17. Jahrgang, 6. Juni 2014

3/2014

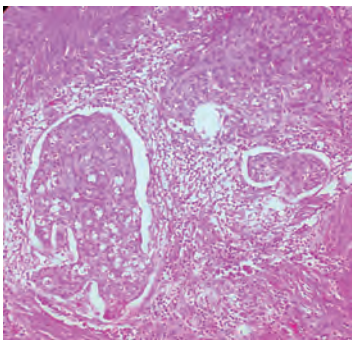
Gyn-Depesche

Schnellinformationen für die tägliche Praxis: Studien, Kommentare, Kongresse, Web

Kugelrund und gesund – leider nur ein Märchen

Adipositas-Forscher führen die in letzter Zeit verbreiteten Behauptungen über gesunde Dicke auf falsche Vergleiche zurück.

Seite 26



Nicht jedes Zervixkarzinom ist gleich maligne

Chinesische Wissenschaftler fanden heraus, dass sich Tumoren mit viel Stroma aggressiver als andere verhalten.

Seite 22

Einmal Frühgeburt, immer Frühgeburt?

Das Frühgeburtsrisiko zu kennen, erleichtert die Betreuung Schwangerer. Eine Frühgeburt in der Anamnese ist hochrelevant.

Seite 14

ÄRZTE-MUSTER ANGEBOTE IM HEFT

CAVE

Das Risiko für eine postpartale Hämorrhagie wird anscheinend von allen Antidepressiva erhöht, nicht nur von SSRI. Seite 16

Praxis-Tipp

Schwierige Zahnextraktionen verlaufen möglicherweise am glimpflichsten, wenn man sie während der Menses vornimmt. Seite 6

Kasuistik

Zwei Fälle von gebrochenem Verhütungsstäbchen – nichts passiert, aber man sollte ein neues einsetzen. Seite 10

Kontroverse

Eine Hormonersatztherapie hat auch Auswirkungen auf die Psyche. Dabei kommt es auf die Art des Gestagens an. Seite 20

Zertifizierte CME Fortbildung

Zertifizierte Fortbildungen finden Sie auf den Seiten: 14, 18, 22, 26

Gesellschaft für medizinische Information mbH, Paul-Wassermann-Straße 15, 81829 München ISSN: 0948-8596 Postvertriebsstück – Gebühr bezahlt – B 7512

Jenapharm
Liebe. Leben. Gesundheit.

Keine Pille mehr.

Und trotzdem hohe Verhütungssicherheit.

Jaydess® – das weltweit kleinste IUS

Die neue kontrazeptive Option für Frauen, die bis zu **3 Jahre** von einem täglichen, wöchentlichen oder monatlichen Regime befreit sein wollen. Damit sie sich keine Gedanken mehr machen müssen – und Sie auch nicht.

www.jenapharm.de

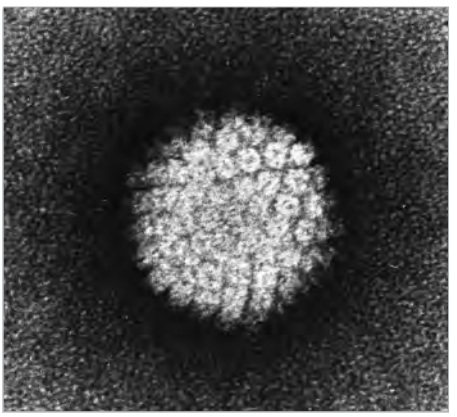
NEU jaydess®

Jaydess® 13,5 mg intrauterines Wirkstofffreisetzungssystem. Wirkstoff: Levonorgestrel. Vor Verschreibung Fachinformation beachten. ▼ **Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Zusammensetzung:** *Wirkstoff:* 1 intrauterines Wirkstofffreisetzungssystem (IUS) enthält 13,5 mg Levonorgestrel. *Sonst. Bestandteile:* Polydimethylsiloxan, quervernetzt; hochdisperses Siliciumdioxid; Polyethylen; Bariumsulfat; Eisen(II, III)-oxid (E172); Silber. **Anwendungsgebiet:** Kontrazeption für eine Anwendungsdauer von bis zu 3 Jahren. **Gegenanzeigen:** Schwangerschaft; akute oder rez. PID; Krankheiten, d. m. erhöht. Risiko f. Beckeninfektionen verbunden sind; akute Zervizitis o. Vaginitis; postpart. Endometritis; sept. Abort i. d. letzten 3 Monaten; bestehende zervikale intraepitheliale Neoplasie; maligne Erkrank. v. Uterus o. Zervix; gestagensensitive Tumoren (z. B. Mammakarzinom); irreg. vaginale Blutung unbekannter Ätiologie; Uterusfehlbildungen einschl. Uterusmyome, die die Insertion u./o. Retention des IUS behindern würden; akute Lebererkrankungen oder -tumoren; Überempf. gegen Wirkstoff oder sonst. Bestandteile. **Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung:** Migräne; außergew. starke Kopfschmerzen; Ikterus; deutl. Blutdruckanstieg.; schw. arterielle Erkrank. (z. B. Schlaganfall o. Herzinfarkt). Bei Pat. mit Diabetes mellitus den BZ-Spiegel überwachen. Das Perforationsrisiko ist bei stillenden Frauen erhöht und kann erhöht sein bei postpartaler Insertion sowie bei Frauen mit fixiertem retrovertierten Uterus. Insertion u. Entfernen kann eine vasovagale Reaktion hervorrufen (z. B. Synkope o. bei Epileptikerinnen einen Krampfanfall). Nicht zur postkoitalen Kontrazeption geeignet. Ektopische Schwangerschaft: Die Pat. ist über das Risiko und die Anzeichen einer ektopischen Schwangerschaft aufzuklären; bei Nulliparae nicht Methode der 1. Wahl, da klinische Erfahrungen nur begrenzt vorliegen. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Kopfschmerzen, Abdominal-/Beckenschmerz, Akne/Seborrhoe, Blutungsänderungen einschl. vermehrte u. verminderte Menstruationsblutungen, Schmierblutungen, seltene Menstruationsblutungen u. Amenorrhoe, Ovarialzyste, Vulvovaginitis. *Häufig:* Depressive Stimmung/Depression, Migräne, Übelkeit, Alopezie, Infektionen d. oberen Genitaltrakts, Dysmenorrhoe, Brustschmerz/-beschwerden, Ausstoßung des IUS (vollst. und teilw.), Genitalausfluss. *Gelegentlich:* Hirsutismus. *Selten:* Uterusperforation. *Beschreibg. ausgewählter Nebenwirkungen:* Bei der Anwendg. eines anderen Levonorgestrel-haltigen IUS Fälle von Überempfindlichkeit einschl. Ausschlag, Urtikaria u. Angioödem. Wird eine Frau während Anwendg. v. Jaydess schwanger, ist die relative Wahrscheinlichkeit f. eine ektopische Schwangerschaft erhöht. Die Rückholfäden können beim Geschlechtsverkehr v. Partner gespürt werden. Eine Studie mit anderen IUPs/IUSs zeigte ein erhöhtes Risiko von Uterusperforationen bei stillenden Frauen. Folgende unerwünschte Arzneimittelwirkungen wurden in Verbindg. mit dem Insertionsverfahren o. Entfernen v. Jaydess berichtet: Schmerzen o. Blutung während d. Maßnahme, durch d. Insertion bedingte vasovagale Reaktion mit Schwindel o. Synkope. Maßnahme kann bei Epileptikerinnen einen Krampfanfall hervorrufen. Bei anderen IUPs wurden nach der Insertion Fälle einer Sepsis (einschl. mit Streptokokken d. Gruppe A) berichtet. **Verschreibungspflichtig. Packungsgrößen:** 1 x 1 IUS (N 3), 5 x 1 IUS. **Version:** FI/4, Stand 02/2014. **Jenapharm GmbH & Co. KG, Otto-Schott-Str. 15, 07745 Jena**

L.JPH.WH.01.2014.0142

Geburtshilfe
Ebbing C et al. untersuchten Häufigkeit, Risikofaktoren und Verlauf bei anomalen Insertionen der Nabelschnur. PLoS one (2013) e70380 18

Geburtshilfe
Maxfield DG et al.: Im Kreißsaal ist eine optimale Kommunikation des Teams essenziell. Am J Obstet Gynecol 209 (2013) 402-408 19



Onkologie
Ronco G et al.: Die Effizienz eines Zervixkarzinom-Screenings auf Basis von HPV-Tests wurde in Europa randomisiert untersucht. Lancet 384 (2014) 524 24

DIE DRITTE SEITE

Trauer und die Folgen: Ein Grundstein für Psychosen? 5

Oxytocin: Beim Essen Lustbremse 5

Zystische Fibrose: Eine neue Ära der genetischen Beratung 5

MENSTRUATION

Dysmenorrhö: Ingwer ist einen Versuch wert 6

Dysmenorrhö:
Zyklische Beckenschmerzen werden oft dauerhaft 6

Zahnfach-Osteitis:
Kieferchirurgie und Menstruation 8

KONTRAZEPTION

Vor der ersten Schwangerschaft:
Pille schützt vor späterem Endometriumkarzinom 8

Internet-Umfrage:
Notfallverhütung oft benötigt – selten benutzt 8

Ist die Pillenpause nötig? Lieber weniger Blutungen 10

Kardiovaskuläres Risiko: Pille treibt CRP nach oben 10

Verhütungsstäbchen: Was tun bei Bruch? 10

DAS BEDEUTEN DIE SYMBOLE AM ANFANG DER QUELLE:

- **A** Anwendungsbeobachtung
- **C** Fall-Kontroll-Studie
- **F** Fallbericht
- **K** Kohortenstudie
- **M** Metaanalyse
- **R** Randomisiert-kontrollierte Studie
- **S** Sonstige Studienarten
- **Ü** Übersicht

SEXUALMEDIZIN

Sexueller Missbrauch:
Eine wirksame Methode, das Trauma zu lindern 12

Beckenbodenchirurgie: Nützlich für die Sexualfunktion? 12

Vorzeitige Pubertät: Genetische Ursache entdeckt 12

GRAVIDITÄT

CME: Spontane, indizierte und elektive Entbindungen:
Wie hoch ist das Wiederholungsrisiko von Frühgeburten? 14

Präeklampsie:
Marker für risikoadaptierte Überwachung 16

Frühgeburtsrisiko: Progesteron-Supplementierung in Primär- und Sekundärprävention 16

GEBURTSHILFE

CME: Bevölkerungsbasierte Studie:
Ansatzanomalien der Nabelschnur – Risikofaktoren und Folgen 18

CAVE: Postpartale Blutungen:
Korrelation mit allen Antidepressiva 19

Kommunikation im Kreißsaal:
Offene Gesprächskultur schließt Sicherheitslücken 19

MENOPAUSE

Wechseljahresbeschwerden:
Sibirischer Rhabarber nimmt die Hitze 20

HRT und Psyche: Welche Rolle spielt die Art des Gestagens? 20

Klimakterische Symptome:
Transdermale HRT mit Progesteron erprobt 21

Alterszeichen im Klimakterium:
Asymmetrische Spuren im Gesicht 21

Titelbild: mauritius images, Wikimedia Commons / Ed Uthman, Wikimedia Commons / U. S. Navy;
Fotos auf dieser Seite: Wikimedia Commons / Schokohäubchen, Monkey Business - fotolia.com, Wikimedia Commons / NIH

Menopause
Piérard GE et al.: In der Postmenopause ist manches eigenartig, so eine Asymmetrie der Gesichtsalterung.
Clin Cosmet Investig Dermatol 7 (2014) 111-118

21

ONKOLOGIE

CME: Unabhängiger Überlebensindikator – Frühes Zervix-CA: Hängt die Prognose vom Tumor-Stroma-Verhältnis ab? 22

Zervixkarzinom: Zwei statt drei Impfdosen? 24

Zervixkarzinom: HPV-Screening bringt mehr als Zytologie 24

Zervixkarzinom: Plädoyer für kombiniertes Screening 24

VARIA

CME: Konzept benigner Adipositas erscheint überholt – „Metabolisch gesunde" Adipöse sind doch gefährdet 26

Schicksal nach Frühgeburt: Was bedeutet erhöhtes Insulin? 28

Ehlers-Danlos-Syndrom: Über Risiken des Erbleidens beraten 28

UROLOGIE

Stressinkontinenz: Physiotherapie oder gleich die Schlinge? 27

Zystozele: Transvaginales Mesh – eine Alternative? 27

FOKUS 8

STENO 16

Impressum 20

Für die Praxis 30

Bestellcoupon 30

CME: Zertifizierte Fortbildung: Fragebogen 29

Foto: mauritius images

Zeit des Hinterfragens

Im Jahre 1971 rief ein amerikanischer Präsident namens *Richard Nixon* einen „Krieg gegen den Krebs" aus. Einigen Leuten war der Schrecken über diese Krankheit in die Glieder gefahren, und nun sollten alle Anstrengungen mobilisiert werden, um diese Geißel der Menschheit auszurotten. Bis jetzt ist es nicht gelungen.

„Vorsorge" sagt der Laie, Früherkennung der Wissenschaftler, wenn es darum geht, Stadien von Krebs mit Heilungspotenzial zu entdecken. Dazu gehört das Mammographie-Screening.

Eine Schattenseite dieses Screenings beleuchtet eine aktuelle Studie aus dem Orient (Arch Iran Med 17, 2014, 241-245). Es ging um die „Kosteneffektivität", und die wurde negativ beurteilt.

Auch im Westen macht man sich Gedanken über den Sinn des Mammographie-Screenings. Das *Swiss Medical Board* hatte kürzlich über dieses Thema beraten und am Ende ernsthaft die Frage aufgeworfen, ob dieses Screening nicht abgeschafft werden sollte (N Engl J Med 379, 2014, 1965-1967). Man sei bei der Sichtung der Datenlage erschüttert gewesen, dass sich diese Maßnahme nur auf wenige uralte Studien stützt. Angesichts der Fortschritte in der Therapie des Mammakarzinoms sei es höchst fraglich, ob sie heute noch mehr Nutzen bringe als sie Schaden stifte.

Unser Ärztepräsident *F. U. Montgomery* hat kürzlich ähnliche Überlegungen geäußert und die Reevaluation aller Screeningmethoden angemahnt.

Dr. med. Wilfried Ehnert
Chefredakteur
ehnert@gfi-online.de

Trauer und die Folgen

Ein Grundstein für Psychosen?

Stress wird als Auslöser für physische und psychische Probleme angeschuldigt. Solcher, dem die Schwangere ausgesetzt ist, soll Folgen für den Nachwuchs haben.

Eindeutig festmachen kann man Stress als Folge eines Todesfalles im engsten Familienkreis. Dazu gibt es Studien, aber keine unzweideutigen Ergebnisse. Anhand der vorbildlichen Register Schwedens wurden die Zusammenhänge erneut auf den Prüfstand gestellt. Aus mehr als einer Million Geburten extrahierte man die Fälle, in denen die Mutter bis sechs Monate vor der Konzeption oder während der Schwangerschaft einen Trauerfall erlebt hatte, oder Kinder, in deren engstem Familienkreis bis zum 13. Lebensjahr ein Todesfall aufgetreten war.

Stress dieser Art, der die Mutter traf, war mit keiner signifikant erhöhten Häufigkeit affektiver oder nichtaffektiver Psychosen beim Nachwuchs verbunden. Trauerfall-Stress zwischen Geburt und Adoleszenz ging hingegen mit einer mäßigen Zunahme von Psychosen aller Art einher (korrigierte Odds Ratio 1,17). Je enger der Verwandtschaftsgrad war und je jünger der Betroffene bei dem Ereignis war, desto höher war das Risiko. Nach einem Suizid war speziell das Risiko für affektive Psychosen gesteigert.

Die untersuchten Zusammenhänge sind „wahrscheinlich komplex", so die Autoren. Für die pränatale Induktion von Psychosen gibt es keinen Beleg. Andere psychiatrische Folgen sind damit nicht ausgeschlossen. Den Auswirkungen von postnatalem Stress könnte man vielleicht vorbeugen; dazu sollte man lernen, die besonders empfindlichen Individuen zu identifizieren. **WE**

K *Abel KM et al.: Severe bereavement stress during the prenatal and childhood periods and risk of psychosis in later lifer: population based cohort study.* ***BMJ*** *348 (25 Jan 2014) 13*
✗ *Bestellnummer der Originalarbeit 140621*

Trifft Trauer auch das werdende Kind?

Oxytocin

Beim Essen Lustbremse

Oxytocin hat seinen Namen von der Erleichterung der Geburt. Es übt aber noch viele andere Funktionen aus; insbesondere beeinflusst es das Sozialverhalten.

Die zwischenmenschlichen Effekte wurden besonders intensiv studiert. Dabei kamen die Wirkungen auf den Stoffwechsel offenbar zu kurz – das finden jedenfalls Neuroendokrinologen aus Lübeck.

Essen dient der Versorgung mit Brennstoff für den Stoffwechsel und bewirkt Lustgewinn, wenn es besonders gut schmeckt. Beide Aspekte schlossen die Autoren in eine Versuchsreihe ein, an der 20 gesunde Männer teilnahmen. Sie bekamen Oxytocin (oder Plazebo) in die Nase und erhielten zuerst ein Frühstück, das den Hunger stillte; dann konnten sie bei verschiedenen attraktiven Naschereien zugreifen.

Die Oxytocin-Zufuhr verminderte die Ingestion von Nachspeisen ausgeprägt. So wurden um 25% weniger Schokoladenkekse gegessen. Parallel dazu wurden die basalen und postprandialen Spiegel von ACTH und Cortisol gedrückt und der Blutzuckeranstieg nach dem Essen gebremst. Energieverbrauch und die Nahrungsaufnahme bei Hunger (Frühstück) sowie die Riechfunktion wurden nicht beeinflusst.

Die Autoren sehen die beobachteten Oxytocin-Wirkungen als Teil der psychosozialen Effekte des Neuropeptids. So wird die Mutter beim Stillen davon abgehalten, sich von den Snacks ablenken zu lassen. Vielleicht gibt es eines Tages auch eine intranasale Therapie der Adipositas. **WE**

S *Ott V et al.: Oxytocin reduces reward-driven food intake in humans.* ***Diabetes*** *62 (2013) 3418-3425*
✗ *Bestellnummer der Originalarbeit 140620*

Zystische Fibrose

Eine neue Ära der genetischen Beratung

Erbkrankheiten wie die zystische Fibrose (CF) entstehen, wenn Vater und Mutter Carrier des mutierten Allels sind. Was tun mit dem Wissen darüber?

Wer es als wünschenswert betrachtet, dass möglichst wenige Kinder an CF leiden, wird die Möglichkeit eines Screenings auf das mutierte CFTR-Gen begrüßen. Die Einführung des Screenings hat die Häufigkeit von Lebendgeburten mit CF z. B. in zwei US-Staaten und in Edinburgh um 50% und in Nordost-Italien um 75% reduziert.

Schon länger wird versucht, den der CF zugrunde liegenden Defekt zu korrigieren. Für die verschiedenen Formen von Mutationen gibt es inzwischen verschiedene Ansätze. Handelt es sich um die Mutation Gly551Asp (4 bis 14% der Fälle, je nach Land), kommt der Einsatz von Ivacaftor in Frage, eines Chlorid-Kanal-Öffners.

Drei Experten (aus Australien, Italien und den USA) diskutieren die Herausforderungen, die diese Therapiemöglichkeit mit sich bringt. Es handelt sich nicht um Heilung, sondern um eine substanzielle Linderung der Krankheit. Was soll man nun potenziellen Eltern raten, die sich auf CFTR-Mutation screenen lassen wollen? Soll man davon ganz abraten? Oder nur auf nicht behandelbare Mutationen screenen?

Betroffene Kinder haben immer noch ein schweres Leben vor sich. Eltern müssen die Last der Betreuung schultern und oft auch die erheblichen Kosten der Therapie selbst tragen können. Oder die Gesellschaft. In einer australischen Studie beliefen sich die Kosten eines Jahres Therapie mit Ivacaftor auf den Betrag, den die bisherige supportive CF-Therapie für ein ganzes Leben mit CF ausmacht. **WE**

S *Massie J et al.: Carrier screening for cystic fibrosis in the new era of medications that restore CFTR function.* ***Lancet*** *383 (2014) 923-925*
✗ *Bestellnummer der Originalarbeit 140619*

Foto: rad100 – fotolia.com

Dysmenorrhö

Ingwer ist einen Versuch wert

Die primäre Dysmenorrhö kann man mit NSAR oder oralen Kontrazeptiva einigermaßen lindern, aber bei 20 bis 25% der Frauen richtet man damit nichts aus.

Angesichts der unbefriedigenden Situation greifen viele Frauen zu komplementären oder alternativen Therapiemethoden. Dazu gehören auch pflanzliche Mittel.Gynäkologen der Universität von Toyserkan, Iran, sichteten die Möglichkeiten und fanden es interessant, die Wirkung von Ingwer bei diesen Beschwerden zu testen. Berichte über Erfolge damit lagen bereits vor.

Randomisiert nahmen 70 Studentinnen mit Dysmenorrhö Ingwer in Kapseln oder Plazebo für drei Tage ab dem ersten Tag der Menses. Ihre Schmerzstärke gaben sie mit Hilfe einer visuellen Analogskala an. Im Vergleich zur Ausgangslage linderte Verum die Menses-Schmerzen signifikant besser als Plazebo. Unter Ingwer waren auch Beschwerden wie Übelkeit geringer.

Die Autoren sehen in Ingwer eine empfehlenswerte Option bei primärer Dysmenorrhö. Das Mittel sollte aber noch in größeren Studien getestet werden. **WE**

R *Jenabi E: The effect of ginger for relieving of primary dysmenorrhoea.* ***J Pak Med Assoc*** *63 (2013) 8-10*
✗ *Bestellnummer der Originalarbeit 140384*

Dysmenorrhö

Zyklische Beckenschmerzen werden oft dauerhaft

Nicht-zyklische Beckenschmerzen gehen häufig mit Dysmenorrhö, aber auch mit Depressionen und Angsterkrankungen einher. US-amerikanische Forscher untersuchten die Zusammenhänge genauer.

Über 1000 Frauen mit einem normalen Menstruationszyklus füllten einen umfassenden Fragebogen aus. 71 der Teilnehmerinnen gaben an, unter nicht-zyklischen Beckenschmerzen zu leiden, etwa Bauchschmerzen, Schmerzen beim Wasserlassen oder beim Geschlechtsverkehr. Die restlichen 941 Frauen dienten als Kontrollgruppe.

Frauen mit Dysmenorrhö klagten 13-mal häufiger über nicht-zyklische Beckenschmerzen als Frauen ohne Dysmenorrhö. Auch für die Schwere der Beckenschmerzen erwies sich Dysmenorrhö als zuverlässiger Indikator. Einflüsse der Zyklusphase wurden dabei ausgeschlossen. Zwar litten Frauen mit nicht-zyklischen Beckenschmerzen auch häufiger an Angst oder Depression; diese Korrelation verschwand jedoch in Multivarianzanalysen. Alter und allgemeiner Gesundheitszustand waren invers mit den Schmerzen assoziiert. Diese entsprachen dem Bild eines idiopathischen Schmerzzustands und nicht einer altersbedingt schlechteren Verfassung. Traten Dysmenorrhö, psychosomatische Beschwerden und eingeschränkte körperliche Mobilität zusammen auf, kamen in 90% aller Fälle auch nicht-zyklische Beckenschmerzen hinzu.

Menstruationsschmerzen scheinen demzufolge an der Entstehung nicht-zyklischer, chronischer Beckenschmerzen beteiligt zu sein, während sich Depressionen und Angst eher sekundär entwickeln. Weitere Studien sollen zeigen, ob bei Frauen mit hoher somatischer Empfindlichkeit und Dysmenorrhö möglicherweise eine prophylaktische Therapie mit NSAR oder hormonellen Kontrazeptiva helfen kann, das Risiko chronischer Beckenschmerzen zu reduzieren. **CW**

S *Westling AM et al.: The association of dysmenorrhea with noncyclic pelvic pain accounting for psychological factors.* ***Am J Obstet Gynecol*** *209 (2013) 422.e1-10*
✗ *Bestellnummer der Originalarbeit 140500*

„UNSER TRAUM IST, DASS MAL EINE BERÜHMTHEIT BEI UNS AUFSCHLÄGT."

PRAXIS-TIPP

Zahnfach-Osteitis

Kieferchirurgie und Menstruation

Eine Osteitis des Zahnfachs ist eine relativ häufige Komplikation nach Ziehen eines Zahns. Möglicherweise hat das Risiko auch damit etwas zu tun, in welcher Zeit des Menstruationszyklus der Eingriff erfolgt.

Besonders häufig ist eine alveoläre Osteitis, wenn ein mandibulärer Backenzahn chirurgisch entfernt werden muss. Die Komplikation geht mit schweren Schmerzen, Halitosis und Lymphadenopathie einher. Sie legt sich innerhalb von fünf bis zehn Tagen, aber es fallen oft mehrere Arztbesuche an.

Oralchirurgen aus Mashhad, Iran, gingen den Risikofaktoren für eine solche Komplikation nach. Eine Rolle spielen die Erfahrung des Chirurgen, das Ausmaß des Traumas durch den Eingriff, die Schwierigkeit der Extraktion, Alter und Raucherstatus des Patienten.

Die Iraner unternahmen eine randomisierte Studie, um zu klären, ob bestimmte Phasen des weiblichen Zyklus vermehrt mit der Osteitis belastet sind. Bei 145 Frauen (mittleres Alter 24 Jahre) wurden 290 chirurgische Extraktionen des dritten mandibulären Molaren vorgenommen. Zu einer alveolären Osteitis kam es in 23,45%. Die Komplikation war in der Mitte des Zyklus signifikant häufiger als während der Menses. Insgesamt waren Osteitiden bei Frauen, die die Pille nahmen häufiger; der Unterschied glich sich aber an, wenn man nur die Menses-Phase betrachtete.

Aufgrund ihrer Ergebnisse empfehlen die Autoren, schwierige Zahnextraktionen, die geplant werden können, bei Frauen während der Menses vorzunehmen. Dann ist offenbar der ungünstige Einfluss der Hormone auf die Komplikation am geringsten. **WE**

R *Eshghpour M et al.: Effect of menstrual cycle on frequency of alveolar osteitis in women undergoing surgical removal of mandibular third molar: a single-blind randomized clinical trial.* ***J Oral Maxillofac Surg*** *71 (2013) 1484-1489*
✗ *Bestellnummer der Originalarbeit 140383*

Immer die richtige Wahl für Ihre günstige Verordnung!

ROTTAPHARM | MADAUS

Rheumatische Beschwerden können von einer Hepatitis herrühren. Ein routinemäßiger Test auf Hepatitis-C- und Hepatitis-B-Virus-Antigene kann bisher unerkannte Fälle von Infektionen aufdecken, wie eine Kohortenstudie aus Irland zeigte. Bei 200 rA-Patienten wurden so vier Fälle einer nicht bekannten HBV- und ein Fall einer HCV-Infektion aufgedeckt. Das ist bedeutsam wegen des erhöhten Risikos einer Aktivierung der Infektion unter immunsuppressiver Rheumatherapie. Von den Leberwerten lässt sich nicht auf das Infektionsrisiko schließen, weil viele Patienten Veränderungen durch Medikamente aufweisen.

K *Conway R et al.: The impact of hepatitis screening on diagnosis and treatment in rheumatoid arthritis. Clin Rheumatol (2014) Apr 13 [Epub ahead of print]*

Milch bremst eine Gonarthrose. In einer prospektiven Kohortenstudie über vier Jahre, an der 2148 Teilnehmer mit 3064 maximal mittelschwerer Erkrankung teilnahmen, zeigte sich ein inverser dosisabhängiger Effekt der verzehrten Milch auf die Arthroseprogression, gemessen am Gelenkspalt im Röntgenbild (p_{trend} = 0,014). Ohne Milch nahm der Gelenkspalt im Verlauf um 0,38 mm ab, bei bis zu drei Gläsern Milch oder vier bis sechs Gläsern Milch pro Woche um 0,29 mm und bei sieben und mehr Gläsern Milch wöchentlich um 0,26 mm. Die Dosisabhängigkeit galt allerdings nur für Frauen – bei Männern fand sich ein günstiger Effekt nur bei sieben und mehr getrunkenen Gläsern Milch pro Woche.

K *Lu B et al.: Milk consumption and progression of medial tibiofemoral knee osteoarthritis: data from the osteoarthritis initiative. Arthritis Care Res (Hoboken). 2014 Apr 7 [Epub ahead of print]*

Die Testung der Knöchelbeweglichkeit ermöglicht es, die Schwere einer chronischen venösen Insuffizienz (CVI) einzuschätzen. In einer Querschnittstudie mit 42 Patienten mit 64 von CVI betroffenen Unterschenkeln waren Einschränkungen bei Plantar- und Dorsalflexion sowie Aus- und Eindrehen bei schwerer CVI häufiger als bei leichter CVI (89 vs. 31%, p < 0,001). Außerdem fanden die Untersucher bei stark von CVI betroffenen Patienten ausgeprägtere neuropathische Symptome als bei denjenigen mit leichterer CVI. Sensorische Neuropathie und verringerte Gelenkbeweglichkeit sollten nach Meinung der Autoren als pathologische Korrelate der CVI und seiner Komplikationen immer evaluiert werden.

S *Yim E et al.: Neuropathy and ankle mobility abnormalities in patients with chronic venous diseases. JAMA Dermatol 150 (2014) 385–389*

Vor der ersten Schwangerschaft

Pille schützt vor späterem Endometriumkarzinom

Diverse Studien belegen, dass kombinierte orale Kontrazeptiva das Risiko für ein Endometriumkarzinom senken. Ob dieser Effekt auch die hormonellen Veränderungen einer Schwangerschaft übersteht, untersuchten Wissenschaftler in Kanada.

Aus dem Krebsregister von Alberta gingen 524 Fälle von primärem Endometriumkarzinom in den Jahren 2002 bis 2006 hervor. Diesen wurden 1036 Kontrollen zugeordnet. Alle Frauen gaben u. a. Auskunft über bisherige hormonelle Verhütungsphasen. Potenzielle Störfaktoren wie Alter, Zahl der Schwangerschaften, BMI, Menopausestatus und Hormonersatztherapie wurden bei der Auswertung berücksichtigt.

Wie erwartet, war der prämenopausale Gebrauch kombinierter oraler Kontrazeptiva (COC) mit einer Reduktion des Endometriumkarzinom-Risikos assoziiert (aOR 0,64). Am geringsten war das Risiko, wenn die COC-Verhütungsphase länger als drei Jahre gedauert hatte und weniger als 25 Jahre zurücklag (aOR 0,31).

141 Frauen hatten vor ihrer ersten ausgetragenen Schwangerschaft mindestens fünf Jahre lang hormonell verhütet. Dadurch sank das Risiko, an Endometriumkrebs zu erkranken, um 58%. Der protektive Effekt der prägraviden hormonellen Verhütung blieb auch bei denjenigen Frauen erhalten, die nach der ersten Schwangerschaft nie wieder COC verwendeten. Diese positive Langzeitwirkung muss allerdings in weiteren Studien bestätigt werden, bevor daraus mögliche Strategien für eine Chemoprävention des Endometriumkarzinoms abgeleitet werden können. **CW**

C *Cook LS et al.: Hormone contraception before the first birth and endometrial cancer risk.* ***Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*** *23 (2014) 356-361*
✗ *Bestellnummer der Originalarbeit 140491*

Internet-Umfrage

Notfallverhütung: oft benötigt – selten benutzt

Wie stehen Frauen in Europa zur Notfallkontrazeption? Das herauszufinden war Ziel einer multinationalen, internetgestützten Studie.

Insgesamt 7170 sexuell aktive Frauen nahmen an der Umfrage in Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Italien und Spanien teil. 30% gaben an, in den letzten zwölf Monaten ungeschützten Geschlechtsverkehr gehabt zu haben (in Deutschland 23%). Von den betroffenen Frauen hatten zwei Drittel überhaupt keine Verhütung benutzt.

Nur eine von vier Frauen hatte nach dem ungeschützten Sex ein Notfallkontrazeptivum verwendet. Als Anlass für die postkoitale Verhütung wurden in 45% Kondompannen und in 28% vergessene Pilleneinnahmen genannt.

Fast die Hälfte der Frauen, die trotz ungeschützten Geschlechtsverkehrs kein Notfallverhütungsmittel benützten, gab an, sie hätte „nicht an das Schwangerschaftsrisiko gedacht“. Vergleichsweise hoch war in Deutschland mit 5% bzw. 6% der Anteil der Frauen, die noch nie von Notfallverhütungsmethoden gehört hatten oder nicht wussten, wo man am Wochenende ein Rezept dafür bekommt.

Etwa ein Drittel der Frauen hatte keine Vorstellung, wie Notfallkontrazeptiva wirken. Fast ebenso viele meinten, dass ihre Anwendung einer Abtreibung gleichkomme. Knapp die Hälfte war unsicher, ob sie eventuell zu Unfruchtbarkeit führen könne. Dass Notfallverhütung eine verantwortungsbewusste Wahl zur Vermeidung ungewollter Schwangerschaften sei, räumten immerhin 79% ein. Trotzdem fand ein Viertel ihre Verwendung peinlich und beschämend.

Angesichts der verbreiteten Wissenslücken über Notfallkontrazeptiva und ihre viel zu geringe Nutzung sehen die Autoren erhöhten Aufklärungsbedarf auf diesem Gebiet. **CW**

S *Nappi RE et al.: Use of and attitudes towards emergency contraception: A survey of women in five European countries.* ***Eur J Contracept Reprod Health Care*** *19 (2014) 93-101*
✗ *Bestellnummer der Originalarbeit 140492*

Visanne® (2 mg Dienogest)

- Gezielt entwickelt und zugelassen zur Endometriosetherapie
- Reduziert Läsionen signifikant[1]
- So wirksam wie GnRH-Analoga*, dabei besser verträglich[2]
- 1 x tgl. 1 Tablette

Visanne®
Raus aus der SchmerzHaft.

*Bezogen auf die Schmerzreduktion
1 Köhler G. et al. Int J Gynecol Obstet 2010; 108: 21–25. 2 Strowitzki T. et al. Hum Reprod 2010; 25(3): 633–641.

Visanne® 2 mg Tabletten Zusammensetzung: Wirkstoff: 1 weiße bis cremefarbene Tbl. enth. 2 mg Dienogest. Sonst. Bestandteile: Lactose-Monohydrat, Mikrokristalline Cellulose, Kartoffelstärke, Povidon K 25, Magnesiumstearat, Talkum, Crospovidon **Anwendungsgebiete:** Behandlung der Endometriose. **Gegenanzeigen:** Best. venöse thromboembolische Erkrankungen, vorausgeg./best. arterielle und kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes mellitus m. Gefäßbeteiligung, best./vorausgeg. schw. Lebererkrankung, solange Leberfunktionswerte nicht normal, best./vorausgeg. Lebertumoren, bekannte/vermutete sexualhormonabh. maligne Tumoren, diag. nicht abgeklärte vag. Blutungen, Überempfindlichkeit gg. Wirkstoff od. sonst. Bestandteile.**Warnhinweise:** Bei Anwendung von Visanne od. Gestagen-Monopräparaten: schwerw. uterine Blutungen, Veränd. d. Blutungsmusters, venöse/arterielle Thromboembolien, Diagnosehäufigkeit von Brustkrebs geringfügig erhöht, Lebertumoren, Estradiolspiegel moderat erniedrigt, persist. Ovarialzysten. Besondere Überwachung/besondere Maßnahmen: Depression, Hypertonie, Diabetes, Chloasma, rez. cholestat. Ikterus/Pruritus, Extrauteringrav. i.d. Anamnese. Enthält 62,8 mg Lactose pro Tbl. Pat. m. hereditärer Galactose-Intoleranz, Lactase-Mangel od. Glucose-Galactose-Malabsorption, die auf einer lactosefreien Diät sind, sollten diese Menge beachten. **Nebenwirkungen:** Häufig: Gewichtszunahme, depressive Stimmung, Schlafstörungen, Nervosität, Libidoverlust, Stimmungswandel, Kopfschmerzen, Migräne, Übelkeit, abdominelle Schmerzen, Flatulenz, geblähtes Abdomen, Erbrechen, Akne, Alopezie, Rückenschmerzen, Brustbeschwerden, Ovarialzysten, Hitzewallungen, Uterine/vag. Blutungen inkl. Schmierblutungen, asthenischer Zustand, Reizbarkeit. Geleg.: Anämie, Gewichtsabnahme, Zunahme d. Appetits, Angst, Depression, Stimmungsschwankungen, Ungleichgewicht d. autonomen Nervensystems, Aufmerksamkeitsstörung, Augentrockenheit, Tinnitus, unspez. Kreislaufstörungen, Palpitationen, Hypotonie, Dyspnoe, Diarrhoe, Obstipation, Bauchbeschwerden, Gastro-intestinale Entzündung, Gingivitis, trockene Haut, Hyperhidrose, Pruritus, Hirsutismus, Onychoklasie, Schuppen, Dermatitis, abn. Haarwachstum, photosen. Pigmentierungsstörung, Knochenschmerzen, Muskelkrämpfe, Schmerzen/Schweregefühl i. d. Extremitäten, Harnwegsinfektion, vag. Candidose, vulvovag. Trockenheit, genitaler Ausfluss, Beckenschmerzen, atroph. Vulvovaginitis, Gewebeveränd. i. d. Brust, fibrozyst. Brusterkrankung, Brustverhärtung, Ödeme. Verschreibungspflichtig. Stand: FI/5, 06/2013 Jenapharm GmbH & Co. KG, Otto-Schott-Str. 15, 07745 Jena.

Jenapharm

LJPHWH.08.2012.0055

Ist die Pillenpause nötig?

Lieber weniger Blutungen

Die Pillenpause mit monatlichen Blutungen wurde eingeführt, um den natürlichen Zyklus nachzuahmen. Eine medizinische Notwendigkeit dafür gibt es nicht.

Ein Cochrane-Review hatte gezeigt, dass verlängerte Zyklen gegenüber monatlichen bei oraler Kontrazeption keine Nachteile haben, im Gegenteil. Ein niederländischer Gynäkologe weist darauf hin, dass Pharmafirmen diese Tatsachen gewürdigt und verlängerte Pillen-Regime auf den Markt gebracht haben, allerdings u. a. nicht in Holland. Frauen können aber auch mit den vorhandenen Packungen die Pause auslassen. Mit einer Fragebogenaktion ventilierte man in den Niederlanden dieses Thema, um zu erfahren, wie viele Frauen die Pillenpause auslassen. 818 Frauen nahmen teil.

73% von ihnen hatten jemals eine Pillenpause ausgelassen; 38% taten es regelmäßig. Native Holländerinnen und Frauen aus westlichen Ländern sowie nichtreligiöse Frauen waren etwas öfter Langzyklus-Anhängerinnen, aber der Unterschied zu den anderen war gering.

Das Auslassen der Pillenpause, mit oder ohne ärztliche Konsultation, ist demnach in dem Nachbarland verbreitet. Man kann annehmen, dass diese empfehlenswerte Maßnahme noch häufiger geübt werden würde, wenn die Gynäkologen über dieses Thema mit den Frauen sprechen und sie über Nutzen und Nachteile aufklären würden. **WE**

S *Picavet C: Skipping the pill-free interval: data from a Dutch national sample.* ***Contraception*** *89 (2013) 28-30*
✗ *Bestellnummer der Originalarbeit 140379*

LITERATURDIENST

Liebe Leserinnen und Leser,

aktuell, knapp, kritisch und praxis relevant, so möchten wir die Leser der **Gyn-Depesche** informieren.
Um Ihnen den gewünschten zeitsparenden Überblick über die internationale medizinische Fachpresse zu geben, sichten wir Dutzende von Fachzeitschriften und die wesentlichen Datenbanken: In jeder **Gyn-Depesche** sollen Sie Kurzreferate darüber finden, was gerade aktuell ist und diskutiert wird. Für die weiterführende Beschäftigung mit interessierenden Themen bleibt (und ist auch erwünscht) der Zugriff auf die jeweiligen Originalarbeiten.
Für Ihren Eigenbedarf können Sie Originalarbeiten aus Fachzeitschriften kopieren. Diese Mühe nehmen wir Ihnen auf Wunsch ab. Wir benötigen dafür (am besten auf dem Coupon in diesem Heft) die Bestellnummer der Arbeiten, die Sie im Original lesen möchten und den Zustellcode auf Ihrem Adressaufkleber. Der „Literaturdienst" ist für Abonnenten für eine Arbeit je Heft kostenlos. Bestellungen von Lesern, die die **Gyn-Depesche** (noch) nicht abonniert haben, können nur bearbeitet werden, wenn der Bestellung für jede angeforderte Arbeit 8 € zuzüglich 2 € (Briefmarken oder Scheck) für Porto und Verpackung beiliegen. Bei Beiträgen aus deutschsprachigen Publikationen bitten wir Sie, sich an den Verlag oder den Verfasser zu wenden.

Der Literaturdienst der **Gyn-Depesche**

Kardiovaskuläres Risiko

Pille treibt CRP nach oben

Leicht erhöhte CRP-Werte weisen auf eine niedriggradige Entzündung hin und bergen ein Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen. Dänische Wissenschaftler suchten nach den Prädiktoren.

Bei über 15 000 dänischen Blutspendern wurden der CRP-Plasmaspiegel bestimmt und die Lebensumstände abgefragt. Eine niedriggradige Entzündung (CRP zwischen 3 und 10 mg/l) fand man bei 10% der Probanden.

Bei Frauen erwies sich die Einnahme kombinierter oraler Kontrazeptiva (COC) als stärkster Einflussfaktor. Auch BMI und Taillenumfang korrelierten positiv mit geringgradigen Entzündungen, der Gebrauch östrogenfreier Kontrazeptiva (IUD oder Minipille) dagegen nicht. Nach Berücksichtigung aller Störfaktoren errechnete sich für prämenopausale Frauen durch die COC-Einnahme ein neunfach erhöhtes Risiko für eine subklinische Entzündung.

Ob die unterschwellig erhöhten CRP-Werte pathologische Konsequenzen haben, lässt sich anhand der Studienergebnisse nicht beurteilen. Dennoch sollte man nach Ansicht der Autoren bei der Bewertung des kardiovaskulären Risikos an den Zusammenhang von COC und CRP denken. **CW**

K *Sørensen CJ et al.: Combined oral contraception and obesity are strong predictors of low-grade inflammation in healthy individuals: results from the Danish Blood Donor Study (DBDS).* ***PLoS One*** *9 (2014) doi: 10.1371/journal.pone.0088196*
✗ *Bestellnummer der Originalarbeit 140502*

KASUISTIK

Verhütungsstäbchen

Was tun bei Bruch?

Eine Langzeit-Kontrazeption ist mit einem Etonogestrel freisetzenden Stäbchen möglich, das unter die Haut implantiert wird. Sehr selten kommt es vor, dass das Teil in situ bricht.

An einer Familienplanungsklinik in Lissabon, Portugal, hatte man es mit zwei solchen Fällen zu tun. Beim ersten handelte es sich um eine 37-jährige Frau, bei der das Verhütungsimplantat routinemäßig gewechselt werden sollte. Noch bevor man das Stäbchen freilegte, tastete man durch die Haut, dass es sich um zwei Teile handelte. Man nahm die Stücke heraus und setzte ein neues Implanon ein. Es kam zu keinen Komplikationen. Bei einer 29-jährigen Frau war das Stäbchen krumm geworden, als sie jemand fest am Arm gepackt hatte. Beim Wechsel zerbrach es ganz. Die Fragmente wurden entfernt, ein neues Implanon eingesetzt.

Wenn das Stäbchen zerbricht, wird möglicherweise mehr Hormon freigesetzt als vorgesehen oder die Freisetzung verläuft unregelmäßig. Das könnte Änderungen bei den Blutungen und evtl. auch einen verminderten Konzeptionsschutz nach sich ziehen. Die Autoren raten dringend, gebrochene oder verbogene Implanone durch intakte zu ersetzen. **WE**

F *Torres R et al.: In situ breakage of Implanon® – two cases of a rare occurrence.* ***Contraception*** *88 (2013) 189-191*
✗ *Bestellnummer der Originalarbeit 140382*

Unbeschwert
vom Regelstress

Zum fairen Preis.

24+4 Tabletten

Daylette®

Ihre Alternative zu Yaz®

Auch als 21+7 Tabletten

Maitalon® 20

Ihre Alternative zu Yasminelle® und Aida®

Auch als 21+7 Tabletten

Maitalon® 30

Ihre Alternative zu Yasmin® und Petibelle®

21 Pillen + **7** Placebos = **keine Einnahmepause**

GEDEON RICHTER Gynäkologie

Daylette® – 0,02 mg/3 mg Filmtabletten – verschreibungspflichtig
Zusammensetzung: Wirkstoffe: 1 weiße Filmtablette enthält: 0,02mg Ethinylestradiol und 3 mg Drospirenon. **Sonst. Bestandteile:** *wirkstoffhaltige Tablette: Tablettenkern:* Lactose-Monohydrat, Maisstärke, vorverkleisterte Stärke (Mais), Macrogol-Poly(vinylalkohol)-Pfropfcopolymer, Magnesiumstearat (Ph.Eur.) [pflanzlich], *Filmüberzug:* Poly(vinylalkohol), Titandioxid (E171), Talkum, Macrogol 3350, entölte Phospholipide aus Sojabohnen, *Tablettenkern* (Placebo,grün): Mikrokristalline Cellulose, Lactose, vorverkleisterte Stärke (Mais), Magnesiumstearat (Ph.Eur.) [pflanzlich], hochdisperses Siliciumdioxid, *Filmüberzug* (Placebo,grün): Poly(vinylalkohol), Titandioxid (E171), Macrogol 3350, Talkum, Indigocarmin, Aluminiumsalz (E132), Chinolingelb, Aluminiumsalz (E104), Eisen(II,III)-oxid (E172), Gelborange S (E110). **Anwendungsgebiet:** orale Empfängnisverhütung. **Gegenanzeigen und Gründe für das sofortige Absetzen, wenn einer dieser Umstände während der Einnahme auftritt:** Überempfindlichkeit gegenüber Ethinylestradiol, Drospirenon, Soja, Erdnüsse, Gelborange S oder einem der sonstigen Bestandteile, best./vorausgeg. venöse u arterielle Thrombosen od. Prodrome, best./vorausgeg. zerebrovaskulärer Insult, Vorl. e. schwerw. Risikofaktors oder mehrerer Risikofaktoren für Arterienthrombose: Diabetes mellitus mit vaskulären Symptomen, schw. Hypertonie, schw. Dyslipoproteinämie, ererbte oder erworbene Neigung zu Venen- oder Arterienthrombosen, wie z.B. APC-Resistenz, Antithrombin-III-Mangel, Protein-C-Mangel, Protein-S-Mangel, Hyperhomozysteinämie und Antiphospholipid-Antikörper (Anticardiolipin-Antikörper, Lupus-Antikoagulanz), best./vorausgeg. Pankreatitis mit schw. Hypertriglyceridämie, best./vorausgeg. schw. Lebererkrankung, solange Leberwerte nicht normal, schw. Niereninsuffizienz od. akutes Nierenversagen, best./vorausgeg. Lebertumoren (gutartig oder bösartig), bekannte/vermutete bösartige Erkrankungen, die durch Sexualsteroide beeinflusst werden (z.B. an den Genitalorganen oder der Brust), Vaginalblutungen ohne Diagnosestellung, anamnestisch bekannte Migräne mit fokalen neurologischen Symptomen. **Nebenwirkungen:** *häufig:* emotionale Labilität, Kopfschmerzen, Übelkeit, Brustschmerz, Metrorrhagie, Amenorrhoe. *Gelegentlich:* Depressionen, Libido vermindert, Nervosität, Somnolence, Schwindelgefühl, Parästhesie, Migräne, Varizen, Hypertonie, Abdominalschmerz, Erbrechen, Dyspepsie, Flatulenz, Gastritis, Diarrhoe, Akne, Pruritus, Ausschlag, Rückenschmerzen, Schmerzen in einer Extremität, Muskelkrämpfe, vaginale Candidose, Beckenschmerz, Brustvergrößerung, fibrozystische Brust, Uterus-/Vaginalblutung, Genitalausfluss, Hitzewallungen, Kolpitis, menstruelle Erkrankung, Dysmenorrhoe, Hypomenorrhoe, Menorrhagie, vaginale Trockenheit, verdächtiger Pap- Abstrich, Asthenie, Schwitzen vermehrt, Ödem (generalisierte Ödeme, periphere Ödeme, Gesichtsödem), Gewicht erhöht. *Selten:* Candidiasis, Anämie, Thrombozythämie, allergische Reaktion, endokrine Störung, Appetitsteigerung, Anorexie, Hyperkaliämie, Hyponatriämie, Anorgasmie, Schlaflosigkeit, Vertigo, Tremor, Konjunktivitis, trockenes Auge, Augenerkrankung, Tachykardie, Phlebitis, vaskuläre Erkrankung, Epistaxis, Synkope, Abdomen vergrößert, gastrointestinale Erkrankung, gastrointestinale Völle, Hiatushernie, orale Candidose, Obstipation, Mundtrockenheit, Gallenschmerz, Cholezystitis, Chloasma, Ekzem, Alopezie, Dermatitis akneiform, trockene Haut, Erythema nodosum, Hypertrichose, Hauterkrankung, Hautstriae, Kontaktdermatitis, photosensitive Dermatitis, Hautknoten, Dyspareunia, Vulvovaginitis, postkoitale Blutung, Abbruchblutung, Mamma-Zyste, Brusthyperplasie, Neubildung der Brustdrüse, Zervixpolyp, Atrophie des Endometriums, Ovarial-Zyste, Uterusvergrößerung, Unwohlsein, Gewicht erniedrigt. *Häufigkeit nicht bekannt:* Überempfindlichkeit, Erythema multiforme. **Bei Anwendung von KOKs:** Venöse/ arterielle thromboembolische Erkrankungen, Hypertonie, Lebertumoren, Auftreten /Verschlimmerung von Erkr., deren Zusammenhang mit der Anwendung von KOKs nicht eindeutig geklärt ist: Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Epilepsie, Migräne, Gebärmuttermyome, Porphyrie, systemischer Lupus erythematodes, Herpes gestationis, Sydenham-Chorea, hämolytisch-urämisches Syndrom, cholestatischer Ikterus, Chloasma, akute oder chronische Störungen der Leberfunktion können den Abbruch von KOKs notwendig machen, bis sich die Leberfunktionsmarker wieder normalisieren. Bei hereditärem Angioödem können exogene Östrogene die Symptome des Angioödems induzieren oder verschlimmern. Die Häufigkeit der Diagnose von Brustkrebs ist bei Anwenderinnen von KOKs leicht erhöht. Daylette® kann in Bezug auf Gelborange S allergische Reaktionen und in Bezug auf entölte Phospholipide aus Sojabohnen sehr selten allergische Reaktionen hervorrufen. **Warnhinweise:** Enthält 48,53 mg (weiße Tbl.) bzw. 37,26 mg (grüne Tbl.) Lactose. Patienten mit seltener hereditärer Galactose-Intoleranz, Lapp-Lactase-Mangel oder Glucose-Galactose-Malabsorption, die sich lactosefrei ernähren müssen, dürfen dieses Arzneimittel nicht einnehmen. Dieses Arzneimittel enthält 0,070 mg entölte Phospholipide aus Sojabohnen je Tbl.. Patienten mit einer Überempfindlichkeit gegenüber Erdnüssen oder Soja dürfen dieses Arzneimittel nicht einnehmen. **Stand der Information: 12/2011. Chemical Works of Gedeon Richter Plc. · H - 1103 Budapest · Gyömrői út 19 - 21 · Ungarn.**

Maitalon® 20/ Maitalon® 30 – 0,02 mg oder 0,03 mg / 3 mg Filmtabletten – verschreibungspflichtig
Zusammensetzung: Wirkstoffe: 1 Filmtablette Maitalon® 20 enthält: 0,02 mg Ethinylestradiol und 3 mg Drospirenon, 1 Filmtablette Maitalon® 30 enthält 0,03 mg Ethinylestradiol und 3 mg Drospirenon. **Sonst. Bestandteile:** *Tablettenkern:* Maitalon® 20: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, vorverkleisterte Stärke(Mais), Macrogol-Poly(vinylalkohol)-Pfropfcopolymer, Magnesiumstearat (Ph.Eur.) [pflanzlich], Maitalon® 30: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, vorverkleisterte Stärke(Mais), Povidon K25, Magnesiumstearat (Ph.Eur.) [pflanzlich] *Filmüberzug:* Poly(vinylalkohol), Titandioxid (E171), Talkum, Macrogol 3350, entölte Phospholipide aus Sojabohnen. **Anwendungsgebiet:** orale Empfängnisverhütung. **Gegenanzeigen und Gründe für das sofortige Absetzen, wenn einer dieser Umstände während der Einnahme auftritt:** Überempfindlichkeit gegenüber Ethinylestradiol, Drospirenon, Soja, Erdnüssen oder einem der sonstigen Bestandteile, best./vorausgeg. venöse o. arterielle Thrombosen od. Prodromalstadien, best./vorausgeg. zerebrovaskulärer Insult, vorl. e. schwerw. Risikofaktors oder mehrerer Risikofaktoren für Arterienthrombose: Diabetes mellitus mit vaskulären Symptomen, schw. Hypertonie, schw. Dyslipoproteinämie, ererbte oder erworbene Neigung zu Venen- oder Arterienthrombosen, wie z.B. APC-Resistenz, Antithrombin-III-Mangel, Protein-C-Mangel, Protein-S-Mangel, Hyperhomozysteinämie und Antiphospholipid-Antikörper (Anticardiolipin-Antikörper, Lupus-Antikoagulanz), best./vorausgeg. Pankreatitis mit schw. Hypertriglyceridämie, best./vorausgeg. schw. Lebererkrankung, solange Leberwerte nicht normal, schw. Niereninsuffizienz od. akutes Nierenversagen, best./vorausgeg. Lebertumoren (gutartig oder bösartig), best./vermutete maligne Erkrankungen, wenn diese sexualhormonabh.(z.B. der Genitalorgane oder der Mammae), ungeklärte Vaginalblutungen, anamnestisch bekannte Migräne mit fokalen neurologischen Symptomen. **Nebenwirkungen: Maitalon® 20:** *Häufig:* emotionale Labilität, Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Akne, Brustschmerzen, Brustvergrößerung, Dysmenorrhoe, Metrorrhagie, Gewichtszunahme. *Gelegentlich:* Candidiasis, Herpes simplex, allergische Reaktion, Appetitzunahme, Depression, Nervosität, Schlafstörung, verminderte Libido, Parästhesie, Vertigo, Sehstörung, Extrasystolen, Tachykardie, Lungenembolie, Hypertonie, Migräne, Varizen, Pharyngitis, Übelkeit, Erbrechen, Gastroenteritis, Durchfall, Obstipation (Verstopfung), Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts, Angioödem, Alopezie, Pruritus, Hautausschlag, Hauttrockenheit, Seborrhoe, Hauterkrankungen, Nackenschmerzen, Schmerzen in den Extremitäten, Muskelkrämpfe, Zystitis, Neoplasie in der Brust, fibrozystische Brust, Galactorrhoe, Eierstockzysten, Hitzewallungen, Menstruationsstörung, Amenorrhoe, Menorrhagie, vaginale Candidiasis, Vaginitis, Genitalsekret, vulvovaginale Erkrankungen,trockene Vagina, Beckenschmerzen, verdächtiger Pap-Abstrich, Ödem, Asthenie, Schmerzen, starker Durst, vermehrte Schweißbildung, Gewichtsabnahme. **Maitalon® 30:** *Häufig:* Menstruationsstörungen, intermenstruelle Blutungen, Brustschmerzen, Kopfschmerzen, depressive Verstimmung, Migräne, Übelkeit, Leukorrhö, vaginale Moniliasis. *Gelegentlich:* Veränderungen der Libido, Hypertonie, Hypotonie, Erbrechen, Akne, Ekzem, Pruritus, Vaginitis, Flüssigkeitsretention, Veränderungen des Körpergewichts. *Selten:* Überempfindlichkeit, Asthma, Brustsekret, Hypakusis, Thromboembolie, Erythema nodosum, Erythema multiforme. **Bei Anwendung von KOKs:** Venöse/ arterielle thromboembolische Erkrankungen, Hypertonie, Lebertumoren, Auftreten / Verschlimmerung von Erkr., deren Zusammenhang mit der Anwendung von Kombinationspillen nicht eindeutig geklärt ist: Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Epilepsie, Migräne, Gebärmuttermyome, Porphyrie, systemischer Lupus erythematodes, Herpes gestationis, Sydenham-Chorea, hämolytisch-urämisches Syndrom, cholestatischer Ikterus, Chloasma, akute oder chronische Störungen der Leberfunktion können den Abbruch von KOKs notwendig machen, bis sich die Leberfunktionsmarker wieder normalisieren. Bei ererbten Angioödem können exogene Östrogene die Symptome des Angioödems auslösen oder verschlimmern. Die Häufigkeit der Diagnose von Brustkrebs ist bei Anwenderinnen von KOKs leicht erhöht. Maitalon® 20/30 kann sehr selten allergische Reaktionen hervorrufen. **Warnhinweise:** Maitalon® 20 enthält 48,53 mg/Maitalon® 30 enthält 48,17 mg Lactose-Monohydrat je Tabl.. Patienten mit seltener hereditärer Galactose-Intoleranz, Lapp-Lactase-Mangel oder Glucose-Galactose-Malabsorption dürfen diese Arzneimittel nicht einnehmen. Diese Arzneimittel enthalten 0,070 mg entölte Phospholipide aus Sojabohnen je Tabl.. Patienten mit Überempfindlichkeit gegenüber Erdnüssen oder Soja dürfen diese Arzneimittel nicht einnehmen. **Stand der Information: 12/2011. Chemical Works of Gedeon Richter Plc. · H - 1103 Budapest · Gyömrői út 19 - 21 · Ungarn.**

Ihr direkter Kontakt zu uns: Gedeon Richter Pharma GmbH · Eiler Straße 3W · 51107 Köln · Tel. 0221/888 90 444 · Fax 0180/343 3366 · E-Mail: service@gedeonrichter.de

www.gedeonrichter.de

Sexueller Missbrauch

Eine wirksame Methode, das Trauma zu lindern

Für die posttraumatische Stressstörung (PTSD) heranwachsender Mädchen, die sexuell missbraucht wurden, gibt es bisher keine evidenzbasierte Therapiemethode. Ein Verfahren hat sich allerdings bei Erwachsenen bewährt.

Die Adoleszenz ist eine besonders empfindliche Lebensphase, in der traumatische Erlebnisse sehr leicht zu einer PTSD führen können. Eine Therapie auf der Basis von verlängerter Exposition ist eine der wenigen anerkannten Therapiemethoden bei Erwachsenen. Ob sie auch bei Heranwachsenden von Nutzen ist, wollte eine US-Arbeitsgruppe wissen.

61 heranwachsende Mädchen mit PTSD bekamen entweder eine Therapie mit prolongierter Exposition oder wurden nur beraten. Man überprüfte den Therapieerfolg bis zu zwölf Monate nach der Intervention.

„Verum" führte zu besseren Ergebnissen gemäß der PTSD Symptom Severity Scale und bei allen sekundären Beurteilungskriterien. Der Nutzen hielt bis zur letzten Beurteilung an. Die verlängerte Exposition war auch dann im Vorteil, wenn sie von damit wenig erfahrenen Therapeuten angewandt wurde. **WE**

R *Foa EB et al.: Prolonged exposure vs supportive counseling for sexual abuse-related PTSD in adolescent girls. A randomized clinical trial.* ***JAMA*** *310 (2013) 2650-2657*
✗ *Bestellnummer der Originalarbeiten 140467*

?! **Bei der „verlängerten Exposition"** werden die Patienten 1) realitätsnah Auslösern des Traumas ausgesetzt und 2) sollen sich die seinerzeitige Situation so intensiv wie möglich in Erinnerung rufen. Die Methode hat Erfolg und sollte häufiger angewandt werden.

Perrin S: Prolonged exposure therapy for PTSD in sexually abused adolescents. Ebd. 2619-2620

Beckenbodenchirurgie

Nützlich für die Sexualfunktion?

Beckenorganprolaps und Harninkontinenz sind oft Anlass für eine OP. Ob die Eingriffe ein Plus für die Sexualfunktion bedeuten, ist umstritten.

Zur Beurteilung der Ergebnisse bediente man sich früher nichtvalidierter Fragebögen zur Sexualfunktion. Neuerdings werden spezialisierte Werkzeuge gebraucht, die auf bestimmte Zustände wie Prolaps oder Inkontinenz zugeschnitten sind. Validiert hierfür ist das Pelvic Organ Prolapse / Urinary Incontinence Sexual Function Questionnaire (PISQ). Inwieweit letzteres geeignet ist, alle Aspekte nach den entsprechenden chirurgischen Eingriffen zu erfassen, untersuchte man anhand von 37 Patientinnen der Croydon University, Surrey, England. Sie wurden vor der OP und drei Monate später kontaktiert. Dabei wurde das PISQ ausgefüllt und außerdem ein semistrukturiertes Interview geführt, das die subjektive Einschätzung der Frauen möglicherweise besser erfassen sollte.

Laut PISQ führte der Eingriff zu signifikanten Verbesserungen mehrerer Domänen, außer der Verhaltens-Emotionen-Domäne. Das Interview ergab, dass Verbesserungen der Sexualfunktion auf einer Beseitigung von Symptomen von Prolaps / Inkontinenz beruhten. Verschlechterungen hingen mit Dyspareunie, Angst vor Beschädigung der operierten Strukturen, neuen Symptomen und unbefriedigendem OP-Ergebnis zusammen. – Die Autoren folgern, dass PISQ wenig Aufschluss über sexuelle Folgen der OP gibt, da die chirurgischen Nebenwirkungen kaum erfasst werden. **WE**

?! **Der Fragebogen PISQ** ist für die ersten Monate nach einer Becken-OP schlecht geeignet. Eine revidierte Fassung (PIQ-IR) könnte sich für diese Situation besser eignen.

Siddiqui NY et al.: Commentary on 'Sex after surgery – what should we tell our patients?' Ebd. 101

S *Roos AM et al.: The impact of pelvic floor surgery on female sexual function: a mixed quantitative and qualitative study.* ***BJOG*** *121 (2014) 92-101*
✗ *Bestellnummer der Originalarbeiten 140646*

Vorzeitige Pubertät

Genetische Ursache entdeckt

Der Zeitpunkt, zu dem die Pubertät einsetzt, wird zumindest teilweise von genetischen Faktoren bestimmt. Für einen zu frühen Beginn waren bisher kaum entsprechende Defekte bekannt.

Wird die Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse zu früh aktiviert, kommt es zur zentralen Pubertas praecox. Damit gehen Krankheitsrisiken einher, bei Mädchen für Brustkrebs, Endometriumkarzinom, Adipositas, Typ-2-Diabetes und kardiovaskuläre Erkrankungen.

Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass Gene eine wichtige Rolle für das Einsetzen der Pubertät spielen, fand bisher aber nur wenige Loci, die damit etwas zu tun haben könnten. Nun wurde mit Hilfe eines Whole-Exome Sequencing bei 40 Mitgliedern von 15 Familien mit zentraler Pubertas praecox nach genetischen Ursachen gesucht.

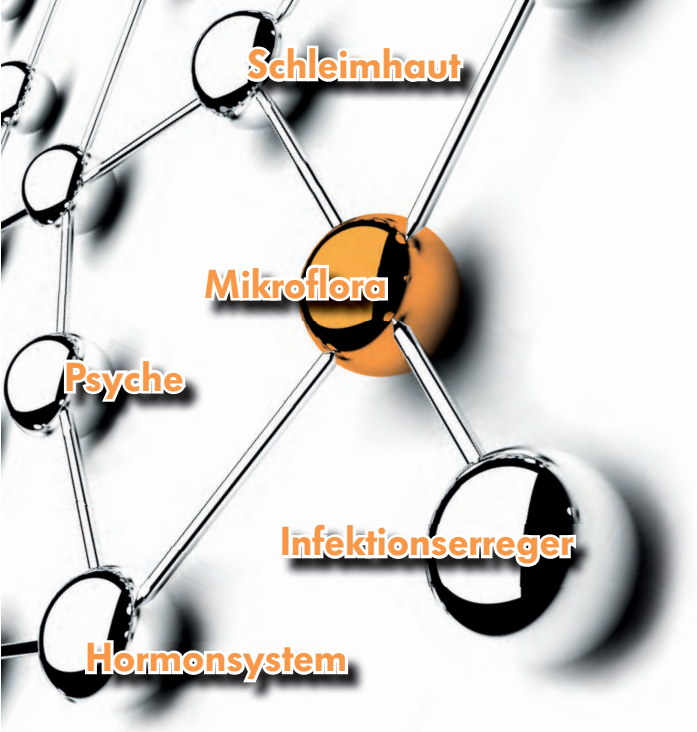
Man fand vier neue heterozygote Mutationen im Gen *MKRN3* bei fünf der 15 Familien. Sie kamen bei beiden Geschlechtern vor. Es handelte sich um Anomalien, die zu unvollständigen oder nicht funktionierenden Mutationen führen mussten. Das Gen wird nur vom Vater exprimiert; alle Betroffenen hatten die Mutation vom Vater ererbt.

Der Mechanismus, wie die genetische Deletion zur Pubertas praecox führt, muss noch erforscht werden. **WE**

S *Abreu AP et al.: Central precocious puberty caused by mutations in the imprinted gene MKRN3.* ***N Engl J Med*** *368 (2013) 2467-2475*
✗ *Bestellnummer der Originalarbeiten 140648*

?! **Warum die Pubertät** normalerweise mit etwa elf Jahren einsetzt, ist unbekannt. Jetzt hat man einen Anhaltspunkt dafür, warum sie sich manchmal nicht an diese Marke hält: Eine genetische „Bremse" versagt.

Hughes IA: Releasing the brake on puberty. Ebd. 2513-2515



INSTITUT FÜR MIKROÖKOLOGIE

vernetzt denken

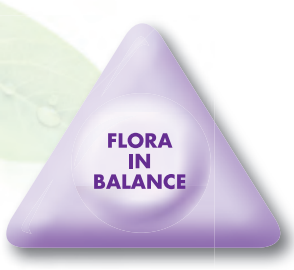
Ihr Spezialist für Mikroflora und Schleimhaut

- **Basisdiagnostik vaginale Mikroflora**
- **Nachweis von Infektionserregern**
- **HPV-Diagnostik**
- **Nachweis von Allergien/Unverträglichkeiten**

Auf den Lüppen 8 • D-35745 Herborn • Telefon: 02772/981-0 • Fax: 02772/981-151 • **Internet: www.mikrooek.de**

SYMBIOVag®

Das Erfolgstrio für die Vaginal-Gesundheit



Das synbiotische Vaginalzäpfchen

- Zur Herstellung des physiologischen pH-Wertes der Vagina
- Zur Stabilisierung der Vaginalflora

- ✔ Zwei physiologische Laktobazillen-Stämme
  - H_2O_2-Bildner
  - Hohe mikrobiologische Aktivität
- ✔ Inulin als Substrat
- ✔ Erstansäuerung durch Calcium-Laktat

SYMBIO PHARM

SymbioVag® ist ein Produkt der:
SymbioPharm GmbH • Auf den Lüppen 10 • 35745 Herborn
Tel.: 02772/981-300 • **www.symbiopharm.de**

Spontane, indizierte und elektive Entbindungen

Wie hoch ist das Wiederholungsrisiko von Frühgeburten?

Am Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) haben vier Autoren zusammen gearbeitet, darunter der Chef der Biostatistik und Bioinformatik und Epidemiologen. Sie wollten Daten nicht nur zu spontanen Frühgeburten sammeln, sondern auch zu indizierten vorzeitigen Entbindungen.

Schwangerschaftskomplikationen und ungünstige Verläufe treten oft in Folge-Graviditäten erneut auf. Dazu zählen auch Frühgeburten vor SSW 37. Das Risiko von Frauen mit entsprechender Anamnese beträgt 22%, verglichen mit 9% bei Frauen ohne solche Anamnese. Zwar kommen bei früherem Ereignis spontane Frühgeburten 2,5-mal häufiger vor, doch die große Mehrheit der betroffenen Mütter bringt ihr Baby termingerecht zur Welt.

Frühgeburt wegen Erdbebens – ein unkalkulierbares Risiko

Die Wiederholungstendenz steigt mit der Zahl erfolgter vorzeitiger Entbindungen (PTDs, preterm deliveries), niedrigerem Gestationsalter beim früheren Ereignis und mit der Reihenfolge. Eine erneute PTD droht in den Fällen öfter, in denen die anamnestische in der unmittelbar vorangegangenen Gravidität stattgefunden hat. Die Erkenntisse zum Thema konzentrieren sich primär auf spontane Frühgeburten oder Studien ohne Berücksichtigung von Untergruppen.

?! PTD-Einteilung hat Konsequenzen, so ein Spezialist für Frühgeburten von der Ohio State University. In den USA wird diskutiert, welche Frauen Kandidatinnen für eine Progesteron-Prophylaxe sind, um spontane PTDs zu verhindern (mit früherer spontaner PTD bzw. kurzer Zervix). Der Kommentator diskutiert Schwierigkeiten beim Klassifizieren von PTDs. Die Frage, ob nach der Studie nun Schwangeren mit früherer indizierter PTD eine Progesteron-Prophylaxe angeboten werden soll, beantwortet er derzeit mit nein. Aus dieser und eine älteren Studie folgt, dass die Einstufung einer früheren PTD in spontan oder indiziert nicht zwischen Gruppen von Frauen unterscheidet, die von einer Progesteron-Prophylaxe profitieren könnten. Der Autor schlägt vor, bei früherer indizierter PTD deren Vorgeschichte genau zu durchleuchten und in Folgeschwangerschaften auf kurze Zervix zu screenen.

Iams JD: Preterm birth categories – labels with consequence. Ebd. 97-98

Bei indizierten PTDs fand sich ein erhöhtes Risiko in Folgeschwangerschaften, aber nicht in allen Studien. U. a. basierten drei von ihnen auf Daten, bei denen Fehlklassifikationen vorkommen.

Um Wissenslücken zu schließen, sammelte man in der *NICHD Consecutive Pregnancies Study* retrospektiv Daten von 114 639 Einlings-Schwangerschaften bei 51 086 Frauen, die im Zeitraum von 2002 bis 2010 ab SSW 20 in 20 Kliniken in Utah entbunden hatten. Von allen wurden mindestens zwei Entbindungen erfasst. Bei 7712 Frauen kam es zwischendurch zu Graviditätsverlusten vor SSW 20.

Versuch einer PTD-Einordnung

PTDs wurden als spontan klassifiziert, wenn keine Induktion oder Sectio vor Wehenbeginn stattgefunden hatte, ebenso Fälle mit spontanen Wehen plus andere Komplikationen, z. B. Präeklampsie. Vorzeitiger Blasensprung ohne Wehen wurde extra erfasst, doch für die Analysen kombinierte man beide Gruppen. Indizierte PTDs umfassten Schwangerschaften mit Komplikationen und Geburtseinleitungen oder Sectio vor Wehenbeginn. In die Kategorie elektiv kamen Entbindungen, die von der Klinik so genannt worden waren, ohne weitere geburtshilfliche, fetale oder mütterliche Gegebenheiten, ebenso wie Entbindungen ohne genannte Indikation.

Mit binärer relativer Regression erfasste man das PTD-Risiko in der zweiten registrierten Schwangerschaft nach vorheriger PTD. Die Daten wurden um Alter der Mutter, Ethnie, BMI vor der Schwangerschaft, Art der Krankenversicherung, Rauchen, Konsum von Alkohol oder Drogen und chronische Erkrankungen der Mutter korrigiert.

Im Abstract fassen die Autoren ihre Ergebnisse so zusammen: 3836 Frauen (7,6%) entbanden zu früh in der ersten Gravidität, 30,7% von ihnen erneut in der zweiten. Die Wiederholungsraten bei früherer spontaner, indizierter oder elektiver PTD betrugen 31,6, 23,0 und 27,4%. Nach früherer spontaner PTD betrugen die RR-Werte (relatives Risiko) für folgende spontane und indizierte PTDs 5,64 (95%-KI 5,27-6,05) bzw. 1,61 (KI 0,98-2,67). Eine frühere indizierte PTD war mit einem RR-Wert von 9,10 (KI 4,68-17,71) für erneute indizierte PTD assoziiert; für folgende spontane PTD lag er bei 2,70 (KI 2,00-3,65).

Von allen berücksichtigten Risikofaktoren war eine PTD in der vorangehenden Gravidität der allerwichtigste. Frühere indizierte PTD war stark mit erneuter indizierter und mit erhöhtem Risko spontaner PTD assoziiert. Die spontane PTD hatte die höchste Wiederholungsrate. Die Verfasser halten einige gemeinsame Pfade auf dem Weg zu PTD unterschiedlicher Ätiologie für wahrscheinlich. Die Risiken bei früherer indizierter PTD verdienen vermehrte Aufmerksamkeit. **SN**

S *Laughon SK et al.: The NICHD Consecutive Pregnancies Study: recurrent preterm delivery by subtype.* ***Am J Obstet Gynecol*** *210 (2014) 131.e1-e8*
✗ *Bestellnummer der Originalarbeit 140668*

Frage 1: Was trifft auf die Studie zu?

- ☐ **A** Daten stammten aus zwölf Kliniken
- ☐ **B** Sie waren über die USA verteilt
- ☐ **C** Die Studie war prospektiv
- ☐ **D** Zeitraum von 2002 bis 2010
- ☐ **E** 1300 Zwillingsgeburten fanden statt

Frage 2: Welche Aussage stimmt?

- ☐ **A** Frühere PTD wichtigster Risikofaktor
- ☐ **B** Rauchen wichtigster Risikofaktor
- ☐ **C** Alter der Mutter war nicht erfasst
- ☐ **D** BMI war nicht erfasst
- ☐ **E** Ethnie war nicht erfasst

Was ist richtig? Bitte vermerken Sie die Antwort auf Seite 29.

Foto: Wikimedia Commons / U. S. Navy photo by Mass Communication Specialist 3rd Class Matthew Jackson

123RF, Thomas Perkins

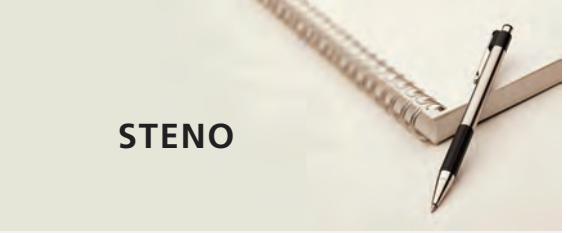
Diagnose
Zuverlässige Werte für das Wichtigste im Leben

Präeklampsie ist eine der häufigsten Todesursachen schwangerer Frauen und eine Hauptursache für schwere gesundheitliche Schäden durch Frühgeburtlichkeit oder sogar Tod des Ungeborenen.

Mit Hilfe des neuen immunologischen Bluttests kann Präeklampsie erkannt und von anderen Erkrankungen abgegrenzt werden. Nutzen Sie die zuverlässige Diagnostik, um Sicherheit zu erlangen.

Weitere Infos

Roche



STENO

Schwerhörig – schwermütig

16-04-2014: Je schlechter Menschen hören, umso größer ist ihr Depressionsrisiko. In einer Studie mit 18 318 Erwachsenen betrug die Prävalenz einer mittelschweren bis schweren Depression bei exzellent hörenden Teilnehmern 4,9%, bei gut hörenden 7,1% und bei leichten bis schweren Hörminderungen 11,4%. Berücksichtigte man andere Risikofaktoren, galt die Assoziation allerdings nur für Frauen.

Das Gute im Schlechten

09-04-2014: Wer im Alter kognitive Probleme bemerkt, fürchtet zu Recht, es könnte sich daraus eine Demenz entwickeln. Möglicherweise ist dafür aber Krebs unwahrscheinlicher. In einer spanischen Kohortenstudie mit 2627 über 65-Jährigen starben in den folgenden 13 Jahren diejenigen mit rascher Abnahme der geistigen Fähigkeiten mit 21% seltener an Krebs als die Übrigen mit 29%.

Zucker kostet Leben

08-04-2014: In den USA konsumieren Erwachsene im Durchschnitt mehr als 10% ihrer täglichen Kalorien in Form von Zucker in Lebensmitteln und Getränken. Bei jedem Zehnten beträgt der Anteil sogar 25%. In einer Kohortenstudie war die kardiovaskuläre Mortalität in dieser Subgruppe 2,75fach höher als bei denjenigen, die weniger als 10% ihres Kalorienbedarfs in Form von Zucker zu sich nahmen.

Natur gefragt

26-03-2014: Rund 61% der deutschen Senioren nutzen nach einer Querschnittsbefragung komplementärmedizinische Maßnahmen, davon 35,5% Nahrungsergänzungsprodukte, 33,3% Phytotherapeutika und 26,8% Topika. Das ist nicht ohne Risiko: Bei 3% der Teilnehmer lagen in der Untersuchung Kombinationen mit Interaktionspotenzial vor.

Kloß im Hals

20.03.2014: Ein Kloß im Hals oder Halsschmerzen sind die häufigsten Symptome bei Patienten mit einer Erstdiagnose eines Kopf-Hals-Tumors. Nach einer retrospektiven Analyse ist dabei das kloßige Gefühl bei Patienten mit einer HPV-Infektion häufiger als bei den HPV-negativen Patienten (51% vs. 18%).

Präeklampsie

Marker für risikoadaptierte Überwachung

Die Präeklampsie verläuft unvorhersehbar und ist lebensgefährlich für Mutter und Kind. Seit 2009 steht ein immunologisches Testverfahren zur Verfügung, das die Betreuung Schwangerer sicherer machen kann.

Eine Präeklampsie führt beim Kind möglicherweise zur Mangelversorgung, bei der Mutter können Krampfanfälle, Nieren- und Leberversagen sowie Gehirn- und andere innere Blutungen auftreten, erinnerte so *Prof. Holger Stepan*, Leipzig, auf einem Pressegespräch von Roche Diagnostics.

Die Leitsymptome erhöhter Blutdruck und Proteinurie können vor allem bei schweren Verläufen fehlen bzw. auch durch andere Grunderkrankungen verursacht sein. Die Erkenntnis, dass zwei für die Bildung der Plazenta-Blutgefäße und damit für die Versorgung des Fetus wichtige Proteine, PIGF (Placental Growth Factor) und sFlt-1 (soluble Fms-like tyrosinkinase 1), bei Präeklampsie Wochen vor dem Auftreten klinischer Symptome im Blut typisch verändert sind, hat zur Entwicklung eines immunologischen Tests geführt. Der sFlt-1/PIGF-Quotient zeigt ein Präeklampsie-Risiko frühzeitig an und ermöglicht die Abgrenzung anderer mit Hochdruck einhergehender Erkrankungen.

Die verbesserte Diagnostik ermöglicht es, auch bei atypischen Verläufen rechtzeitig auf eine sich entwickelnde Präeklampsie zu reagieren, so *Prof. Frank Louwen*, Frankfurt. Beide Experten plädierten dafür, den Test in den Leistungskatalog der Kostenträger aufzunehmen. **Ay**

Pressegespräch „Präeklampsie – eine sichere Diagnose bringt wertvolle Zeit für Mutter und Kind", Frankfurt/M., 8.4.2014, Veranstalter: Roche Diagnostics

Präeklampsie-Test: Elecsys® Preeclampsia

Frühgeburtsrisiko

Progesteron-Supplementierung in Primär- und Sekundärprävention

Wenn ein erhöhtes Risiko für eine Frühgeburt besteht, können durch eine Supplementierung von Progesteron die Schwangerschaft verlängert und die Gefahren für das Kind vermindert werden.

Bei Frauen mit vorangegangener Frühgeburt ist das Risiko für eine erneute Terminverfehlung um rund 40% erhöht. Durch primärpräventive Supplementierung von Progesteron ab der 16. SSW sinkt nach einer Metaanalyse das Risiko einer erneuten Fehlgeburt um fast 60%, führte *Prof. Ekkehard Schleußner*, Jena, auf einem Symposium von Dr. Kade/Besins aus.

In der Sekundärprävention ist die Maßnahme bei Zervixinsuffizienz in der Mitte der Schwangerschaft wirksam. Ist die Zervix in der 22. SSW auf 15 mm oder weniger verkürzt, kann eine Progesteron-Gabe im Vergleich zu Plazebo fast eine Halbierung der Spontangeburten vor der 34. SSW bewirken. Zudem wurde gezeigt, dass bei Frauen mit einer Zervixlänge von weniger als 25 mm zusammen mit der Zahl der Frühgeburten auch die Zahl neonataler Todesfälle zurückgeht.

Wurden vorzeitige Wehen mit Hilfe einer 48-stündigen Tokolyse gestoppt, kann bei Einlingsgravidität die Verabreichung von Progesteron sinnvoll sein. Nach neuen Studiendaten haben die Neugeborenen dann ein signifikant höheres Geburtsgewicht. Im Vergleich mit Nifedipin verlaufen Schwangerschaften nach Frühgeburts-Prophylaxe mit Progesteron (400 mg/d) signifikant häufiger bis zum Termin. – Im Allgemeinen sollte bei diesen Indikationen nur natürliches Progesteron eingesetzt werden. **WE**

Symposium „Frühgeburt – ein Überblick zur Problematik und den Konsequenzen", FOKO 2014, Düsseldorf, 21.2.2014, Veranstalter: Dr. Kade/Besins

Gyn-Depesche
- kompetent
- kritisch
- auf den Punkt gebracht

› *Bei Vaginalmykose*

KadeFungin®

mit dem bewährten Wirkstoff Clotrimazol

- Die Nr. 1* bei Vaginalmykosen
- Zuverlässig und sicher
- Auch während der Schwangerschaft und Stillzeit geeignet**

› *Regeneriert und stabilisiert die Vaginalflora*

KadeFungin®

Milchsäurekur

mit (S)-Milchsäure und pH 4

- Zur unterstützenden oder alternativen Behandlung von bakterieller Vaginose***
- Zur Vorbeugung von vaginalen Infektionen durch Antibiotika-Therapie
- Nach erfolgreicher Behandlung einer Vaginalmykose
- Zur Prophylaxe von Harnwegsinfektionen

pH-Wert-Regulierung in der Schwangerschaft

DR. KADE Pharmazeutische Fabrik GmbH, Berlin

KadeFungin®3/ KadeFungin®6 (Verschreibungspflichtig), Vaginaltabletten, Vaginalcreme, Kombi-Packung. **Wirkstoff:** Clotrimazol. **Zusammensetzung:** 1 KadeFungin®3 Vaginaltablette enthält 200 mg Clotrimazol. **Sonstige Bestandteile:** Adipinsäure, Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat (Ph. Eur.), vorverkleisterte Maisstärke, Natriumhydrogencarbonat, Polysorbat 80, hochdisperses Siliciumdioxid, Stearinsäure. 1 g KadeFungin®3 Vaginalcreme/Creme enthält 20 mg Clotrimazol. Sonstige Bestandteile: Benzylalkohol, Cetylpalmitat (Ph. Eur.), Cetylstearylalkohol (Ph. Eur.), Octyldodecanol (Ph. Eur.), Polysorbat 60, Sorbitanstearat, gereinigtes Wasser. 1 KadeFungin®6 Vaginaltablette enthält 100 mg Clotrimazol. Sonstige Bestandteile: Adipinsäure, Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat (Ph. Eur.), Maisstärke, vorverkleisterte Maisstärke, Natriumhydrogencarbonat, Polysorbat 80, hochdisperses Siliciumdioxid, Stearinsäure. 1 g KadeFungin®6 Vaginalcreme/Creme enthält 10 mg Clotrimazol. Sonstige Bestandteile: Benzylalkohol, Cetylpalmitat (Ph. Eur.), Cetylstearylalkohol (Ph. Eur.), Octyldodecanol (Ph. Eur.), Polysorbat 60, Sorbitanstearat, gereinigtes Wasser. **Anwendungsgebiete:** KadeFungin®3/6 Vaginalcreme: Entzündung der Scheide und Ausfluss, bedingt durch Pilzinfektionen mit Candida albicans sowie Superinfektionen mit clotrimazolempfindlichen Bakterien. KadeFungin®3/6 Vaginaltabletten: Entzündung der Scheide und Ausfluss, bedingt durch Pilzinfektionen mit Candida albicans. KadeFungin®3/6 Kombi-Packung: Infektionen der Scheide und des äußeren Genitalbereiches durch Hefepilze (meist Candida albicans). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Clotrimazol oder einen anderen Bestandteil von KadeFungin®. Anwendung in der Schwangerschaft nur nach entsprechender Nutzen/Risiko-Abschätzung. Es ist nicht bekannt, ob Clotrimazol beim Menschen in die Muttermilch übergeht. Wegen der geringen Resorption bei topischer Anwendung ist mit dem Stillen für den Säugling vermutlich kein Risiko verbunden. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich lokale Hautreizungen (z. B. Rötungen, Brennen, Stechen), bei Überempfindlichkeit allergische Reaktionen auf der Haut. Der in der (Vaginal)creme enthaltene Bestandteil Cetylstearylalkohol kann örtlich begrenzt Hautreizungen (z. B. Kontaktdermatitis) hervorrufen. Weit. Hinw. s. Fach- und Gebrauchsinfo. Stand: 08/2013, E-Mail: kadefungin@kade.de, www.kadefungin.de.

* nach verkauften Packungen in Deutschland, IMS Pharmatrend 03/2014

** nach Rücksprache mit Ihrem Arzt

*** KadeFungin® Milchsäurekur: Bei bakterieller Vaginose als Ergänzung zu einem Antibiotikum (unterstützende Behandlung) oder bei bekannter, leichter Symptomatik als Einzeltherapie (alternative Behandlung zu einem Antibiotikum)

DR. KADE PHARMA

Bevölkerungsbasierte Studie

Ansatzanomalien der Nabelschnur – Risikofaktoren und Folgen

Fünf Mitarbeiter der Geburtshilfe und Gynäkologie sowie der Clinical Foetal Physiology Research Group der Universität Bergen, Norwegen, haben Daten von mehr als 600 000 Schwangerschaften ausgewertet. Insertio velamentosa (VCI) und Insertio marginalis der Nabelschnur gingen mit vermehrten Risiken einher. Bei VCI war die Gefahr perinataler Todesfälle am Termin dreifach erhöht. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass die beiden Anomalien eng verwandt sind und gemeinsame Risikofaktoren haben*.

Eine Insertio velamentosa wird diagnostiziert, wenn sich die Gefäße der Nabelschnur in die fetalen Membranen einfügen, bevor sie den Rand der Plazenta erreichen. Den Gefäßen fehlt der Schutz durch die Whartonsche Sulze auf der Strecke zwischen Insertion und Plazenta-Rand. Bei der Insertio marginalis ist diese Strecke auf ein Minimum reduziert, doch wird die Insertion von sehr wenig Plazentagewebe getragen.

Insertio velamentosa der Nabelschnur

Die Insertio velamentosa (VCI, C für cord) ist mit einem erhöhten perinatalen Risiko in Verbindung gebracht worden. Velamentöse Gefäße sind mit Vasa praevia assoziiert, die das Os internum der Zervix vor dem führenden Körperteil des Fetus kreuzen. Werden Vasa praevia nicht vor der Geburt erkannt, droht eine hohe perinatale Mortalität. Deshalb ist Sonographie-Screening auf Vasa praevia in Hochrisikopopulationen, z. B. bei Zwillingsschwangerschaften oder solchen nach ART, als kosteneffektive Maßnahme vorgeschlagen worden. Es wird aber noch mehr Wissen über VCI und Insertio marginalis (MCI) benötigt.

Die bisherigen Daten zu Risikofaktoren und perinatalem Verlauf sind widersprüchlich. VCI und MCI sind bei Mehrlingsgeburten und nach ART häufiger. Zur Prävalenz gibt es nur Daten aus Krankenhausregistern, aber keine aus der Bevölkerung.

Geregelte Datenerfassung

Für die Studie lieferte das medizinische Geburtenregister Norwegens Daten aller Einlingsgeburten ab SSW 16 bis 45 aus den Jahren 1999 bis 2009 (n = 623 478). Auch Zwillingsschwangerschaften wurden analysiert.

Seit 1999 müssen bei Geburten im Formular Angaben zur Nabelschnur-Insertion gemacht werden. Ob eine Gravidität durch ART zustande gekommen war, mussten die Mütter ab 2001 beantworten; vorher taten sie dies freiwillig. Nur mit Einverständnis der Schwangeren erfasste man Informationen zum Raucherstatus.

Die Prävalenzen von VCI und MCI bei Graviditäten mit einem Fetus betrugen 1,5% und 6,3% (zusammen 7,8%). Bei 11 263 Zwillingspärchen ergaben sich Werte von 5,9 und 10,9% (zusammen 16,9%). 10 208 Einlingsgraviditäten waren durch ART zustande gekommen. Die Odds Ratios für VCI und MCI betrugen hier 2,5 (95%-KI 2,3-2,28) bzw. 1,6 (KI 1,5-1,7). Nach Korrektur um das Alter der Mutter (mit ihm steigt das Risiko) und die Parität veränderten sie sich leicht (ORs 2,2 und 1,4). Weitere Korrektur um Asthma, Hypertonie und Diabetes der Mutter sowie Rauchen beeinflusste diese Schätzung nicht. Ein erhöhtes Risiko für Zwillinge nach ART gegenüber den übrigen fand sich nicht. In dieser Studie waren die Risiken von Insertionsanomalien bei der ersten Geburt höher als später. Weibliche Feten waren stärker gefährdet mit ORs für VCI von 1,2 und für MCI von 1,03.

Rauchen zu Beginn der Gravidität erhöhte das Risiko von VCI (aber nicht von MCI) leicht (OR 1,2). Frauen, die keine Angaben zum Rauchen gemacht hatten, wiesen ein reduziertes Risiko von Insertionsanomalien auf (OR 0,8).

Die ORs vor VCI und MCI nach früherer Sectio lagen jeweils bei 1,1. Vaginale Blutungen in der Gravidität waren mit doppeltem Anomalie-Risiko assoziiert. Für VCI ergaben sich keine signifikanten Unterschiede bei Blutungen im ersten, zweiten und dritten Trimenon.

Bei Asthma, chronischer Hypertonie, Typ-1- und Schwangerschaftsdiabetes fanden sich erhöhte Risiken von VCI (1,25, 1,27, 1,45, 1,40) und z. T. von MCI. Nach VCI und MCI ergaben sich in der nächsten Gravidität ORs für die gleiche bzw. andere Anomalie von 1,3 bis 1,8.

Die Odds Ratio für Abruptio placentae war bei vorliegenden Anomalien zwei- bis dreifach erhöht(VCI 2,60; MCI 1,48). Das Risiko für Placenta praevia lag bei VCI drei- bis vierfach höher (OR 3,71; OR für MCI 1,82). Präeklampsie fand sich bei VCI wie MCI vermehrt (ORs 1,51 und 1,45). Eine erhöhte OR errechnete man bei VCI nur ab SSW 37, bei MCI sowohl vorher wie ab SSW 37.

Bei VCI waren die Risken spontaner und nicht spontaner Frühgeburten verdoppelt, bei MCI erhöht (OR 1,28). Die ORs für nicht-elektive Kaiserschnitte bei VCI variierten etwas mit dem Gestationsalter (OR 2,4 vor SSW 32, später 1,5 und 1,6 sowie ab SSW 42 2,1). Bei Insertionsanomalien befanden sich die Feten häufiger als sonst in Quer- oder Beckenendlage. Babys mit VCI hatten doppelt so oft einen 5-Minuten-Apgar unter 7 und mussten doppelt so oft auf die Intensivstation. Die ORs für einen solchen Apgar-Wert variierten mit dem Gestationsalter.

Dreifaches Risiko ab SSW 37

Die Gefahr perinataler Todesfälle war bei VCI ab SSW 7 verdreifacht (OR 3,3, 95%-KI 2,5-4,3); für MCI betrug die OR 1,4 (KI 1,2-1,7). Für SSW 32 bis 36 und für ein Gestationsalter unter SSW 32 errechnete man keine erhöhten Werte.

Assoziationen mit schwerwiegenden Fehlbildungen, kodiert nach ICD10, bestanden bei VCI und MCI (ORs hierfür 1,6 und 1,2). Die ORs für Babys mit einem Geburtsgewicht unter der 10. Perzentile betrugen 1,88 bzw. 1,24. Fand sich bei Zwillingen bei einem oder beiden eine VCI, betrug die OR für Diskordanz in puncto Geburtsgewicht 1,8.

VCI und MCI, so die Autoren in der Diskussion, folgten demselben Muster von Risikofaktoren und waren auch gemeinsam selbst Risikofaktoren für ungünstige Verläufe. Für gemeinsame ätiologische Faktoren spricht u. a. dass VCI und MCI das Risiko für die jeweils an-

Foto: Wikimedia Commons / Schokohäubchen

dere Anomalie in Folgeschwangerschaften erhöhten. Dies unterstützt auch die Annahme, dass VCI und MCI ein Kontinuum darstellen. Die Daten sprechen zudem für gemeinsame Mechanismen bei ihrer Entstehung und der anderer Plazenta-Anomalien.

Die Verfasser erwähnen u. a. eine reduzierte Gefäßdichte in Plazenten mit Insertionsanomalien. Pathologische Veränderungen der Plazenta bei VCI und MCI können wohl zum Teil das erhöhte perinatale Risiko erklären. Eine naheliegende Erklärung hierfür ist bei VCI der akute Stopp des Blutflusses in der Nabelschnur bei Druck auf nicht von der Whartonschen Sulze geschützte Gefäße, eine andere das Einreißen von Gefäßen.

Stärken und Schwächen der Studie werden erörtert. Insertionsanomalien vor der Geburt festzustellen ist möglich. Ob dies ungünstige Folgen reduziert, muss weiter untersucht werden, so die Autoren. Das verdreifachte Risiko perinataler Todesfälle am Termin bei Insertionsanomalien kann aber rechtfertigen, sich verstärkt auf ihre Erkennung zu konzentrieren – mit dem Ziel, sich besser auf die Betreuung am Termin einzustellen. **SN**

*Arbeit frei im Internet

S *Ebbing C et al.: Prevalence, risk factors and outcomes of velamentous and marginal cord insertions: population-based study of 634,741 pregnancies.* ***PLoS One*** *8 (2013) e70380; doi: 10.1371/journal.pone.0070380*
✗ *Bestellnummer der Originalarbeit 140667*

Frage 3: Was gilt für die Studie?
- ☐ **A** Daten von 2005 bis 2009
- ☐ **B** 11 263 Zwillingspärchen sind erfasst
- ☐ **C** Fehlbildungen nach ICD9 kodiert
- ☐ **D** Daten zu wiederholter VCI fehlten
- ☐ **E** Daten zu früherer Sectio fehlten

Frage 4: Welche Prävalenz stimmt?
- ☐ **A** VCI 1,5% bei Einlingen
- ☐ **B** MCI 4,5% bei Einlingen
- ☐ **C** MCI 7,5% bei Einlingen
- ☐ **D** VCI 4% bei Zwillingen
- ☐ **E** MCI 8% bei Zwillingen

Frage 5: Keine VCI-Assoziation bestand mit
- ☐ **A** ART
- ☐ **B** PRUV
- ☐ **C** Frühgeburt
- ☐ **D** Querlage
- ☐ **E** Placenta praevia

Was ist richtig? Bitte vermerken Sie die Antwort auf Seite 29.

CAVE

Postpartale Blutungen

Korrelation mit allen Antidepressiva

Zusammenhänge zwischen der Einnahme von Antidepressiva des SSRI-Typs und vermehrten Blutungen diverser Art wurden schon öfter postuliert. Die Erkenntnisse wurden nun ausgeweitet.

Postpartale Hämorrhagien (PPH) sind in letzter Zeit häufiger geworden, ohne dass die Gründe dafür klar sind. Allerdings weiß man, dass SSRI-Antidepressiva gastrointestinale Blutungen oder Blutverluste nach OPs begünstigen.

Das PPH-Risiko unter Antidepressiva wurde bisher nur spärlich untersucht. In den USA boten die Daten des Versicherungssystems Medicaid Gelegenheit, dem Zusammenhang nachzugehen. Man konnte 106 000 Schwangere mit einer Diagnose von Stimmungsstörung oder Angsterkrankung heranziehen. Man unterschied dabei nach Kategorien, wann im Bezug zur Entbindung die Medikamente von der Apotheke abgegeben wurden. 12% der Frauen nahmen SSRI, 1,4% Nicht-SSRI-Antidepressiva.

Bei stimmungsgestörten Frauen ohne eine Psychopharmaka-Einnahme betrug die PPH-Rate 2,8%, bei Frauen unter laufender SSRI-Einnahme 4,0% und bei Frauen unter anderen Antidepressiva (SNRI oder Trizyklika) 3,8%. Bei kürzlicher oder früherer Einnahme waren die Relationen ähnlich.

Die mäßigen Erhöhungen der Risiken fallen bei einer so lebensgefährlichen Komplikation wie der PPH durchaus erheblich ins Gewicht. Der neue Befund, dass auch Nicht-SSRI-Antidepressiva betrofffen sind, sollte in weiteren Studien erhärtet werden. **WE**

K *Palmsten K et al.: Use of antidepressants near delivery and risk of postpartum hemorrhage: cohort study of low income women in the United States.* ***BMJ*** *347 (24-31 Aug 2013) 10*
✗ *Bestellnummer der Originalarbeit 140622*

Kommunikation im Kreißsaal

Offene Gesprächskultur schließt Sicherheitslücken

Eine gute Zusammenarbeit im Entbindungsteam trägt wesentlich zur Qualität und Sicherheit in der Geburtshilfe bei. Eine US-amerikanische Arbeitsgruppe analysierte Sicherheitslücken bei Teammitgliedern.

Eine Umfrage unter 3282 US-amerikanischen Ärzten, Hebammen und Krankenschwestern ergab: Über 90% hatten im vergangenen Jahr mindestens einmal Sicherheitsbedenken in einer geburtshilflichen Situation. Gefragt wurde explizit nach gefährlichen Versäumnissen wie unterlassene Hygienemaßnahmen, nach Fällen von mangelnder Kompetenz oder mangelndem Fachwissen, Respektlosigkeit und Leistungsschwäche eines Teammitglieds. 66% der Ärzte, 59% der Hebammen und 77% des Pflegepersonals gaben an, dass die beobachteten Sicherheitslücken zu geburtshilflichen Komplikationen oder einer Gefährdung der Patientin geführt hatten.

Die Verfehlungen wurden innerhalb des Teams jedoch selten thematisiert. Nur 9% der Ärzte und 13% der Hebammen und Krankenschwestern hatten das Problem der beteiligten Person gegenüber direkt angesprochen. Viele tauschten sich stattdessen später mit anderen Kollegen oder Vorgesetzten darüber aus.

Eine fehlende Kommunikationskultur im Team verhindert nach Ansicht der Autoren eine erfolgreiche Zusammenarbeit und gefährdet den Erhalt eines hohen Qualitäts- und Sicherheitsniveaus. Alle Beteiligten sollten deshalb regelmäßig darin bestärkt werden, unprofessionelles Verhalten unmittelbar, ehrlich und respektvoll anzusprechen. **CW**

S *Maxfield DG et al.: Confronting safety gaps across labor and delivery teams.*
Am J Obstet Gynecol *209 (2013) 402-408*
✗ *Bestellnummer der Originalarbeit 140235*

Gyn-Depesche
Schnellinformationen für Gynäkologen

Impressum

Herausgeber: GFI. Gesellschaft für medizinische Information mbH

Anschrift des Verlages:
Paul-Wassermann-Str. 15, 81829 München

Telefon: 0 89 / 4 3 66 30 - 0
Telefax: 0 89 / 4 3 66 30 - 210
E-Mail: info@gfi-online.de
Internet: www.gfi-medien.de

Geschäftsführung: Michael Himmelstoß

Redaktion
Chefredaktion: Dr. med. Wilfried Ehnert
Dr. med. Helga Siegl-Neumann
Chefin vom Dienst: Petra Beuse
Erwin Hellinger
Gabriela Schwarz
Clara Wildenrath

Mediaberatung:
Klaus Bombös 0177 / 7 31 12 54
bomboes@gfi-online.de
Peter Verhülsdonk 0 89 / 43 66 30 - 203
verhuelsdonk@gfi-online.de

Anzeigenverwaltung: Alfred Neudert

Anzeigenpreisliste: Nr. 16 vom 1. Januar 2014

Erscheinungsweise: 6 Ausgaben im Jahr

Grafik und Satz: vm-grafik, München

Gesamtherstellung: Vogel Druck und Medienservice GmbH & Co. KG, 97204 Höchberg

Bezugsbedingungen: 6 Ausgaben p.a.
36 € (Ausland: 44 €)

ISSN: 1435-5507

Copyright: GFI. Gesellschaft für medizinische Information mbH, 2014, München

Alle Veröffentlichungen in dieser Zeitschrift wurden mit größter Sorgfalt bearbeitet; trotzdem kann keine Haftung für die Richtigkeit übernommen werden. Die Zeitschrift und ihre Bestandteile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung durch Dritte bedarf der Zustimmung des Herausgebers.

Mit der Annahme eines Textes und seiner Veröffentlichung in dieser Zeitschrift geht das ausschließliche, unbeschränkte Nutzungsrecht auf den Herausgeber über. Es schließt die Veröffentlichung in Druckerzeugnissen sowie die Vervielfältigung und Verbreitung jeder (auch elektronischer) Art ein. Der Herausgeber kann diese Rechte auf Dritte übertragen.

Die Verwendung oder Nichtverwendung von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenzeichen etc. berechtigt in keinem Fall zu der Annahme, dass solche Namen als frei betrachtet und damit von jedermann benutzt werden können.

Mit Namen oder Kürzel des Verfassers gekennzeichnete Beiträge geben nicht in jedem Fall die Meinung der Redaktion wieder. Für unverlangt eingesandte Manuskripte wird keine Gewähr übernommen. Soweit nicht anders vereinbart, gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen für Autoren.

Angaben über Dosierungen und Applikationsformen sind anhand wissenschaftlicher Informationen oder der Packungsbeilage auf ihre Richtigkeit zu überprüfen. Der Verlag übernimmt für diese Angaben keine Gewähr.

Verleger: Hans Spude

Wechseljahresbeschwerden

Sibirischer Rhabarber nimmt die Hitze

Der abnehmende Östrogenspiegel in der Perimenopause beschert vielen Frauen lästige bis unangenehme Beschwerden. Als effektive und risikoarme Alternative zu Hormonersatz bietet sich eine Phytotherapie mit dem sibirischen Rhabarber an.

Eine Hormonersatztherapie (HET) kann Wechseljahresbeschwerden deutlich lindern. Allerdings fürchten viele Frauen die damit verbundenen Risiken, vor allem eine erhöhte Brustkrebs-Inzidenz. Der Rhabarber-Extrakt ERr 731*) ist zumindest gegen Hitzewallungen einer niedrig dosierten HET in der Wirkung ebenbürtig, erläuterte *Dr. Rainer Lorch*, München, auf einer Veranstaltung von Dr. Loges in Hamburg.

ERr 731 lindert bei Frauen in den Wechseljahren aber nicht nur Hitzewallungen, sondern auch zahlreiche andere Beschwerden wie Schlafstörungen, depressive Verstimmungen, Reizbarkeit, Ängstlichkeit oder Harnwegs- sowie Muskel- und Gelenkbeschwerden. Der Extrakt aktiviert selektiv den β-Östrogenrezeptor (ER-β). Der für Hyperplasie und Tumorgenese hauptverantwortliche Rezeptor ER-α bleibt hingegen praktisch unbeeinflusst. Die Selektivität ist auch der Grund für eine langfristig gute Verträglichkeit. In einer Beobachtungsstudie über zwei Jahre kam es weder zu Spannungsgefühlen in der Brust noch zu Gewebeveränderungen, Zwischenblutungen oder einer Zunahme des Körpergewichts. **MB**

Experten-Dinner „Wechseljahresbeschwerden der Frau: Chancen und Risiken von Hormontherapien und Heilpflanzen", Hamburg, 8.5.2014, Veranstalter: Dr. Loges

*) Rheum rhapontikum L.: femi-loges®

KONTROVERSE

HRT und Psyche

Welche Rolle spielt die Art des Gestagens?

Die Menopause hat Einflüsse auf die Psyche der Frau, aber ihre psychische Ausgangslage spielt auch für die Perzeption der Menopausen-Beschwerden eine Rolle. Dazu kommt ggf. noch die Hormonersatztherapie ...

Die Beeinträchtigungen der kognitiven Funktionen in den Wechseljahren können die Lebensqualität erheblich einschränken. Eine Besserung durch Hormonersatztherapie (HRT) gilt als gegeben; allerdings scheinen nicht alle Präparate in gleicher Weise hilfreich zu sein. Manche sollen die psychologische Situation der Frau eher verschlechtern. Als Ursache wird u. a. diskutiert, dass Frauen unterschiedlich auf unterschiedliche Gestagene reagieren.

Dem ging ein türkisches Team nach. Bei 73 postmenopausalen Frauen verglich man die Wirkungen zweier HRT-Präparate auf psychische Beschwerden der Damen. Das eine enthielt neben 2 mg Estradiolvalerat das Gestagen Dienogest, das andere Medroxyprogesteronacetat = MPA.

Innerhalb von sechs Monaten gingen die psychischen Beschwerden in der Dienogest-Gruppe gegenüber dem Ausgangslevel zurück; in der MPA-Gruppe nahmen sie hingegen zu. Zwischen den Gruppen bestand nach sechs Monaten ein signifikanter Unterschied.

Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass eine HRT mit dem einen Gestagen die psychische Situation der postmenopausalen Frauen verbessert, während sie sich unter dem anderen verschlechtert. Dabei waren aber die Verbesserungen der vasomotorischen Symptome zwischen beiden Gruppen vergleichbar.

In der Literatur herrscht Uneinigkeit über die psychischen Wirkungen von MPA. Die Ergebnisse der Studie sollten daher überprüft werden. **WE**

R *Caglayan EK et al.: The effects of progesterone selection on psychological symptoms in hormone replacement therapy.* ***Adv Clin Exp Med*** *23 (2014) 63-67*
✗ *Bestellnummer der Originalarbeit 140643*

Klimakterische Symptome

Transdermale HRT mit Progesteron erprobt

Brasilianische Experten entwickelten eine transdermale Emulsion für die postmenopausale Hormonersatztherapie, die Östrogene und Progesteron in Nanopartikel-Form enthält.

Die Emulsion mit einem transdermalen Transportbeschleuniger (Biolipid-B2) wurde an 66 postmenopausalen Brasilianerinnen mit klimakterischen Beschwerden getestet. Sie erhielten 60 Monate lang täglich eine 0,8-g-Dosis Progesteron 10% auf den rechten Unterarm und die gleiche Menge Estriol 0,1% und Estradiol 0,25% auf den linken. Zur Erfassung der Symptome diente der Kupperman-Index. Mit Hilfe von konfokaler Raman-Spektroskopie wurde in vivo der Eintritt der Hormone in die verschiedenen Hautschichten über 24 Stunden verfolgt.

Die klimakterischen Symptome besserten sich während der HRT signifikant: von einem Kupperman-Index von 25 zu Beginn auf einen Wert von 5 nach fünfjähriger Behandlung. 92,5% der Patientinnen waren mit dem Effekt der Therapie zufrieden. Ein negativer Einfluss auf den Blutdruck, vaginale Blutungen, Endometriumverdickungen oder Gewichtszunahmen wurden nicht beobachtet. Die Mammographie nach 60 Monaten ergab bei allen Frauen einen negativen Befund. Der Estradiol-Serumspiegel stieg durch die transdermale HRT von durchschnittlich 28,9 auf 51,9 pg/ml, während der FSH-Spiegel von 97,8 auf 63,4 IU/ml sank.

Die Studienergebnisse sprechen für die Sicherheit und Wirksamkeit der transdermalen Nanoemulsions-HRT. Nach Ansicht der Autoren eignet sich diese Applikationsform vor allem für solche Frauen, bei denen aufgrund des First-pass-Effekts bei oraler Administration mit unerwünschten Nebenwirkungen zu rechnen ist. **CW**

S *Botelho MA et al.: Nanostructured transdermal hormone replacement therapy for relieving menopausal symptoms: a confocal Raman spectroscopy study.* ***Clinics*** *69 (2014) 75-82*
✗ *Bestellnummer der Originalarbeit 140493*

Alterszeichen im Klimakterium

Asymmetrische Spuren im Gesicht

Bei der Beurteilung der Anti-Aging-Effekte von Hormonersatztherapie oder anderer Maßnahmen zieht man auch die Veränderungen im Gesicht heran. Dabei kann es Fehlinterpretationen geben.

Das Altern eines Menschen beurteilt man auf den ersten Blick nach seinem Gesicht. Hier trägt das „Photoaging“ durch Sonnenlichtexposition maßgeblich zu den Veränderungen bei. Zu ihnen gehören „Altersflecken“, Erschlaffung und Faltenbildung. An der Rolle des UV-Lichts besteht kein Zweifel. Endokrine Faktoren spielen aber ebenfalls eine Rolle, insbesondere die Östrogen-Abnahme im Klimakterium der Frau. Die beiden Prozesse überlagern sich.

An der Universität von Liège, Belgien, ging man dem Verdacht nach, dass das Altern des Gesichts kein ganz symmetrischer Prozess ist. Dazu dienten 36 prä- und 48 postmenopausale Frauen (ohne Hormonersatztherapie), die einer Bürotätigkeit nachgingen (demnach spielte das Photoaging keine so große Rolle wie bei Outdoor-Berufen). Die Viskoelastizität beider Wangen bestimmte man mit Hilfe eines Gerätes, das in einer hohlen Sonde die Haut ansaugte.

Die Parameter biologische Elastizität und langsame Dehnung der Haut waren bei den postmenopausalen Frauen ausgeprägt asymmetrisch; bei der prämenopausalen bestanden nur geringe Seitenunterschiede.

Nach dem Klimakterium nimmt die Straffheit der Haut bei allen Frauen ab, mit und ohne HRT. Manche Frauen profitieren aber von HRT deutlich im Hinblick auf die Elastizität des Gesichts. Diese entwickelt sich in der Postmenopause allerdings mehr oder weniger asymmetrisch. Diese Tatsache sollte in künftigen Studien zu den Wirkungen von Hormonersatztherapie oder Anti-Aging-Maßnahmen bei postmenopausalen Frauen berücksichtigt werden. **WE**

K *Piérard GE et al.: Asymmetric facial skin viscoelasticity during climacteric aging.* ***Clin Cosmet Investig Dermatol*** *7 (2014) 111-118*
✗ *Bestellnummer der Originalarbeit 140642*

[1]Heger et al: Menopause, Vol. 13, No 5, pp. 744–759, 2006; [2]Heger, P., Zeitschrift für Phytotherapie, S. 299–305; [3]Wober et al., J Steroid Biochem Mol Biol 107: S. 191-201, 2007.
femi-loges®, Wirkstoff: Rhapontikrhabarberwurzel-Trockenextrakt, 1 magensaftresistente Tablette enthält den Wirkstoff: 4 mg Trockenextrakt aus Rhapontikrhabarberwurzel (16-26:1); Auszugsmittel: wässrige Calciumoxid-Lösung (Calciumoxid : Gereinigtes Wasser im Verhältnis 1:38 (m/m)). Die sonstigen Bestandteile sind: Calciumcarbonat (E 170), Carnaubawachs, Cellacefat, gebleichtes Wachs, Lactose-Monohydrat (Milchzucker), Macrogol 6000, Macrogol 35000, Magnesiumstearat [pflanzlich], Methacrylsäure-Methylmethacrylat-Copolymer (1:1), mikrokristalline Cellulose, Natriumdodecylsulfat, Povidon K 25, Povidon K 90, Sucrose (Zucker), Talkum, Titandioxid (E 171), Triacetin. Anwendungsgebiete: femi-loges® wird angewendet zur Besserung der durch die Wechseljahre bedingten psychischen und neurovegetativen Beschwerden wie Hitzewallungen/Schweißausbrüche, Schlafstörungen, depressive Verstimmungen und Ängstlichkeit. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile, Schwangerschaft oder Stillzeit, ungeklärte genitale Blutungen, Bestehen oder Verdacht auf einen östrogenabhängigen Tumor, da nicht bekannt ist, ob Rhapontikrhabarberwurzel-Trockenextrakt das Wachstum eines östrogenabhängigen Tumors beeinflusst. Nebenwirkungen: Sehr selten kann es zu Überempfindlichkeitsreaktionen der Haut (Hautrötung, Hautschwellung, Juckreiz) kommen. Warnhinweise: Enthält Lactose (Milchzucker) und Sucrose (Zucker). Bitte Packungsbeilage beachten. Dr. Loges + Co. GmbH, Schützenstraße 5, 21423 Winsen (Luhe)

Dr. Loges
Mit Natur und Verstand

Unabhängiger Überlebensindikator

Frühes Zervix-CA: Hängt die Prognose vom Tumor-Stroma-Verhältnis ab?

An der Universität der chinesischen Provinz Schandong wollten zehn Wissenschaftler klären, welche Rolle ein histologisches Merkmal beim Zervixkarzinom spielt. Seine Bedeutung bei anderen Tumoren ist bereits nachgewiesen. Nach ihren Ergebnissen könnte es die Beurteilung der Prognose erleichtern und sogar beim Identifizieren von Hochrisiko-Patientinnen helfen, die individuelle Therapie brauchen.

Für Zervixkarzinome, die zweithäufigste Ursache tumorbedingter Todesfälle bei Frauen, war in früheren Studien das FIGO-Stadium* ein wichtiger prognostischer Faktor, zusammen mit histologischem Typ, Tumorlokalisation, Invasionstiefe, Zahl befallener Lymphknoten und Grading.

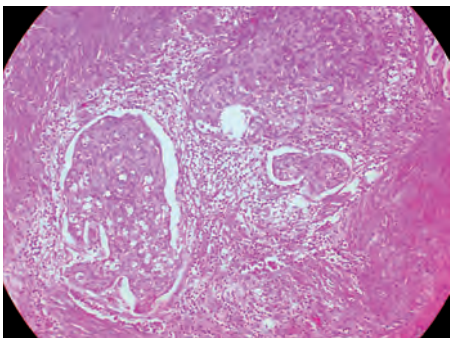
Dennoch haben manche Patientinnen mit frühem Zervix-CA (FIGO IA2, IB und IIA ohne große Ausdehnung – non-bulky disease) eine schlechte Prognose, weil ihr Risiko nicht erkannt und nicht dementsprechend behandelt wird. Daher werden zusätzliche Informationen gebraucht.

In den letzten Jahren haben Komponenten des Tumorstromas vermehrt Aufmerksamkeit auf sich gezogen. Stromamenge und Qualität beeinflussen Karzinom-Initiierung, Progression und Metastasierung und sie haben ein prognostisches Potenzial. Unter den prognostischen Faktoren ist die Relation von Tumor zu Stroma (TSR) als neues und einfach ermittelbares Charakteristikum für mehrere solide Tumoren identifiziert worden. Dazu zählen Ösophagus-CA, Brust- und Darmkrebs.

Da die TSR beim Zervix-CA noch nicht genau untersucht worden war, verwendeten die Autoren Daten von 184 Patientinnen, die von Juli 2005 bis Juli 2012 wegen eines Tumors im Stadium IA2-IIA in der Universitätsklinik radikal und mit systematischer Lymphadenektomie des Beckens operiert worden waren.

Doppelte TSR-Bestimmung

Zwei Personen schätzten in allen Tumorpräparaten auf allen Objektträgern in HE-Färbung die TSR. Sie suchten dafür jeweils das invasivste Tumorgebiet. Der gewählte Ausschnitt musste Tumor und Stroma enthalten und an allen Rändern Tumorzellen aufweisen. Der Tumoranteil wurde in 10%-Werten erfasst (10, 20, 30% etc.) Bei Bedarf wurde ein dritter Untersucher zugezogen. Follow-up-Daten der Patientinnen sammelte man bis Juli 2013.



Invasives Plattenepithel-CA der Zervix, Präparat nach Messerkonisation

Die Frauen waren in den ersten zwei Jahren nach der OP alle drei Monate und später alle sechs Monate befragt und untersucht worden. Gesamt- und krankheitsfreies Überleben (OS, DFS) schätzte man nach Kaplan-Meier.

Cut-off 50%

Die Autoren suchten nach dem optimalen Cut-off-Level der TSR in puncto OS und DFS. Er lag bei 50%. Tumoren mit einem Wert unter 50% wurden als stromaarm klassifiziert; ab 50% galten sie als stromareich.

Nach Ausschluss von Patientinnen mit histologischen Präparaten schlechter Qualität und Betroffenen, die vor der OP adjuvant behandelt worden waren, bestand die Studiengruppe aus 184 Frauen. Sie waren im Median 46 Jahre alt; das Follow-up betrug im Median 69 Monate.

Von den Tumoren wurden 147 (79,89%) als stromaarm eingestuft. Zwischen den Frauen mit diesen Malignomen und den übrigen mit stromareichen Zervixkarzinomen bestanden keine signifikanten Unterschiede bei Alter, Tumorgröße, histologischem Typ (Adeno-CA und adenosquamöses CA vs. Plattenepithel-CA), Differenzierung, FIGO-Stadium, Invasionstiefe, lymphovaskulärer Invasion, LK-Metastasen und Tumorausdehnung Richtung Uterus und Vagina.

Bei stromaarmen Tumoren lagen die Raten von DFS und OS bei 88,44 und 92,52%, bei stromareichen Malignomen betrugen sie 62,16 und 70,27%. Nach Multivarianzanalyse gehörte TSR in dieser Studie zusammen mit Tumorgröße, FIGO-Stadium und LK-Status zu den unabhängigen prognostischen Faktoren (Hazard Ratios für DFS und OS 3,125 bzw. 3,464). Für Untersuchungen zum Einfluss des Stromatyps war die Studie zu klein; Tumoren mit lymphozytendominantem Stroma überwogen deutlich. Größere Untersuchungen sollten folgen.

In der Diskussion erklären die Verfasser, dass Belege dafür zunehmen, dass die Mikroumgebung um den Tumor Schlüsselrollen bei der Etablierung des Malignoms und bei der Tumorzellverbreitung spielt. U. a. werden Enzyme für die Invasion wie Metalloproteinasen von anderen als den Tumorzellen geliefert. Zur Mikroumgebung zählen auch extrazelluläre Matrix, Fibroblasten und Leukozyten.

Da diese Studie relativ wenige Patientinnen umfasste und sich keine Informationen zu adjuvanter Therapie berücksichtigen ließen, ist nicht klar, ob die TSR, ähnlich wie z. B. positive Lymphknoten, einen entscheidenden Faktor für eine Radiotherapie nach der OP darstellt. Die Autoren wünschen sich, dass dies an einem viel größeren Patientenkollektiv geprüft wird. Ihr Fazit lautet, dass die TSR einen unabhängigen Faktor für die Prognose des frühen Zervixkarzinoms darstellt, mit dem Potenzial, deren Bewertung zu erleichtern sowie Hochrisikopatientinnen zu identifizieren. **SN**

*http://screening.iarc.fr/doc/viaviliappendix.pdf

S *Liu J et al.: Tumor-stroma ratio is an independent predictor for survival in early cervical carcinoma. **Gynecol Oncol** 132 (2014) 81-86*
✗ *Bestellnummer der Originalarbeit 140666*

Frage 6: Was trifft auf die Studie zu?

- ☐ **A** Tumoranteil in 10%-Werten erfasst
- ☐ **B** Alter im Mittel 52 Jahre
- ☐ **C** Follow-up im Mittel 42 Monate
- ☐ **D** 50% der Tumoren stromaarm
- ☐ **E** Einteilung nach Stromatyp

Frage 7: Welche Färbung wurde verwendet?

- ☐ **A** Elastika van-Gieson
- ☐ **B** Giemsa
- ☐ **C** Hämatoxylin-Eosin
- ☐ **D** Alcian-PAS
- ☐ **E** Ziehl-Neelsen

Was ist richtig? Bitte vermerken Sie die Antwort auf Seite 29.

Foto: Wikimedia Commons / Ed Uthman from Houston, TX, USA

FinanzierungsCheck für Immobilien.

Jetzt günstige Zinsen für die Zukunft sichern!

Immobilienfinanzierungen auf den neuesten Stand bringen.

Ihre persönliche Situation hat sich geändert oder neue Herausforderungen erwarten Sie? Gemeinsam stellen wir Ihre Finanzierung auf den Prüfstand, damit auch weiterhin alle Bausteine zusammenpassen. Außerdem können Sie sich schon heute günstige Zinsen und staatliche Förderungen für die Zukunft sichern.

Mehr Informationen erhalten Sie unter:
www.apobank.de/immobilien

Weil uns mehr verbindet.

deutsche apotheker- und ärztebank

Woo-Ttum Bittner, Zahnarzt, Berlin, Mitglied der apoBank

Zervixkarzinom

Zwei statt drei Impfdosen?

Zu Verbesserungen im Zervixkarzinom-Screening ist die Impfprophylaxe gekommen. Deren Akzeptanz ist in den einzelnen Ländern recht unterschiedlich.

Für die beiden eingeführten Impfstoffe sind drei Applikationen vorgesehen. Die quadrivalente Impfung wurde in Kanada 2007 zur Verabreichung an Schulmädchen eingeführt. Schon bald warf man dort die Frage auf (u. a. wegen der hohen Kosten), ob man nicht mit weniger Vakzinationen auskommen könnte. Untersuchungen in Costa Rica hatten für eine ausreichende Immunisierung mit diesem Vorgehen gesprochen.

Heranwachsende Mädchen erhielten entweder zwei oder drei Dosen der Vakzine (n = 261 bzw. 259), außerdem 310 junge Frauen die übliche Dreifachimpfung, deren Immunogenität bekannt ist. Man bestimmte das Ansprechen einen Monat nach der letzten Dosis sowie nach 36 Monaten.

Für die Zweifachimpfung ergab sich Noninferiorität hinsichtlich Reaktivität auf HPV 16 und HPV 18. Nach 32 Monaten war für einen Teil der HPV-Typen eine Gleichwertigkeit nicht mehr ganz eindeutig. Man wird die Sachlage deshalb weiter überprüfen müssen, bevor man eine Empfehlung für das preisgünstigere Vorgehen geben kann.

Ein Kommentar erinnert daran, dass in Entwicklungsländern die Kosten der Impfung entscheidend für eine Implementierung sein können. **WE**

S *Dobson SRM et al.: Immunogenicity of 2 doses of HPV vaccine in younger adolescents vs 3 doses in young women. A randomized clinical trial.* ***JAMA*** *309 (2013) 1793-1802 – Kahn JA et al.: HPV vaccination. Too soon for 2 doses? Ebd. 1832-1834*
✗ Bestellnummer der Originalarbeiten 140508

Zervixkarzinom

HPV-Screening bringt mehr als Zytologie

Die Erkennung zervikaler intraepithelialer Neoplasien Grad 2 oder 3, gefolgt von ihrer Entfernung, kann die betreffenden Frauen vor einem manifesten Krebs bewahren. Das Screening dazu befindet sich im Umbruch.

Die „Vorsorge" mit dem Zyto-Screening war eine der erfolgreichsten Errungenschaften der Krebsvorsorge. Nachdem die Rolle von Hochrisiko-Typen des HPV erkannt war, kam als weitere Option das virologische Screening dazu. Der Nutzen dieser Methode als Alternative zur Zytologie war bisher aber nicht eingehend überprüft worden.

Eine multinationale Arbeitsgruppe wollte die Datenlage verbessern, indem sie vier europäische Studien poolte und die Teilnehmerinnen hinsichtlich der Entwicklung invasiver Zervixkarzinomer weiter verfolgte. Insgesamt waren 176 464 Frauen auf HPV- versus Zyto-Screening randomisiert. Nach Abschluss der Studien wurden die Frauen für im Mittel 6,5 Jahre beobachtet. Für die Gesamtpopulation ermittelte man eine Rate Ratio von 0,60. In den ersten 2,5 Jahren des Follow-up waren die Detektionsraten in beiden Gruppen ähnlich; danach ergaben sich signifikante Unterschiede zugunsten des HPV-Screenings. Letzteres bot einen um 60 bis 70% besseren Schutz vor invasivem Zervixkarzinom.

Aus den Daten folgern die Autoren, dass Frauen ab 30 Jahren einem HPV-Screening unterzogen werden sollten; die Intervalle können auf fünf Jahre ausgedehnt werden. – Kommentatoren sehen nunmehr eine neue Ära beim Zervixscreening heraufziehen. **WE**

„SIE KÖNNEN DR. ZIMLER SAGEN, DASS SIE KEIN DALNIK-SYNDROM HABEN. TATSÄCHLICH GLAUBE ICH, DASS SIE EIN ZIMLER-SYNDROM HABEN."

R *Ronco G et al.: Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials.* ***Lancet*** *384 (2014) 524-532 – Isidean S et al.: Embracing a new era in cervical cancer screening. Ebd. 493-494*
✗ Bestellnummer der Originalarbeiten 140506

KONTROVERSE

Zervixkarzinom

Plädoyer für kombiniertes Screening

Der Pap-Abstrich ist heute nicht mehr das Nonplusultra in der Vorsorge des Zervixkarzinoms. Eine aktuelle Option ist die Kombination von Zyto- und HPV-Screening.

Experten vom National Cancer Institute in Rockville, Maryland, erinnern an die Schwächen der Zytologie. Wegen ihrer mäßigen Sensitivität muss man ziemlich kurze Screening-Intervalle wählen, um kein prämalignes Stadium zu übersehen. Inzwischen weiß man, das praktisch alle Fälle von Zervixkarzinom durch karzinoge HPV-Typen verursacht werden. Die Autoren nennen HPV 16, 18, 31, 33, 35, 45, 51, 52, 56, 59 und 68. Davon ist HPV 16 für rund 50%, HPV 18 für 15% der Fälle verantwortlich. Die zunehmend angenommene HPV-Impfung (mit wenigen der onkogenen Typen) hat die Situation (noch) nicht wesentlich verändert.

Die Autoren diskutieren aktuelle Screening-Strategien anhand eines fiktiven Falles – einer 35-jährigen Patienten, ohne Symptome und bisher nur einem „abnormen" Pap-Befund vor zehn Jahren. Für solche Frauen wird in den USA ein Co-Testing von Zytologie und HPV-Test alle fünf Jahre oder Zytologie allein alle drei Jahre empfohlen. Der Beispiel-Patientin legen die Autoren Co-Testing nahe.

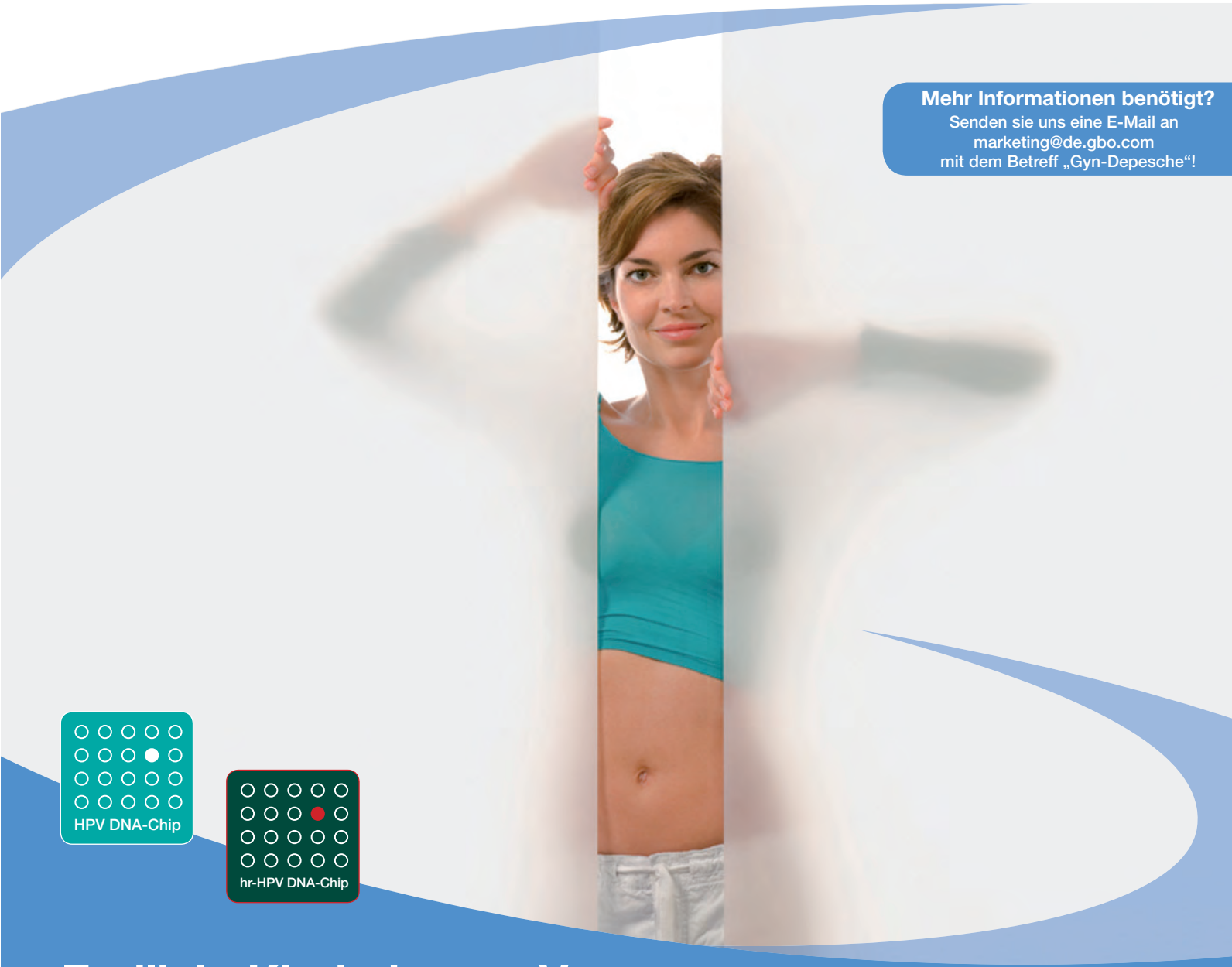
Ein Ergebnis dieses Vorgehens kann die Kombination aus positivem HPV- und negativem Zyto-Test sein. Dann wird noch nicht zur Kolposkopie geraten, aber zu intensiverer Überwachung. **WE**

S *Schiffman M et al.: Cervical-cancer screening with human papillomavirus and cytologic cotesting.* ***N Engl J Med*** *369 (2013) 2324-2331*
✗ Bestellnummer der Originalarbeit 140507

Your Power for Health

greiner bio-one

Mehr Informationen benötigt?
Senden sie uns eine E-Mail an
marketing@de.gbo.com
mit dem Betreff „Gyn-Depesche“!



Endlich. Klarheit statt Vermutungen.

PapilloCheck® und PapilloCheck® high-risk: Gebärmutterhalskrebsrisiko frühzeitig erkennen.

PapilloCheck®			PapilloCheck® high-risk
low risk HPV-Typen	high-risk HPV-Typen		high-risk HPV-Typen
6	16	45	16
11	18	51	18
40	31	52	31
42	33	53	33
43	35	56	35
44	39	58	39
	45	59	45
	51	66	51
	52	68	52
	56	70	56
	58	73	58
	59	82	59
	66		66
	68		68

CE IVD

- Identifizierung der HPV-Typen
- Differenzierung zwischen Einzel- und Mehrfachinfektionen
- Klassifizierung gemäß dem Risikopotential
- Integriertes Qualitätskontrollsystem
- Hohe klinische Sensitivität und Spezifität

PapilloCheck® und PapilloCheck® high-risk sind Teil der oCheck® Produktlinie der Greiner Bio-One GmbH

Greiner Bio-One GmbH I Maybachstraße 2 I 72636 Frickenhausen I Germany
Tel. +49 7022 948-0 I Fax +49 7022 948-514 I info@de.gbo.com I www.gbo.com

www.gbo.com

Das Konzept benigner Adipositas scheint überholt zu sein

„Metabolisch gesunde“ Adipöse sind doch gefährdet

Eine Metaanalyse erarbeiteten zwei Ärzte des Leadership Sinai Centre for Diabetes in Toronto. Die Autoren wollten klären, wie sich der Stoffwechselstatus bei verschiedenen BMI-Kategorien auf die Gesamtmortalität und auf kardiovaskuläre Ereignisse auswirkt. Gynäkologen fungieren gerade bei jüngeren Frauen, die ihren Lebensstil noch leichter ändern könnten, oft als „Hausärzte“. Sie mögen ihren Einfluss nutzen.

Ein erhöhter BMI, besonders ab 30 kg/m², wurde mit übermäßigem Mortalitätsrisiko assoziiert. Vor kurzem ergab eine Metaanalyse mit 2,88 Mio. Personen, dass Adipositas Grad 2 bis 3 (BMI ab 35) mit höherer Gesamtmortalität einherging, doch war paradoxerweise Übergewicht (BMI 25-30) mit niedrigerer Gesamtmortalität assoziiert als Normalgewicht (BMI 18,5-25). Diese Daten unterstreichen die Komplexität der Beziehung zwischen Gewicht und Sterblichkeit und lassen annehmen, dass zusätzliche Faktoren, evtl. metabolische, das Risiko in den BMI-Kategorien beeinflussen können.

Adipositas ist nie benigne

Mitglieder dieser Kategorien können sich u. a. bei Lipidprofil, Glukosetoleranz und Taillenumfang deutlich unterscheiden. In diesem Zusammenhang hat sich das Interesse in letzter Zeit auf eine Untergruppe der adipösen Personen mit normalen metabolischen Merkmalen trotz ihres überhöhten Gewichts konzentriert. Dieses Profil ist als „benigne Adipositas“ oder „metabolisch gesunde Adipositas“ beschrieben worden. Es wurde auch eine Untergruppe normalgewichtiger Personen mit ungünstigem metabolischem Status charakterisiert.

BMI plus Status berücksichtigt

Bisherige Studien zu diesen Phänotypen und Morbidität und Mortalität haben widersprüchliche Resultate ergeben. Evtl. liegen auch zu wenige Daten vor, um Risiken zu erkennen. Deshalb wurde nun ein systematisches Review mit Metaanalyse von Beobachtungsstudien durchgeführt, um den Effekt des metabolischen Status auf die Risiken Gesamtmortalität und kardiovaskulären Ereignisse bei normal- und übergewichtigen sowie adipösen Personen zu bestimmen.

Dafür ließen sich acht Studien mit 61 386 Teilnehmern und 3988 Ereignissen verwenden. Den metabolischen Status (gesund / ungesund) bestimmte das Vorhandensein von Komponenten des metabolischen Syndroms nach Kriterien des Adult Treatment Panel III oder der International Diabetes Federation. Referenzgruppe (RfG) waren gesunde Normalgewichtige.

Bei metabolisch gesunden Personen war das Ereignisrisiko der Übergewichtigen ähnlich hoch wie in der RfG (RR 1,10; KI 0,90-1,24; sieben Arbeiten). Dies traf auch zu, wenn nur Studien mit mindestens zehn Jahren Follow-up verwendet wurden. Bei Adipositas (acht Studien) hatten gesunde Personen ein ähnlich hohes Risiko wie die RfG (RR 1,19; KI 0,98-1,38). Bei mindestens zehn Jahren Follow-up lag der RR-Wert jedoch bei 1,24 (KI 1,02-1,55).

Normalgewicht ist nicht alles!

Metabolisch ungesunde normalgewichtige Teilnehmer wiesen in acht Studien ein RR von 3,14 auf (KI 2,36-3,93). Für die metabolisch ungesunden Übergewichtigen (sieben Studien) wurde ein RR von 2,70 (KI 2,08-3,30) errechnet und für ebensolche Adipöse ein RR von 2,65 (KI 2,18-3,12). Bei allen gesunden wie ungesunden Personen stiegen mit den BMI-Kategorien die Werte von systolischem und diastolischem Blutdruck, Taillenumfang, und, so errechnet, Insulinresistenz (HOMA-Index), während die HDL-Werte abnahmen.

In der Diskussion weisen die Autoren darauf hin, dass frühere widersprüchliche Studienergebnisse dadurch zustande gekommen sein können, dass die Kontrollgruppen der normalgewichtigen Personen auch diejenigen unter ihnen mit ungesundem Status enthielten, also eine Hochrisikogruppe. Ihr sollte besondere Aufmerksamkeit zukommen. Ihre Mitglieder wiesen im Vergleich zu den anderen „ungesunden Gruppen“ im Schnitt besonders hohe Unterschiede zur RfG beim LDL-Cholesterin und beim BZ auf.

Fortsetzung auf Seite 28 ▶

?! Das Märchen von der gesunden Adipositas – so titeln zwei in der Adipositas-Forschung und -Bekämpfung engagierte Ärzte von der Universität von Colorado. Die Ergebnisse der Studie, deren Stärken und Schwächen sie erörtern, passen zu der Auffassung, dass Adipositas eine Krankheit darstellt. Einige gängige falsche Vorstellungen zur Adipositas möchten die Verfasser ansprechen. Die Studie lässt daran zweifeln, dass es adipöse Personen ohne kardiometabolisches Langzeitrisiko gibt. Adipositas erhöht zudem das Risiko von Typ-2-Diabetes, Nierenleiden und einigen Arten von Krebs. Sie ist mit orthopädischen und reproduktiven Problemen verbunden und mit Depression, Asthma, Schlafapnoe, Rückenschmerzen, Hautinfektionen sowie kognitiven Einbußen. Sie führt zu sozialer Stigmatisierung und insgesamt reduzierter Lebensqualität. Es wäre ein Fehler, Betroffene nur in Abhängigkeit von Risikofaktoren für kardiometabolische Erkrankungen gesund zu nennen. Eine der falschen Vorstellungen besteht darin, dass nicht alle Adipösen behandelt werden können, sodass Prioritäten gesetzt werden müssten. Wäre dem so, ließe es sich extrem schlecht rechtfertigen, auf der Basis von kardiometabolischen Risiken eine Behandlung zu verweigern. Irrglaube Nr. 3 lautet, es gebe keine effektive Therapie. Allerdings sind Abnehmen und Halten des neuen Gewichts unterschiedliche physiologische Prozesse, bei denen unterschiedliche Strategien anzuwenden sind, um optimale Ergebnisse zu erzielen. Die Verfasser betonen den Einfluss von kardiorespiratorischer „Fitness“ auf die Mortalität, unabhängig vom BMI, und fordern, dass der Erfolg der Adipositastherapie nicht nur an BMI und sinkendem metabolischen Risiko gemessen wird, sondern auch das gesamte Wohlbefinden berücksichtigt wird. Übergewicht ist ebenso ein Grund für Interventionen wie Adipositas. Hier könnte bei metabolisch gesunden Personen die Prävention von Gewichtszunahmen zur Priorität gehören.

Hill JO et al.: The myth of healthy obesity. Ebd. 789-790

Foto: mauritius images

Stressinkontinenz

Physiotherapie oder gleich die Schlinge?

Stressinkontinenz quält viele Frauen. Physiotherapie gilt als First-line-Therapie. Die Insertion einer Schlinge unter der Urethra ist aber stark im Kommen.

Ob sich angesichts der hohen Erfolgsraten mit TVT et al. die minimal-invasive Therapie als Primärtherapie eignet, überprüfte man in den Niederlanden. Je 230 Frauen mit mäßiggradiger bis schwerer Stressinkontinenz wurden auf Physiotherapie (Beckenbodentraining) oder Schlingen-Insertion randomisiert.

Subjektive Verbesserung wurde nach zwölf Monaten in 64,4 bzw. 90,8% registriert, subjektive Heilungen in 53,4 bzw. 85,2%, objektive Heilungen in 58,8 bzw. 76,5%. Nebenwirkungen wie Blasenperforation oder Reoperation wegen zu lockerer Schlinge kamen natürlich nur in der Schlingen-Gruppe vor.

Die Ergebnisse machen die Überlegenheit der minimal-invasiven Therapie deutlich. Frauen mit Stressinkontinenz sollten über diese Tatsache aufgeklärt werden, wenn es um eine individuelle Entscheidung für eine Primärtherapie geht – auch über die möglichen Komplikationen. **WE**

R *Labrie J et al.: Surgery versus physiotherapy for stress urinary incontinence. **N Engl J Med** 369 (2013) 1124-1133*
✗ *Bestellnummer der Originalarbeit 140650*

Zystozele

Transvaginales Mesh – eine Alternative?

Bei Prolaps im Bereich der vaginalen Vorderwand gilt die anteriore Kolporrhaphie als Therapie der Wahl. Allerdings gibt es oft Rezidive.

In den letzten Jahren wurden neue Techniken eingeführt, bei denen biologische oder synthetische Netze verwendet werden. Das Synthetikmaterial neigt allerdings zu Freilegung und Erosion. Eine Beschichtung mit Kollagen könnte dies möglicherweise verhindern. Eine skandinavische Arbeitsgruppe testete ein solches Material bei 161 Frauen im mittleren Alter von ca. 65 Jahren mit vaginalem Vorderwand-Prolaps (Zystozele) gegenüber konventioneller Chirurgie.

Man registrierte eine objektive Heilungsrate von 88,1% (Mesh) versus 39,8%. Innerhalb von zwölf Monaten kam es bei Netz-Einsatz in 13,3% zu Netz-Exposition, in 2,7% zu Dyspareunie (letzteres nicht signifikant). Laut Fragebögen gab es in der subjektiven Beurteilung aber keine signifikanten Unterschiede. In keiner der beiden Gruppen bestand nach einem Jahr ein Bedarf an Reoperation.

Damit ist die Frage offen, ob die Mesh-Methode als primäre OP bevorzugt werden sollte. Einen Vorteil der Kollagen-Beschichtung gegenüber unbeschichtetem Mesh sehen die Autoren auf jeden Fall nicht. **WE**

R *Rudnicki M et al.: Anterior colporrhaphy compared with collagen-coated transvaginal mesh for anterior vaginal wall prolapse: a randomised controlled trial. **BJOG** 121 (2014) 102-111*
✗ *Bestellnummer der Originalarbeit 140649*

1 Damiano, R., G. Quarto, et al. (2011) Eur Urol 59(4): 645-651
2 Cervigni, M., F. Natale, et al. (2008) Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 19(7): 943-947 (Instillation 40 ml mit HS (1,6 %) und CS (2 %); Einwirkzeit 1 h)

Als Einschränkungen ihrer Arbeit geben die Autoren u. a. an, dass Daten zur Dauer der Exposition gegenüber BMI und metabolischen Faktoren fehlten; jeweils sind aber eher Steigerungen als Abnahmen zu erwarten. Um den Faktor Rauchen konnte nicht korrigiert werden. Dass der Anteil der Tabakkonsumenten bei den normalgewichtigen Personen in sieben von acht Studien höher war als sonst, dürfte jedoch den Störeinfluss verringern.

Die Verfasser weisen darauf hin, dass sich mit ihren Methoden die signifikante Heterogenität der Daten bei den Analysen der ungesunden Normalgewichtigen und der ungesunden Adipösen nicht ganz erklären ließ, sodass die Werte vorsichtig betrachtet werden sollten. Die Verfasser glauben aber, dass Einschränkungen ihre Hauptergebnisse nicht verschleiern. Was deren Übertragbarkeit angeht, so könnten sie nicht für ältere Menschen gelten, die hier wenig vertreten waren, und auch nicht für Akutsituationen z. B. auf der Intensivstation. Hier ist in einigen Studien über schützende Effekte von Übergewicht und Adipositas berichtet worden.

Die Ergebnisse lassen annehmen, dass erhöhter BMI kein benigner Zustand ist, selbst wenn metabolische Anomalien fehlen. **SN**

M *Kramer CK et al.: Are metabolically healthy overweight and obesity benign conditions? A systematic review and meta-analysis.* ***Ann Intern Med*** *159 (2013) 758-769*
✗ *Bestellnummer der Originalarbeit 140579*

Frage 8: Was gehörte nicht zur Analyse?
- ☐ **A** Mortalität Übergewichtiger
- ☐ **B** Mortalität Untergewichtiger
- ☐ **C** RfG gesunde Normalgewichtige
- ☐ **D** Kardiovaskuläre Ereignisse
- ☐ **E** Blutdruckdaten

Frage 9: Was passt nicht zu Adipositas?
- ☐ **A** Reproduktive Probleme
- ☐ **B** Asthma
- ☐ **C** Depression
- ☐ **D** Hautinfektionen
- ☐ **E** Typ-1-Diabetes

Frage 10: Was trifft zu?
- ☐ **A** Es eigneten sich 38 Studien
- ☐ **B** Sie hatten 61 386 Teilnehmer
- ☐ **C** Es kam zu 398 Ereignissen
- ☐ **D** Die Teilnehmer waren meist älter
- ☐ **E** Es nahmen zu 70% Frauen teil

Was ist richtig? Bitte vermerken Sie die Antwort auf Seite 29.

Schicksal nach Frühgeburt

Was bedeutet erhöhtes Insulin?

Schon lange wird vermutet, dass frühgeborene Kinder ein erhöhtes Risiko für chronische Leiden im späteren Leben tragen. Dazu gehören vermutlich auch metabolische Fehlentwicklungen.

Einige Studien sprechen für einen Zusammenhang zwischen Frühgeburt und Insulinresistenz bzw. Typ-2-Diabetes in Kindheit bis mittlerem Erwachsenenalter. Was es damit auf sich hat, untersuchte man in Baltimore, Maryland, mit Hilfe einer prospektiven Kohortenstudie. Bei 1358 Kindern, die von der Geburt bis zu einem Alter von etwa 6,5 Jahren verfolgt wurden, bestimmte man das Plasma-Insulin als Zeichen für eine Insulinresistenz.

Diese Werte betrugen bei der Geburt 9,2 µU/ml für termingerechte Neonaten, 10,3 µU/ml für etwas zu frühe Kinder, 13,2 µU/ml für späte Frühgeburten und 18,9 µU/ml für frühe Frühgeburten. Die entsprechenden Messwerte in der frühen Kindheit lauteten 11,2 bzw. 12,4 bzw. 13,3 bzw. 14,6 µU/ml. Demzufolge korrelierte das Gestationsalter bei der Geburt invers mit den Insulin-Plasmaspiegeln.

Die Ergebnisse sprechen für ein in utero erworbenes gesteigertes Diabetesrisiko bei Menschen, die als Frühchen zur Welt kamen. Ob diese Interpretation tatsächlich zutrifft, muss aber noch bewiesen werden. **WE**

?! **Über nichtübertragbare Krankheiten** wie den Diabetes macht sich die medizinische Welt zunehmend Sorgen. Eine Triebfeder ist die Adipositas, aber Interventionen bei Erwachsenen kommen meist zu spät, um viel auszurichten. Man sucht nun mehr nach pränatalen Risikofaktoren für eine ungesunde Entwicklung. Die Studie von *Wang et al.* leistet dazu einen Beitrag.

Hanson M: Understanding the origins of diabetes. Ebd. 575-576

K *Wang G et al.: Preterm birth and random plasma insulin levels at birth and in early childhood.* ***JAMA*** *311 (2014) 587-596*
✗ *Bestellnummer der Originalarbeiten 140645*

Ehlers-Danlos-Syndrom

Über Risiken des Erbleidens beraten

Das Ehlers-Danlos-Syndrom ist eine ererbte Bindegewebsstörung mit abnormer Kollagensynthese. Man unterscheidet Typ I bis IV. Betroffen sein können Haut, Gelenke, Blutgefäße und Organe.

Nach bisherigen begrenzten Erkenntnissen müssen Frauen mit dem Syndrom im Falle einer Schwangerschaft mit diversen Komplikationen rechnen (bis hin zur Aorten- oder Uterusruptur beim Gefäßtyp). Auch gynäkologische Probleme häufen sich.

Um das Spektrum der Komplikationen genauer beschreiben zu können, konzipierte man eine anonyme Fragebogenstudie, die über die Website der Ehlers-Danlos National Foundation lief. 775 Antworten erlaubten Schlüsse zu Schwangerschaftsverläufen und gynäkologischen Dysfunktionen.

Unter den Frauen, die mindestens eine Schwangerschaft angaben, kam es zu termingerechter Entbindung in 69,7%, zu Frühgeburt in 25,2%, zu spontanem Abort in 57,2% und zu ektoper Gravidität in 5,1%. Infertilität bestand in 44,1%. Normale Menstruationszyklen hatten nur 32,8% der Frauen. Zwischenblutungen traten in 18,6% auf. Menorrhagien kamen in 32,9% vor. Gynäkologische Schmerzen wie Dysmenorrhö gab es in 92,5%, Dyspareunie in 77,0%.

Damit kommen obstetrische und gynäkologische Probleme bei Frauen mit Ehlers-Danlos-Syndrom sehr viel häufiger als in der Normalbevölkerung vor. Am stärksten betroffen ist offenbar Typ IV.

Ärzte, die solche Frauen betreuen, sollten sich dieser Risiken bewusst sein und die Patientinnen entsprechend beraten. Um dies optimal tun zu können, sollte der Typ des Syndroms jeweils differenziert werden. **WE**

S *Hurst BS et al.: Obstetric and gynecological challenges in women with Ehlers-Danlos syndrome.* ***Obstet Gynecol*** *123 (2014) 506-513*
✗ *Bestellnummer der Originalarbeit 140644*

Zertifizierte CME Fortbildung

Sammeln Sie Fortbildungspunkte mit der Gyn-Depesche

Die CME-Beiträge, auf die sich die Fragen beziehen, finden Sie auf der jeweils vor der Frage genannten Seite. Nur eine der fünf zur Beantwortung angebotenen Lösungen ist richtig.
BITTE BEACHTEN: Nach neuen Bestimmungen der Bayerischen Landesärztekammer kann ab 2014 für schriftliche Fortbildung „bei bestandener Erfolgskontrolle"(mindestens sieben richtige Antworten) nur noch jeweils ein Punkt vergeben werden. Wir bitten um Verständnis.

Schnell und einfach beantworten Sie den Fragebogen.
(und wenn Sie möchten auch alle bisher erschienenen):

online unter www.gfi-online.de/anmelden

Wenn Sie das erste Mal an unserer Online-Fortbildung teilnehmen, benötigen wir von Ihnen

- **Namen und Adresse**
- **E-Mail-Adresse, an die wir die Teilnahmebestätigungen schicken;**
- **selbst gewähltes Passwort, mit dem Sie sich später zusammen mit Ihrer E-Mail-Adresse einloggen können.**

Bitte beachten Sie:
Bei schriftlicher Teilnahme ist ein frankierter Rückumschlag erforderlich.
Per Fax zugeschickte Fragebogen können nicht bearbeitet werden.

Kennziffer dieser Ausgabe: GD032014

Review-Board

Prof. Dr. Peter Dominiak, Pharmakologie und Toxikologie, Physiologie, Universität zu Lübeck

Prof. Dr. Günter Linß, Berlin, Facharzt für Innere Medizin / Kardiologie-Angiologie

Dr. Thomas Sautter, Chefarzt der Frauenklinik, Gesundheitszentrum Odenwaldkreis GmbH, Erbach

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

1 CME-PUNKT

TEILNAHMEBESTÄTIGUNG

Bitte deutlich ankreuzen Einsendeschluss 11. Juli 2014

		A	B	C	D	E
1.	S. 14 Was trifft auf die Studie zu? ...	☐	☐	☐	☐	☐
2.	S. 14 Welche Aussage stimmt? ...	☐	☐	☐	☐	☐
3.	S. 19 Was gilt für die Studie? ...	☐	☐	☐	☐	☐
4.	S. 19 Welche Prävalenz stimmt? ...	☐	☐	☐	☐	☐
5.	S. 19 Keine VCI-Assoziation bestand ...	☐	☐	☐	☐	☐
6.	S. 22 Was trifft auf die Studie zu? ...	☐	☐	☐	☐	☐
7.	S. 22 Welche Färbung wurde ... ? ...	☐	☐	☐	☐	☐
8.	S. 28 Was gehörte nicht zur Analyse? ...	☐	☐	☐	☐	☐
9.	S. 28 Was passt nicht zu Adipositas? ...	☐	☐	☐	☐	☐
10.	S. 28 Was trifft zu? ...	☐	☐	☐	☐	☐

Ich habe alle Fragen ohne fremde Hilfe beantwortet.

Ihre Zustellnummer (wenn vorhanden)

7 ☐☐☐☐☐☐☐

(Die fettgedruckte Nummer auf dem Adressetikett Ihrer Depesche – damit erleichern Sie uns das Bearbeiten Ihres Fragebogens. Vielen Dank)

EFN-Barcode-Aufkleber

Ich bin damit einverstanden, dass die erreichte Punktezahl anhand der EFN an die zuständige LÄK übermittelt wird.

Gyn-Depesche
Nr. 3 / 2014
VNR: 2760909005148130014

☐ Die Richtigkeit von mindestens sieben der Antworten auf dem Bogen wird hiermit bescheinigt (1 CME-Punkt).

Datum

Dr. med. Wilfried Ehnert
Chefredakteur Gyn-Depesche

GFI.

Gesellschaft für medizinische Information
Paul-Wassermann-Str. 15

81829 München

Name, Titel

Straße, Nr.

PLZ, Ort

e-mail

Praxisstempel

Ort, Datum Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name, Anschrift, akademischer Grad zur Rücksendung der Fragebögen und der anonymisierten Verarbeitung (Teilnehmerzahlen an der zertifizierten Fortbildung etc.) gespeichert werden.

KONTRAZEPTION

Der Pillen-Markt in der Übersicht

Eine neue, aufklappbare Übersicht von Rottapharm / Madaus gibt einen umfassenden Überblick über die derzeit am Markt verfügbaren hormonellen Kontrazeptiva. Nach Wirkstoffen geordnet, können jeweils Präparat, Zusammensetzung und Hersteller leicht abgelesen werden. Näher vorgestellt werden die erfolgreichen Marken von Rottapharm: Bellissima, evaluna, Mayra und Damara. Ein Auszug aus den medizinischen Auswahlkriterien für die Anwendung stellt einen wertvollen Service für den Gynäkologen dar.
Die Übersicht 2014 kann ab sofort über den Außendienst bezogen werden.

ERRATUM

Im Fokus: Chlormadinonacetat

In der Gyn-Depesche 2 / 2014 hatten wir die Vorteile von Chlormadinonacetat als Komponente der bewährten Verhütungspille Belara® dargestellt, die seit 15 Jahren weltweit eingesetzt wird. In der Überschrift war aber irrtümlich von Dienogest die Rede. Wir bitten das Versehen zu entschuldigen.

„ICH HALTE ES FÜR EIN PLAZEBO, DESHALB HABE ICH MIT EINER GEFÄLSCHTEN KREDITKARTE BEZAHLT.“

THERAPIE-OPTIONEN

Bei Kandidose die Vaginalflora unterstützen

In einer aktuellen Studie zur Zusammensetzung des Mikrobioms der Vagina mit insgesamt 95 Frauen (*Liu MB* et al., 2013) wurde gezeigt, dass bei vulvovaginaler Kandidose oft auch eine ungünstige Veränderung der physiologischen Vaginalflora – mit breiter Streuung – vorliegt. Das Spektrum der mit Sequenzierung identifizierten Keime lag irgendwo zwischen den Verhältnissen bei gesunden Frauen (überwiegend Laktobazillen) und dem oft bunten Muster bei bakterieller Vaginose (wenige Laktobazillen, viele andere Gattungen). Am eindeutigsten war die Korrelation der Kandidose mit einer Gardnerella-Besiedelung.
Eine Therapie der Kandidose mit dem Antimykotikum Fluconazol besserte die Symptome, normalisierte die Vaginalflora aber nicht in allen Fällen. Es kamen sowohl Verschiebungen von einer ungesunden Mischflora zu einer Laktobazillen-dominierten Flora vor als auch Vermehrungen der Gardnerella-Population. Dieses Studienergebnis spricht dafür, dass es oft nicht reicht, die Behandlung einer vulvovaginalen Kandidose auf die Gabe von Pilzmitteln zu reduzieren. Die Therapie sollte die Unterstützung der Laktobazillen-dominierten Flora einschließen. Dazu eignen sich Präparate mit H_2O_2-bildenden Laktobazillen (z. B. SymbioVag®).

… diese Seite per Fax an Fax 089 / 43 66 30 - 210

Reichen Ihnen die Referate nicht aus?

Möchten Sie mehr Informationen?

Hier kommen Sie an die Originalarbeiten.

Wenn Sie unseren Literaturdienst nutzen und eine Originalarbeit anfordern möchten:

Bitte schicken Sie mir aus Heft Nr. ____ (s. Titelseite) eine Kopie der Originalarbeit:

✗ _____

Bestellnummer (Beiträge ohne Bestellnummer bitte beim jeweiligen Autor direkt anfordern)

Mein Zustellcode (ist auf dem Adressaufkleber über der Anschrift; ohne diese Angabe ist leider keine Bearbeitung möglich)

☐ Ich bin Abonnent der Gyn-Depesche und bekomme eine Originalarbeit kostenlos.

☐ Ich bin noch kein Abonnent. Anbei 8 € für jede gewünschte Originalarbeit zuzüglich 2 € für Porto und Verpackung.

(bitte als Briefmarken oder Scheck … ist auf die Dauer aber teurer als das Abonnement)

Name, Anschrift

… und nur im Abonnement erhalten Sie die Gyn-Depesche regelmäßig:

☐ Ich möchte die Gyn-Depesche abonnieren. Schicken Sie mir eine Rechnung über 36 € (Ausland: 44 € inkl. Porto). Dafür erhalte ich ein Jahr alle Ausgaben der Gyn-Depesche und eine Originalarbeit je Ausgabe kostenlos. Das Abonnement verlängert sich um ein Jahr, wenn ich es nicht drei Monate vor Ablauf kündige.

Name, Anschrift

Datum, erste Unterschrift

Vertrauensgarantie: Mir ist bekannt, dass ich diese Bestellung innerhalb von zehn Tagen beim Verlag schriftlich widerrufen kann.

Datum, zweite Unterschrift

GFI. Gesellschaft für medizinische Information mbH
Paul-Wassermann-Straße 15
81829 München

Tel. 089 / 43 66 30 - 0
Fax 089 / 43 66 30 - 210

E-Mail: info@gfi-online.de

Bestellschein:
Caya® Informationsmaterial

Caya® contoured diaphragm

Fax
06105 – 455901

KESSEL Marketing & Vertriebs GmbH
Kelsterbacher Str. 28
64546 Mörfelden-Walldorf

Bitte schicken Sie mir folgendes Informationsmaterial zu:

	gewünschte Anzahl	Preis / Stück
Caya®-Ordner mit kostenlosem Muster **Caya®** Diaphragma + **Caya®** Gel + Studien und Informationsmaterial	1	kostenlos
Patientenbroschüren		kostenlos
Fachinformation für Ärzte DIN A4		kostenlos
zusätzliches Muster **Caya®** Diaphragma in Aufbewahrungsdose – zu Demonstrationszwecken (ohne Gebrauchsanweisung und DVD)		12,60 € + 19 % MwSt. 2,40 €

.....
Ort / Datum, Unterschrift

Lieferadresse:

Praxis / Klinik / Institution: .....

Name: .....

Straße: .....

PLZ / Stadt: .....

Tel: .....

Email: .....

Stempel

KESSEL Marketing & Vertriebs GmbH · Kelsterbacher Str. 28 · D-64546 Mörfelden-Walldorf/Germany
Tel. +49 (0) 6105 - 20 37 20 · Fax +49 (0) 6105 - 45 59 01 · E-Mail: service@medintim.de · www.caya.eu

EINE FÜR ALLE

AKNE ZULASSUNG*

Pillen-Alarm

Wenn Verhütung, dann Maxim®

* Behandlung von Frauen mit mittelschwerer Akne, die keine Gegenanzeigen für eine Therapie mit oralen Kontrazeptiva aufweisen, und nach Versagen von geeigneten lokalen Behandlungen.

Maxim® Zusammensetzung: 1 überzogene Tablette enthält 30 µg Ethinylestradiol und 2 mg Dienogest. *Sonstige Bestandteile: Mikrokristalline Cellulose, Maisstärke, vorverkleisterte Maisstärke, Maltodextrin, Magnesiumstearat (Ph.Eur.), Sucrose, Glucose-Sirup (Ph.Eur.), Calciumcarbonat, Povidon K90, Povidon K25, Macrogol 35.000, Macrogol 6.000, Talkum, Carnaubawachs, Titandioxid (E 171).* **Anwendung:** Hormonale Kontrazeption für Frauen. Behandlung von Frauen mit mittelschwerer Akne, die keine Gegenanzeigen für eine Therapie mit oralen Kontrazeptiva aufweisen, und nach Versagen von geeigneten lokalen Behandlungen. **Gegenanzeigen:** vorausgegangene oder bestehende venöse oder arterielle Thrombosen und deren Prodromalstadien; bekannte Prädisposition für venöse oder arterielle Thrombosen, vorausgegangener zerebrovaskulärer Insult, Raucherinnen (insbesondere über 30 Jahre), Hypertonie, Diabetes mellitus mit Gefäßveränderungen, Migräne mit fokalen neurologischen Symptomen in der Vorgeschichte, bestehende oder vorausgegangene Pankreatitis bzw. Lebererkrankungen oder Lebertumoren, bekannte oder vermutete sexualhormonabhängige Tumoren, nicht abgeklärte vaginale Blutungen oder Amenorrhoe, Überempfindlichkeit gegen einen der Bestandteile, Schwangerschaft. Vorsicht bzw. besondere Überwachung bei Herz- und Nierenerkrankungen, oberflächlichen Phlebitiden, stark ausgeprägter Varikosis, peripheren Durchblutungs- oder Fettstoffwechselstörungen, Blutdruckanstieg, Sichelzellenanämie, vorausgegangenen Leber- oder Gallenblasenerkrankungen, Migräne, Depressionen, verminderter Glukosetoleranz/Diabetes mellitus, Epilepsie, Chorea Sydenham, chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen, hämolytisch-urämischem Syndrom, Uterus myomatosus, Otosklerose, längerer Immobilisierung, Adipositas, systemischem Lupus erythematodes, Frauen ab 40 Jahre. **Nebenwirkungen:** In klinischen Studien wurde häufig berichtet über: Kopf- und Brustschmerzen. Gelegentlich traten auf: erhöhter Appetit, depressive Verstimmung, Schwindel, Migräne, Hypertonie, Hypotonie, Abdominalschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe, Akne, Alopezie, Ausschlag, Pruritus, irreguläre Blutungen, Brustvergrößerung, Brustödem, Dysmenorrhoe, vaginaler Ausfluss, Ovarialzyste, Beckenschmerzen, Müdigkeit, Gewichtsänderungen. Selten kam es zu Salpingo-Oophoritis, Harnwegsinfektionen, Zystitis, Mastitis, Zervizitis, Pilzinfektionen, Candidiasis, Lippenherpes, Influenza, Bronchitis, Sinusitis, Infektionen der oberen Atemwege, viralen Infektionen, uterinem Leiomyom, Brustlipom, Anämie, Überempfindlichkeit, Virilismus, Anorexie, Depression, mentalen Störungen, Schlaflosigkeit, Schlafstörungen, Aggression, ischämischem Schlaganfall, zerebrovaskulären Störungen, Dystonie, trockenem Auge, Augenirritationen, Oscillopsie, Verschlechterung der Sehfähigkeit, Hörsturz, Tinnitus, Vertigo, Verschlechterung der Hörfähigkeit, kardiovaskulären Störungen, Tachykardie, Thrombose/Lungenembolie, Thrombophlebitis, diastolischer Hypertonie, orthostatischer Dysregulation, Hitzewallungen, Venenvarikose, Venenbeschwerden, Venenschmerzen, Asthma, Hyperventilation, Gastritis, Enteritis, Dyspepsie, allergischer oder atopischer Dermatitis/Neurodermitis, Ekzem, Psoriasis, Hyperhidrose, Chloasma, Pigmentstörungen, Seborrhoe, Kopfschuppen, Hirsutismus, Hautveränderungen, Hautreaktionen, Orangenhaut, Spidernävus. Bei folgenden Nebenwirkungen ist die Häufigkeit aufgrund der verfügbaren Daten nicht abschätzbar: Stimmungsveränderungen, Libidoab- und -zunahme, Kontaktlinsenunverträglichkeit, Urtikaria, Erythema nodosum bzw. multiforme. Über folgende unerwünschte Wirkungen im Allgemeinen wurde darüber hinaus berichtet: venöse und arterielle thromboembolische Erkrankungen, zerebrovaskuläre Ereignisse, Hypertonie, Hypertriglyzeridämie, Änderung der Glukosetoleranz oder Beeinflussung der peripheren Insulinresistenz, Lebertumore, Leberfunktionsstörungen, Chloasma, Auslösung oder Verstärkung eines Angioödems, Auftreten oder Verschlechtern von Erkrankungen, deren Zusammenhang mit der Anwendung nicht geklärt ist: Ikterus und/oder Pruritus im Zusammenhang mit Cholestase; Gallensteinbildung; Porphyrie; systemischer Lupus erythematodes; hämolytisch-urämisches Syndrom; Chorea Sydenham; Herpes gestationis, otosklerosebedingter Hörverlust, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Zervixkarzinom. Die Häufigkeit der Diagnose von Brustkrebs ist geringfügig erhöht. **Warnhinweis:** Gebrauchsinformation beachten. Vor Kindern geschützt aufbewahren. Enthält Sucrose und Glucose. **Verschreibungspflichtig.** Jenapharm GmbH & Co. KG, Otto-Schott-Str. 15, 07745 Jena. Stand: 04/2013. **Maxim® ist gluten- und laktosefrei.**

Jenapharm