

Newsletter Mai/Juni 2021

Liebe Mitglieder, sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,
im Auftrag des Vereins begrüße ich Sie herzlich zur heutigen Ausgabe unseres Newsletters.

Interne News

- Neue Mitglieder
- Neue (Re)Zertifizierungen

Termine und Orte der kommenden Schulungen

Aktuelles aus Wissenschaft und Forschung

- Neues zum Thema Kinderwunsch
 - Acne inversa
 - Antikoagulation bei Kinderwunsch, Schwangerschaft und Stillzeit
 - Erst Remission, dann Schwangerschaft
 - Später mal Kinder kriegen
- Neues zum Thema Schwangerschaft und Geburt
 - Aspirin während der Schwangerschaft und postpartales Blutungsrisiko
 - Baby Blues oder postpartale Thyreoiditis
 - Crystal-Meth-Konsum in der Schwangerschaft
 - Diabetes beeinträchtigt Schwangerschaften
 - Einfluss von Opioiden auf Schwangerschaftsrate & Fehlgeburtsrisiko
 - Gestationsdiabetes
 - Schwangere mit MS
 - Schwere Psoriasis
 - Topische Kortikosteroide in der Schwangerschaft
- Neues zum Thema Stillzeit
 - Stillende Mütter: Hände weg vom Cannabis
- Neues zum Thema Säuglingszeit
 - Bei angeborener Tränenwegobstruktion genügt meist Abwarten
 - Gibt Mekonium Hinweise auf die potenzielle Entwicklung von Allergien
 - Hypoallergene Säuglingsnahrung kann vor Asthma und Neurodermitis schützen

Die Artikel wurden von Fachorganisationen veröffentlicht. Sollte jemand mit den Inhalten nicht konform gehen, darf darüber gerne in unserem Forum diskutiert werden. Auch Beiträge von Mitgliedern nehme ich im Newsletter auf. Weitergabe des Newsletters außerhalb des Verteilers, auch auszugsweise nur nach Genehmigung durch den Verein. Eine ausdrückbare Version des Newsletters finden Sie auf unserer Homepage.

Ich wünsche Ihnen viel Freude beim Lesen und bleiben Sie gesund!

Mit herzlichen Grüßen

Claudia Pieper-Emden

Interne News

Wir begrüßen als neue Mitglieder

Apotheker Walter Bouhon GmbH FreiÖl

Wir gratulieren den folgenden Babyfreundlichen Teams

... zur erfolgreichen Erstzertifizierung

Rupertus Apotheke in Ottobeuren

... zur erfolgreichen 3. Rezertifizierung

Wittelsbacher Apotheke in München

St. Barbara Apotheke in Hückelhoven

Adler Apotheke in Brilon

Fotos der Teams sehen Sie auf unserer [Homepage](#).

Aufgrund der derzeitigen Pandemielage fanden einige (Re)Zertifizierungen zu einem späteren Zeitpunkt statt. Falls bei Ihnen Terminverschiebungen notwendig werden, halten Sie Rücksprache mit Ihrer Gutachterin.

Grundlagenschulungen 2021

Termin	Ort	Veranstalter	Anmeldung
07.09. – 09.09.2021	Düsseldorf	AV Nordrhein	Frau Rost Tel.: 0211-4391725
13.10. – 15.10.2021	Hannover	Wina GmbH	Frau Schumacher Tel.: 0511-6157321

Alle weiteren für Sie relevanten **Fortbildungsangebote** von Organisationen und Unternehmen sowie **Tagungs-, Messe- und Kongresstermine** finden Sie auf unserer [Homepage](#).

Aus aktuellem Anlass: Erfragen Sie beim Veranstalter, ob die Angebote stattfinden.

Acne inversa: Betroffene mit Kinderwunsch mehr unterstützen

Autor: Dr. Susanne Gallus

Eine entzündliche Erkrankung wie die Hidradenitis suppurativa kann Frauen im gebärfähigen Alter hinsichtlich einer geplanten Schwangerschaft verunsichern. Die Familienplanung sollte daher unbedingt Bestandteil der Arzt-Patienten-Gespräche sein.

Einer Befragung zufolge fühlt sich jede zweite Patientin mit **Acne inversa** hinsichtlich dem Thema Schwangerschaft nicht ausreichend beraten. Gerade weil behandelnde Ärzte potenzielle negative Effekte der Medikation gegen die Auswirkungen einer unzureichenden Krankheitskontrolle abwägen müssen, gehören Gespräche hinsichtlich der Familienplanung unbedingt ins Sprechzimmer. Wie man von anderen Systemerkrankungen weiß, können sich **chronische Entzündungszustände negativ** auf die Schwangerschaft auswirken.

Was die Umfrage verdeutlichte war, dass Patientinnen im gebärfähigen Alter hinsichtlich Sexualität, Gravidität, Geburt und Stillzeit **verunsichert** sind. 73 % hielten die Aussage für richtig, dass die Erkrankung ihre sexuelle Gesundheit beeinträchtigt. 24 % glaubten, dass sie dadurch schlechter schwanger werden könnten – auch weil die Medikamente die Fruchtbarkeit einschränken würden.

Mehr Information zu Acne inversa gewünscht

Jede zweite Teilnehmerin stimmte dem Statement zu, eine Schwangerschaft würde ein komplettes Absetzen jeglicher Medikation erfordern. 20 % hatten Sorge, dass die Acne inversa das Kind gefährden und Probleme bei der Geburt verursachen könnte. 14 % der Patientinnen befürchteten, dass sie das Stillen erschwert.

Unter den Themen, die laut den Teilnehmerinnen in Gesprächen mit ihren Ärzten unter den Tisch fielen, waren z.B. Auswirkungen der Akne und der Therapie auf die Gravidität oder die Möglichkeit, dass die **Kinder ebenfalls erkranken**. Letzteres befürchteten immerhin zwei Drittel der Befragten.

Quelle: Adelekun AA et al. JAMA Dermatol 2021; DOI: 10.1001/jamadermatol.2020.5162

29.04.2021

<https://www.medical-tribune.de/medizin-und-forschung/artikel/acne-inversa-betroffene-mit-kinderwunsch-mehr-unterstuetzen/>

Antikoagulation bei Kinderwunsch, Schwangerschaft und Stillzeit: Welche Pharmaka eignen sich wann?

Dr. Susanna Kramarz

17. Mai 2021

Alle oralen Gerinnungshemmer sind in der Schwangerschaft kontraindiziert. Das gilt nicht nur für Warfarin und Phenprocoumon, sondern besonders auch für direkte orale Antikoagulanzen (DOAK). In einem Vortrag beim FOKO 2021 fasste **PD Dr. Rainer Zotz**, Labormediziner und Leiter des Zotz | Klimas-Laborinstituts in Düsseldorf, Strategien der Antikoagulation bei Frauen mit Kinderwunsch, bei Schwangeren und bei Stillenden zusammen ^[1].

Risiken der oralen Antikoagulation

Wegen ihrer geringen Molekülgröße sind DOAK plazentagängig und stehen im Verdacht, das Risiko für Aborte und für fetale Fehlbildungen zu erhöhen.

Das Fehlbildungsrisiko wird mit etwas über 7% angegeben und liegt etwa gleichauf mit Vitamin-K-Antagonisten wie Warfarin. Bei Beendigung der oralen Antikoagulation in der 5. bis 6. Schwangerschaftswoche ist von einem deutlich niedrigeren Risiko auszugehen.

Frauen, die aufgrund einer Thrombophilie, nach einem Herzklappenersatz oder aufgrund anderer Indikationen eine dauerhafte Prophylaxe beziehungsweise Therapie erhalten, sollten über dieses Risiko frühzeitig aufgeklärt und gegebenenfalls bereits vor einer geplanten Schwangerschaft auf niedermolekulare Heparine umgestellt werden.

Einsatz von Heparinen nach oraler Antikoagulation

Für Frauen unter oraler Antikoagulation mit Vitamin-K-Antagonisten wie Phenprocoumon bzw. Warfarin oder DOAK ergeben sich laut Zotz diese Optionen:

- Umstellung der oralen Antikoagulation vor der Empfängnis auf nicht plazentagängige niedermolekulare Heparine subkutan,
- Fortführung der oralen Antikoagulation bis zu einem frühzeitig durchgeführten positiven Schwangerschaftstest nach ausgebliebener oder verzögerter Menstruation.

Die Umstellung auf Heparine sollte zur Vermeidung von Embryopathien vor der 6. Schwangerschaftswoche erfolgen. Ein Argument, dies früher zu tun, wäre ein unregelmäßiger Zyklus. Bei stabilem Zyklus kann die Fortführung der oralen Antikoagulation vorteilhaft sein kann.

Zotz: „Wenn sich bei Gabe von Heparin-Spritzen der Eintritt der Schwangerschaft allerdings um Monate hinzieht, entscheiden sich manche Frauen für den bequemeren Weg und verwenden dann doch wieder ihr orales Antikoagulans, führen aber zusätzlich engmaschig Schwangerschaftstests durch.“

Bei Gabe von Vitamin-K-Antagonisten aufgrund einer mechanischen Herzklappe sollte keine Umstellung auf Heparine präkonzeptionell erfolgen, sondern erst nach Eintritt der Schwangerschaft. Bei mechanischer Herzklappe besteht ein erhöhtes Risiko für Klappenthrombosen unter Heparin.

Im Gegensatz zu Frauen mit venöser Thromboseneigung wird die Heparin-gabe meist auf das erste Trimenon begrenzt und anschließend wieder auf Vitamin-K-Antagonisten umgestellt. Patientinnen sollten interdisziplinär durch einen Kardiologen und eine Gerinnungsambulanz betreut werden.

Ob gleich am Folgetag nach dem Absetzen der oralen Antikoagulation mit subkutanen Spritzen begonnen wird und welche Dosis dabei gewählt wird, richtet sich nach der Ausgangssituation und der Wahl des oralen Antikoagulans. Bei DOAK wird wegen der kurzen Halbwertszeit ohne Übergang am nächsten Tag statt der oralen Antikoagulation Heparin gegeben.

Erhält die Patientin einen Vitamin-K-Antagonisten, zum Beispiel Phenprocoumon, erfolgt der Beginn der Heparin-gabe in der Regel bei einer INR von ≤ 2 , d.h. es werden gegebenenfalls 1 oder 2 Auslasstage eingeschoben. Heparin wird bei vorbestehender oraler Antikoagulation meist in halber bis ganzer therapeutischer Dosierung gegeben. Dies sollte mit einer Gerinnungsambulanz abgestimmt werden.

Geht es um eine Antikoagulation nach Herzklappenersatz, kommen je nach Klappenart höhere INR-Werte infrage. Die Umstellung und Dosierung erfolgt in Absprache mit dem Kardiologen. Gerinnungswerte müssten anschließend laufend kontrolliert werden, auch wenn die Schwangere initial gut eingestellt sei, so Zotz: „Häufig wird im Lauf der Schwangerschaft eine Dosiserhöhung notwendig.“

Häufig wird im Lauf der Schwangerschaft eine Dosiserhöhung notwendig. PD Dr. R. Zotz

Unfraktionierte Heparine vermeiden

Niedermolekulare Heparine seien unfraktionierten in der Schwangerschaft immer vorzuziehen, so Zotz. Denn unter unfraktionierten Heparinen steige das Risiko für eine Heparin-induzierte Thrombozytopenie deutlich, und nach mehrmonatiger Therapie wird auch in der Schwangerschaft eine Zunahme des Osteoporose-Risikos beobachtet.

„Immer wieder hört man von Krankenkassen, die versuchen, die Verordnung von unfraktionierten Heparinen durchzusetzen, weil niedermolekulare Heparine nicht explizit für die Anwendung in der Schwangerschaft zugelassen sind“, so der Labormediziner. „Sie müssen dann darauf verweisen, dass die Leitlinien die LMWHs explizit empfehlen. Dann erledigt sich die Diskussion meist von selbst.“ Überhaupt, so Zotz, gebe es immer wieder Diskussionen mit den Krankenkassen, weil die Antikoagulation in der Schwangerschaft häufig als Off-label-use angesehen werde. „Lassen Sie sich nicht auf diese Diskussion ein“, empfiehlt der Labormediziner.

Immer wieder hört man von Krankenkassen, die versuchen, die Verordnung von unfraktionierten Heparinen durchzusetzen. PD Dr. R. Zotz

„Das Thromboserisiko ist in der Schwangerschaft bei Patientinnen nach vorausgegangenem Thrombosen über die gesamte Schwangerschaft und insbesondere in den ersten sechs Wochen postpartal um ein Vielfaches erhöht“, gibt der Experte zu bedenken. „Die Gefahr ist größer bei einer präexistenten Gerinnungsstörung.“ Auch ohne Thrombose liege etwa bei einem Mangel an Antithrombin das Risiko für eine VTE bei einer Schwangeren unter 35 bei 6%, bei einer über 35-jährigen Schwangeren bei 9%. Es verdreifache sich, wenn zusätzlich eine positive Familienanamnese vorliegt. „Diesen Frauen können Sie die Gerinnungsprophylaxe nicht vorenthalten“, so Zotz.

NOAK sind auch in der Stillzeit kontraindiziert

Mit dem Einsetzen regelmäßiger Wehen beziehungsweise bei prophylaktischer Heparindosierung spätestens 12 Stunden, bei höherer Dosierung spätestens 24 Stunden vor einem geplanten Kaiserschnitt, werde die Heparinmedikation unterbrochen, etwa 6 bis 12 Stunden nach der Entbindung wieder aufgenommen und auch während der Stillzeit fortgesetzt: „Die neuen oralen Antikoagulantien sind bis zum Abstillen kontraindiziert“, sagt Zotz. Heparin oder Warfarin darf auch in der Stillzeit gegeben werden.

Die neuen oralen Antikoagulantien sind bis zum Abstillen kontraindiziert. PD Dr. R. Zotz

https://deutsch.medscape.com/artikelansicht/4909995?src=WNL_mdplsfeat_210517_mscpe-dit_de&uac=211774HJ&impID=3379270&faf=1#vp_1

Erst Remission, dann Schwangerschaft

Medizin und Markt Autor: Dr. Angelika Bischoff

Ein Kinderwunsch lässt sich auch bei Patienten mit CED prinzipiell erfüllen. Damit alles glattläuft, gibt es bei der Familienplanung einige Punkte zu beachten.

Morbus Crohn und Colitis ulcerosa treten überwiegend in der **reproduktiven Lebensphase** auf. Deshalb muss man wissen, wie sich Schwangerschaft und CED oder ihre Therapie gegenseitig beeinflussen. Um solche Fragen zu beantworten, kann man kaum aus randomisierten klinischen Studien schöpfen, sondern muss mit Registern und Kohortenstudien Vorlieb nehmen, erklärte Professor Dr. Raja Atreya, Universität Erlangen.

Möchte eine CED-Patientin ihren Kinderwunsch konkretisieren, muss ihre **Therapie** unbedingt **präkonzeptionell optimiert** werden, sodass sich die Frau in Remission befindet. Denn eine inaktive Erkrankung schränkt weder die Fertilität ein noch erhöht sie das Risiko für Komplikationen. 67 % der Frauen mit inaktiver CU und 75 % derer mit inaktivem M. Crohn bleiben während der Schwangerschaft in Remission. Dagegen wird eine aktive Erkrankung bei vielen Patienten (33 % bzw. 45 %) an Aktivität zunehmen. Eine **aktive CED** verringert die **Fertilität** und ist der stärkste Prädiktor für das Auftreten von **Schwangerschaftskomplikationen** wie Frühgeburtlichkeit, vermindertes Geburtsgewicht oder Totgeburt.

Von den **CED-Medikamenten** beeinträchtigen Mesalazin, Steroide, Thiopurine und Biologika nicht die Fertilität. Sie können (wie auch Sulfasalazin) in üblicher Dosierung auch in der Gravidität eingesetzt werden.

MTX ist in der Gravidität kontraindiziert

Die Gabe von **Steroiden** ist mit Komplikationen assoziiert und sollte daher lediglich im akuten Schub erfolgen. Eine Azathoprintherapie kann zwar während der Schwangerschaft fortgeführt werden, man sollte sie aber nicht neu beginnen. Ciclosporin A oder Tacrolimus kommen bei schwerer Colitis ulcerosa infrage, wenn eine OP wegen der Unreife des Feten nicht möglich ist. Es gibt jedoch eine Assoziation mit Gestationsdiabetes und Frühgeburtlichkeit. Streng **kontraindiziert** während der Schwangerschaft und 3–6 Monate vorher ist **Methotrexat** wegen seiner Teratogenität und Embryotoxizität.

Die Therapie mit TNF- α -Blockern sollte einige Wochen **vor der Entbindung beendet** werden. Das Gleiche gilt für die mit Vedolizumab und Ustekinumab. Für Tofacitinib gibt es Hinweise auf Teratogenität.

Es sollte deshalb in der Schwangerschaft nicht angewendet werden. **Stillen** ist unter allen genannten Medikamenten außer Methotrexat und Tofacitinib möglich.

Stillen macht eine Erkrankung des Kindes unwahrscheinlicher

Was werdende Eltern noch wissen sollten, ist, dass ihr **Kind** ein vier- bis achtfach erhöhtes **CED-Risiko** aufweist, wenn ein Elternteil erkrankt ist. Sind beide betroffen, wird das Kind mit einer Wahrscheinlichkeit von 30 % ebenfalls erkranken. Stillen wiederum kann das Manifestationsrisiko senken.

Quelle: Live Webinar „Alltägliche Herausforderungen bei CED“; Veranstalter: Biogen

<https://www.medical-tribune.de/medizin-und-forschung/artikel/erst-remission-dann-schwangerschaft/>

Später mal Kinder kriegen? Das klappt besser ohne Zigaretten

Zigarettenrauchen wirkt auf die Fruchtbarkeit, als ob man Sand in ein Uhrwerk streut. „Die vielfältigen Gifte aus dem Rauch wirken an so verschiedenen Stellen ein“, so betont Dr. med. Christian Albring, Präsident des Berufsverbandes der Frauenärzte, „dass letztlich die Gefahr, unfruchtbar zu werden, bei Raucherinnen ebenso wie bei Passivraucherinnen um 60% höher ist als bei Nichtraucherinnen oder bei Frauen, die das Rauchen aufgegeben haben.“

Eine große Gruppe von Ärztinnen und Ärzten aus Italien hat 247 Publikationen und Untersuchungen zum Thema Rauchen, Alkohol, Drogen und Unfruchtbarkeit von Frauen analysiert und in einer internationalen Fachzeitschrift veröffentlicht (1). Was die Fruchtbarkeit angeht, so verschlechtert das Rauchen die Chancen noch mehr als andere Drogen: Es verschlechtert die Hormonproduktion in den Eierstöcken, es senkt dadurch die Östrogen- und Progesteronspiegel im Körper und regt die Herstellung von männlichen Hormonen an. Dadurch kann der Zyklus unregelmäßiger werden, die Reifung von Eizellen in den Eierstöcken wird gestört, und ein PCOS kann verstärkt werden. Diese hormonelle Krankheit ist bei vielen Frauen Ursache für einen vergeblichen Kinderwunsch – Rauchen verschlimmert die Situation. Auch DNA-Schäden in den Chromosomen der Eizellen können folgen. Dadurch kommt es bei Raucherinnen nicht nur seltener zu einer Befruchtung, sondern auch zum häufigeren Auftreten von frühen Aborten. Die Giftstoffe im Rauch, die durch das Blut in jede Zelle des Körpers kommen, verringern zudem die Beweglichkeit der Flimmerhärchen in den Eierstöcken. Das erhöht das Risiko für Eileiterschwangerschaften. Nicht zuletzt wird auch die Schleimhaut der Gebärmutter in Mitleidenschaft gezogen, sie wird weniger gut aufgebaut, so dass sich ein befruchtetes Ei schlechter einnisten kann. Passiv-, Wenig- und Viel-Raucherinnen waren laut der Auswertung gleichermaßen betroffen.

Auch Kinderwunschbehandlungen sind bei Raucherinnen und Passivraucherinnen seltener erfolgreich. Und letztlich treten bei Raucherinnen auch die Wechseljahre im Durchschnitt um zwei Jahre früher ein. Albring fügt hinzu: „Außerdem ist bekannt, dass Rauchen in der Schwangerschaft das Risiko für Wachstumsstörungen, Totgeburten, aber auch Fehlbildungen beim Ungeborenen erhöht.“

„Nur noch 5,2 Prozent aller Mädchen zwischen 12 und 17 Jahren in Deutschland rauchen. Das ist hervorragend: im Jahr 1997 waren es noch fast 30 Prozent“, kommentiert der Präsident des Berufsverbandes der Frauenärzte (2). „Aber im Alter von 18 bis 25 Jahren raucht jede vierte junge Frau, und jede zehnte täglich, davon die meisten über 10 Zigaretten am Tag. Gar nicht erst mit dem Rauchen anfangen ist eigentlich der allerbeste Weg gesund zu bleiben.“

Quellen:

(1) de Angelis C, Nardone A, Garifalos F, et al. Smoke, alcohol and drug addiction and female fertility. *Reprod Biol Endocrinol.* 2020;18(1):21. Published 2020 Mar 12. doi:10.1186/s12958-020-0567-7

(2) BzgA-Forschungsbericht Juli 2020: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019.

Berufsverband der Frauenärzte BVF eV Frauenärzte im Netz

<https://www.medwiss.de/2021/05/28/spaeter-mal-kinder-kriegen-das-klappt-besser-ohne-zigaretten/>

Aspirin während der Schwangerschaft und das postpartale Blutungsrisiko

Hastie R. et al.

Bei 3–8% aller Schwangerschaften entwickelt sich eine Präeklampsie. Zur Prophylaxe kommt weitverbreitet Aspirin zum Einsatz, obwohl hierdurch das Risiko für Blutungen zunimmt. R. Hastie et al. haben bei schwangeren Frauen untersucht, ob eine Gabe von Aspirin Blutungskomplikationen fördert.

Die Studie nutzte Daten von 313 624 Frauen aus Schweden, die zwischen Januar 2013 und Juli 2017 entbunden hatten. Diese waren innerhalb des schwedischen Schwangerschaftsregisters erfasst. Dieses Register beinhaltet Daten des „Swedish Maternal Health Care Register“ und „Swedish National Quality Register for Prenatal Diagnosis“ sowie solche aus Gesundheitsakten. Die Studienautoren ermittelten jeweils das Blutungsrisiko im Zusammenhang mit Aspirin vor, während und nach der Geburt. Zudem wurden die Effekte von Aspirin in Hinblick auf neonatale intrakranielle Blutungen untersucht.

Ergebnisse

Von den 313 624 in die Studie eingeschlossenen Frauen wurden 4088 (1,3%) während ihrer Schwangerschaft mit Aspirin behandelt. Aspirin-Nutzerinnen waren im Vergleich zu Nichtnutzerinnen tendenziell älter, fettleibiger und häufiger nicht erstgebärend. Frauen, die Aspirin erhielten, waren zudem häufiger durch eine Mehrlingsschwangerschaft, eine In-vitro-Fertilisation sowie eine vorangegangene Kaiserschnittentbindung gekennzeichnet und zeigten höhere Raten an Bluthochdruck, Diabetes sowie Schwangerschaftskomplikationen (beispielsweise Präeklampsie). Bei Betrachtung des Zeitraums vor der Geburt bestand keine Assoziation zwischen einer Aspirin-Nutzung und Blutungskomplikationen (adjustierte Odds Ratio [aOR] 1,22). Während der Wehen belief sich die Blutungsinzidenz bei Einsatz von Aspirin auf 2,9%, gegenüber 1,5% bei einem Verzicht auf Aspirin (aOR 1,63). Auch wiesen Aspirin-Nutzerinnen gegenüber Nichtnutzerinnen eine höhere Inzidenz von postpartalen Blutungen (10,2 vs. 7,8%; aOR 1,23) sowie postpartalen Hämatomen auf (0,4 vs. 0,1%; aOR 2,21). Die Autoren stellten zudem im Zusammenhang mit Aspirin ein erhöhtes Risiko für neonatale intrakranielle Blutungen fest (0,07 vs. 0,01%; aOR 9,66). Es wurden ebenfalls die Effekte des Geburtsmodus untersucht: So zeigten Frauen, die Aspirin erhielten und vaginal entbanden, vermehrt postpartale Blutungen (aOR 1,25). Bei Aspirin-Nutzerinnen mit einer Kaiserschnittentbindung war dies hingegen nicht der Fall (aOR 0,95).

Das zur Prophylaxe von Präeklampsie eingesetzte Aspirin sollte nicht generell verabreicht werden, da sich das postpartale Blutungsrisiko erhöht. Im Bild: Hämatome im Bereich der Sectionaht, über dem Mons pubis und am linken Beckenkamm 3 Tage nach einer sekundären Sectio in der 38. SSW. (Quelle: Steiner K. Prognose. In: Steiner K, Hrsg. Blickdiagnosen in Geburtshilfe und Neonatologie. 1. Auflage. Stuttgart: Thieme; 2013)

Fazit

Laut Studienergebnis geht der Einsatz von Aspirin während der Schwangerschaft mit einem erhöhten Risiko für nachgeburtliche Blutungen sowie Hämatome einher. Aktuell sei das Risiko für solche Komplikationen zwar als niedrig einzustufen, dieses könne aber mit einem verbreiteten liberalen Einsatz von Aspirin ansteigen, so die Autoren. Die Studienergebnisse sprächen gegen einen universellen Einsatz dieser Substanz bei allen schwangeren Frauen.

Dr. Frank Lichert, Weilburg

Publikationsverlauf

Publikationsdatum:

14. April 2021 (online)

© 2021. Thieme. All rights reserved.

https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/a-1380-6361?utm_campaign=newsletterwhoosh-2021&utm_source=themen-nl&utm_medium=email&utm_content=21k5sp_210aa2_21om5a#N68368

„Baby Blues“ oder postpartale Thyreoiditis?

Autor: Dr. Barbara Kreuzkamp

Gereizt, genervt und schlapp einige Wochen nach der Entbindung? Das muss nicht nur an der neuen Situation liegen, in der sich eine junge Mutter befindet. Ursache ist manchmal auch eine postpartal auftretende Entzündung in der Schilddrüse.

Eine postpartale Thyreoiditis (PPT) betrifft eine von 20 Frauen nach der Entbindung. Die Symptome sind unspezifisch und können von Patientinnen und Ärzten gleichermaßen als „normal“ für diese turbulente Zeit fehlgedeutet werden. Hinter der PPT steckt ein Autoimmunprozess, angestoßen durch den **immunologischen Rückstoß** nach der relativen Immunsuppression während der Schwangerschaft, schreiben Dr. Riley Epp, University of Ottawa, und Kollegen.

Die Postpartum-Thyreoiditis zeigt klassischerweise einen triphasischen Verlauf. Sie beginnt etwa **ein bis sechs Monate nach der Entbindung** mit der thyreotoxischen Phase, die nach rund zwei bis drei Monaten in eine hypothyreote Phase übergeht. Als dritter Schritt stellt sich nach weiteren drei bis sechs Monaten meist wieder eine Euthyreose ein, bei 20–30 % der Frauen persistiert die Unterfunktion allerdings.

Als Symptome der thyreotoxischen Phase treten vermehrt **Fatigue, Palpitationen sowie Nervosität und Reizbarkeit** auf, in der hypothyreoten Phase dominieren mangelnde Konzentration und Depressionen. Auch Laktationsprobleme können ihren Ausgangspunkt in einer Dysfunktion der Schilddrüse haben. Die Differenzialdiagnose PPT sollte spätestens immer dann im Raum stehen, wenn eine Mutter innerhalb des ersten Jahres nach der Geburt mit entsprechenden Beschwerden oder gar dem Verdacht auf eine Postpartum-Depression vorstellig wird.

Autoimmunerkrankungen als Risikofaktoren

Zusätzlich sollten (**Hoch-)**Risikofaktoren hellhörig machen. Dazu gehören u.a. eine vorangegangene PPT-Episode, eine behandlungspflichtige Hashimoto-Thyreoiditis, ein positiver Anti-TPO-Status, ein Typ-1-Diabetes sowie anamnestisch bekannte weitere Autoimmunerkrankungen. Eine **gezielte Diagnostik** sechs bis zwölf Wochen nach der Geburt empfehlen die Autoren nicht nur bei Symptomen, sondern auch bei diesen Risikofaktoren.

Zur Abklärung wird der **TSH-Spiegel bestimmt** und bei sehr niedrigen Werten – zum Ausschluss einer Basedow-Erkrankung – nach TSH-Rezeptorantikörpern (TRAK) gesucht. Ein negativer TRAK-Befund und erhöhtes freies T4 und T3 sprechen für die hyperthyreote PPT-Phase. In der hypothyreoten Phase ist der TSH-Spiegel erhöht.

Erhöhtes Risiko für eine permanente Unterfunktion

Liegen die TSH-Werte trotz Symptomen/Risikofaktoren im normalen oder nur leicht erhöhten Bereich, befindet sich die Patientin womöglich in der **Hyper-Hypo-Übergangsphase**. Dann ist eine Testwiederholung vier Wochen später sinnvoll.

Therapieren muss man die Betroffenen in der thyreotoxischen Phase nicht unbedingt, es bedarf aber einer **Verlaufskontrolle der Laborwerte**. Bei belastenden Symptomen kann evtl. ein Betablocker helfen. In der Unterfunktionsphase richtet sich die Behandlung nach dem Ausmaß der Beschwerden. Liegt der TSH-Wert über 10 mIU/l, sollte man unbedingt L-Thyroxin substituieren. Das gilt auch bei wiederholt erhöhten TSH-Spiegeln unter 10 mIU/l. Eine ausgeheilte PPT erhöht das Risiko, künftig eine permanente Schilddrüsenunterfunktion zu entwickeln. Deshalb ist eine **Nachsorge in jährlichen Abständen** (bei Kinderwunsch häufiger) ratsam.

Quelle: Epp R et al. BMJ 2021; 372: n495; DOI: 10.1136/bmj.n495

17.04.2021

<https://www.medical-tribune.de/medizin-und-forschung/artikel/baby-blues-oder-postpartale-thyreoiditis/>

Crystal-Meth-Konsum in der Schwangerschaft: Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes

Freitag, 7. Mai 2021

Frauen, die Methamphetamin – auch als Crystal Meth bekannt – in der Schwangerschaft konsumieren, müssen mit negativen Auswirkungen auf die Entwicklung ihrer Kinder rechnen. Dies zeigt eine systematische Literaturübersicht in der aktuellen Ausgabe des *Deutschen Ärzteblattes* (2021; DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0128).

Der Konsum von Crystal Meth vor allem bei jungen Erwachsenen nimmt zu. Damit steigt auch die Zahl der Kinder, die vor der Geburt Methamphetamin ausgesetzt sind. In ihrer Analyse kommen die Forscher aus dem Universitätsklinikum Dresden zu dem Ergebnis, dass eine pränatale Methamphetaminexposition (PME) – im Vergleich zu Kindern ohne PME – mit einem niedrigeren Geburtsgewicht und einem geringeren Kopfumfang verbunden ist. Registriert wird zudem eine geringere Körpergröße bei Kindern mit PME, die auch bei Dreijährigen noch fortbesteht.

Weiter fanden die Dresdner Forscher Auffälligkeiten bei der kognitiven Entwicklung der betroffenen Kinder; so hatten diese im Alter von 4 Jahren eine niedrigere soziale Kompetenz und eine weniger weit entwickelte Auge-Hand-Koordination. Begünstigt werden solche neurokognitiven Auffälligkeiten, wenn die Kinder in einem Umfeld von Armut, Gewalt und Streit aufwachsen.

Die Autoren empfehlen, bei betroffenen Frauen möglichst früh in der Schwangerschaft eine auf völlige Abstinenz ausgerichtete Entzugstherapie einzuleiten. © *ek/aerzteblatt.de*

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/123670/Crystal-Meth-Konsum-in-der-Schwangerschaft-Auswirkungen-auf-die-Entwicklung-des-Kindes?rt=1f1c38ada4d01c15832daeb217059a69>

Diabetes beeinträchtigt Schwangerschaften

In einer Kohortenstudie fanden Forscher Hinweise darauf, dass Diabetes mit unerwünschten Schwangerschaftsergebnissen verbunden ist und identifizierten den HbA1c-Wert, Deprivation und Typ-2-Diabetes als unabhängige und modifizierbare Risikofaktoren für den perinatalen Tod.

Hintergrund

Diabetes in der Schwangerschaft ist mit Frühgeburten, extremen Geburtsgewichten und einer erhöhten Rate an angeborenen Anomalien, Totgeburten und dem Tod von Neugeborenen verbunden.

Zielsetzung

Wissenschaftler um Prof. Helen Murphy von der University of East Anglia in Norwich, Großbritannien, hatten es sich zum Ziel gesetzt, modifizierbare Risikofaktoren, die mit ungünstigen Schwangerschaftsergebnissen bei Frauen mit Typ-1- (T1D) und Typ-2-Diabetes (T2D) verbunden sind, zu identifizieren und zu vergleichen und Mutterschaftskliniken mit guten Ergebnisraten zu identifizieren. Ihre Ergebnisse publizierten sie in der Fachzeitschrift *Lancet Diabetes & Endocrinology* [1].

Methodik

In dieser nationalen bevölkerungsbasierten Kohortenstudie nutzten die Wissenschaftler Daten zu Schwangerschaften bei Frauen mit T1D oder T2D, die in den ersten fünf Jahren des National Pregnancy in Diabetes-Audits in 172 Entbindungskliniken in Großbritannien (England, Wales und auf der Isle of Man) erhoben worden waren. Sie extrahierten Daten über geburtshilfliche Komplikationen, wie Frühgeburt (Geburt vor der 37. Schwangerschaftswoche), ein für das Gestationsalter großes Geburtsgewicht (large for gestational age [LGA] birthweight) (> 90. Perzentil) und unerwünschte

Schwangerschaftsergebnisse (angeborene Anomalie, Totgeburt, Tod des Neugeborenen) für Schwangerschaften, die zwischen 1. Januar 2014 und 31. Dezember 2018 abgeschlossen worden waren.

Die Wissenschaftler untersuchten Zusammenhänge zwischen veränderbaren Risikofaktoren (HbA1c [glykiertes Hämoglobin]-Wert, BMI [Body-Mass-Index], Betreuung vor der Schwangerschaft, Entbindungsklinik) und nicht veränderbaren Risikofaktoren (Alter, ethnische Zugehörigkeit, Deprivation, Dauer des T1D) mit Schwangerschaftsergebnissen bei Frauen mit T1D im Vergleich zu denen bei Frauen mit T2D. Sie berechneten Assoziationen zwischen mütterlichen Faktoren und perinatalen Todesfällen unter Verwendung eines Regressionsmodells, welches auch Diabetesart und -dauer, das Alter der Mutter, den BMI, den Deprivationsstatus, den HbA1c-Wert im ersten Trimester, den präkonzeptionellen Folsäurespiegel, potenziell schädliche Medikamente und den HbA1c-Wert im dritten Trimester berücksichtigte.

Ergebnisse

Die Forscher arbeiteten mit Datensätzen zu insgesamt 17.375 Schwangerschaftsergebnisse bei 15.290 schwangeren Frauen. 8.690 (50,0%) von 17.375 Schwangerschaften lagen bei Frauen mit Typ-1-Diabetes vor. Ihr Durchschnittsalter bei der Entbindung betrug 30 Jahre, die mittlere Dauer der Diabeteserkrankung 13 Jahre. 8.685 (50,0%) der Schwangerschaften lagen bei Frauen mit T2D vor. Ihr Durchschnittsalter bei der Entbindung betrug 34 Jahre, die mittlere Dauer der Diabeteserkrankung drei Jahre. Die Raten an Frühgeburten und Kindern mit hohem Geburtsgewicht waren bei Frauen mit T1D signifikant höher als bei Frauen mit T2D. Die Prävalenz angeborener Anomalien, Abbrüche und fetaler Verluste sowie Totgeburten unterschieden sich für Schwangerschaften von Frauen mit T1D nicht signifikant von denen von Frauen mit T2D. Die Neugeborenensterblichkeit war bei Müttern mit T2D höher als bei Müttern mit T1D (siehe Tabelle).

	Typ-1-Diabetes	Typ-2-Diabetes	
Frühgeburten (Rate)	3.325 (42,5%) [n = 7.825]	1825 (23,4%) [n = 7.815]	p < 0,0001
Hohes Geburtsgewicht (Rate) (LGA)	4.095 (52,2%) [n = 7.845]	2065 (26,2%) [n = 7.885]	p < 0,0001
Angeborene Anomalien, Abbrüche und fetale Verluste	44,8 pro 1.000 Lebendgeburten	40,5 pro 1.000 Lebendgeburten	p = 0,17
Totgeburten	10,4 pro 1.000 Lebend- und Totgeburten	13,5 pro 1.000 Lebend- und Totgeburten	p = 0,072
Neugeborenensterblichkeit	7,4 pro 1.000 Lebendgeburten	11,2 pro 1.000 Lebendgeburten	p = 0,013

In der gesamten Studienpopulation wurden folgende unabhängige Risikofaktoren für den perinatalen Tod (Totgeburt oder Tod des Neugeborenen) identifiziert:

- HbA1c-Wert von $\geq 6,5\%$ im dritten Trimester (48 mmol/mol) (Odds Ratio [OR] 3,06 [95%-KI 2,16 – 4,33] gegenüber HbA1c $< 6,5\%$)
- Hohes Ausmaß an Deprivation (OR 2,29 [95%-KI 1,16 – 4,52] für Frauen im oberen 20%-Bereich gegenüber Frauen im unteren 20%-Bereich)
- Vorliegen von T2D (OR 1,65 [95%-KI 1,18 – 2,31] gegenüber Vorliegen von T1D)

Variationen bei HbA1c-Werten und hohen Geburtsgewichten (LGA) waren mit mütterlichen Merkmalen (Alter, Diabetesdauer, Deprivation, BMI) assoziiert, ohne dass wesentliche Unterschiede zwischen den Entbindungskliniken beobachtet wurden.

Fazit

Die Wissenschaftler sehen in ihren Daten einen Beleg dafür, dass bei Frauen mit T1D oder T2D immer noch unerwünschte Schwangerschaftsergebnisse auftreten. Mütterliche Blutzuckerregulation und BMI sind die wichtigsten modifizierbaren Risikofaktoren. Keine Entbindungsklinik zeichnete sich durch deutlich bessere Ergebnisse gegenüber anderen aus. Für die Wissenschaftler ist dies ein Hinweis darauf, dass in allen Kliniken Änderungen in der Versorgung von Schwangeren mit Diabetes erforderlich sind.

Autor:

Dr. Elke Schlüssel (Medizinjournalistin)

Stand:

01.05.2021

Quelle:

Murphy et al. (2021) Characteristics and outcomes of pregnant women with type 1 or type 2 diabetes: a 5-year national population-based cohort study. The Lancet Diabetes & Endocrinology, DOI: 10.1016/S2213-8587(20)30406-X

<https://www.gelbe-liste.de/diabetologie/diabetes-schwangerschaft>

Einfluss von Opioiden auf Schwangerschaftsrate & Fehlgeburtsrisiko

Frauen mit Kinderwunsch sollten auf Opioid-haltige Schmerzmittel verzichten, da diese die Chance auf eine Schwangerschaft um etwa ein Drittel reduzieren im Vergleich mit Frauen ohne Opioid. Und selbst wenn die Opioid-Anwenderin ein Kind erwartet, steigt das Risiko einer Fehlgeburt – in den ersten acht Schwangerschaftswochen um mehr als das Doppelte.

Opioiden auch bei nicht-tumorbedingten Schmerzzuständen zu verordnen, hat in den letzten Jahren zugenommen – auch bei jüngeren Frauen. Was ein Segen für viele Schmerzpatientinnen ist, wirft aber auch Fragen auf. Wie sieht es beispielsweise mit der Fertilität während oder nach einer Opioid-Therapie aus?

Opioiden mit Urin-Screening kontrolliert

Dieser Frage sind US-amerikanische Gynäkologen nachgegangen. Sie untersuchten 1.228 Frauen, die auf natürlichem Wege versuchten, schwanger zu werden, wurden bis zu sechs Menstruationszyklen lang bzw. während ihrer gesamten Schwangerschaft. Der Opioidkonsum wurde mittels Urin-Screening und Selbstauskunft zu mehreren Zeitpunkten während vor der Empfängnis und der frühen Schwangerschaft ermittelt.

Parameter: Zeit bis zum Schwangerschaftsnachweis, wie viele Babys

Weitere Parameter waren die Zeit bis zum Eintritt einer Schwangerschaft sowie die Inzidenz von Lebendgeburt bzw. Schwangerschaftsverlust. Daraus wurden die Odds Ratios (OR) und Risk Ratios (RR) berechnet, und diese mit reproduktiven und soziodemographischen Merkmalen sowie dem Gebrauch von Antidepressiva, Tabak, Alkohol und Marihuana adjustiert.

18% der Probandinnen hatten Opioiden genommen

Ergebnis:

- 18 % der Probandinnen wiesen vor der Empfängnis positive Urintests auf oder gaben selbst die Anwendung von Opioiden an. Jedoch gaben 12 % der Frauen an, während oder nach ihrer letzten Schwangerschaft Opioiden angewendet zu haben.

Opioiden steigern Fehlgeburtsrate um das Doppelte

Die Einnahme von Opioiden zum Studienbeginn war mit einer um 29% verringerten Wahrscheinlichkeit assoziiert, während eines einzelnen Menstruationszyklus schwanger zu werden (OR: 0,71; 95 %-Konfidenzintervall: 0,50–1,0).

- 24 % der Frauen erlitten eine Fehlgeburt.
- Das relative Risiko für den Verlust der Schwangerschaft stieg, wenn die Opioidanwendung später in der Schwangerschaft nachgewiesen wurde:

- o Zu Beginn des Empfängniszyklus: RR 1,50 (95 %-KI 0,85–2,60)
- o 4. Schwangerschaftswoche: RR 2,1 (95 %-KI 1,1–4,1)
- o 4. bis 8. Schwangerschaftswoche: RR 2,5 (95 %-KI 1,3–5,0)

Nach Opioid-Konsum fragen

Fazit der US-amerikanischen Wissenschaftler: Eine Opioidexposition senkt die Chance auf eine Schwangerschaft auch bei ansonsten gesunden, nicht opioidabhängigen Frauen. Des Weiteren schaden die Opiode dem Schwangerschaftsausgang. Um diese Risiken abzuschätzen, empfehle es sich, Frauen mit Kinderwunsch auch nach Opioid-Einnahme in der Vergangenheit zu fragen.

Autor:

Angelika Ramm-Fischer (Ärztin)

Stand:

02.05.2021

Quelle:

1. Flannagan KS et al. (2020): Is opioid use safe in women trying to conceive? *Epidemiology*. 2020;31(6):844-851. doi: 10.1097/ede.0000000000001247.

<https://www.gelbe-liste.de/gynaekologie/opioide-schwangerschaftsrate-fehlgeburten>

Gestationsdiabetes: Übergewicht, Ernährung, Stress und Sommer als Risikofaktoren

Montag, 17. Mai 2021

München, Tübingen und Fulda – Die Zunahme des Gestationsdiabetes, die in den meisten Ländern der ersten Welt seit einiger Zeit beobachtet wird, ist nicht allein auf das steigende Alter der Schwangeren zurückzuführen. Die Ergebnisse aus mehreren deutschen Patientenregistern, die auf dem Diabeteskongress 2021 vorgestellt wurden, weisen auf weitere Risikofaktoren hin.

In Deutschland erkrankt mittlerweile jede 8. Frau während einer Schwangerschaft an einem Gestationsdiabetes. Im Alter ab 40 Jahren ist es jede 5. und im Alter von über 45 Jahren jede 4. Schwangere. Dennoch dürfte das Alter nicht der eigentliche Auslöser sein. Ebenso wie beim Typ-2-Diabetes, dessen Vorbote ein Gestationsdiabetes sein kann, sind die Ursachen (abgesehen von der genetischen Prädisposition) eher im Lebensstil und in der Ernährung zu suchen.

Dies zeigt auch eine Auswertung der GeliS-Studie („Gesund leben in der Schwangerschaft“), die seit 2013 in Frauenarztpraxen in 10 bayerischen Regionen durchgeführt wird. Bei 1.694 Teilnehmerinnen wurde zwischen der 24. und 28. Schwangerschaftswoche ein oraler Glukosetoleranztest durchgeführt. Bei 10,8 % der Schwangeren wurde ein Gestationsdiabetes diagnostiziert.

Die Analyse der Krankenakten, deren Ergebnisse Monika Spies vom Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München vorstellte, ergaben, dass Gewichtsprobleme der wichtigste Risikofaktor waren. Schwangere mit Übergewicht (vor der Schwangerschaft) erkrankten zu 51 % häufiger an einem Gestationsdiabetes (Odds Ratio 1,51; 95%-Konfidenzintervall 1,02 bis 2,24).

Bei einer Adipositas war das Risiko sogar 5-fach erhöht (OR 4,91; 3,35 bis 7,19). Das Körpergewicht hatte damit einen größeren Einfluss auf das Erkrankungsrisiko als das Alter während der Schwangerschaft: Spies ermittelte eine Odds Ratio von 2,09 (1,17 bis 3,73) für ein Alter von 26 bis 35 Jahren und eine Odds Ratio von 2,84 (1,45 bis 5,56) für ein Alter von 36 bis 43 Jahren.

Unter den Ernährungsfaktoren wirkte sich ein Fettanteil von unter 30 Energie-% günstig aus. Die fettarme Kost verringerte das Risiko auf einen Gestationsdiabetes um 31 %. Intensiver Sport führte ebenfalls zu einer Verminderung des Risikos, die jedoch nicht signifikant war. Mentale Gesundheit, Lebensstil und eine starke Gewichtszunahme in der Frühschwangerschaft hatten dagegen keinen nachweisbaren Einfluss.

In der Deutschen Studie Schwangerschaftsdiabetes (PREG) war anders als in der GeliS-Studie ein Einfluss der mütterlichen Psyche auf den Glukosestoffwechsel nachweisbar. Ilona Bauer vom Institut für

Diabetesforschung und metabolische Erkrankungen an der Universität Tübingen führt ihn auf den Anstieg der Entzündungsparameter zurück, die die Insulinsensitivität der Mutter vermindern könnten. Tatsächlich hatten Schwangere, die im Gesundheitsfragebogen für Patienten PHQ-D vermehrt Stress, depressive Symptome und somatische Symptome angaben, erhöhte Werte von Interleukin 6 im Blut, einem wichtigen Zytokin der angeborenen Immunabwehr.

Ein Anstieg von Interleukin 6 war wiederum mit einer verminderten Insulinsensitivität, sprich Insulinwirkung verbunden. Da ein vermehrter Stress ebenfalls mit einer verminderten Insulinwirkung assoziiert war, könnten alle 3 Faktoren in einem kausalen Zusammenhang stehen.

Ein Team um Prof. Claudia Eberle von der Hochschule Fulda sucht nach Umwelteinflüssen auf den Gestationsdiabetes. Ihre Analyse der DPV-Datenbank (Diabetes-Patienten-Verlaufsdokumentation) zeigt, dass es in den Sommermonaten häufiger zu einem Gestationsdiabetes kommt als im Winter. Ob dies mit den höheren Temperaturen oder mit anderen sommerlichen Stressfaktoren zusammenhängt, ist unklar. © rme/aerzteblatt.de

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/123885/Gestationsdiabetes-Uebergewicht-Ernaehrung-Stress-und-Sommer-als-Risikofaktoren?rt=1f1c38ada4d01c15832daeb217059a69>

Schwangere mit MS: Schadet Schubbehandlung dem Ungeborenen?

Dr. Uta von der Gönna Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Universitätsklinikum Jena

Ein Studienteam vom Universitätsklinikum Jena untersucht Kinder von Multiple Sklerose-Patientinnen, die in der Schwangerschaft mit Kortison behandelt wurden. In einer klinischen Studie will es herausfinden, ob der Einsatz des synthetischen Stresshormons bei werdenden Müttern ungefährlich für das Ungeborene ist. Die Studie wird mit dem Multiple Sklerose-Forschungspreis „Grant for Multiple Sclerosis Innovation“ gefördert.

Für Multiple Sklerose-Patienten, die unter einem akuten Krankheitsschub leiden, bringt die kurzzeitige Behandlung mit einem hochdosierten Kortison-Präparat Linderung. Der Wirkstoff, ein synthetisches Stresshormon, hemmt zuverlässig die Entzündungsaktivität, wenn bei der autoimmun bedingten chronischen Entzündung des Nervensystems neue oder zuvor überwundene Krankheitszeichen auftreten. Der Wirkstoff wird auch in der Schwangerschaft eingesetzt, die Behandlung gilt als ungefährlich für das ungeborene Kind.

Ein Forschungsteam an der Klinik für Neurologie des Universitätsklinikums Jena beschäftigt sich seit längerem mit den langfristigen Auswirkungen von vorgeburtlichem Stress auf die Hirnentwicklung. Neben tierexperimentellen Studien untersuchten sie Kinder von Stresspatientinnen, Menschen, die in Hungerzeiten geboren wurden, und Kinder, deren Mütter wegen drohender Frühgeburt Stresshormone verabreicht wurden, um die Lungenreifung des Babys voranzutreiben. „Wir wissen, dass ein erhöhter Stresshormonspiegel bei Schwangeren Auswirkungen auf die geistige Entwicklung der Kinder haben kann. Die Regulierung der Stresssignale wird nachhaltig gestört, so dass diese Kinder später weniger stresstolerant sind und sich schlechter konzentrieren können als Alterskameraden“, fasst der Neurologe PD Dr. Florian Rakers die bisherigen Ergebnisse zusammen.

Er bewarb sich erfolgreich beim Grant for Multiple Sclerosis Innovation um die Förderung einer klinischen Studie, um herauszufinden, ob sich auch die Behandlung eines Multiple Sklerose-Schubs bei Schwangeren nachteilig für die Hirnentwicklung des Ungeborenen auswirken kann. Für die Teilnahme sucht das Studienteam deshalb Kinder und Jugendliche im Alter von 8 bis 18 Jahren, deren Mütter an Multipler Sklerose erkrankt sind. Gesucht sind sowohl Kinder, deren Mütter in der Schwangerschaft eine Therapie mit dem Wirkstoff Methylprednisolon erhalten haben, als auch Kinder von MS-Patientinnen, die als Schwangere keinen Schub erlitten haben. Interessierte Familien können sich telefonisch unter 03641/9323593 oder per E-Mail an MS-Kinder@med.uni-jena.de melden.

Die Kinder werden in zwei Studienzentren, am Uniklinikum Jena und am Katholischen Klinikum Bochum, hinsichtlich ihrer kognitiven und motorischen Entwicklung, etwaiger Verhaltensauffälligkeiten und ihrer Stressempfindlichkeit untersucht. Dazu gehören neuropsychologische Tests, EEG- und EKG-Messungen, Probennahmen und eine MRT-Untersuchung. Neben einer Aufwandsentschädigung in Höhe von 150 Euro und den Fahrtkosten erhalten die Familien eine schriftliche Auswertung und auf Wunsch auch eine ausführliche telefonische Erläuterung der Ergebnisse.

„Aus der Behandlungspraxis unseres MS-Zentrums, das als überregionales Zentrum zertifiziert ist, kennen wir die Schubbehandlung mit Methylprednisolon als gut verträgliche und effektive Therapie. Mit unserer Studie wollen wir die Datengrundlage für eine evidenzbasierte Entscheidungsfindung schaffen, welche medikamentöse Behandlung Schwangere bei einem MS-Schub erhalten sollten“, so Prof. Matthias Schwab, Leiter des Jenaer MS-Zentrums.

03.05.2021 13:47

Wissenschaftliche Ansprechpartner:

PD Dr. Florian Rakers

Weitere Informationen:

<http://www.MS-Kinder.de>

Schwere Psoriasis: In der Schwangerschaft ist eine Biologika-Therapie möglich

Frauen mit Psoriasis haben es schwer: Sie leiden vor allem psychisch mehr als die Männer. Und für sie ist vor allem die Familienplanung ein großes Problem. Daher überlegen sie es sich lange, ob sie ein Kind bekommen wollen. Die Schwangerschaftsrate der Psoriatikerinnen ist im Vergleich zu Hautgesunden etwa um 15 % niedriger und auch die Zahl der Lebendgeburten liegt um etwa 30% unter der der Hautgesunden, berichtete Dr. Sandra Philipp (Oranienburg).

Die Frauen befürchten vor allem, dass

- sie ihre Erkrankung an das Kind weitergeben könnten.
- eine Behandlung, insbesondere eine systemische, während der Schwangerschaft dem Baby schaden könnte.
- ihre Erkrankung wegen der Schwangerschaft erst gar nicht behandelt wird.
- sie eine Risikoschwangerschaft ein gehen.

A priori wirkt sich die Schwangerschaft zunächst nicht negativ auf die Schuppenflechte aus: Bei gut der Hälfte stellt sich eine Besserung der Erkrankung ein (vor allem im ersten und zweiten Trimester), bei 45 % der schwangeren Psoriatikerinnen bleiben die Symptome gleich oder verschlechtern sich.

Ungünstiger Schwangerschaftsverlauf

Frauen mit Schuppenflechte haben allerdings ein höheres Risiko für einen ungünstigen Schwangerschaftsverlauf. So entwickeln sie häufiger eine Präeklampsie oder einen Schwangerschaftshochdruck im Vergleich zu Hautgesunden. Auch das Geburtsgewicht der Babys liegt unter dem der Kinder von Frauen ohne chronisch-entzündliche Erkrankung. Zudem kommt es bei den Psoriatikerinnen häufiger zu moderaten Frühgeburten (32.-36. Woche). Im Prinzip gilt: Je schwerer die Erkrankung, desto höher das Risiko für einen ungünstigen Schwangerschafts-Outcome, sagte Philipp.

Schübe nach der Geburt

Und auch nach der Niederkunft reißen die Probleme für die Schuppenflechte-Patientinnen nicht ab: es kommt bei 65% zu postpartalen Schüben an der Haut, (40 % bei PSOR-Arthritis).

Nach Ansicht der Dermatologin unterstreichen diese Daten, die Notwendigkeit einer guten Therapieeinstellung – auch mit Biologika – vor und während der Schwangerschaft.

Certolizumab kaum plazentagängig

Und das ist auch mit systemischen Therapien möglich, wie Dr. Nina Magnolo (Münster) berichtete. Eine Option ist der TNF α -Blocker Certolizumab pegol. Damit kann laut Leitlinie bei schwerer Psoriasis die

Behandlung sowohl in der Schwangerschaft als auch während der Stillzeit fortgesetzt werden. Certolizumab pegol ist ein pegyliertes Fab-Fragment eines rekombinanten humanisierten monoklonalen anti-TNF- α Antikörpers. Da Certolizumab pegol keinen Fc-Anteil hat, ist es kaum plazentagängig. Und auch in die Muttermilch geht der Wirkstoff kaum über, so Magnolo.

Die Therapie mit Certolizumab pegol lohnt sich: Langzeitstudien belegen eine stabile Besserung des Hautbildes (PASI 75) und der Beschwerden bei Psoriasis-Arthritis, so Magnolo.

Autor: Angelika Ramm-Fischer (Ärztin)

Stand: 07.05.2021

Quelle:

1. Veranstaltung: Online-Industriesymposium bei der 51. Tagung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft „Patientenorientierte Versorgung in der Psoriasis-Therapie“, 15.4.2021 Veranstalter: UCB Pharma GmbH, Produkte: Certolizumab (Cimzia®)

<https://www.gelbe-liste.de/dermatologie/psoriasis-biologika-therapie-schwangerschaft>

Topische Kortikosteroide in der Schwangerschaft

Die Anwendung von topischen Kortikosteroiden scheint laut einer großen Kohortenstudie aus Dänemark das Risiko nicht zu erhöhen, dass Föten für ihr Gestationsalter klein sind oder mit erniedrigtem Körpergewicht geboren werden.

Hintergrund

Topische Kortikosteroide werden während der Schwangerschaft häufig angewendet. Einige limitierte Daten haben zu Bedenken geführt, dass Föten für ihr Gestationsalter klein sein oder mit erniedrigtem Gewicht geboren werden könnten - insbesondere bei der Anwendung von potenten bis sehr potenten Wirkstoffen während der Schwangerschaft.

Zielsetzung

Wissenschaftler um Dr. Niklas Worm Andersson, der am Institut für Epidemiologieforschung des Statens Serum Instituts, am Institut für Klinische Pharmakologie des Universitätsklinikums Kopenhagen Bispebjerg und Frederiksberg, und am Institut für Allergie und Dermatologie des Gentofte and Herlev Hospital, alle in Kopenhagen, Dänemark, arbeitet, gingen der Frage nach, ob die Anwendung topischer Kortikosteroide in der Schwangerschaft das Risiko erhöht, dass Neugeborene für ihr Gestationsalter klein sind oder ein niedriges Geburtsgewicht aufweisen. Die Ergebnisse wurden aktuell in der Fachzeitschrift JAMA Dermatology veröffentlicht [1].

Methodik

Im Rahmen einer landesweiten Kohortenstudie stellten die Wissenschaftler aus verschiedenen Registern individuelle Daten zu 1,1 Million Schwangerschaften in einer Quellkohorte zusammen und identifizierten alle 60.497 Schwangerschaften, bei denen im Zeitraum vom 1. Januar 1997 bis zum 31. Dezember 2016 in Dänemark topischen Kortikosteroiden eingesetzt worden waren. Diesen wurden auf der Basis von Propensity Scores, in die eine große Anzahl grundlegender Charakteristika einfließen, 241.986 Schwangerschaften ohne Kortikosteroidexposition zugeordnet.

Die Exposition wurde anhand eingelöster Rezepte für topische Kortikosteroide während der Schwangerschaft bestimmt. Primäre Ergebnisse waren eine kleine Größe für das Gestationsalter (small for gestational age [SGA]) und ein niedriges Geburtsgewicht. Der Zusammenhang zwischen Ergebnissen und Exposition wurde anhand relativer Risikoquoten (RR) und absoluter Risikounterschiede (absolute risk differences [ARD]) bewertet.

Ergebnisse

Bei den 60.497 Schwangerschaften, bei denen topische Kortikosteroiden eingesetzt worden waren, waren 5.678 (9,4%) der geborenen Säuglinge für ihr Gestationsalter klein (SGA) im Vergleich zu 22.634

Säuglingen (9,4%) bei den nicht exponierten Schwangerschaften (RR 1,00; 95%-Konfidenzintervall [KI] 0,98-1,03; ARD 0,3; 95%-KI 2,3-2,9 pro 1.000 Schwangerschaften).

Ein niedriges Geburtsgewicht wurde bei 2.006 (3,3%) der Säuglinge von exponierten Schwangerschaften im Vergleich zu 8.675 (3,6%) der Säuglinge von nicht exponierten Schwangerschaften beobachtet (RR 0,92; 95%-KI 0,88-0,97, ARD -2,7; 95%-KI 4,3-1,1 pro 1.000 Schwangerschaften).

Die Exposition gegenüber potenten bis sehr potenten topischen Kortikosteroiden jeglicher Menge war nicht mit einem erhöhten Risiko für eine kleine Größe (SGA) (RR 1,03; 95%-KI 0,99-1,07) oder niedriges Geburtsgewicht (RR 0,94; 95%-KI 0,88-1,00) verbunden. Post-hoc-Analysen ergaben kein signifikant erhöhtes Risiko bei den schwangeren Frauen, die große Mengen potenter bis sehr potenter topischer Kortikosteroide erhalten hatten (>200 g während der Schwangerschaft) im Vergleich zu nicht exponierten Schwangerschaften (RR 1,17; 95%-KI 0,95-1,46 für SGA; RR 1,14; 95%-KI 0,81-1,60 für niedriges Geburtsgewicht).

Fazit

Die Wissenschaftler fanden in dieser großen Kohortenstudie keinen Zusammenhang zwischen topischer Kortikosteroidanwendung in der Schwangerschaft und einem erhöhten Risiko, dass Säuglinge klein für ihr Gestationsalter (SGA) oder mit niedrigem Geburtsgewicht geboren werden könnten. Sie schließen daraus, dass eine moderate bis große Erhöhung des Risikos unwahrscheinlich ist, auch wenn große Mengen an potenten bis sehr potenten topischen Kortikosteroiden in der Schwangerschaft angewendet werden.

Autor: Dr. Elke Schlüssel (Medizinjournalistin)

Stand: 09.06.2021

Quelle:

1. Andersson et al. (2021) Evaluation of topical corticosteroid use in pregnancy and risk of newborns being small for gestational age and having low birth weight. JAMA Dermatology, DOI: 10.1001/jamadermatol.2021.1090

<https://www.gelbe-liste.de/gynaekologie/topische-kortikosteroide-schwangerschaft>

Stillende Mütter: Hände weg vom Cannabis

Auch wenn frischgebackene Mütter ihren Cannabiskonsum eingestellt haben, gelangen vor allem die lipophilen Inhaltsstoffe des Hanfs wie Tetrahydrocannabinol (THC) in die Muttermilch: Bis zu sechs Wochen nach Abstinenz ist THC nachweisbar. Es wird vermutet, dass die Cannabinoide die Hirnentwicklung der Säuglinge beeinträchtigen.

Keine Frage: Drogen in der Schwangerschaft sind ein No-Go. Doch wie sieht es nach der Entbindung aus? Und wie mit Cannabis, das in den letzten Jahren eine zunehmende Liberalisierung erfahren hat und sich auch immer mehr als Therapeutikum im Praxisalltag etabliert? Schließlich könnte so manche junge Mutter versuchen, gegen den Babyblues anzukiffen.

Wieviel THC ist in der Milch?

Generell gilt die Empfehlung, Müttern, die während der Schwangerschaft oder danach Cannabis konsumiert haben, vom Stillen abzuraten. Stattdessen sollten sie auf künstliche Säuglingsnahrung umsteigen. Inwieweit jedoch der gelegentliche Joint dem Kind schaden kann, ist unklar. Zudem war bisher auch nicht bekannt, wie lang und in welchen Mengen der Hauptinhaltsstoff von Cannabis THC (Tetrahydrocannabinol) nach Abstinenz in die Muttermilch übergeht.

Diese Wissenslücken wollten US-amerikanische Gynäkologen und Pharmakologen schließen. Dazu untersuchten sie in ihrer prospektiven pharmakokinetischen Studie 25 Frauen, die während der Schwangerschaft Cannabis konsumiert hatten und nun nach der Entbindung abstinent sein wollen, weil sie ihr Kind stillen möchten. (1)

Abstinente Stillwillige

Von den 25 Frauen lagen für einen Zeitraum von mindestens 45 Tagen komplette Daten vor. 12 dieser Frauen gaben an, bereits abstinent zu sein. Allerdings ließ sich nur bei sieben die Abstinenz durch Blutplasmaanalysen bestätigen.

THC sechs Wochen nach Abstinenz in der Milch

Die Muttermilch wurde auf Cannabis-Wirkstoffe hin analysiert. Dabei ergab sich, dass das lipophile THC die dominierende Substanz war, hydrophile Metabolite waren in den Konzentrationen zu vernachlässigen. Das THC-Mengenverhältnis Milch: Blutplasma betrug 6:1. Bei den Müttern, die in der Stillphase abstinent wurden, lag die mediane THC-Konzentration in der Milch innerhalb der 1. Woche bei 3,2 ng/ml, stieg auf 5,5 ng/ml nach 2 Wochen und fiel dann langsam ab auf 1,9 ng/ml in der Woche 6. Die mediane Halbwertszeit von THC in der Muttermilch: 17,7 Tage. Das Kind nahm in der ersten Woche im Mittel 2,0 µg THC auf, in Woche 2 waren es 6,7 µg, in Woche 6 wieder 2,0 µg und in Woche 7 6,8 µg.

THC-Gehalt der Milch schwankt

Fazit der Studienautoren: Wenn die Frauen aufhören zu kiffen, dauert es noch mindestens sechs Wochen, bis kein THC mehr in der Muttermilch nachweisbar ist. Für die schwankenden THC-Konzentrationen in dieser Zeit vermuten die Wissenschaftler Differenzen in der Zusammensetzung der Muttermilch nach der Geburt, einen unterschiedlichen individuellen Metabolismus und auch verschiedene Formen und Intervalle des Cannabiskonsums.

Kiffende Schwangere vor Kindsschäden warnen

Die Frage, ob das THC in der Muttermilch dem Kind schadet, lässt sich mit dieser Studie nicht belegen. Allerdings wird angenommen, dass als Folge einer Cannabinoid-Exposition während kritischer Phasen der Gehirnentwicklung subtile, langanhaltende neurofunktionale Veränderungen stattfinden. Außerdem lassen sich auch tiefgreifende Veränderungen der kognitiven Funktionen und der Emotionalität nicht ausschließen (2).

Daher raten die Studienautoren, Cannabis-konsumierende Frauen darüber zu informieren, dass THC mit der Muttermilch auch nach Abstinenz noch für mindestens sechs Wochen ausgeschieden wird und verhaltensneurologische Auswirkungen auf das Kind möglich sind. (1)

Autor: Angelika Ramm-Fischer (Ärztin)

Stand: 27.04.2021

Quelle:

1. Wymore EM et al. (2021): Persistence of Δ -9-Tetrahydrocannabinol in Human Breast Milk. JAMA Pediatr 2021; doi: 10.1001/jamapediatrics.2020.6098.
2. Marinelli KA, et al. (2015): ABM Klinisches Protokoll Nr. 21: Richtlinie zu Stillen und Substanzgebrauch oder substanzbedingter Verhaltensstörung. The Academy of Breastfeeding Medicine. <https://www.gelbe-liste.de/gynaekologie/stillende-cannabis>

Bei angeborener Tränenwegsobstruktion genügt meist Abwarten

Autor: Birgit Maronde

Die Augen des Säuglings tränen ständig und sind oft verklebt? Womöglich hat sich bei ihm die Hasner'sche Klappe bzw. Membran im Ductus nasolacrimalis pränatal nicht zurückgebildet, was den Tränenabfluss behindert.

In den allermeisten Fällen von **Tränenwegsstenose** ist Abwarten die richtige Strategie, denn der Tränen-Nasen-Gang öffnet sich im ersten Lebensjahr häufig spontan. In Studien wurden Raten bis zu 95 % ermittelt, berichtete Professor Dr. Wolf Lagrèze von der Universitätsaugenklinik Freiburg.

Bleibt der Ductus nasolacrimalis verschlossen, erfolgt als Methode der Wahl die **Sondierung in Kurz-narkose**, um die Membran zu durchstoßen. Studien zufolge darf man in etwa 75 % der Fälle von einem Erfolg dieser Maßnahme ausgehen. Erweist sich eine Stenose bei der Sondierung als sehr langstreckig, legt der Kollege in gleicher Sitzung **übers Tränenpünktchen einen Silikonstent**. Auch bei

Rezidivstenosen ist der Stent indiziert. Nach einigen Monaten kann er beim wachen Kind ganz einfach mit einer Pinzette wieder entfernt werden. In Studien mit zwei standardmäßig verwendeten Produkten sind Erfolgsraten um die 95 % erzielt worden.

Für die Kinder, denen auch der Stent nicht geholfen hat, bleibt die **Dakryozystorhinostomie nach Toti**. Dabei wird über einen Hautschnitt im inneren Augenwinkel der Tränensack eröffnet und über ein kleines Knochenfenster ein neuer Tränenweg angelegt, der den Abfluss des Sekrets in die Nase sichert. Die Erfolgschancen liegen bei 80–90 %. Eine minimalinvasive OP über das Naseninnere bewertete Prof. Lagrèze als nicht so effektiv.

Fruchtwasserzyste im Tränensack als Notfall

Häufig wird Eltern von Kindern mit Tränenwegsstenose empfohlen, bei ihrem Sprössling mehrfach täglich den Tränen-Nasen-Kanal zu massieren. Es gibt jedoch keine Belege dafür, dass das nützlich ist, erklärte der Kollege. Er warnte zudem davor, eingetrocknetes gelbliches Tränensekret mit Zeichen einer bakteriellen Infektion zu verwechseln und reflexhaft ein Antibiotikum zu verordnen. Topische Antibiotika hätten nur bei eindeutiger bakterieller Superinfektion einen Stellenwert.

Als Notfall gilt die in der ersten Lebenswoche auftretende **Fruchtwasserzyste** im Tränensack, die als bläulicher Knubbel imponiert. Sie entsteht, wenn neben der Tränenwegsstenose zum Tränenpünktchen hin ein pathologischer Ventilverschluss vorliegt. Bei betroffenen Kindern wird sofort ohne Narkose sondiert oder im Fall eines Rezidivs ein Stent in Narkose implantiert.

Quelle: 14. Pädiatrie-Update-Seminar*

*Online-Veranstaltung

20.05.2021

<https://www.medical-tribune.de/medizin-und-forschung/artikel/bei-angeborener-traenenwegsobstruktion-genuegt-meist-abwarten/>

Gibt Mekonium Hinweise auf die potenzielle Entwicklung von Allergien?

Charisse Petersen von der University of British Columbia in Vancouver und ihre KollegInnen sind der Frage nachgegangen, ob sich bestimmte Eigenschaften des Mekoniums mit späteren Merkmalen des Immunsystems eines Kindes verknüpfen lassen. Sie analysierten dazu die Inhaltsstoffe in Mekoniumproben von 100 Neugeborenen, die an der sogenannten CHILD Cohort Study teilnahmen – einem weltweit durchgeführten Projekt zur Erforschung der Gesundheit von Müttern, Neugeborenen und Kindern. Im Rahmen dieser Studie wurden auch verschiedene Gesundheitswerte aus der späteren Entwicklung der 100 Kinder erfasst, die Mekonium-Proben geliefert hatten.

»Unsere Analysen zeigten, dass Neugeborene, die bis zum Alter von einem Jahr eine gesteigerte allergische Sensibilität entwickelten, ein deutlich weniger reichhaltiges Mekonium bei der Geburt besaßen hatten«, berichtet Co-Autor Brett Finlay von der University of British Columbia. Konkret zeigte sich: Je weniger verschiedene Molekülarten das Mekonium eines Neugeborenen enthielt, desto intensiver reagierte das Immunsystem der Kinder später auf Test-Allergene.

Durch Untersuchungen der Darmflora der Kinder in den Monaten nach der Geburt konnten die ForscherInnen zudem zeigen, dass ein Mangel an bestimmten Substanzen im Mekonium mit Veränderungen bei wichtigen Bakteriengruppen verbunden war. Diese Mikroben spielen eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung und Reifung eines gesunden Ökosystems im Darm, erklären die WissenschaftlerInnen. »Die Studie zeigt somit, dass die Entwicklung eines gesunden Immunsystems und einer günstig zusammengesetzten Darmflora schon lange vor der Geburt eines Kindes beginnt. Es wird deutlich, dass die winzigen Moleküle, denen ein Baby im Mutterleib ausgesetzt ist, eine grundlegende Rolle für seine zukünftige Gesundheit spielen«, resümiert Petersen.

Im Rahmen ihrer Studie konnten die WissenschaftlerInnen ebenso aufzeigen, dass in der Analyse von Mekonium medizinisches Potenzial steckt: Mithilfe eines maschinellen Lernalgorithmus kombinierten

sie Mekonium-, Mikroben- und klinische Daten, um ein Vorhersage-System zu entwickeln. Es gelang ihnen schließlich, mit einem hohen Grad an Genauigkeit zu prognostizieren, ob ein Säugling bis zum Alter von einem Jahr Allergien entwickeln werde oder nicht.

»Wir wissen, dass Kinder mit Allergien das höchste Risiko aufweisen, später im Leben auch Asthma zu entwickeln. Jetzt zeichnet sich eine Möglichkeit ab, gefährdete Neugeborene zu identifizieren, die von frühen Interventionen profitieren könnten, noch bevor sie Anzeichen und Symptome von Allergien oder Asthma entwickeln«, so Co-Autor Stuart Turvey von University of British Columbia und Co-Direktor der internationalen CHILD Cohort Study.

Quelle: Petersen C et al.: A rich meconium metabolome in human infants is associated with early-life gut microbiota composition and reduced allergic sensitization. Cell Reports Medicine 2021. doi: 10.1016/j.xcrm.2021.100260 · wissenschaft.de, 29.4.2021 · DHZ

Erscheinungsdatum: 04.05.2021

<https://www.dhz-online.de/news/detail/artikel/gibt-mekonium-hinweise-auf-die-potenzielle-entwicklung-von-allergien/>

Hypoallergene Säuglingsnahrung kann vor Asthma und Neurodermitis schützen

Autor/in: Dr. oec. troph. Christina Bächle, Redaktion: Dr. Bertil Kluthe

© Kluthe-Stiftung Ernährung und Gesundheit

Dienstag, 25. Mai 2021

Die Ergebnisse einer deutschen Langzeitbeobachtungsstudie von Säuglingen mit einem erhöhten Risiko für allergische Erkrankungen sprechen dafür, dass bestimmte HA-Säuglingsnahrungen einer Erkrankung an Asthma und Neurodermitis im Erwachsenenalter vorbeugen können.

Muttermilch ist nach wie vor die am besten auf die Bedürfnisse von Säuglingen abgestimmte Nahrung. Doch was ist, wenn junge Mütter nicht stillen können oder möchten? Auf dem Markt gibt es eine breite Palette von Säuglingsanfangsnahrungen, deren Zusammensetzung der Muttermilch nachempfunden ist. Manche haben besondere diätetische Eigenschaften. Zu dieser Gruppe zählen hydrolysierte (HA) Säuglingsnahrungen. Diese Produkte, in denen das potenziell allergene Eiweiß (Protein) in unterschiedlichem Grad aufgespalten (hydrolysiert) ist, wurden ursprünglich für Babys mit Kuhmilchallergien entwickelt. Später keimte der Verdacht auf, dass HA-Säuglingsnahrungen auch vor der Entstehung allergischer Erkrankungen schützen könnten. Dieser potenziell präventive Effekt wurde allerdings immer wieder infrage gestellt. Etwas mehr Klarheit versprechen die Ergebnisse der GINI-Allergiestudie, die unlängst in der Fachzeitschrift *“Allergy”* veröffentlicht wurden.

“GINI” steht für *“The German Infant Nutritional Intervention”*. In dieser Studie wurden Langzeiteffekte verschiedener HA-Säuglingsnahrungen auf die Entstehung allergischer Erkrankungen untersucht. Die Studie begann bereits 1995. In den ersten vier Jahren wurden 2.252 gesunde Neugeborene mit einem erhöhten familiären Risiko für allergische Erkrankungen in die Studie aufgenommen. Für den Fall, dass ausschließliches Stillen der Säuglinge während ihrer ersten vier Lebensmonate nicht möglich oder gewünscht war, erhielten die Kinder jeweils eine von drei verschiedenen HA-Säuglingsnahrungen (Interventionsgruppe) oder eine reguläre Säuglingsnahrung (Kontrollgruppe). Die Zuteilung der Säuglingsnahrungen erfolgte nach dem Zufallsprinzip und weder die teilnehmenden Familien noch die Wissenschaftler wussten zu diesem Zeitpunkt, welche Familie welches Produkt erhalten hatte.

Die HA-Nahrungen unterschieden sich im verwendeten Protein und ihrem Hydrolysegrad. Ausgewählt wurden jeweils eine HA-Säuglingsnahrung mit moderat und stark aufgespaltenem Molkenprotein sowie eine stark hydrolysierte Säuglingsnahrung auf Caseinbasis.

In den darauffolgenden Jahren wurden die teilnehmenden Familien regelmäßig kontaktiert und per Fragebogen zum Auftreten von allergischen Erkrankungen (Asthma, Neurodermitis und allergischem

Schnupfen) befragt. Bei der aktuellen Auswertung handelt es sich um die Ergebnisse der Nachbefragung nach 20 Jahren, an der 1.199 der mittlerweile erwachsenen Probanden teilnahmen.

Über den gesamten Beobachtungszeitraum hatten Probanden aus der Gruppe mit moderat hydrolysiertem Molkeneiweiß ein um 27 Prozent geringeres Risiko für Neurodermitis im Vergleich zu Probanden der Kontrollgruppe. Bei den Probanden, die das starke hydrolysierte Caseinprodukt erhalten hatten, war das Risiko sogar um 39 Prozent verringert. Wurden die Daten nach den strengeren Kriterien der "Peer Protokoll"-Analyse ausgewertet, bei der nur Probanden berücksichtigt werden, die sicher die entsprechende Intervention erhalten hatten, zeigten sich ebenfalls präventive Effekte bei beiden Gruppen. Für Probanden aus der Gruppe, die das stark hydrolysierte Molkenprodukt getrunken hatten, ergab sich dagegen keine statistisch bedeutsame präventive Wirkung.

Verglichen zu früheren Auswertungen der Studienpopulation beobachteten die Forschenden erstmals eine präventive Wirkung in Bezug auf Asthma. So war die Chance, im Alter zwischen 16 und 20 Jahren an Asthma zu erkranken, in der Gruppe der Probanden mit dem moderat hydrolysierten Molkenproteinprodukt um 56% und in der Gruppe der Probanden mit dem stark hydrolysierten Caseinprodukt um 54% geringer als in der Kontrollgruppe, dagegen bestand kein statistisch bedeutsamer Effekt beim starken Molkenhydrolysat. In der Peer-Protokoll-Analyse wurden ähnliche präventive Effekte festgestellt, diese waren allerdings in keiner Gruppe mehr statistisch signifikant.

In Bezug auf die Vorbeugung von allergischem Schnupfen (allergischer Rhinitis) konnten die Wissenschaftler keinen statistisch bedeutsamen präventiven Effekt aller drei HA-Säuglingsnahrungen im Vergleich zur Kontrollgruppe mit regulärer Säuglingsnahrung feststellen.

Der Weg, über den HA-Säuglingsnahrungen der Entstehung allergischer Erkrankungen wie Asthma und Neurodermitis vorbeugen können, ist bislang nicht vollständig geklärt. Da die HA-Säuglingsnahrungen dieser Studie sich in ihrer präventiven Wirkung unterschieden, vermuten die Forschenden, dass die Hydrolyse möglicherweise Allergie auslösende Eiweißbestandteile aus der Säuglingsnahrung unterschiedlich gut beseitigen konnte. Denkbar sind auch indirekte Effekte der HA-Nahrungen auf das Immunsystem, beispielsweise durch die Beeinflussung des Darm-Mikrobioms.

Die Wissenschaftler sehen durch ihre Ergebnisse das Konzept bestätigt, wonach frühe Ernährungsinterventionen mit hydrolysierten Säuglingsnahrungen bis zum Erwachsenenalter einen präventiven Effekt sowohl für Neurodermitis als auch für allergische Erkrankungen der Atemwege (Asthma) haben, wenn ausschließliches Stillen nicht möglich ist.

- *M. Gappa, B. Filipiak-Pittroff, L. Libuda (2020): Long-term effects of hydrolyzed formulae on atopic diseases in the GINI study. Allergy, Online-Vorabveröffentlichung*
- *Allergieinformationsdienst (2021): Hypoallergene Säuglingsnahrung zur Vorbeugung bei hohem Allergierisiko? Onlineartikel vom 01.02.2021*

https://www.ernaehrung.de/blog/hypoallergene-saeuglingsnahrung-kann-vor-asthma-und-neurodermitis-schuetzen/?utm_source=newsletter_2021_05_31&utm_medium=newsletter&utm_content=blog&utm_campaign=hypoallergene-saeuglingsnahrung-kann-vor-asthma-und-neurodermitis-schuetzen