

..., dass eine Behandlung mit Probiotika bei der puerperalen Mastitis gleich gut, bzw. sogar besser abschneidet als eine Antibiotika-Therapie?

In einer randomisiert doppelblinden Studie wurden insgesamt 352 Frauen mit einer infektiösen Mastitis puerperalis in 3 Gruppen unterschiedlich behandelt: Die beiden Probiotika-Gruppen (n = 124 und n = 127) erhielten entweder 9^{10} CFU von *Lactobacillus fermentum* oder *Lactobacillus solivarius* für 3 Wochen, während die dritte Gruppe einer gängigen Antibiotika-Therapie zugelegt wurde. Bei allen drei Gruppen wurden vor Behandlungsbeginn die Bakterien kolonisiert und quantifiziert. Diese Untersuchung wurde nach Abschluss der Behandlung, also nach 21 Tagen wiederholt. Gemessen wurde der klinische Verlauf sowie auch die quantitative bakterielle Entwicklung in der Muttermilch. Ergebnisse: Nach 3 Wochen waren in den beiden Probiotika-Gruppen die pathogene Keimzahl signifikant niedriger als in der Antibiotikum-Gruppe. Zudem war die Rezidivrate geringer und auch beim Heilungsverlauf schnitten die Probiotika behandelten Frauen besser ab (Clin. Infect. Dis. 2010; 50:1551–1558).

Kommentar

Siehe Interview Rossi, Infektiologe, Luzerner Kantonsspital, Luzern!

b.s.

..., dass mit probiotischen Kapseln erfolgreich eine rezidivierende bakterielle Vaginose (BV) behandelt wurde?

In einer prospektiv randomisierten Doppelblindstudie wurden 18 bis 55-jährige Frauen, welche zu Beginn der Studie BV frei waren, aber >2 BV Episoden im Jahr zuvor hatten, entweder mit Placebo oder probiotischen Kapseln während zwei Wochen behandelt. Eine probiotische Kapsel enthielt 8×10^9 lebend Lactobazillen plus L-Rannosus 8×10^9 plus stabilisierende Milchsäurefermente und Lactose. Die Patientinnen wurden ein und zwei Monate später kontrolliert (Analyse der vaginalen Flora und der klinischen Symptome) und ca. 11 Monate später per Telefoninterview. Innert zwei Monaten hatten die Testpatientinnen signifikant weniger BV Rezidive (15,8% versus 45%; $P < 0,001$). In der Zeit 2 bis 11 Monate später gaben die Patientinnen signifikant weniger BV Episoden an (10,6% versus 27,6%; $P = 0,04$). Noch nach zwei Monaten waren die Probiotika effektiv wirksam, was die Reduktion von Ausfluss, niedrigem pH, Reduktion von Cluezellen betraf nicht aber hinsichtlich Geruch. (Wang Ja et al. Am. J. Obstet. Gynecol. 2010; 203:120.e1–6)

Kommentar

Die Autoren führen den Erfolg der Probiotika auf die 80fach höhere

Dosis als üblich des verwendeten Lactobazillus zurück. In Anbetracht der praktisch fehlenden Nebenwirkungen wäre dieses Vorgehen einen Versuch wert. Das in der Schweiz erhältliche Gynoflor enthält leider nur eine vergleichsweise schwache Dosis (10 Mio) Lactobazillen.

m.k.h.

..., dass die zusätzliche Gabe von Bevacizumab das progressionsfreie Überleben von Patientinnen mit einem Ovarialkarzinom signifikant verlängert?

In einer Phase III Studie erhielten 1 873 Frauen mit fortgeschrittenem (III-IV) Ovarial-, Tuben- oder Peritonealkarzinom eine Chemotherapie (CT Paclitaxel 175 mg/m^2 plus Carboplatin (AUC) 6 Zyklen) plus Placebo (R1), CT plus begleitend Bevacizumab (15 mg/kg); (R2), oder CT mit begleitend Bevacizumab plus Bevacizumab als Erhaltungstherapie (R3). In der Nachbeobachtung zeigten Patientinnen in der R3 Gruppe ein signifikant verlängertes progressionsfreies Überleben. Das mediane PFS betrug in der R1 Gruppe 10.3, in der R3 Gruppe 14.1 Monate. Hauptproblem der Bevacizumab Therapie sind ausgeprägte Hypertonien und die gastrointestinale Perforation (Burger et al., American Society of Clinical Oncology (ASCO) 2010 Abstract LBA1).

Kommentar

Diese Studie ist ein weiteres Beispiel dafür, dass interessante Ergebnisse im Internet zirkulieren bevor die Studie veröffentlicht wird. Eine begleitende Bevacizumab Therapie ist aus mehreren Gründen nicht unproblematisch. Dennoch sind diese Ergebnisse der erste erkennbare Fortschritt in der unbefriedigenden Primärtherapie des fortgeschrittenen Ovarialkarzinoms seit Einführung des Taxols. Warten wir die Originalpublikation ab. h.p.s.

..., dass Rauchen während der Schwangerschaft durchaus Vorteile haben kann?

In einer grossen Population von 600 000 schwedischen Geburten zeigte sich, dass Frauen, die während der Schwangerschaft geraucht hatten, im Vergleich zu Nichtraucherinnen ein erniedrigtes Risiko für eine Präeklampsie aufwiesen. Bei Anwenderinnen von Schnupftabak war das Risiko erhöht. Die Schlussfolgerung liegt auf der Hand: Im Rauch selbst ist nicht nur das Kohlenmonoxid als objektiv schädlicher Stoff für die Schwangerschaft vorhanden, sondern offensichtlich auch Anteile, die nützlich sein können (Hypertension 2010; 55:1254–1259).

Kommentar

Nicht immer ist eine interessante Information auch eine nützliche!

b.s.

..., dass die Diagnose Zwillingschwangerschaft (ZS) immer falsch ist?

In einem Editorial des „Grey Journals“ (Am. J. Obstet. Gynecol. 2010; 203:1) wird der allen bekannte Prof. Nicolaides (Kings College London) zitiert: „There is NO diagnosis of twins. There are only monochorionic twins or dichorionic twins. This diagnosis should be written in capital red letters across the top of the patients charts“.

Um was es geht, ist die frühe (im ersten Trimenon) Diagnose eines twin twin transfusion syndroms (TTTS), das ja nur bei monochorionalen Schwangerschaften vorkommt. Dieses muss früh erkannt werden z.B. durch zweiwöchige Ultraschallkontrollen ab der 16. SSW. Monochoriale Zwillingschwangerschaften (MZS) betreffen ca. einen Drittel aller Zwillings-SS. Bei IFV-SS erhöht sich das Risiko einer MZS um das Neunfache! 25 % der MZS haben Schwangerschaftskomplikationen wie Wachstumsretardierung, TTTS oder einen intrauterinen Tod unabhängig davon. Das Missbildungsrisiko ist im Vergleich zu dichorionalen Schwangerschaften doppelt so hoch. Die Frühdiagnose einer MZS ist mit 96 %iger Sicherheit in der Früh-SS möglich einfach durch die Darstellung der Insertion der terminalen Membran in die Plazenta („Lambda“ Zeichen bei dichorionaler, „T“-Zeichen bei mono-

chorialer ZS). Auch weitere Zeichen wie unterschiedliche Nackentransparenz von mehr als 20% und von mehr als 12mm in der Scheitel-Steißlänge gaben Hinweise auf ein zukünftiges TTTS. Das TTTS ist verantwortlich für die meisten intrauterinen Fruchttode bei MZS vor der 24. SSW. (Meuse, K.J. Am. J. Obstet. Gynecol. 2010; 203:1–2).

Kommentar

Heute ist es Pflicht frühzeitig die Chorionizität bei Zwillingschwangerschaft festzustellen und dann bei MZS zweiwöchentlich die Kontrollen ab der 16. SSW durchzuführen und frühzeitig kompetente Perinatalzentren ins Management einzubeziehen.

m.k.h.

..., dass Ulipristal dem Levonorgestrel bei der postkoitalen Antikonzeption in der Wirkung überlegen ist?

Bei jeweils tausend Frauen, welche wegen ungeschütztem Geschlechtsverkehr mit Levonorgestrel bzw. Ulipristal zur postkoitalen Antikonzeption behandelt wurden, wies die Ulipristal-Gruppe im Gegensatz zur Levonorgestrel-Gruppe eine signifikant niedrigere persistierende Schwangerschaftsrate auf (1.8% gegenüber 2.6%). Ulipristal zeigt zusätzlich noch eine bessere anti-konzeptionelle Wirkung bei Ein-

nahme drei bis fünf Tage nach dem Koitus. Die Nebenwirkungen waren bei beiden Substanzen vergleichbar, Kopfschmerzen kamen am häufigsten vor (19.3 % vs. 18.9%). Levonorgestrel verkürzte den Zyklus um 1.2 Tage im Mittel, Ulipristal hingegen führte zu einer Verlängerung um 2.1 Tage (Lancet 2010; 375:555–562).

Kommentar

Ulipristal ist ein neuer selektiver Progesteronrezeptor-Modulator mit ähnlicher Wirkung wie Mifepriston und, wie diese Studie zeigt, offensichtlich erfolgreicher. Aber wie immer gibt es keinen Vorteil ohne nicht auch gewisse Nachteile in Kauf nehmen zu müssen. Auf das Ulipristal bezogen ist es ein psychologischer: Während Levonorgestrel den Zyklus verkürzt und damit schneller von der Sorge einer doch möglichen Schwangerschaft entlastet, verlängert sich der Zyklus bei der Anwendung von Ulipristal und damit sicher auch die Sorgen und Nöte der Betroffenen. Übrigens: In der Schweiz ist Ulipristal noch nicht zugelassen, in der EU hingegen unter dem Produktnamen ellaOne®. „Eines ist aber bereits klar“, sagt Frau Dr. med. Ruth Draths, Kinder- und Jugendgynäkologin, Neue Frauenklinik, Luzern: „Es braucht ein Rezept und es wird deutlich teurer sein“.

b.s.

..., dass Patientinnen nach laparoskopischer Hysterektomie signifikant weniger postoperative Schmerzen haben als nach vaginaler Hysterektomie?

Die Autoren aus Varese (Ghezzi F. et al. Am. J. Obstet. Gynecol. 2010; 203:168e1–8) untersuchten prospektiv randomisiert, allerdings nicht doppelblind die Schmerzen innert der ersten 24 Stunden nach der Operation bei je 41 Patientinnen nach VH und LH. 1, 3, 8 und 24 Stunden nach der Operation war der Visual Analog Schmerzscore (VAS) signifikant tiefer nach LH (4,7; 3,2; 2,1; 1,8) versus 7,8; 6,6; 5,3; 6,3 nach VH. Die Operationsdauern waren in beiden Gruppen kurz (45 bzw. 50 Minuten). In der LH Gruppe wurden die Patientinnen durchschnittlich nach einem Tag (0–2), nach VH nach 2 (1–6) Tagen entlassen. Zusätzliche Analgetika wurden signifikant häufiger (78 % versus 17 %) nach VH verlangt.

Kommentar

Als wir 1992 mit der LH begannen, kam es öfters vor, dass in einem Patientenzimmer eine Patientin am selben Tag eine VH, die andere eine LH hatte. Die Schwestern machten mich darauf aufmerksam, dass Patientinnen nach LH wesentlich weniger zusätzliche Schmerzmittel brauchten. Leider haben wir es seinerzeit unterlassen, diese klinische Beobachtung wissenschaftlich zu un-

termauern (ein Fehler!). Immer noch wird argumentiert, dass die LH gegenüber der VH keinerlei Vorteile habe. In unserer grossen prospektiven case-control Studie (Hohl, M., Hauser, N.: Gynecol Surg 2010; 7:231–9) fanden wir keinen Unterschied zwischen den zwei Gruppen bezüglich schwerwiegende Komplikationen. Nach LH traten hingegen leichtere Komplikationen (v.a. Infektionen) signifikant seltener als nach VH auf.

Zusammengefasst ergeben sich heute Vorteile der LH nicht nur gegenüber der abdominalen Hysterektomie, sondern auch gegenüber der VH, welche wir aber nach wie vor bei assoziierter Beckenbodeninsuffizienz regelmässig durchführen!

m.k.h.

..., dass die Schmerzwahrnehmung sich während dem Menstruationszyklus ändert?

Prospektiv randomisiert und doppelblind wurde die Schmerzwahrnehmung bei 36 Patientinnen in der Follikelphase (Zyklustag 8 bis 12) im Vergleich zur Lutealphase (N = 36 Patientinnen, Zyklustag 20 bis 24) nach Propofol (Disoprivan®) Injektion bei Narkoseeinleitung verglichen und nach Injektion von 25% der Propofoldosis mittels 0–10 VAS Skala gemessen. Der Schmerzscore nach Injektion war 1,81 +/- 2,3 in der späten Follikelphase verglichen

mit 4,83 +/- 3,09 in der mittleren Lutealphase (P <0,001) (Hanci, V. et al. Europ J Anaesthesiol 2010; 27:5:425–427).

Kommentar

Da eine Propofolinfusion sehr häufig schmerzhaft ist, diente sie hier als Modell für die Analyse der Schmerzsensibilität während verschiedenen Phasen des Menstruationszyklus. Die Autoren führen die höhere Schmerzschwelle während der Follikelphase auf erhöhte Oestrogen- und LH-Spiegel zurück, welche die Nozizeption peripher und zentral beeinflussen (höhere Schmerzschwelle). Andere Autoren fanden eine Korrelation zwischen verminderter Schmerzschwelle und erhöhten Progesteronwerten. Möglicherweise spielt auch ein Abfall der Beta-Endorphinspiegel in der Lutealphase eine Rolle. In einer weiteren Studie fand man einen Zusammenhang zwischen Zyklus und PONV (postoperative nausea and vomiting) (Gratz I., et al. Anaesth Analg 1996;83:565-569). Obwohl die Ursache für diese Zyklizität trotz Deutungsversuchen unklar bleibt, ist es nützlich, dieses Phänomen zu kennen und ev. in der Praxis in Betracht zu ziehen.

m.k.h.

..., dass ein „ausschleichendes“ Beenden der hormonellen Substitutionstherapie offenbar mit der gleichen Symptomatik einhergeht wie das abrupte Absetzen der Hormoneinnahme?

Beim Vergleich erhielten Patientinnen entweder ein Placebo oder eine schrittweise Reduktion der Hormondosis über 2–4 Monate. Bei der danach auftretenden vasomotorischen Symptomatik zeigte sich kein Unterschied. (E. P. Cunha et al., Climacteric 2010; 13:362–7).

Kommentar

Ob das an den Placebotabletten liegen könnte?

h.p.s.

..., dass im Oktober 2009 das erste Symposium für Integrative Onkologie und Forschung in der Schweiz stattfand?

Integrative Onkologie bedeutet richtig verstanden im Gegensatz zur nur additiven Anwendung von Komplementärmedizin die synergistische Anwendung von konventionellmedizinischen und komplementärmedizinischen Maßnahmen. Gerade weil komplementärmedizinische Maßnahmen von vielen Krebspatientinnen angewendet werden, besteht im Gebiet der Integrativen Onkologie großer Forschungsbedarf, insbesondere in den Bereichen

Wirksamkeit, Interaktionen, Sicherheit und auch der Kosteneffektivität. Um diesem Forschungsbedarf besser entsprechen zu können, ist eine Erweiterung und Weiterentwicklung der Kommunikation zwischen den Vertretern der verschiedenen Fachrichtungen in der Onkologie notwendig (U. Wolf et al., Schweiz Z Ganzheitsmed 2010; 22:34–35).

Kommentar

Zwischen 20 und 80 Prozent der Brustkrebspatientinnen nehmen zusätzlich (additiv) Arzneimittel aus der Naturheilkunde, unspezifische „Immunstimulantien“, Nahrungsergänzungspräparate und Mineralstoffe. Mit dem Anspruch „synergistisch statt nur additiv“ öffnet sich ein neuer Weg zur Zusammenarbeit der Schulmedizin mit Komplementärmedizinischen Angeboten. Eine verbesserte Kommunikation zwischen den Beteiligten ist wirklich notwendig.

h.p.s.

..., dass Ritalin erfolgreich bei einer Chemotherapie (CT) induzierten Asthenie eingesetzt wurde?

In einer Pilotstudie wurden die Wirksamkeit und Nebenwirkungen des ZNS Stimulans Methylphenidate (Ritalin®) bei Mammakarzinompatientinnen, die mit Docetaxel (Taxotere®) behandelt wurden, getestet (Cueva J.F. et al., Invest New Drugs

2010; sep.16 [epub ahead of print]) Patientinnen, die nach der ersten CT einen Astheniescore (VAS) von mehr als 3 hatten wurden ausgewählt. 10 Patientinnen erhielten zwei weitere Zyklen, einen mit Ritalin® (10mg bid) den anderen ohne. Die Asthenie wurde mit dem VAS Score und dem function assessment of cancer therapy fatigue (FACT-F) scale gemessen. Die Patientinnen hatten

einen signifikant niedrigeren VAS und FACT-F score für Asthenie und Quality of Life. 6 von 10 Patientinnen wollten Ritalin bei den weiteren Zyklen anwenden. Hauptnebenwirkungen waren Palpitationen und Schlafstörungen (bei 30%).

Kommentar

Eine CT-bedingte Asthenie ist eine häufige Nebenwirkung die neben

den allseits Bekannten oft zu wenig beachtet wird. Eine Asthenie ist für die Betroffene jedoch sehr unangenehm. Natürlich sagt so eine Pilotstudie noch nicht viel, weitere Daten bleiben abzuwarten – im einen oder anderen schwerwiegenden Astheniefall könnte man aber die Anwendung von Ritalin® bedenken.

m.k.h.

Andreavit®

Für einen guten Start ins Leben

Vitamine und Mineralstoffe für die Schwangerschaft

Optimal formuliert nach Dietary Reference Intakes* für Vitamine und Mineralien:

- 11 Vitamine, 9 Mineralstoffe und Spurenelemente
- Wichtige Vorteile:
 - Betacarotin
 - Jod
 - Selen



Z: 11 Vitamine: Betacarotin, B₁, B₂, B₆, B₁₂, C, D₃, E, Folsäure, Biotin, Nicotinamid. 9 Mineralstoffe und Spurenelemente: Kalzium, Magnesium, Chrom, Eisen, Iod, Kupfer, Molybdän, Selen, Zink. **I:** Vorbeugung von Mangelerkrankungen vor, während und nach der Schwangerschaft. Prophylaxe einer Eisen- und Folsäureanämie während der Schwangerschaft und Stillzeit. **D:** 1 Filmtablette täglich. **KI:** Hypervitaminose D, Niereninsuffizienz, bei Störungen des Kalziumstoffwechsels, Eisenverwertungsstörungen, Überempfindlichkeit gegen einen oder mehrere Inhaltsstoffe. **UAW:** allergische Reaktionen, Urtikaria, Asthma, Pruritus, Exanthem, Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Magenbeschwerden, Dyspepsie, Diarrhoe, reversible Zahnverfärbung, Obstipation, Übelkeit. **P:** 30, 90 Filmtabletten. Verkaufskategorie C. Ausführliche Informationen im Arzneimittel-Kompendium der Schweiz oder von Andreabal AG, 4054 Basel. www.andreabal.ch

*Dietary Reference Intakes, The National Academies (www.nap.edu) 2001