

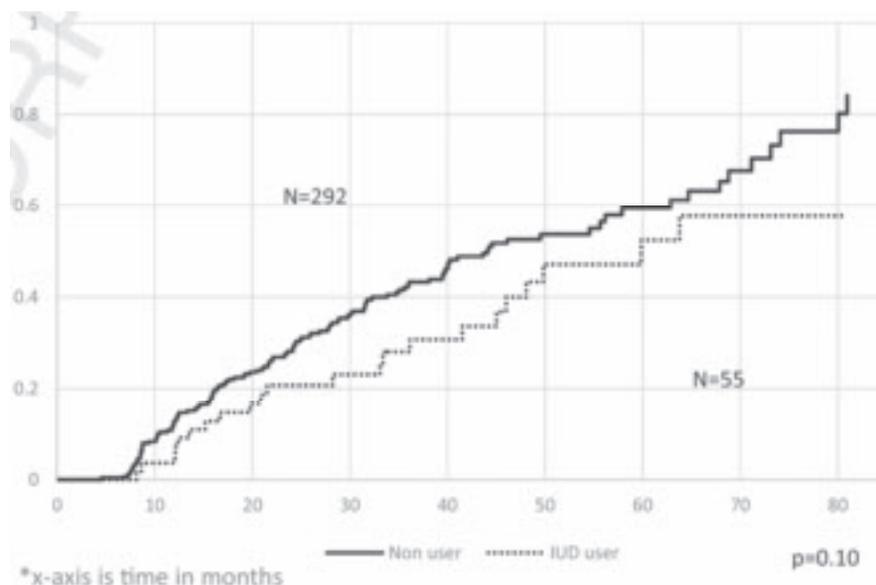
..., dass ein Intrauterinpessar das Risiko für einen HPV-Infekt nicht erhöht und dieser keinen Einfluss auf die Persistenz eines HPV-Infektes hat?

In einer prospektiven Kohortenstudie wurden 676 sexuell aktive Frauen regelmässig mit einem HPV-Test untersucht. Während der Studienperiode haben 85 Frauen zumindest für eine gewisse Zeit mit einer Spirale verhütet. In insgesamt 14 513 Konsultationen konnte nach Korrektur von möglichen Verhaltensfaktoren kein Zusammenhang zwischen einer neu Aquisition von HPV und dem Tragen einer Spirale (Tab. 1) oder dem eliminieren von humanen Papillomaviren (Tab. 2) nachgewiesen werden. [Averbach S.H. et al.; Am. J. Obstet. Gynecol. (2017); doi: 10.1016/j.ajog.2016.11.1053].

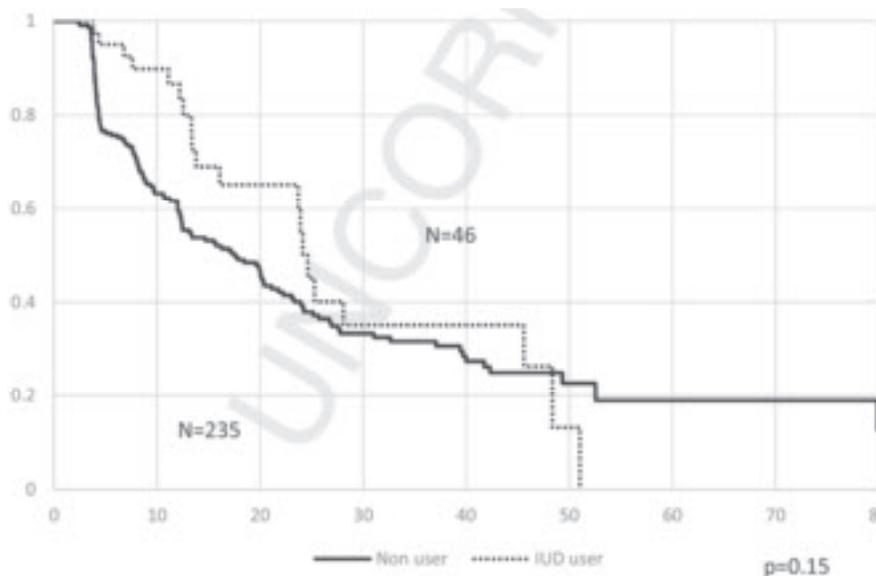
Kommentar

Andere Arbeiten haben gezeigt, dass auch bei Frauen die schon eine zervikale intraepitheliale Neoplasie haben, eine Spirale die Prognose nicht verschlechtert. Wer uns auf Twitter verfolgt, hat diese Information mit dem Link zur Publikation schon im Januar bekommen.

m.d.m.



Tab. 1. Vergleich der Zeit bis zur Aquisition von Hochrisiko HPV zwischen Spiralen-Trägerinnen (-----) und nicht Trägerinnen (—).



Tab. 2. Vergleich der Zeit (in Monaten) bis zur Elimination von hochrisiko HPV zwischen Spiralen-Trägerinnen (-----) und nicht Trägerinnen (—).

..., dass eine Mikrohämaturie bei Nichtraucherinnen < 60 Jahren nur in 0.6 % der Fälle auf ein urologisches Karzinom zurückzuführen ist?

Obwohl urologische Karzinome bei der Frau viel seltener als beim Mann sind, gibt es keine Unterschiede in den Empfehlungen betreffend den notwendigen Abklärungen bei Mikrohämaturie. In einer retrospektiven Studie hat eine kalifornische Gruppe aus einem Kollektiv von 2 705 696 Urinanalysen, 552 119 Urinproben mit Nachweis einer Mikrohämaturie (= > 3 Erythrozyten pro Haupt Gesichtsfeld) identifiziert. Davon wurden 14 539 für eine urologische Evaluation zugewiesen und die Daten von 3 573 dieser Frauen genauer analysiert. In 1.3 % (47/3573) wurde ein urologisches Karzinom nachgewiesen. Bei Frauen < 60. Lebensjahr betrug die Rate an urologischen Karzinomen 0.6 % (13/2053) verglichen mit 2.2 % (34/1520) bei Frauen über dem 60. Lebensjahr ($P < 0.01$). Bei Frauen mit einer Mikrohämaturie stieg die Rate von urologischen Karzinomen auf 5.8 % (20/346) verglichen mit einer Rate von 0.8 % (27/3227) bei Frauen ohne Makrohämaturie in der Anamnese ($P < 0.01$). In einer Multivariatanalyse wurden: Alter > 60 Jahre (odds ratio (OR), 3.1; 95 % confidence interval (CI), 1.6–5.9), Rauchen (OR, 3.2; 95 % CI 1.8–5.9), und eine Makrohämaturie in den letzten 6 Monaten (OR, 6.2;

95 % CI, 3.4–11.5) als Risikofaktoren für ein urologisches Karzinom identifiziert. Ein höherer Mikrohämaturie Score [Loo R.K. et al.; 2013] wurde mit einem erhöhten Risiko für ein urologisches Karzinom vergesellschaftet ($P < .01$). Frauen in der höchsten Risikogruppe hatten eine Rate an urologischen Karzinomen von 10.8 % im Vergleich zu einer Rate von 0.5 % in der Gruppe mit dem tiefsten Risiko. Ausser beim Vorkommen der erwähnten Risikofaktoren für die Entwicklung eines urologischen Karzinomes ist die Wahrscheinlichkeit eines urologischen Karzinoms beim Auftreten einer Mikrohämaturie bei Frauen sehr klein und beträgt ungefähr 0.6 %. [Lippmann Q.K. et al.; AJOG (2017); doi: 10.1016/j.ajog.2016.10.008].

m.d.m.

..., dass unsere Labors mindestens so gut und sogar innovativer sind als diejenigen der Amerikaner (oder anderer Anbieter) was die nicht-invasive pränatale Diagnostik anbelangt?

Im Februar 2017 hat Genesupport, eine Tochtergesellschaft der Labors MCL, eine Arbeit präsentiert über ihre Erfahrungen mit 6388 durchgeführten NIPT (Pescia G. et al.; Genet. Med. 2017 Feb; 19:169-175) aus der Schweiz präsentiert. Interessant dabei ist nicht nur, dass sie

bezüglich der Detektionsrate, den negativen sowie positiven Vorhersageindices für die häufigsten Trisomien (T21, 18 und 13) mindestens ebenbürtig sind gegenüber der Mitbieter sondern durch ihre komplexen Untersuchungen der freien fetalen DNA-Fraktion fähig sind, auch andere, seltene Trisomien sowie Mosaik aufzuschlüsseln.

Kommentar

Respekt. Solche Arbeiten machen nachdenklich. Als nicht-Genetiker sind diese Publikationen mitunter schwer zu verstehen. Es ist klar, dass das Potential der NIPT weiter geht als nur zum Screening der klassischen Trisomien. Das BAG und auch die Arbeitsgruppe welche den Expertenbrief zum Thema redigiert hat mussten sich – v.a. auch wegen der Kosten – auf einen gemeinsamen Nenner einigen. Es ist bereits eine Neufassung des Expertenbriefes unterwegs welcher aber nur eine Präzisierung des ersten Briefes darstellt. Im Moment sind die Gesellschaft und v.a. auch die Kostenträger noch nicht bereit das Screening nach Aneuploidien zu verfeinern bzw. auszuweiten. Ethische Momente spielen in diesem Kontext ebenfalls eine wichtige Rolle und sollten innerhalb der Gesellschaft neutral und sachlich diskutiert werden.

l.r.

..., dass das Risiko einer Fehlgeburt nach invasiver Abklärung mittels Chorionzottenbiopsie (CVS) oder Amniocentese (AC) nicht erhöht ist?

In einer grossen Dänischen Studie wurden 147987 Frauen nach einem klassischen Erstrimestertest (ETT) im Hinblick auf Abortrate ohne und nach invasiver Abklärung untersucht. 4.7% (6881 Fälle) der Frauen haben sich einer solchen Abklärung unterzogen wovon 5072 eine CVS und 1809 eine AC. Das Risiko eines Abortes nach CVS war -0.08% 3 bzw. -0.41% 7 Tage nach dem ETT. Ähnliche Resultate wurden für die AC gefunden mit 0.56% 28, und 0.42% 35 Tage nach ETT. Diese Resultate waren statistisch nicht unterschiedlich zu der Abortrate bei Frauen welche nach dem ETT keine invasive Abklärung erhalten haben. (Wulff C.B. et al.; Ultrasound Obstet. Gynecol. 2016; 47:38–44).

Kommentar

Die Dänen sagen uns, dass das Abortrisiko nach invasiver Abklärung nicht 1% ist – wie das in der einzigen randomisierten Studie bis dato in den 90er Jahren von Ann Tabor (auch Dänemark) gezeigt wurde – sondern gar nicht erhöht oder sogar niedriger ist als nach expektativem Vorgehen nach ETT. Auch hier zeigt sich, dass die CVS nicht ein höheres Abortrisiko als die AC hat sondern

sogar kleiner. Diese Resultate sind nicht Science Fiction sondern sind vergleichbar mit denjenigen einer kürzlich erschienenen Metaanalyse welche das Abortrisiko nach CVS mit 0.2% und nach AC mit 0.1% beziffert hatte (Akolekar et al.; UOG 2015). Im Zeitalter der NIPT wirft diese Studie zwei wichtige Fragen auf: 1. Sollen wir nicht auch die invasive Abklärung als Option der pränatalen Diagnostik anbieten (und nicht wie jetzt als Schreckgespenst verteufeln)? Diese würde ja mehr Informationen liefern als NIPT und 2. Wenn wir so weitermachen, sind wir gezwungen alle invasiven Abklärungen auf wenige Zentren zu fokussieren damit wir die gleiche Qualität erreichen wie die Dänen. Jedenfalls haben wir den Dänen nun endlich etwas voraus und zwar die Tatsache, dass wir ein staatlich unterstütztes Programm haben das NIPT im Algorithmus berücksichtigt.

l.r.

..., dass Nausea und Erbrechen alleine oder in Kombination in der Frühschwangerschaft (bis 8 Wochen) protektive Zeichen darstellen im Hinblick auf das Abortrisiko?

Nausea senkt dieses Risiko um 50% und beides zusammen um 75%. (Hinkle S.N. et al.; JAMA Intern. Med. 2016; 26).

Kommentar

Eigentlich nichts neues, oder? Das untersuchte Kollektiv waren aber Frauen mit 1 oder 2 Aborten in der Vorgeschichte welche in einer randomisierten Studie eingeschlossen waren. Diese Studie hatte sich zum Ziel gesetzt, zu zeigen ob Aspirin präkonzeptionell das Risiko für einen Abort zu verringern vermag. Dies konnte aber nicht gezeigt werden. Auffällig bei diesen Frauen war, dass ab der 5. Woche über 60% Nausea und Erbrechen klagten und mit 8 Wochen gar über 80% diese Symptome aufwiesen. Frauen mit gutem Schwangerschaftsausgang wiesen in dieser Studie mehr Symptome als diejenigen mit einem Abort. Ist das Aspirin für diese hohe Prävalenz von gastrointestinalen Störungen verantwortlich?

l.r.

..., dass Duphaston® (Dydrogesteron) das Risiko eines Abortes bei Imminenssymptomatik innerhalb der ersten 20 Wochen zu senken vermag?

In einer Metaanalyse von 5 randomisierten Studien mit insgesamt 660 Frauen welche Duphaston® versus Bettruhe oder Placebo verglichen haben, konnte gezeigt werden, dass das Risiko eines Abortes mit Duphaston® um 47% gesenkt werden konnte (OR 0.47 [95%CI 0.31-0.7]). (Gynecol. Endocrinol. 2012; 28:983–990).

Kommentar

Es ist interessant dass für das micro-nisierte Progesteron (Utrogestan®) kaum solche Studien existieren, zumindest habe ich keine randomisierten gefunden mit dieser Fragestellung! Und doch wird Utrogestan® oft gegeben, meist empirisch oder als sog. Lutealphasen-Unterstützung im Rahmen von reproduktionsmedizinischen Massnahmen, hier mit fragwürdigen Resultaten. In den 5 ausgewerteten Studien wurde Duphaston meist p.o. gegeben in einer Anfangsdosierung von 40mg (1-0-1) und dann 20mg tgl bis etwa 1 Woche nach Sistieren der Blutung.
l.r.

..., dass das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, unter anderem von einer Gewichtszunahme im Laufe des Lebens abhängig ist?

Adipositas wurde als Risikofaktor für ein Mammakarzinom schon mehrfach beschrieben und kann mittlerweile als etablierter Risikofaktor gelten. In einer prospektiven Studie, für die in über dreissig Jahren mehr als 70 000 Teilnehmerinnen rekrutiert wurden, konnte nun der Effekt einer langfristigen Gewichtszunahme auf das Mammakarzinomrisiko untersucht werden. Interessanterweise zeigte hier ein hohes Ausgangsgewicht im Alter von 18 Jahren eher einen protektiven Effekt hinsichtlich des Erkrankungs-

risikos. Eine Gewichtszunahme sowohl vor als auch nach der Menopause erhöhte jedoch das Risiko, an einem Mammakarzinom zu erkranken. Dieser Effekt wurde jedoch lediglich für postmenopausale, hormonrezeptorpositive Karzinome beobachtet. Keinen Einfluss zeigte die Gewichtszunahme auf die Inzidenz Progesteron-negativer Karzinome. Die Autoren kalkulieren, dass etwa 17% der postmenopausalen ER und PR positiven Mammakarzinome auf eine Gewichtszunahme im Erwachsenenalter zurückzuführen sind. Adipositas ist ein zunehmendes Problem in den westlichen Industrienationen. Die Assoziation von Adipositas mit multiplen Erkrankungen verschiedenster Organsysteme ist eine Herausforderung für betreuende Ärzte hinsichtlich Aufklärung und Präventionsmassnahmen. (B Rosner et al.; Int. J. Cancer 2017 Jan 30).

m.h.

..., dass Yoga eine sinnvolle komplementäre Therapie Massnahme bei Patientinnen mit Mammakarzinom sein kann?

Es gibt mittlerweile viele Studien, die sich mit dem Effekt von Yoga-Übungen auf Brustkrebspatientinnen beschäftigt haben. Anfang dieses Jahres wurde nun eine Cochrane Analyse veröffentlicht, in der die Ergebnisse von 24 Studien mit insgesamt über 2000 Teilnehmerinnen

zusammengefasst und ausgewertet wurden. Das Ergebnis: Yoga scheint einen positiven Effekt auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität (health related quality of life) zu haben und das Auftreten von Fatigue sowie Schlafstörungen zu verringern. Auch eine Reduktion von bereits bestehenden depressiven Symptomen und Fatigue scheint durch Anwendung von Yoga besser möglich zu sein als mit alleinigen psychosozialen Interventionen. Unklar ist, inwiefern sich die Effekte von Yoga mit denen anderer körperlicher Aktivitäten vergleichen lassen. Das Evidenzlevel ist insgesamt als gering einzustufen, was unter anderem dem Aufbau der Studien und der sehr schwierigen Vergleichbarkeit untereinander zuzuschreiben ist. Dennoch stufen die Autoren des Reviews die Anwendung von Yoga als Supportivmassnahme als empfehlenswert ein. (H. Cramer et al.; Cochrane Database Syst. Rev. 2017 Jan 3).

m.h.