

... dass Antibiotika (AB) die Wirkung von Ovulationshemmern (OH) mindern können?

Basierend auf einer grossen Datenbank aus Grossbritannien wurden drei Gruppen verglichen: Patientinnen, die Antibiotika einnahmen (N = 74 623) (z. B.: Amoxicillin, Ampicillin, Cefalexin, Ciprofloxacin, Erythromycin, Metronidazol, Nitrofurantoin, Oxytetracyclin, Trimethoprim); enzyminduzierende Medikamente (z. B.: Carbamazepin, Griseofulvin, Phenobarbital, Phenytoin, Prifabutin, Rifampicin, Topiramid) und solche mit Kontrollmedikamenten (N = 65 578). Im Vergleich zu den Kontrollen waren unerwünschte Schwangerschaften unter Antibiotika 7× häufiger ($p < 0,0001$), bei den positiven Kontrollen (enzyminduzierende Medikamente) 13× ($p < 0,00001$). Sogenannte Kontrollereignisse wie Arrhythmien und Kopfschmerzen waren in allen Gruppen gleich häufig. Kongenitale Anomalien waren 7× häufiger mit Enzyminduktoren, nicht aber unter Antibiotika (Aronson JK, Ferner RE., BMJ; doi:10.1136/bmj.ebm-2020-111363).

Kommentar

Dass enzyminduzierende Medikamente die Wirksamkeit von Ovulationshemmern beeinträchtigen können, ist bekannt. Bisher galt aber

die Empfehlung, dass Antibiotika und Ovulationshemmer kein diesbezügliches Problem hätten. Allerdings basiert diese Empfehlung auf sehr kleinen Studien.

Diese neuen Daten weisen nun darauf hin, dass Antibiotika tatsächlich die Wirksamkeit von OH beeinträchtigen können, z. B. durch Beeinflussung der Östrogenaufnahme im Gastrointestinaltrakt (Änderung des Darmmikrobioms durch die Antibiotika).

Die Autoren empfehlen, dass sich Frauen mit OH während einer Antibiotikatherapie und eine Woche darüber hinaus zusätzlich schützen sollten (z. B. mit Kondomen). Die Erkenntnis aus dieser Studie ist von erheblicher praktischer Bedeutung und in der gynäkologischen Praxis sollten wir auf diesen Zusammenhang hinweisen.

m.k.h.

... dass es Analysen gibt, die einen potenziellen Einfluss des COVID-19-Lockdowns auf die Krebsmortalität untersuchen?

Eine Studiengruppe aus Grossbritannien erarbeitete ein statistisches Modell aus dem NHS-Krebsregister und Aufnahmeregistern von Kliniken. Die untersuchten Entitäten umfassten das Mammakarzinom, das kolorektale Karzinom, das Bronchialkarzinom und das Ösophaguskarzinom. Die Verzögerungen von Diagnose und The-

rapie wurde je nach potenzieller Zuweisungsart (aus Routine-Screening, über Notfallaufnahme etc.) kalkuliert und der Einfluss auf die Prognose nach 1, 3 und 5 Jahren nach Diagnose berechnet. Je nach Szenario wird eine Erhöhung der Sterblichkeit an Brustkrebs von 7.9 bis 9.6%, an kolorektalem Karzinom von 15.3 bis 16.6%, an Bronchialkarzinom von 4.8 bis 5.3% sowie am Ösophaguskarzinom von 5.8 bis 6.0% nach 5 Jahren geschätzt. An den Zahlen für Mamma- und kolorektale Karzinome wird deutlich, dass insbesondere bei den durch Früherkennungsprogramme entdeckte Tumorentitäten der erwartete negative Effekt besonders ausgeprägt ist (Maringe C et al., Lancet Oncology 2020; 21,8:1023–34).

m.h.

... dass ausschliessliches Stillen während der Schwangerschaft das Risiko für eine Fehlgeburt erhöht?

In dieser grossen Metaanalyse, welche den Einfluss von Stillen während der Schwangerschaft untersucht hat, konnte gezeigt werden, dass das Risiko für eine Fehlgeburt demjenigen von Frauen >40 Jahre entspricht. Etwa 6% der Frauen werden schwanger während der Laktationsphase. 0.4% dieser Frauen stillen ausschliesslich. Speziell im letzteren Kollektiv scheint das Risiko eines

Abortes deutlicher erhöht zu sein (Molitoris J et al., *Perspect Sex Reprod Health* 2019; 51:153–63).

Kommentar

Was mich bei der Lektüre dieser, aber auch anderer Arbeiten zum Stillen und zur Schwangerschaft überrascht hat, war, dass das Stillen während der Schwangerschaft neben dem Abortrisiko nicht unbedingt mit anderen Komplikationen wie Frühgeburtlichkeit oder Plazentainsuffizienz assoziiert war.

l.r.

... dass Kinder von Raucherinnen ein erhöhtes Frakturrisiko haben?

Eine Datenanalyse von knapp 3 000 000 Kindern, die im schwedischen Geburtenregister prospektiv erfasst wurden, hat das Frakturrisiko von Kindern, deren Mütter in der Schwangerschaft rauchen und von Müttern, die während der Schwangerschaft nicht rauchen, analysiert.

Die Resultate waren sehr interessant: Im ersten Lebensjahr und im Alter von fünf bis 32 Jahren hat der Nachwuchs der Raucherinnen ein erhöhtes Frakturrisiko, im Alter von einem bis vier und nach 32 Jahren hat das Rauchen auf den Nachwuchs keinen signifikanten Einfluss.

Eine – wie immer bei aus dem schwedischen Register stammenden Studien! – informative Studie,

die den Rauchstopp in und vor der Schwangerschaft einmal wieder unterstützt.

Das schwedische Register erleichtert eine so grosse Datenanalyse von qualitativ hochwertigen Daten mit grossen Zahlen und kann nur immer wieder lobenswert erwähnt werden (Brand J et al., *BMJ* 2020; 368: 17057).

a.k.

... dass die operative Korrektur des Descensus genitalis zu einer deutlichen Verbesserung der Lebensqualität führt?

Mehr als 255 Patientinnen wurden nach operativer Korrektur eines Descensus nach sechs Monaten sowie nach zwei Jahren standardisiert hinsichtlich ihrer Lebensqualität befragt. Bei ca. 70% konnte auch nach zwei Jahren eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität verzeichnet werden, 85% waren langfristig zufrieden mit dem erreichten Ergebnis. Vor allem die Korrektur eines apikalen Prolapses war mit einer guten und konsistenten Verbesserung vergesellschaftet, fortgesetzter Nikotinabusus war dagegen ein negativer prädiktiver Faktor (Mattsson NK et al., *AJOG* 2019; 222,6:588).

m.h.

... dass postpartale physiotherapeutisch instruierte Beckenbodenrehabilitation bei inkontinenten Primi-

para die Inkontinenz signifikant reduziert, nicht aber die Stuhlinkontinenz?

Diese hochqualitative Studie aus Island hat in einem aufwendigen Setting gezeigt, was wir schon lange vermuten: Postpartal inkontinente Primiparae wurde in eine Interventionsgruppe mit 12 konsekutiven Physio-Session und eine Kontrollgruppe ohne Therapie randomisiert. Als Endpunkt wurden die Urininkontinenz und der Störwert selbiger definiert, erfasst wurde darüber hinaus aber auch noch die Stuhlinkontinenz.

Nach 12 Monaten war Urininkontinenz immer noch bei 57% der Interventionsgruppe und bei 82% der Kontrollgruppe ein Problem. Die Stuhlinkontinenz wurde nicht positiv beeinflusst.

Diese sorgfältig durchgeführte Studie untermauert die Verschreibung postpartaler Physiotherapie insbesondere bei Patientinnen, die Beckenbodenprobleme haben, der Langzeiteffekt ist nicht determiniert. Ein ungelöstes Problem bleibt immer noch das Training der Reflexreaktivität, die in dieser Studie nicht untersucht wurde (Am J Obstet Gynecol 2020; 222:247).

a.k.

... dass Kinder, welche über 12 Monate gestillt werden, mit fünf Jahren signifikant mehr Karies aufweisen?

Es gibt keine bessere Ernährung für die Säuglinge als die Muttermilch. Da gibt es keine Zweifel. Mindestens sechs Monate wird empfohlen. Auch hier zeigt sich aber, dass mehr nicht unbedingt besser bedeutet. In dieser brasilianischen Population lag die Inzidenz von schwerem Kariesbefall im Alter von fünf Jahren bei 23.9%! Kinder, welche über 12 Monate gestillt worden waren, hatten ein 2.4-fach höheres Risiko verglichen mit denjenigen, welche <12 Monate gestillt wurden. Ob dies ein Problem nur der Brasilianer ist, geht aus dem Artikel nicht hervor. Jedenfalls hatten die Autoren auch nach Zuckerkonsum kontrolliert! Es ist mir nicht bewusst, ob es in der Schweiz ebenfalls Zahlen dazu gibt (Peres KG et al., Pediatrics 2017; 140:e20162943).

l.r.

... dass bei einer „Office Hysteroskopie“ die Zugabe von Lokalanästhetikum in das Distensionsmedium zu einer signifikanten Schmerzreduktion während des Eingriffes führt?

In einer randomisierten Studie konnte nachgewiesen werden, dass der Zusatz von einem Lokalanästhetikum (10 ml Lidocain 2% in 1000 ml Kochsalzlösung) bei einer „Office Hysteroskopie“ zu einer signifikanten Schmerzreduktion

führt. 100 Patientinnen wurden präoperativ blind in zwei Gruppen randomisiert: 50 Patientinnen wurden der Interventionsgruppe (mit Lokalanästhetikum) und 50 in die Kontrollgruppe zugeteilt. Ein signifikanter Schmerz-Unterschied (gemessen mittels Visual Analogue Scale [VAS]) konnte in der Interventionsgruppe nachgewiesen werden. In der Interventionsgruppe betrug der durchschnittliche Anstieg des VAS-Wertes 1,9; verglichen mit einem VAS-Anstieg von 2,9 in der Kontrollgruppe (P = 0,033). In der Interventionsgruppe konnte auch ein nicht signifikanter Trend zu kürzerer Hysteroskopie-Dauer im Vergleich zur Kontrollgruppe (180,1 vs. 222,1 Sekunden, P = 0,08) festgestellt werden. Die Patientinnenzufriedenheit war in beiden Fällen hoch. Nebenwirkungen konnten keine festgestellt werden (Barel O et al., JMIG 2020; doi.org/10.1016/j.jmig.2020.08.003).

m.d.m.

... dass bei starken Menstruationsblutungen die Endometriumablation der Einlage einer Levonorgestrel-Spirale überlegen ist?

In einer multizentrischen randomisierten Studie konnte gezeigt werden, dass bei Frauen mit starken Menstruationsblutungen sowohl die Einlage einer levonorgestrelhaltigen Spirale wie die Endo-

metriumablation zu einer starken Abnahme des Menstruationsblutverlusts führen, die Endometriumablation jedoch effektiver ist. Die Patientenzufriedenheit, Lebensqualität und sexuelle Funktionen waren zwischen beiden Strategien vergleichbar. Frauen, die mit dem intrauterinen Levonorgestrel-System behandelt wurden, hatten jedoch ein erhöhtes Risiko, eine weitere Intervention zu erhalten, um das gewünschte Ergebnis zu erzielen. Die Ergebnisse erlauben in Zukunft eine gezielte Information über den direkten Vergleich beider Methoden, sodass die Patientin eine fundierte Entscheidung treffen kann (Beelen P et al., Am J Obstet Gynecol 2020; doi.org/10.1016/j.ajog.2020.08.016).

Kommentar

Nach einer Endometriumablation ist eine sichere Verhütung zwingend notwendig. Deshalb ist es sinnvoll, diesen Frauen auch postoperativ eine levonorgestrel-haltige Spirale zu empfehlen, was die Amenorrhoe-rate deutlich erhöht.

m.d.m.

... dass bei Patientinnen mit Vulvakarzinom ein bilateraler Befall der inguinalen Lymphknoten die Prognose signifikant verschlechtert?

In einer retrospektiven Studie konnte gezeigt werden, dass Vulvakarzinom-Patientinnen mit posi-

tiven Lymphknoten im Bereich beider Inguinae im Vergleich zu Patientinnen mit einseitiger Lymphknotenbeteiligung eine schlechtere Prognose haben. In ähnlicher Weise haben Patientinnen mit einer einseitigen Lymph-

knotenbeteiligung eine schlechtere Prognose als Patientinnen mit bilateralem Nachweis von negativen Lymphknoten. Ausserdem sind Tumorgröße und Lymphknotenstatus unabhängige Faktoren, welche die Rezidivrate und das

Gesamtüberleben bei Patientinnen mit Vulvakarzinome vorhersagen (Papadia A et al, J Cancer Res Clin Oncol 2020; doi.org/10.1007/s00432-020-03196-9).

m. d. m.

Lynparza®
olaparib
tablets 150 mg

MAKE HER FIRST LINE COUNT

**NEU:
Kassenzulässig¹**

Lynparza® ist der einzige indizierte PARP-Inhibitor für die Erstlinien-Erhaltungstherapie bei Patientinnen mit fortgeschrittenem Ovarialkarzinom und BRCA-Mutation*²

* Indiziert in der 1L für somatische sowie Keimbahn-BRCA-Mutationen

Referenzen

1. Spezialitätenliste, www.spezialitaetenliste.ch. 2. Fachinformation Lynparza® Filmtabletten, www.swissmedicinfo.ch; Stand der Fachinformation: Maj 2020.

Konsultieren Sie bitte vor einer Verschreibung die vollständige Fachinformation publiziert auf der Homepage von Swissmedic (www.swissmedic.ch) oder www.swissmedicinfo.ch.

Lynparza® Z: Olaparibum; Filmtabletten zu 100 mg und 150 mg; Liste A, I; Zur Erhaltungstherapie (Monotherapie) bei Patientinnen mit BRCA-mutiertem fortgeschrittenem, high-grade serösem Ovarialkarzinom im Anschluss an eine (neoadjuvante platinhaltige Erstlinien-Chemotherapie bei Vorliegen einer kompletten oder partiellen Remission. Zur Erhaltungstherapie (Monotherapie) bei Patientinnen mit fortgeschrittenem, platinresistentem high-grade serösem Ovarialkarzinom im Anschluss an eine platinhaltige Chemotherapie bei Vorliegen einer kompletten oder partiellen Remission. Monotherapie bei Patientinnen mit metastasiertem HER2-negativem Mammakarzinom mit gBRCA-Mutation, die zuvor mit Anthrazyklin und Taxan behandelt wurden. Zur Erhaltungstherapie (Monotherapie) bei Patientinnen mit metastasiertem Adenokarzinom des Pankreas mit gBRCA-Mutation. **D:** 300 mg zweimal täglich. Dosisanpassung auf 250 mg bzw. 200 mg zweimal täglich möglich. Lynparza Filmtabletten dürfen nicht Milligramm per Milligramm durch Lynparza Kapseln ausgetauscht werden. **Kf:** Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der Hilfsstoffe. Schwangerschaft und Stillzeit. **V:** Hämatologische Toxizität, Myelodysplastisches Syndrom/akute myeloide Leukämie, Pneumonitis. Interaktionen mit starken oder moderaten CYP3A-Modulatoren. **IA:** Antineoplastische Substanzen, Starke und moderate CYP3A-Modulatoren, Substrate von CYP3A und Transportproteinen. **UAW:** Sehr häufig: Übelkeit, Erbrechen, Diarrhö, Dyspepsie, Schmerzen im Oberbauch, Fatigue, Kopfschmerzen, Dysgeusie, verminderter Appetit, Schwindel, Anämie, Neutropenie, Thrombozytopenie, Leukozytopenie, Husten, Dyspnoe. Häufig: Lymphozytopenie, Rash, Stomatitis, Anstieg des Kreatininpiegels. Gelegentlich, selten, sehr selten: siehe www.swissmedicinfo.ch. Weitere Informationen: www.swissmedicinfo.ch oder AstraZeneca AG; Neuenhofstrasse 34, 6340 Baar. www.astrazeneca.ch. Stand der Information: Mai 2020.

AstraZeneca AG, Neuhofstrasse 34, 6340 Baar.

MSD Merck Sharp & Dohme AG, Werftstrasse 4, 6005 Luzern.

CH-2590 / CH-LYN-00055 / 06.2020

MSD
INVENTING FOR LIFE

AstraZeneca

