbesserte und ob die Frauen mit der Wirksamkeit zufrieden seien. Die Test Scores verbesserten sich um das Doppelte gegenüber Placebo (P = 0.001, OR 3.2(2.1.6.3). Der personal distress reduzierte sich signifikant. Ein deutlicher Unterschied ergab sich auch bei den Fragen nach Wirksamkeit und Zufriedenheit mit dem Medikament.
(Safarinejad, M.R., et al; BJU Int. 2010 Jan 8. [Epub ahead of print]

*Kommentar*
*Sog. Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD), vermindertes sexuelles Interesse, ist relativ weit verbreitet. Die Inzidenz wurde je nach Studien in weniger als 10 bis 30 % der Frauen beobachtet. Dass Sexualstörungen einen komplexen Hintergrund haben können ist ebenfalls bekannt. In der vorliegenden Studie wurden sehr sorgfältig durch Tests vorgängig mögliche andere Ursachen für Sexualstörungen wie Depressionen, Beziehungsprobleme, hormonelle Störungen, etc. ausgeschlossen. Es handelt sich also um ein relativ „reines" Kollektiv. Die erzielten Ergebnisse sind überraschend gut und interessant, da man häufig dieser Sexualstörung (falls sie denn als solche von den betroffenen Frauen auch empfunden wird!) relativ hilflos gegenübersteht und andere therapeutische Optionen (z.B. Testosteron), wegen ihren Nebenwirkungen nicht unbedenklich sind. Bupropion ist ein relativ nebenwirkungsarmer (Kopfschmerzen, Schlafstörungen, trockener Mund in 5–9 %) und potenter/selektiver Dopaminwiederaufnahmehemmer ohne Wirkung auf serotonine, cholinerge, adrenerge oder histaminerge Rezeptoren. Bupropion wurde auch schon erfolgreich bei SSRI bedingten Libidostörungen eingesetzt. Bei der Komplexität des Problems ist man sicher auf weitere Erfahrungsberichte gespannt. Falls sich die Wirksamkeit bestätigt, stünde man diesem Problem, was die therapeutischen Optionen betrifft, nicht mehr ganz so hilflos gegenüber.*

*m.k.h.*

**…, dass erneut eine Studie zum Screening auf Ovarialkarzinome auch bei Risikogruppen ernüchternd verlaufen ist?**

3563 Frauen mit erhöhtem Risiko wurden jährlich mit CA 125 und transvaginalem Ultraschall untersucht. 27 Ovarial- und Tubenkarzinome konnten entdeckt werden, das entspricht einer jährlichen Inzidenz von 0.24 %. 75 % der Karzinome wurden im Screening erfasst, allerdings nur ein Drittel im Stadium I/II. Der negative prädiktive Wert des Screenings lag bei 99.8 %, der positive jedoch nur bei 30 %. (Quelle: www.medwire-news.md)

*Kommentar*
*Immer wieder werden die Hoffnungen auf eine bessere Früherkennung des Ovarialkarzinoms enttäuscht. Ohne neue Strategien ist nicht erkennbar, dass hier ein Durchbruch möglich sein wird.*

*h.p.s*

**…, dass eine Kombinationstherapie bei neuropathischen Schmerzen wirksamer war?**

Der durchschnittliche tägliche painscore (0–10) war vor der Therapie 5,4 und reduzierte sich auf 3,2 unter Gabapentin, 2,9 unter Nortriptyline und 2,3 in der Kombination Die Schmerzreduktion in der Kombination war statistisch signifikant, stärker als mit Gabapentin und Nortriptyline alleine. Es wurden keine schweren Nebenwirkungen beobachtet. Dosierung der Medikamente: Die Zieldosis für Gabapentin war 3600 mg und für Nortriptyline 100 mg (Dosiseskalation). Die durchschnittlich maximal tolerierte Dosis für Gabapentin betrug 2400 mg, für Nortriptyline ca. 50 mg. (Gilron, I. et al: Lancet 2009; 374:12–52–61)

*Kommentar*
*Über das Problem neuropathischer Schmerzen und viszeraler Hyperalgesie haben wir bereits im letzten Heft (FHA 4/09 Seite 12) berichtet. Neuropathische Schmerzen werden*

*über kleine nonmyelinisierte Nervenfasern übertragen. Neuropathische Schmerzen spielen auch in der Gynäkologie eine Rolle (Vulvodynien, chronische Unterbauchschmerzen etc.). Die getestete Kombination war relativ nebenwirkungsarm und erweitert so unser therapeutisches Armamentarium bei chronischen Schmerzsyndromen.*

*m.k.h.*

**…, dass nun auch ein Polymorphismus für Aromatasehemmer bekannt ist ?**

(L. Wang, Cancer Res. 2010;70:319) Das Aromatase Gen CYP19 scheint das Ansprechen der Brustkrebspatientinnen auf hochselektive Aromatasehemmer zu modulieren.

*Kommentar*
*Grundsätzlich lässt sich vermuten, dass alle enzymatischen Aktivitäten individuell reguliert werden. Inwieweit dies für die Behandlung künftig von Bedeutung sein wird, ist nicht absehbar.*

*h.p.s.*

**…, dass die postmenopausale Blutung kein isolierter Prognosefaktor für das Endometriumkarzinom ist?**

In einer retrospektiven Studie an 605 Patientinnen mit Korpuskarzinom (Seebacher V. et al., BMC Cancer. 2009; 9:460) zeigte sich kein Unterschied im Stadium wenn asymptomatische Frauen (Diagnose per transvaginalen Ultraschall) und Frauen mit einer Postmenopausenblutung verglichen wurden. Die Rate hochdifferenzierter Karzinome war zwar in der US Gruppe größer, einen Einfluss auf das Gesamtüberleben hatte dies jedoch nicht.

*Kommentar*
*Und nun? Soll man auf den Ultraschall verzichten und warten bis es blutet? Es wäre fatal wenn dieser Schluss aus der vorliegenden Studie gezogen werden sollte. Die Entdeckung von hochdifferenzierten Karzinomen hat erhebliche Konsequenzen für die Therapie und kann möglicherweise nicht das Gesamtüberleben, wohl aber die therapieassozierte Morbidität senken.*

*h.p.s.*

**…, dass zu viele Schulden Rückenschmerzen verursachen?**

Eine deutsche Studie mit fast 1000 Personen fand, dass 80 % der Überschuldeten Rückenschmerzen im Vergleich zu 20 % bei den Kontrollen angaben. Die Autoren identifizierten Überschuldung als unabhängigen Risikofaktor für Rückenschmerzen (BMC Public Health 2009; 9:451)

*Kommentar*
*Bisher glaubte ich, dass Geldsorgen Kopfschmerzen machen, dass es so tief herunter geht ist eher überraschend.*

*m.k.h.*

**…, dass eine 3-wöchige postoperative Strahlentherapie nach brusterhaltender Chirurgie beim Mammakarzinom gleich wirksam war wie eine 5-wöchige Standardbehandlung?**

Im Rahmen einer prospektiv randomisierten Studie erhielten 612 Frauen nach brusterhaltender Chirurgie beim Mammakarzinom eine Standardstrahlentherapie (50Gy) in 25 Fraktionen innerhalb von 35 Tagen und 622 Frauen eine reduzierte Strahlentherapie (42,5Gy) in 16 Fraktionen an 22 Tagen. Nach 10 Jahren betrug das Lokalrezidivrisiko bei der Standardstrahlentherapie 6,7 % und bei der hyperfraktionierten Gruppe 6,2 %. Nach 10 Jahren war das kosmetische Ergebnis bei 71,3 % bei den Kontrollen und 69,8 % in der Hyperfraktionsgruppe ausgezeichnet (Unterschiede nicht statistisch signifikant).
(Whelan JT et al, N Engl J Med 2010; 362:513–20)

*Kommentar*
*Man versucht seit längerer Zeit die adjuvante Strahlentherapie patientenfreundlicher zu gestalteten. Ein*

*Ansatz ist die intraoperative Strahlentherapie, die sich in der Schweiz bis jetzt nicht durchgesetzt hat. Die Verkürzung der Strahlentherapie bei Erhöhung der Einzeldosis ist ein interessanter Ansatz. Bei einer Subgruppenanalyse war lediglich bei G3 Tumoren die reduzierte Strahlentherapie weniger wirksam. Beruhigend sind die Resultate auch, was das kosmetische Ergebnis betrifft. Eine verkürzte postoperative Strahlentherapie (3 statt 5 Wochen) dürfte sich auch bei uns, vor allem bei Frauen mit niedrigerem Lokalrezidivrisiko, durchsetzen.*

*m.k.h.*

**…, dass eine kanadische Studie einen Zusammenhang zwischen der Einnahme von Paroxetin und einer Tamoxifenresistenz bestätigen konnte?**

Paroxetin ist ein irreversibler Hemmer der CYP2D6 Aktivität, wodurch Tamoxifen nicht wirksam werden kann.
Im Vergleich zur Kontrollgruppe war die Sterblichkeit am Mammakarzinom in der Paroxetingruppe erhöht. Dieses Risiko scheint bei anderen Antidepressiva nicht zu bestehen. (C.M. Kelly et al., BMJ 2010; 8:340).

*Kommentar*
*Auch wenn der Zusammenhang zwischen der Metabolisierung des Tamoxifens und der Überlebensrate bei adjuvant endokrin behandelten Brustkrebspatientinnen noch nicht endgültig geklärt ist, sollte man nach der derzeitigen Datenlage die gleichzeitige Gabe von Paroxetin und Tamoxifen vermeiden.*

*h.p.s.*

**…, dass, Training mit Epi-No, einem vaginalen aufblasbaren Ballonsystem zur praepartalen Dehnung des Dammes einen mässigen Effekt für die Prävention einer Dammverletzung hat?**

In einer randomisiert kontrollierten Studie wurden 272 nullipare Frauen in eine Kontrollgruppe bzw. in die Epi-No-Trainingsgruppe randomisiert. Nach einem durchschnittlichen Training von 15 Tagen und für täglich 18 Minuten zeigte sich lediglich bezogen auf ein intaktes Perineum (37.4 % versus 25.7 %) ein signifikanter Vorteil der Trainingsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe. Tendenziell war die Episiotomierate in der Trainingsgruppe etwas geringer (41.9 % versus 50.5 %; p = 0.11), alle übrigen Punkte wie Dammrissrate (21 % versus 25 %) sowie DR lll und lV-Rate (6 % versus 5 %) waren gleich (Obstet. Gynecol. Survey 2010, Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol. 2009; 49:478–483).

*Kommentar*
*Viel Aufwand für wenig Ertrag könnte man sagen. Immerhin betragen die Kosten für ein Epi-No Gerät knapp 200 Franken. Auch sind die hier vorgestellten Daten wohlgemerkt gegen ein Null-Trainingskollektiv entstanden, nicht aber gegenüber einer digitalen Dammmassage, welche ja auch bei Nulliparae, wenn auch nicht randomisiert kontrolliert, einen Vorteil hat (Cochrane Database Syst. Syst. Rev.2006; 1:CD005123). Noch eleganter hat der Reviewer im «Obstetrics und Gynecolegical Survey» den Wert von Epi-No in seinem Kommentar zum Ausdruck gebracht: «The goals of its use are laudable, but absent further data, I would not say yes to Epi-No»*

*b.s.*