

Newsletter Juli/August 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
 - Corona-Impfung
 - Rheuma und Kinderwunsch
- Neues zum Thema Schwangerschaft und Geburt
 - Arzneimittelreport
 - FDA lockert Kontraindikation für Statine in der Schwangerschaft
 - Frühgeburt: Geburtsgewicht beeinflusst epigenetische Uhr
 - Führen kardiovaskuläre Risikofaktoren zu Schwangerschaftskomplikationen?
 - Influenza in der Schwangerschaft begünstigt erhöhte Infektanfälligkeit der Nachkommen
 - Kaiserschnitt: Tranexamsäure senkt postpartalen Blutverlust
 - Norepinephrin gegen Hypotonie bei Kaiserschnitt
 - Rauchentwöhnung bei Partner: innen von Schwangeren
 - Schwangerschaftsdiabetes weiterhin auf dem Vormarsch
 - Sind Supplemente mit Omega-3-Fettsäuren in der Schwangerschaft notwendig?
 - Zuranolone wirkt bei postpartaler Depression
 - Zusätzliche Fettsäure in der Schwangerschaft halbiert Rate der Frühgeburten
- Neues zum Thema Säuglingszeit
 - Frühe Antibiose fördert Neurodermitis
 - Koliken bei Neugeborenen durch Fußreflexzonenmassage lindern

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

Augustinus Apotheke in Dormagen
 Stadt Apotheke in Leipzig
 Fontane Apotheke in Freiburg

Wir gratulieren den folgenden Babyfreundlichen Teams

... zur erfolgreichen Erstzertifizierung

Elefanten Apotheke in Erbach
 Rur Apotheke in Jülich

... zur erfolgreichen 2. Rezertifizierung

Markt Apotheke in Würzburg

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 2021/22

Termin	Ort	Veranstalter	Anmeldung
13.10. – 15.10.2021	Hannover	Wina	Frau Schumacher Tel.: 0511-6157321
05.05. – 07.05.2022	München	BLAK	Frau Katholnig Tel.: 089-926264

Fortbildungsangebote Babyfreundliche Apotheke e.V.

In Kooperation mit der Wirtschaftsakademie Deutscher Apotheker GmbH (WDA)

Beikosteneinführung – von der Brust bzw. der Flasche zur Familienkost

Termin	Ort	Veranstalter	Anmeldung
18.10.2021	Magdeburg	WDA	https://gkd-admin-net.de/hav/form/form.php?akt=BEI2110M
19.10.2021	Eisenach	WDA	https://gkd-admin-net.de/hav/form/form.php?akt=BEI2110E
20.10.2021	Goldbach	WDA	https://gkd-admin-net.de/hav/form/form.php?akt=BEI2110

Stillhilfsmittel: Welches wann und wie benutzen?

Termin	Ort	Veranstalter	Anmeldung
15.11.2021	Osnabrück	WDA	https://gkd-admin-net.de/hav/form/form.php?akt=SB2111V
16.11.2021	Koblenz	WDA	https://gkd-admin-net.de/hav/form/form.php?akt=SB2111K
17.11.2021	Heusenstamm	WDA	https://gkd-admin-net.de/hav/form/form.php?akt=SB2111O

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.

Corona-Impfung: Kein Einfluss auf Spermien

Original Titel: Sperm Parameters Before and After COVID-19 mRNA Vaccination

MedWiss – Menschen, die noch zweifeln, ob sie sich impfen lassen wollen, glauben in den USA nicht selten, dass die Impfung sich auf ihre Fruchtbarkeit auswirken könnte. Forscher untersuchten daher nun, ob sich die Impfung gegen das Coronavirus auf Spermien auswirkt. Dabei zeigte sich, dass weder Spermienzahl noch -qualität unter der Impfung litten.

Die zwei mRNA-Impfstoffe gegen das neue Coronavirus, BNT162b2 (Pfizer/BioNTech) und mRNA-1273 (Moderna), sind hoch wirksam bei nur wenigen Nebenwirkungen. Menschen, die noch zweifeln, ob sie sich impfen lassen wollen, glauben in den USA nicht selten, dass die Impfung sich auf ihre Fruchtbarkeit auswirken könnte. Forscher untersuchten daher nun, ob sich die Impfung gegen das Coronavirus auf Spermien auswirkt.

Haben mRNA-Impfstoffe einen Einfluss auf Spermien?

Dazu untersuchte diese prospektive Studie Spermie-Parameter vor und nach der Impfung mit einem mRNA-Vakzin. Die Studie wurde an der University of Miami mit gesunden Männern zwischen 18 und 50 Jahren durchgeführt. Die Teilnehmer wurden vorher untersucht, um sicherzustellen, dass keine Fruchtbarkeitsprobleme bestanden. Es durften keine COVID-19-Symptome oder ein positiver Test in den letzten 90 Tagen vorliegen. Eine Samenprobe wurde vor der ersten Impfdosis und etwa 70 Tage nach der zweiten Dosis abgegeben. Die Analyse der Proben betrachtete Volumen, Spermakonzentration und –beweglichkeit sowie die Gesamtzahl beweglicher Spermien.

Spermaproben von 45 Teilnehmern vor der Impfung und nach der zweiten Impfdosis

Die Untersuchung wurde mit 45 Teilnehmern (im Mittel 28 Jahre alt) zwischen 17. Dezember 2020 und 12. Januar 2021 durchgeführt, mit der zweiten Probe im Schnitt (Median) 75 Tage nach der zweiten Impfdosis. Studienende war am 24. April 2021. Die Proben wurden jeweils nach einer Abstinenzphase von 2,8 Tagen (erste Probe) bzw. 3 Tagen (2. Probe) abgegeben. Von den 45 Teilnehmern erhielten 21 (46,7 %) BNT162b2, 24 (53,3 %) erhielten mRNA-1273. Im Median lag die Spermienkonzentration vor der Impfung bei 26 Millionen/ml, die Gesamtzahl beweglicher Spermien bei 36 Millionen. Nach der zweiten Impfdosis stieg die mittlere Spermienkonzentration signifikant auf 30 Millionen/ml ($p = 0,02$), die mittlere Zahl beweglicher Spermien betrug 44 Millionen ($p = 0,001$). Ebenso steigerten sich auch Sperma-Volumen und die Beweglichkeit der Spermien. Bei 8 Personen wurde mit der ersten Probe Oligospermie (Spermakonzentration < 15 Millionen/ml) festgestellt. Die mediane Konzentration betrug bei diesen Männern 8,5 Millionen/ml. Bei 7 der Männer stieg die Konzentration nach der zweiten Impfdosis auf einen normozoospermischen Bereich an (mediane Konzentration: 22 Millionen/ml), die Spermienzahl verbessert sich also. Bei keinem Mann sank die Spermienzahl in einen azoospermischen Bereich.

Gute Spermienzahl und Beweglichkeit auch nach Corona-Impfung

Demnach wurden in dieser Studie keine Nachteile der mRNA-Impfstoffe für Spermienqualität und –zahl festgestellt. Dies ist konsistent damit, dass die Impfstoffe keinen aktiven Virus enthalten und somit kein Einfluss auf Spermien zu erwarten ist. Zwar wurden hier Zunahmen von Spermienkonzentrationen festgestellt, diese bewegen sich allerdings im normalen Schwankungsbereich bei gesunden Männern.

[DOI: 10.1001/jama.2021.9976]

© Alle Rechte: Medwiss / HealthCom

Referenz:

Gonzalez, D. C., Nassau, D. E., Khodamoradi, K., Ibrahim, E., Blachman-Braun, R., Ory, J., & Ramasamy, R. (2021). Sperm Parameters Before and After COVID-19 mRNA Vaccination. *JAMA*, 326(3), 273.

<https://doi.org/10.1001/jama.2021.9976>

<https://www.medwiss.de/2021/08/18/corona-impfung-kein-einfluss-auf-spermien/>

Rheuma und Kinderwunsch – welche Medikation ist in der Schwangerschaft erlaubt, welche verboten?

Autor: Maria Weiß

Für Rheumapatientinnen ist es gar nicht so einfach, Mutter zu werden. Erst braucht es lange, bis es mit der Empfängnis klappt, und dann drohen vermehrt Schwangerschaftskomplikationen. Besonderes Augenmerk gilt daher der antirheumatischen Medikation.

Bei Frauen mit **rheumatoider Arthritis (RA)** liegt im Vergleich zur Normalbevölkerung deutlich häufiger eine Infertilität oder Subfertilität vor. Sie zeigt sich darin, dass es oft über ein Jahr dauert, bis es endlich zu einer Konzeption kommt. Zahlreiche mögliche Einflussfaktoren wie Schmerzen, ovarielle Dysfunktion, hormonelle Veränderungen und Medikamente werden als Ursache diskutiert. Auf jeden Fall scheinen aber eine erhöhte Krankheitsaktivität, höhere Prednison Dosen, die regelmäßige Einnahme von NSAR und eine schlechtere gesundheitsbezogene Lebensqualität mit einer Subfertilität einherzugehen, sagte Privatdozentin Dr. Rebecca Fischer-Betz von der Poliklinik für Rheumatologie am Universitätsklinikum Düsseldorf. Eine gute medikamentöse Einstellung ist also bei Kinderwunsch das A und O.

Nach der Geburt drohen erneute Schübe

Bei etwas mehr als der Hälfte kommt es in der Schwangerschaft zu einer deutlichen Verbesserung des Rheumas, bei der anderen Hälfte muss mit gleichbleibender Aktivität oder sogar einer Verschlechterung aufgrund des Therapieabbruchs gerechnet werden. Nach der Geburt und in der Stillzeit steigt in beiden Gruppen das Risiko für erneute Schübe an.

Schwangerschaften bei RA-Patientinnen sind immer Risikoschwangerschaften. Es treten gehäuft Komplikationen auf – das betrifft unter anderem Spontanaborte (bei unter 35-Jährigen), Frühgeburtlichkeit, „small-for-gestational-age“-Kinder und hypertensive Schwangerschaftskomplikationen. Da bei Letzteren das Risiko nahezu verdoppelt ist, sollte eine Gestose-Prophylaxe mit niedrig dosiertem ASS in Erwägung gezogen werden, sagte die Expertin. Bei **Spondyloarthritis** scheint dagegen kein erhöhtes Risiko für Schwangerschaftskomplikationen vorzuliegen – mit Ausnahme von vermehrten Geburtseinleitungen.

Die meisten Frauen mit RA benötigen auch während der Schwangerschaft immunsupprimierende oder -modulierende Medikamente. Häufig werden orale Glukokortikosteroide eingesetzt, die aber zumindest bei Patientinnen mit systemischem **Lupus erythematoses (SLE)** mit einer erhöhten Frühgeburtlichkeit assoziiert sind.

Fehlbildungsrate unter Biologika nicht erhöht

Für Patientinnen, die Biologika einnehmen, haben Literaturrecherchen über die letzten fünf Jahre erneut keine Erhöhung der Fehlbildungsrate im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ergeben. Das Infektionsrisiko der Kinder von mit bDMARDs behandelten Müttern scheint unabhängig vom Zeitpunkt der Therapie anfangs leicht erhöht zu sein. Dieser Effekt verliert sich aber bis zum dritten Lebensjahr. Die American Association of Rheumatology hat letztes Jahr Empfehlungen zur medikamentösen antirheumatischen Therapie in der Schwangerschaft herausgebracht, an denen man sich gut orientieren kann (siehe Kasten).

Antirheumatika in der Schwangerschaft

Uneingeschränkt empfehlenswert auch während der Schwangerschaft:

- Hydroxychloroquin
- Sulfasalazin
- Colchicin
- Azathioprin, 6-Mercaptopurin
- Certolizumab

Bedingt einsetzbar:

- Prednison (Dosierung auf < 20 mg/d herunterfahren)

- Ciclosporin, Tacrolimus (unter Blutdruck-Monitoring)
- Infliximab, Adalimumab, Etanercept, Golimumab (nicht im letzten Trimenon)
- Rituximab (nur bei lebensbedrohlichen oder organgefährdenden Verläufen)
- Cyclophosphamid (nur bei lebensbedrohlichen oder organgefährdenden Verläufen und nur im 2. und 3. Trimester; schon 3 Monate vor Konzeption absetzen)

Bei Schwangerschaft absetzen (aber bis zur Konzeption erlaubt):

- Anakinra
- Belimumab
- Abatacept
- Tocilizumab
- Secukinumab
- Ustekinumab

Streng kontraindiziert in der Schwangerschaft:

- Methotrexat (schon 1–3 Monate vor Konzeption absetzen, 5 mg Folsäure/d)
- Leflunomid (ggf. Wash-out mit Colestyramin schon präkonzeptionell)
- Mycophenolatmofetil (schon 6 Wochen vor Konzeption absetzen)
- Thalidomid (schon 1–3 Monate vor Konzeption absetzen)

Zu wenig Daten für die Beurteilung:

- Tofacitinib
- Apremilast
- Baricitinib

Doch was ist mit Männern unter antirheumatischer Therapie, die Vater werden wollen? Hier können Kinderwunschpaare beruhigt werden. Abgesehen von den bekannten schädlichen Auswirkungen von Cyclophosphamid und Sulfasalazin auf die Spermatogenese gab es insgesamt keinen Beweis für eine Beeinträchtigung der Fertilität oder des Schwangerschaftsverlaufs bei väterlicher Exposition gegenüber den verschiedenen DMARDs einschließlich der TNF-Inhibitoren.

Quelle: 16. Rheumatologie-Update-Seminar

08.07.2021

<https://www.medical-tribune.de/medizin-und-forschung/artikel/rheuma-und-kinderwunsch-welche-medikation-ist-in-der-schwangerschaft-erlaubt-welche-verboden/>

Arzneimittelreport: Medikationsplan für gebärfähige Frauen

Der Arzneimittelreport der Barmer-Krankenkasse zeigt, dass schwangeren Frauen zu oft Arzneimittel verordnet werden, die potenziell schädlich für das ungeborene Kind sind. Daher sei die Einführung des bundeseinheitlichen Medikationsplans für Frauen im gebärfähigen Alter bereits ab der ersten Langzeitmedikation sinnvoll.

Die Teratogenität von Arzneimitteln ist ein wichtiger Bestandteil des Zulassungsprozesses. Zurückzuführen ist dies bekanntlich auf den Contergan-Skandal im Jahr 1957. Das Antiemetikum und Sedativum Contergan mit dem Wirkstoff Thalidomid wurde insbesondere von schwangeren Frauen eingenommen und führte bei mehr als 10.000 Kindern zu schweren Organmissbildungen. Seither sind tierexperimentelle Studien zur Teratogenität vor und eine Überwachung der Therapiesicherheit nach der Arzneimittelzulassung unabdingbar. Der Arzneimittelreport der Barmer-Krankenkasse 2021 beschäftigt sich mit dem Schwerpunktthema Arzneimitteltherapie in der Schwangerschaft und bei Frauen im gebärfähigen Alter.

[Arzneimittelrisiken frühzeitig erkennen](#)

Etwa 6 von 10 Frauen planen ihre Schwangerschaft im Voraus, damit werden annähernd 40% überraschend schwanger. Auch wird die Schwangerschaft häufig erst bemerkt, wenn ein Schaden durch ungeeignete Arzneimittel bereits eingetreten sein kann. Denn gerade in den ersten zwei bis acht Wochen, der sogenannten Embryonalphase, entwickeln sich die meisten Organe des Kindes, sodass hier das Risiko für eine Schädigung durch teratogene Arzneimittel besonders hoch ist. Eine frühzeitige Überprüfung der Medikation ist daher essenziell.

Daten für den Arzneimittelreport

Für den Arzneimittelreport wurden die Abrechnungsdatensätze der Barmer-Ersatzkrankenkasse aus dem Jahr 2018 ausgewertet sowie eine vertiefende Umfrage unter den Versicherten durchgeführt.

Im Jahr 2018 waren etwa 1.976.584 der bei der Barmer-Ersatzkrankenkasse versicherten Frauen im gebärfähigen Alter (13 bis 49 Jahre). Davon entbanden 67.920 Frauen ein Kind in einer Klinik.

An der Umfrage nahmen knapp 1.300 versicherten Frauen teil, die im zweiten Halbjahr 2020 entbunden hatten. Die Auswertung der Daten ergab, dass eine im Vergleich zum Durchschnitt erhöhte Anzahl Frauen beteiligt waren, die ihre Schwangerschaft im Voraus planten.

Arzneimitteltherapie vor, während und nach der Schwangerschaft

Die Abrechnungsdaten zeigen, dass etwa 63% der Frauen vor der Schwangerschaft eine Arzneimittelverordnung ohne Vitamine, Mineralstoffe, Eisen, Jodid erhielten. Davon nahmen 21% bis zu drei, 5% sogar fünf und mehr Medikamente. Während der Schwangerschaft stieg die Behandlungsprävalenz. Neu verordnet wurden insbesondere Immunglobuline zur Prophylaxe einer Rhesusfaktorinkompatibilität, Eisen- und Magnesiumverbindungen. Die Verordnungszahlen von Muskelrelaxanzien, Tetracyklinen sowie Schmerz- und Migränemitteln sanken hingegen. Nach der Geburt fiel die Anzahl der angewendeten Arzneimittel meist sogar unter das Niveau vor der Schwangerschaft.

Patientinnen mit Langzeitmedikation

Etwa jede sechste Frau erhielt eine Langzeittherapie vor der Schwangerschaft, am häufigsten wurden Schilddrüsenmedikation verordnet. Es erhielten zudem fünf von 1.000 Frauen Wirkstoffe mit Einfluss auf das Renin-Angiotensin-Aldosteron-System (RAAS), vier von 1.000 Antiepileptika und drei von 1.000 systemische Glucocorticoide. Nichtsteroidale Antiphlogistika (NSAID) wurden in 78% und ACE-Hemmer in 77% der Fälle abgesetzt. Auch bei der Behandlung mit Antidepressiva wurde die Behandlung bei 39% der Frauen in der Schwangerschaft beendet.

Verordnende Ärzte

Vor der Schwangerschaft wurden die Verordnungen am häufigsten von den Hausärzten erstellt. In der Schwangerschaft wurden die Gynäkologen deutlich stärker einbezogen. Eine Ausnahme bildeten hier Frauen mit einer Langzeitmedikation, die eher den Hausarzt und generell häufiger verschiedene Facharztgruppen aufsuchten. Nach der Entbindung und Stillzeit verordneten insgesamt wieder häufiger die Hausärzte die benötigte Medikation.

Anpassung der Medikation

Die häufigsten Veränderungen in der Medikation waren die Verordnung eines neuen Medikaments (41%), Dosierungsanpassungen (47%) sowie das Beenden (39%) oder die Umstellung (26%) einer bestehenden Therapie.

Geringer Einsatz von Medikationsplänen

Bei der Umfrage gaben 30% der Frauen an, mindestens ein Arzneimittel einzunehmen, 3% nahmen drei oder mehr Arzneimittel ein. Einen Medikationsplan hatten lediglich 14%, wobei es sich häufig nicht um den bundeseinheitlichen Medikationsplan handelte und nur in 19% der Fälle auch die Selbstmedikation aufgeführt wurde. Der Plan wurde häufig von Ärzten erstellt, nur 2% der Frauen erhielten ihn in der Apotheke.

Einschätzung von Arzneimittelrisiken

Es gaben 59% der befragten Frauen an mit dem behandelnden Arzt über die geplante Schwangerschaft gesprochen zu haben, bei 93% war dies der Gynäkologe. Dementsprechend fand bei 41% keine Rücksprache statt. Alle behandelnden Ärzte wurden über den Kinderwunsch nur von 6,4% der Frauen informiert. In der Frühschwangerschaft sprachen 82% der Frauen mit ihrem Arzt oder Apotheker über die bestehende Medikation, auch hier insbesondere mit dem jeweiligen Gynäkologen (88%).

Angst vor Risiken senkt Compliance

Über die Hälfte der Frauen (52%) hatte laut eigenen Angaben Angst vor einer Schädigung des ungeborenen Kindes durch Arzneimittel. Es informierten sich daher 75% der Befragten über ihre Medikation insbesondere beim Arzt, aber auch in der Apotheke oder dem Internet. Dennoch setzten 22% der befragten Frauen die in der Schwangerschaft verordnete Arzneimittel aus Angst vor Schädigung des Kindes ab.

Beratungsbedarf bei Selbstmedikation

Beim Thema Selbstmedikation ließen sich 78% der Frauen vorher sowohl in der Arztpraxis (91%) als auch, häufig zusätzlich, in der Apotheke (46%) beraten.

Teratogene Arzneimittel

Teratogene Arzneimittel lassen sich in drei Gruppen einteilen: unzweifelhaft starke, gesicherte und schwache Teratogene. Zu den unzweifelhaft starken Teratogenen zählen beispielsweise Retinoide, Thalidomid, Valproinsäure oder auch Fingolimod. Sie können das sogenannte Hintergrundrisiko für Fehlbildungen von 3% auf 30% erhöhen. Gesicherte Teratogene sind unter anderem Androgene, Cumarinderivate, Zytostatika und bestimmte Psychopharmaka (Phenytoin, Carbamazepin). Zu den schwachen Teratogenen zählen z.B. Glucocorticoide, Lithium und Cotrimoxazol.

Verordnung von Teratogenen auch in der Schwangerschaft

Insgesamt waren 153.653 der versicherten Frauen im gebärfähigen Alter von der Verordnung eines potenziell teratogenen Arzneimittels betroffen. Es erhielten 6,8% ein schwaches Teratogen, das eher kurzzeitig angewendet wurde. Bei 0,6% wurde hingegen ein unzweifelhaft starkes Teratogen meist über einen längeren Zeitraum angewendet. Häufig handelte es sich dabei um eine bestehende Medikation, die trotz Schwangerschaft weitergeführt wurde. Nur etwa ein Drittel der unzweifelhaft starken Teratogene wurde im 1. Trimenon abgesetzt.

Medikationsplan für Frauen im gebärfähigen Alter

Im Jahr 2018 bekamen von über 66.000 Barmer-Versicherten mit Entbindung 663 potenziell kinderschädigende Arzneimittel. Der Arzneimittelreport zeigt, dass auch im späten Verlauf der Schwangerschaft noch risikobehaftete Arzneimittel verordnet werden.

Der Barmer-Vorstandsvorsitzende Prof. Dr. Christoph Straub fordert daher einen Rechtsanspruch auf den bundeseinheitlichen Medikationsplan (BMP) für Frauen im gebärfähigen Alter mit Dauermedikation. Der BMP muss erst ab drei verordneten Medikamenten ausgestellt werden, so entstünden Informationslücken. Da es bis zum Eintreten einer Schwangerschaft in der Regel die Allgemeinmediziner seien, die Medikamente verordneten, könnten Gynäkologen daher teratogene Arzneimittel nicht rechtzeitig absetzen lassen.

„Zu einem späten Zeitpunkt der Schwangerschaft sind solche Arzneimittel im Einzelfall eventuell akzeptabel, weil die Gefahr für Missbildungen und Schädigungen des Kindes dann etwas geringer ist. Deren Verabreichung muss dann aber zwingend im Medikationsplan stehen“, erklärt der Autor des diesjährigen Arzneimittelreports und Chefarzt am Klinikum Saarbrücken, Prof. Dr. Daniel Grandt. Eine Absetzquote mit 31% bis 60% sei deutlich zu wenig.

Nutzen-Risiko-Verhältnis abwägen

Zu bedenken ist allerdings auch, dass nicht alle risikobehafteten Arzneimittel in der Schwangerschaft abgesetzt werden können. Dies liegt zum Teil an fehlenden Alternativen, aber ebenso daran, dass ein Absetzen der Therapie das Risiko für Mutter und Kind möglicherweise noch stärker erhöht, wie es

beispielsweise bei Schilddrüsenunterfunktion oder Epilepsie der Fall ist. Das Weiterführen einer Behandlung mit potenziell teratogenen Arzneimitteln stellt nicht immer einen Behandlungsfehler dar, sondern kann im Einzelfall eine notwendige therapeutische Entscheidung sein. Daher sollten eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung und strenge Indikationsstellung dieser Arzneimittel durchgeführt werden. Zudem sollten die Frauen unbedingt darauf hingewiesen werden, dass das unabgestimmte Absetzen einer verordneten Arzneimitteltherapie aufgrund für Patienten nicht kalkulierbarer Risiken unterbleiben sollte.

Autor: Janina Seiffert (Apothekerin)

Stand: 16.08.2021

Quelle:

Barmer: Arzneimittelreport 2021

Barmer: Medikation und Schwangerschaft: Damit die aufregendste Zeit im Leben von Anfang an eine Zeit der Vorfreude ist (12.08.2021)

<https://www.gelbe-liste.de/gynaekologie/arzneimittelreport-2021-medikationsplan-gebaerfaehige-frauen>

FDA lockert Kontraindikation für Statine in der Schwangerschaft

Freitag, 20. August 2021

Silver Spring/Maryland – HMG-CoA-Reduktasehemmer, besser bekannt als Statine, sind seit ihrer Zulassung in der Schwangerschaft absolut kontraindiziert. Die US-Arzneimittelbehörde FDA hat Ende Juli angekündigt das Verbot zu lockern, betont jedoch, dass die Mittel in den meisten Fällen während der Schwangerschaft abgesetzt werden sollten.

HMG-CoA-Reduktasehemmer blockieren ein zentrales Enzym in der Cholesterinsynthese. Sie haben sich nach der Einführung des 1. Statins (Lovastatin 1987 in den USA, 1989 in Deutschland) schnell zu den am meisten verordneten Cholesterinsenkern entwickelt. Da Cholesterin ein essenzieller Bestandteil von Zellmembranen ist, die vor allem in der Fetalperiode in größeren Mengen gebildet werden, hat es von Anfang an Bedenken gegen den Einsatz von Statinen in der Schwangerschaft gegeben.

Da tierexperimentelle Studien diesen Verdacht verstärkten, wurde der Einsatz von Statinen in der Schwangerschaft von Anfang an als absolut kontraindiziert erklärt. In den US-Fachinformationen gibt es einen ausdrücklichen Warnhinweis, die deutschen Fachinformationen enthalten eine Gegenanzeige während der Schwangerschaft und Stillzeit. Frauen im gebärfähigen Alter, die Statine benötigen, müssen geeignete kontrazeptive Maßnahmen anwenden.

Da Schwangerschaften in der Regel bei jüngeren Frauen auftreten, die meist noch keine erhöhten Cholesterinwerte haben, ist die Gegenanzeige in der Regel gegenstandslos. Statine werden in diesem Alter selten verordnet.

Eine Ausnahme bilden Frauen mit einer familiären Hypercholesterinämie, die bereits seit der Kindheit deutlich erhöhte Cholesterinwerte haben und ohne Behandlung gefährdet sind, im frühen Lebensalter an atherosklerotischen Erkrankungen zu sterben. Bei diesen Frauen muss die Behandlung derzeit während einer Schwangerschaft und der anschließenden Stillzeit unterbrochen werden.

Eine andere Gruppe sind Frauen, die bereits vor der Schwangerschaft einen Herzinfarkt oder Schlaganfall erlitten hatten. In diesen Gruppen soll künftig der Einsatz von Statinen – nach sorgfältiger Abwägung von Nutzen und Risiken – erlaubt sein.

Die FDA begründet die Lockerung der Kontraindikation mit einer Bewertung einer Reihe von Fallserien und prospektiven und retrospektiven Kohortenstudien, die die Auswirkung von Statinen auf die Gesundheit des Feten untersucht haben. Darunter war eine Analyse von Medicaidaten, also von Frauen, die in den USA aufgrund eines geringen Einkommens Anrecht auf eine staatliche Krankenversicherung haben.

1.152 von 886.996 Schwangeren war im 1. Trimenon ein Statin verschrieben worden. Von den Kindern der Statinanwenderinnen wurden 6,34 % mit Fehlbildungen geboren gegenüber 3,55 % bei Frauen, die im 1. Trimenon kein Statin eingenommen hatten. Das relative Risiko von 1,79 war mit einem 95%-Konfidenzintervall von 1,43 bis 2,23 signifikant, was für eine teratogene Wirkung spricht. Der Anstieg der Fehlbildungen könnte jedoch auf eine höhere Rate von Diabetikerinnen unter den Statinanwenderinnen zurückzuführen sein, heißt es in der Drug Safety Communication der FDA.

Ein Diabetes ist ein bekanntes Risiko für Fehlbildungen. Tatsächlich verschwand das Risiko nach einer „Propensity Score“-Analyse, die nur Schwangere mit gleichen Eigenschaften verglich. Das relative Risiko verminderte sich nach den im *Britischen Ärzteblatt (BMJ)*, 2015; DOI: 10.1136/bmj.h1035 publizierten Ergebnissen auf nicht-signifikante 1,07 (0,85 bis 1,37).

Zu den Einschränkungen der Analyse gehörte, dass sie sich auf die Einträge der Ärzte in den Krankenakten verlassen musste, die nicht alle relevanten Patienteneigenschaften notieren. So fehlten beispielsweise Angaben zum Body-Mass-Index, der das Risiko auf Fehlbildungen ebenfalls beeinflussen kann. Außerdem wurde die Einlösung der Rezepte nicht überprüft und es gab keine Angaben zu Totgeburten.

aerzteblatt.de

[Studie: Statine könnten Schäden der Chemotherapie am Herzen verhindern](#)

[Studie: Nebenwirkungen von Statinen sind häufig Nocebo-Effekte](#)

[Statine: Therapiebeginn im Alter von 75 Jahren könnte Sterblichkeit senken](#)

Datenbankanalysen sind deshalb wie alle retrospektiven Studien fehleranfällig. Hinzu kommt, dass in anderen Studien durchaus Sicherheitssignale gefunden wurden. So war in einer älteren Studie (*FDA Drug Safety Communication*, 2009; 18(Suppl 18): S75-6) ein erhöhtes Risiko auf Schwangerschaftsabbrüche aufgefallen (adjustiertes Risiko 2,48; 1,65-3,73), wobei laut FDA unklar blieb, ob es sich um elektive Abbrüche oder Fehlgeburten handelte.

In einer Metaanalyse von sechs kleinen Beobachtungsstudien zur Statinexposition bei Schwangeren (*Expert Rev Obstet Gynecol*, 2013; 8: 513-24) war eine erhöhte Rate von Fehlgeburten (Risk Ratio 1,35; 1,04-1,75) beschrieben worden. Hier fehlten laut FDA Angaben zu mehreren Störfaktoren („Confoundern“), die für sich das Risiko erhöht haben könnten.

Eine neuere retrospektive Studie (*FDA Drug Safety Communication*, 2017; 26: 843-52), die mehrere Confounder wie mütterliches Alter, Diabetes mellitus, Bluthochdruck und Body-Mass-Index berücksichtigt hat, kam jedoch ebenfalls zu einer erhöhten Rate von Fehlgeburten bei Statinanwenderinnen (adjustierte Hazard Ratio 1,64; 1,1-2,46). Hier fehlten laut FDA Angaben zum Schweregrad des Diabetes oder zum Rauchen und Alkoholkonsum, die ebenfalls Risikofaktoren für eine Fehlgeburt sind.

Unter dem Strich lässt sich ein teratogenes Risiko von Statinen nicht ausschließen, weshalb die FDA nur den Warnhinweis streichen lässt, nicht aber die Hinweise auf ein mögliches Risiko. Für die Ärzte bleibt es deshalb bei einer schwierigen Abwägung von Nutzen und Risiko, die jedoch bei Frauen mit einer familiären Hypercholesterinämie und hohen Cholesterinwerten den Einsatz von Statinen ermöglichen könnte. © rme/aerzteblatt.de

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/125793/FDA-lockert-Kontraindikation-fuer-Statine-in-der-Schwangerschaft?rt=1f1c38ada4d01c15832daeb217059a69#comments>

Frühgeburt: Geburtsgewicht beeinflusst epigenetische Uhr

Autor: Sabine Mattes

Frühgeborene, stark untergewichtige Jungen altern schneller als Menschen, die mit normalem Gewicht auf die Welt gekommen sind.

Frühchen mit extrem niedrigem Geburtsgewicht haben einen schweren Start ins Leben. Sie sind vor und nach der Geburt hohem Stress ausgesetzt, heißt es in einer kanadischen Studie. Jungen scheinen damit schlechter umgehen zu können als Mädchen, was dazu führen könnte, dass sie schneller altern. Die Wissenschaftler analysierten die Daten von 45 Teilnehmern einer Langzeitkohorte, mit der seit 1977 Babys mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1000 g beobachtet werden. Die Referenzgruppe bestand aus 49 normalgewichtiger geborenen Personen. Im Alter zwischen 30 und 35 Jahren wurde den Studienteilnehmern eine Speichelprobe entnommen. Über den Methylierungsgrad der DNA ließ sich über die sogenannte epigenetische Uhr das biologische Alter bestimmen.

Dieses lag bei Männern, die bei Geburt weniger als ein Kilogramm gewogen hatten, mit durchschnittlich 4,6 Jahren signifikant höher als bei normalgewichtiger Geborenen. Die Differenz blieb auch nach Berücksichtigung chronischer Krankheiten und neurosensorischer Beeinträchtigungen bestehen. Bei den Frauen ließ sich ein solcher Unterschied nicht feststellen.

Quellen:

1. van Lieshout RJ et al. Pediatrics 2021; 147: e2020001230; DOI: 10.1542/peds.2020-001230

2. Pressemeldung McMaster University

06.08.2021

<https://www.medical-tribune.de/medizin-und-forschung/artikel/fruehgeburt-geburtsgewicht-beeinflusst-epigenetische-uhr/>

Führen kardiovaskuläre Risikofaktoren zu Schwangerschaftskomplikationen?

Die Wahrscheinlichkeiten von Schwangerschaftskomplikationen wie Aufnahme auf die Intensivstation, Frühgeburt, geringes Geburtsgewicht und Tod des Fötus steigen mit zunehmender Anzahl von kardiovaskulären Risikofaktoren bei der Frau vor ihrer Schwangerschaft.

Hintergrund

Frauen und deren Nachkommen haben ein langfristig erhöhtes Risiko für kardiometabolische Erkrankungen nach ungünstigen Schwangerschaftsausgängen. Man weiß auch, dass das Vorliegen einzelner kardiovaskulärer Risikofaktoren wie Adipositas und Bluthochdruck vor der Schwangerschaft bei der Frau mit dem Risiko der mütterlichen und neonatalen Morbidität und Mortalität in Verbindung steht. In der heutigen Zeit nimmt die Gesamtzahl der kardiovaskulären Risikofaktoren bei Frauen im gebärfähigen Alter immer weiter zu. Um umfassende Präventionsstrategien für diese Frauen zu entwickeln ist es notwendig den Zusammenhang der Gesamtbelastung von kardiovaskulären Risikofaktoren vor der Schwangerschaft und den Folgen für Mutter und Kind zu verstehen.

Zielsetzung

Die Querschnittsstudie untersucht daher den Zusammenhang zwischen der Gesamtbelastung von kardiovaskulären Risikofaktoren vor der Schwangerschaft bei der Frau und den negativen Folgen für Mutter und Kind.

Methodik

Es wurde eine Querschnittsanalyse basierend auf Daten des National Center for Health Statistics (NCHS) durchgeführt. Diese enthalten Informationen über alle Lebendgeburten und fötalen Todesfälle nach der 20. Schwangerschaftswoche in den USA sowie eine Selbstauskunft der Mutter. Berücksichtigt wurden die Daten von gebärenden Frauen im Alter zwischen 15 und 44 Jahren aus den Jahren 2014 bis 2018. Als kardiovaskuläre Risikofaktoren wurden definiert: ein Body-Mass-Index von $<18,5 \text{ kg/m}^2$ oder $>24,9 \text{ kg/m}^2$, Rauchen, Bluthochdruck und [Diabetes](#). Jeder vorhandene Risikofaktor wurde mit einem Punkt gewertet um den Risikoscore (RS) der Schwangeren zu ermitteln. Zur Schätzung des relativen Risikos für die Aufnahme der Mutter in die Intensivstation, eine Frühgeburt (<37 Wochen), ein niedriges Geburtsgewicht ($<2500 \text{ g}$) und den fötalen Tod bei höherer Belastung mit Risikofaktoren (1, 2, 3 oder 4) im Vergleich zu keinen Risikofaktoren (0) wurde eine modifizierte Poisson-Regression

angewendet und für die folgenden Faktoren bereinigt: Alter der Mutter bei der Geburt, Rasse/ethnische Zugehörigkeit, Bildung, Inanspruchnahme pränataler Betreuung, Parität und Geburtsvielfalt.

Ergebnisse

Patientencharakteristika

Insgesamt wurden Daten zu 18.646.512 Geburten in der Analyse berücksichtigt. Das mittlere Alter der Schwangeren lag bei $28,6 \pm 5,8$ Jahren. Von den Frauen hatten 60% mindestens einen definierten Risikofaktor vor ihrer Schwangerschaft (RS von 1: 52,5% der Frauen; RS von 2: 7,3%; RS von 3: 0,3%; RS von 4: 0,02%).

Das relative Risiko von Schwangerschaftskomplikationen

Insgesamt zeigte sich je höher der RS war desto höher war die Wahrscheinlichkeit für einen ungünstigen Ausgang. So hatten Frauen mit einem RS von 4 ein 5,79-fach höheres Risiko für die Aufnahme in die Intensivstation (95%-Konfidenzintervall (KI): 4,07-8,23) im Vergleich zu Frauen ohne Risikofaktoren sowie ein 3,9-fach höheres Risiko für eine Frühgeburt (95%-KI: 3,68-4,10), ein 2,8-fach höheres Risiko für ein niedriges Geburtsgewicht (95%-KI: 2,62-3,01) und ein 8,7-fach höheres Risiko für den Tod des Fötus (95%-KI: 7,06-10,83).

Das Risikoverhältnis für die Aufnahme in die Intensivstation stieg mit der Zahl des RS und lag bei 1,12 (95%-Konfidenzintervall (KI): 1,09-1,15) bei einem RS von 1, bei 1,86 für einen RS von 2 (95%-KI: 1,78-1,94) und bei 4,24 für einen RS von 3 (95%-KI: 3,85-4,68). Ebenso stieg das Risiko für ein geringes Geburtsgewicht (RS 1: 1,05; RS 2: 1,57 (95%-KI: 1,56-1,58); RS 3: 2,26 (95%-KI: 2,22-2,30) und den Tod des Fötus mit einem steigenden RS weiter an (RS 1: 1,48 (95%-KI: 1,45-1,51); RS 2: 2,51 (95%-KI: 2,43-2,59); RS 3: 5,69 (95%-KI: 5,32-6,08)).

Die Ergebnisse bestätigten sich, wenn nur erstgebärende Frauen berücksichtigt wurden, da eine komplizierte erste Schwangerschaft zumeist die Komplikationsrate bei weiteren Schwangerschaften erhöht und die Gewichtszunahme bei der ersten Schwangerschaft den BMI bei weiteren.

Fazit

Die Querschnittsdaten der US-amerikanischen Studie zeigen, dass kardiovaskuläre Risikofaktoren vor einer Schwangerschaft heutzutage bei Frauen weit verbreitet sind und das Alter von erstgebärenden Frauen stetig zunimmt. Daher sollte eine umfassende kardiovaskuläre Untersuchung vor einer geplanten Schwangerschaft stattfinden anstatt sich auf einzelne Risikofaktoren wie BMI oder Blutdruck zu konzentrieren, schlussfolgerte die Autorin Dr. Sadiya Khan von der Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago, USA. Frauen sollten vor einer geplanten Schwangerschaft auf ihre Gesundheit achten, diese optimieren und kardiovaskuläre Risikofaktoren minimieren.

Autor: Dr. Anja von Au (Medizinjournalistin)

Stand: 09.08.2021

Quelle: Wang M.C: et al. (2021): Association of pre-pregnancy cardiovascular risk factor burdens with adverse maternal and offspring outcomes. European Journal of Preventive Cardiology; Doi:10.1093/eurjpc/zwab121

European Society of Cardiology: Pressemeldung vom 21. Juli 2021

<https://www.gelbe-liste.de/gynaekologie/kardiovaskulaere-risikofaktoren-schwangerschaftskomplikationen>

Influenza in der Schwangerschaft begünstigt erhöhte Infektanfälligkeit der Nachkommen

16. August 2021

Heinrich-Pette-Institut – Leibniz-Institut für Experimentelle Virologie

Die Abteilung „Virale Zoonosen – One Health“ am Leibniz-Institut für Experimentelle Virologie (HPI) in Hamburg unter der Leitung von Prof. Gülşah Gabriel, Professorin an der Stiftung Tierärztliche Hochschule Hannover (TiHo), hat mithilfe eines neuen Tiermodells untersucht, ob Nachkommen von

Influenza A Virus-infizierten Müttern in ihrem späteren Leben anfälliger für andere Infektionen sind. Die Ergebnisse wurden nun im renommierten Journal „Nature Communications“ veröffentlicht.

Schwangere Frauen gehören zur größten Risikogruppe für schwere, teilweise tödliche Grippeverläufe. Ob eine durchgemachte Influenza in der Schwangerschaft auch die spätere Gesundheit der Nachkommen beeinflusst, war bislang unbekannt.

Die nun in „Nature Communications“ erschienene Studie zeigt mittels eines neuen Two-Hit-Mausmodells, dass eine moderate Influenza in der Schwangerschaft die Infektanfälligkeit der Nachkommen gegenüber anderen Viren sowie Bakterien besonders im frühen Leben erhöht.

Die hierfür zugrundeliegenden Mechanismen sind vielfältig. Dabei spielen vor allem drei Faktoren eine wichtige Rolle:

1. Eine Influenzavirus-induzierte Immunaktivierung in der Lunge,
2. ein niedriges Geburtsgewicht und
3. eine funktionelle Beeinträchtigung der fetalen alveolaren Makrophagen, Infektionen zu erkennen und zu eliminieren.

Schlüsselmoleküle, welche zu diesem erhöhten Risiko der Nachkommen von Influenza-infizierten Müttern führen, wie z.B. inflammatorische Cytokine in der Lunge der Mutter, werden auch von anderen respiratorischen Viren induziert (u.a. von SARS-CoV-2).

„Es gibt bereits mehrere unabhängige Hinweise aus humanen Studien, dass Kinder, deren Mütter eine Influenza in der Schwangerschaft hatten, in den ersten Lebensmonaten ein erhöhtes Infektionsrisiko besitzen. Bislang waren dies Assoziationsstudien. Die Befunde in dem neuen Tiermodell zeigen nun zum ersten Mal, dass es hier eine klare Kausalität zwischen der Virusinfektion in der Schwangerschaft und der erhöhten Vulnerabilität der Nachkommen gegenüber Infektionen gibt“, erläutert Prof. Gülşah Gabriel, Leiterin der HPI-Abteilung „Virale Zoonosen – One Health“ und Professorin an der Stiftung Tierärztliche Hochschule Hannover, die Ergebnisse.

„Diese Studien zeigen wiederholt, dass schwangere Frauen einen besonderen Schutz in Epidemien und Pandemien brauchen, um sich selbst, aber auch die nächste Generation zu schützen“, unterstreicht Prof. Gülşah Gabriel die Bedeutung der in der Studie erlangten Erkenntnisse.

An der HPI/TiHo-geleiteten Studie waren zahlreiche wissenschaftliche Institutionen beteiligt, unter anderem das Imperial College London, das Helmholtz Zentrum München und das Forschungszentrum Borstel.

Originalpublikation: <https://doi.org/10.1038/s41467-021-25220-3>

Weitere Informationen: <http://www.hpi-hamburg.de> HPI-Webseite

<https://www.medwiss.de/2021/08/16/influenza-in-der-schwangerschaft-beguenstigt-erhoehte-infektanfelligkeit-der-nachkommen/>

Kaiserschnitt: Tranexamsäure senkt postpartalen Blutverlust – klinische Bedeutung unklar

Montag, 5. Juli 2021

Bordeaux – Eine zusätzliche Infusion des Antifibrinolytikums Tranexamsäure in den ersten Minuten nach der Entbindung hat in einer randomisierten Studie im *New England Journal of Medicine* (2021; DOI: 10.1056/NEJMoa2028788) zwar häufiger einen starken postpartalen Blutverlust nach einem Kaiserschnitt verhindert, ein klinischer Vorteil gegenüber dem alleinigen Einsatz von Uterotonika war jedoch nicht eindeutig nachweisbar.

Postpartale Hämorrhagien gehören zu den am meisten gefürchteten Komplikationen der Geburtshilfe, da sie auch in der westlichen Welt tödlich enden können. Nach einem Kaiserschnitt erhalten deshalb viele Frauen prophylaktisch ein Uterotonikum, das durch seine kontrahierende Wirkung auf den Uterus den Blutverlust verringern soll.

Als zusätzliche Prophylaxe ist eine intravenöse Gabe von Tranexamsäure in der Diskussion, die im Anschluss an die Gabe des Uterotonikums erfolgen kann. Tranexamsäure hemmt die Umwandlung von Plasminogen zu Plasmin und verhindert dadurch, dass Blutgerinnsel vorzeitig aufgelöst werden. Nach größeren chirurgischen Eingriffen, etwa in der Herzchirurgie, wird Tranexamsäure zur Senkung der Blutverluste eingesetzt. In der Geburtshilfe ist es bereits zur Behandlung der postpartalen Hämorrhagie indiziert.

Ein Team um Loïc Sentilhes von der Universität Bordeaux hat in einer randomisierten Studie untersucht, ob auch eine prophylaktische Gabe sinnvoll ist. An der TRAAP2-Studie beteiligten sich 26 französische Kliniken, die mehr als 4.000 Frauen nach einem Kaiserschnitt auf die zusätzliche intravenöse Gabe von Tranexamsäure oder Placebo randomisierten. Fast alle Frauen erhielten vorher ein Uterotonikum (Oxytocin oder Carbetocin).

Der primäre Endpunkt war eine postpartale Hämorrhagie, definiert als ein Blutverlust von mehr als 1.000 ml oder eine Bluttransfusion innerhalb der ersten 2 Tage nach der Entbindung. Eines dieser Ereignisse trat in der Tranexamsäuregruppe bei 556 von 2.086 Frauen (26,7 %) auf gegenüber 653 von 2.067 Frauen (31,6%) in der Placebogruppe. Sentilhes ermittelt eine adjustierte Rate Ratio von 0,84, die mit einem 95%-Konfidenzintervall von 0,75 bis 0,94 signifikant war.

Die prophylaktische Gabe von Tranexamsäure war demnach in der Lage, die Häufigkeit einer postpartalen Hämorrhagie zu senken. Ob die Behandlung künftig von den Leitlinien empfohlen wird, erscheint jedoch zweifelhaft, da in den klinisch relevanten sekundären Endpunkten kein sicherer Vorteil erkennbar war.

Weder im gravimetrisch geschätzten Blutverlust (ermittelt durch das Wiegen von Vorlagen und Binden) noch in der Bewertung der klinischen Bedeutung der postpartalen Blutung oder der Verwendung zusätzlicher uterotischer Mittel oder der postpartalen Bluttransfusionen gab es signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Hinzu kommt, dass Tranexamsäure nicht ohne Risiken und Nebenwirkungen ist. Dazu gehört eine höhere Rate von Übelkeit und Erbrechen (43,0 % versus 26,3 %). In den ersten 3 Monaten nach der Behandlung kam es bei 8 Frauen (0,4 %) der Tranexamsäuregruppe zu thromboembolischen Ereignissen gegenüber 2 Fällen (0,1 %) in der Placebogruppe. Die Risk Ratio (4,01; 0,85 bis 18,92) war zwar nicht signifikant. Thromboembolische Ereignisse sind jedoch ein bekanntes Risiko von Tranexamsäure.

Vor 3 Jahren hatte das Team um Sentilhes die Ergebnisse der 1. TRAAP-Studie im *New England Journal of Medicine* (2018; DOI: 10.1056/NEJMoa1800942) vorgestellt.

Damals war in etwa die gleiche Anzahl von Frauen nach einer vaginalen Entbindung auf eine prophylaktische Behandlung mit Tranexamsäure oder Placebo randomisiert worden. Tranexamsäure hatte damals die Rate der Blutverluste von mehr als 500 ml (Definition der postpartalen Hämorrhagie nach vaginaler Entbindung) nicht signifikant senken können. Die prophylaktische Gabe hat sich nach vaginaler Entbindung nicht durchgesetzt. © rme/aerzteblatt.de

Norepinephrin gegen Hypotonie bei Kaiserschnitt

In einer klinischen Studie verhinderte Norepinephrin bei Frauen, die in Zusammenhang mit einem Kaiserschnitt eine Spinalanästhesie erhielten, das Auftreten von Hypotonien besser als Ephedrin und führte bei den Neugeborenen zu einem besseren zerebralen Sauerstoffgehalt.

Hintergrund

Hypotonie nach einer Spinalanästhesie ist eine der häufigsten Komplikationen während der Kaiserschnittgeburt, und die Hypotonierate ohne pharmakologische Prophylaxe kann bis zu 80% betragen. Dies kann Komplikationen wie Übelkeit und Erbrechen verursachen und negative Auswirkungen auf den Fötus haben. Die Vorabgabe von Flüssigkeit, eine seitliche Lagerung und die Gabe vasoaktiver Wirkstoffe sind wirksame prophylaktische Maßnahmen.

Häufig werden die vasoaktiven Medikamenten [Ephedrin](#) und [Phenylephrin](#) verwendet. Ephedrin ist jedoch mit einem langsamen Wirkeintritt und einer längeren Wirkdauer verbunden, so dass die genaue Blutdrucktitration schwierig ist. Unter Phenylephrin werden hohe Inzidenz von Bradykardie beobachtet.

Ephedrin ist gut plazentagängig, wodurch unerwartet fetale Tachykardien auftreten können und das Risiko einer fetalen Azidose erhöht ist. Selbst bei gesunden Geburten ohne fötale Beeinträchtigungen hat sich gezeigt, dass der fötale Säure-Basen-Haushalt nach der Verabreichung von Ephedrin weniger günstig ist als nach der Verabreichung von Phenylephrin.

Vor Kurzem wurde zur Vorbeugung einer Hypotonie nach einer Spinalanästhesie [Norepinephrin](#), ein potenter α -adrenergen Rezeptor-Agonist, eingeführt. Norepinephrin besitzt eine milde Wirkung auf den β -adrenergen Rezeptor und weniger negative Auswirkungen auf die Herzfrequenz und kann daher zur Aufrechterhaltung des Blutdrucks während des Kaiserschnitts eine bessere Wahl sein. Obwohl Ephedrin als einer der am häufigsten verwendeten Vasopressoren zur Verhinderung der Hypotonie nach einer Spinalanästhesie gilt, liegen nur begrenzt Daten aus Studien, in denen Norepinephrin mit Ephedrin verglichen wurde, vor.

Zielsetzung

Das Hauptziel der Wissenschaftler um Dr. Qian-Qian Fan vom Department of Anesthesiology and Perioperative Medicine am Xijing Hospital der Fourth Military Medical University in Xi'an, Shaanxi, China, war es, die Wirksamkeit zweier häufig verwendeter Maßnahmen zur Prävention einer Hypotonie nach einer Spinalanästhesie (kontinuierliche Infusion von Norepinephrin vs. Bolusgabe von Ephedrin) bei Gebärenden zu vergleichen. Die Ergebnisse wurden aktuell in der Fachzeitschrift Chinese Medical Journal veröffentlicht [1].

Methodik

In dieser doppelt verblindeten, randomisierten, kontrollierten klinischen Studie wurden die für den elektiven Kaiserschnitt vorgesehenen Teilnehmerinnen nach dem Zufallsprinzip im Verhältnis 1:1 einer Gruppe zugeteilt, die unmittelbar vor der Spinalanästhesie eine Norepinephrin-Infusion erhalten sollte (0,05 g/kg/min über dreißig Minuten), oder einer Gruppe, die kurz nach der Spinalanästhesie eine Bolusgabe Ephedrin (0,15 mg/kg) erhalten sollte. Im Falle einer Hypotonie wurde ein Bolus verabreicht (5 g Norepinephrin für die Norepinephringruppe und 5 mg Ephedrin für die Ephedringruppe).

Das primäre Ergebnis war die Inzidenz einer Hypotonie innerhalb von 30 min nach Verabreichung der Spinalanästhesie, definiert als zwei aufeinander folgende Messungen des systolischen Blutdrucks (systolic blood pressure [SBP]) unter 90 mmHg oder eine 20%ige Abnahme des SBP gegenüber dem Ausgangswert. Sekundäre Ergebnisse waren mütterliche und neonatale Ergebnisse dreißig Minuten nach der Spinalanästhesie und die neonatale zerebrale Sauerstoffversorgung zehn Minuten nach der Geburt.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 190 Teilnehmerinnen in die Studie aufgenommen. Die Daten von 177 dieser Frauen bezogen die Wissenschaftler in die finale Analyse ein. Die demographischen Daten waren für die beiden Studiengruppen vergleichbar. Eine Ausnahme bildete der höhere Anteil an mehrfach Gebärenden in der Norepinephringruppe (72,7% vs. 59,6%).

In der Norepinephringruppe traten bei weniger Frauen Hypotonien auf als in der Ephedringruppe (29,5% vs. 44,9%; OR 0,51; 95%-Konfidenzintervall [CI] 0,28 - 0,95; P = 0,034). Die Tachykardie-Frequenz war in der Norepinephringruppe niedriger als in der Ephedringruppe (46% vs. 74%; OR 0,22; 95%-KI 0,11 - 0,44, P < 0,001), und weniger Frauen litten an Übelkeit und Erbrechen (7% vs. 21%; OR: 0,28; 95%-KI 0,11 - 0,70; P = 0,004).

Die Wissenschaftler fanden keinen Unterschied in den Apgar-Scores und den Analysewerten für die Blutgase aus dem Blut der Nabelarterie zwischen den Neugeborenen der beiden Gruppen. Die

neonatalen zerebralen regionalen Sauerstoffsättigungen waren nach der Geburt in der Norepinephrin-gruppe signifikant höher als in der Ephedringruppe (mittlere Differenz 2,0%; 95%-KI 0,55% - 3,45%; P = 0,008).

Fazit

Bei Frauen, die sich einem elektiven Kaiserschnitt mit Spinalanästhesie unterzogen, führte die Infusion von Norepinephrin im Vergleich zur Bolusgabe von Ephedrin seltener zu Hypotonie- und Tachykardie-episoden und zeigte potenzielle Vorteile für die Neugeborenen durch eine bessere zerebrale Sauerstoffsättigung.

Als Einschränkungen der Studie geben die Autoren an, dass es wegen der Belastungen durch die Maßnahme nicht möglich war, die Herzleistung zu untersuchen. Außerdem konnte die regionale Sauerstoffsättigung in den ersten zwei Minuten nach der Geburt aufgrund anderer gleichzeitig durchgeführter Maßnahmen nicht zuverlässig bestimmt werden und die Dauer der Hypotonien wurde nicht erfasst. Die Studie ist unter der Nummer NCT02542748 bei ClinicalTrials.gov registriert. Sie wurden von der Air Force Military Medical University finanziert.

Autor: Dr. Elke Schlüssel (Medizinjournalistin)

Stand: 14.07.2021

Quelle: Fan et al. (2021) Comparison of two vasopressor protocols for preventing hypotension post-spinal anesthesia during cesarean section: a randomized controlled trial. Chinese Medical Journal, DOI: 10.1097/CM9.0000000000001404

<https://www.gelbe-liste.de/gynaekologie/norepinephrin-hypotonie-kaiserschnitt>

Rauchentwöhnung bei Partner: innen von Schwangeren

In einer randomisierten Studie aus Hongkong konnte der Anteil der werdenden Väter verdoppelt werden, die nach einer einfachen Intervention nach sechs Monaten das Rauchen aufgegeben hatten.

Für eine Rauchentwöhnung des Partners oder der Partnerin einer Schwangeren gibt es gute Gründe. Studien haben gezeigt, dass das Passivrauchen der Schwangeren negative Auswirkungen auf den Fetus haben kann. Das Risiko von Totgeburt, Geburtsfehlern und neurologischen Entwicklungsverzögerungen ist erhöht.

Ein Team um Man Ping Wang von der School of Nursing der Universität Hongkong hat untersucht, ob die Lebenspartner mit einer einfachen Intervention dazu motiviert werden können, das Rauchen aufzugeben. Die Intervention bestand darin, dass die Männer gebeten wurden, in ein Gerät (»Smokerlyzer«) zur Bestimmung der CO-Konzentration zu blasen. Das Ergebnis wurde ihnen sogleich gezeigt – mit einem Warnhinweis auf die Risiken für den Fetus. Danach wurde ihnen eine Wochenration von Nikotinplastern oder (bei leichteren Rauchern) Nikotinkaugummis überreicht, verbunden mit der Einladung, sich an eine der zahlreichen und in Hongkong kostenlosen Beratungsstellen für Raucher: innen zu wenden.

Diese Strategie hat sich in der randomisierten Studie als erfolgreich erwiesen. Von den 527 Rauchern nahmen 430 an einer Kontrolluntersuchung nach sechs Monaten teil (wofür sie eine Belohnung von 300 Hongkong-Pfund entsprechend etwa 32 Euro erhielten). Primärer Endpunkt war eine CO-Konzentration im »Smokerlyzer« von weniger als 3 ppm. Dieses Ziel schafften immerhin 36 von 527 Teilnehmern (6,8 %). In der randomisierten Kontrollgruppe, in der die werdenden Väter nur eine kurze ermahrende Ansprache erhalten hatten, bestanden nur 19 von 526 Teilnehmern (3,6 %) den Smokerlyzer-Test. Wang ermittelt eine Odds Ratio von 1,96, die mit einem 95-%-Konfidenzintervall von 1,11 bis 3,46 signifikant war.

Auch die 7-Tage-Punktprävalenz einer Abstinenz nach 3 Monaten (Odds Ratio 1,48; 1,05-2,09) und 6 Monaten (Odds Ratio 1,74; 1,29-2,34) war nach der Rauchentwöhnung höher. Die Teilnehmer waren hier gefragt worden, ob sie in den letzten 7 Tagen geraucht hätten. Von den Männern, die das Rauchen

nicht aufgegeben hatten, berichtete ein Viertel (24,3 %), dass sie die Zahl der täglich gerauchten Zigaretten um die Hälfte gesenkt habe.

Die befürchtete Nebenwirkung, dass das Thema Rauchentwöhnung eine Ehekrise heraufbeschwören könnte, ist offenbar nicht eingetreten. Harmonie und Glück in der Familie wurden bei der Kontrolluntersuchung nach sechs Monaten von den Männern, die am Rauchstopp teilgenommen hatten, als besser eingestuft als in der Kontrollgruppe.

Quelle: Ping Wang M et al.: Brief Advice, Nicotine Replacement Therapy Sampling, and Active Referral for Expectant Fathers Who Smoke Cigarettes A Randomized Clinical Trial. JAMA Network 2021. Doi: 10.1001/jamainternmed.2021.2757 · aerzteblatt.de, 1.7.2021 · DHZ

Erscheinungsdatum: 16.07.2021

<https://www.dhz-online.de/news/detail/artikel/rauchentwoehnung-bei-partnerinnen-von-schwangeren/>

Schwangerschaftsdiabetes weiterhin auf dem Vormarsch

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

© Kluthe-Stiftung Ernährung und Gesundheit

Donnerstag, 1. Juli 2021

Von 100 Frauen, die in einer Klinik entbinden, hatten 2018 sieben einen dokumentierten Schwangerschaftsdiabetes. Der Anteil der betroffenen Frauen ist seit 2013 um fast die Hälfte gestiegen.

Die Mutterschaftsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses empfehlen seit 2012 ein zweistufiges Screening auf Schwangerschaftsdiabetes, das zwischen der 24. und 28. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden sollte. Ergibt der Vortest¹ ein auffälliges Ergebnis, sollte dies mit einem Diagnosetest² abgesichert werden.

Unter Federführung des Robert-Koch-Instituts haben Wissenschaftler untersucht, wie sich die Screeningquote und Häufigkeit (Prävalenz) von Gestationsdiabetes seit Einführung des zweistufigen Screenings entwickelt haben. Hierfür verwendeten sie die Daten aus der externen stationären Qualitätssicherung zur Geburtshilfe, welche alle Krankenhausgeburten umfasst. Frauen, die bereits vor ihrer Schwangerschaft an Diabetes erkrankt waren, wurden aus der Analyse ausgeschlossen. Um eine Verfälschung der Ergebnisse durch Veränderungen in der Altersstruktur der schwangeren Frauen zu verhindern, wurde die Altersstruktur der Studienpopulation aus dem Jahr 2018 als Referenz für die vorherigen Jahre verwendet.

Im Zeitraum von 2013 bis 2018 ist die Prävalenz des dokumentierten Schwangerschaftsdiabetes von 4,6 Prozent auf 6,8 Prozent angestiegen. Im selben Zeitraum nahm auch die Gesamtzahl der Geburten zu. So waren 2013 29.735 Frauen von Schwangerschaftsdiabetes betroffen, 2018 waren es 51.318 Frauen.

Die Screeningquote wurde erst ab 2016 im Datensatz dokumentiert. Im Jahr 2018 nahmen fast zwei Drittel der Frauen (65 Prozent) einen alleinigen Vortest wahr, knapp ein Fünftel der Frauen (18 Prozent) erhielt einen Vortest plus anschließendem Diagnosetest und jede 15. Frau (6,7 Prozent) unterzog sich nur dem Diagnosetest. Verglichen mit dem Jahr 2016 stieg die Screeningquote des Schwangerschaftsdiabetes von 83,4 Prozent auf 89,9 Prozent.

Ein Erklärungsansatz für die zunehmende Prävalenz des Schwangerschaftsdiabetes ist die erhöhte Screeningquote. Aber auch Änderungen bei der Verbreitung von Risikofaktoren der schwangeren Frauen (insbesondere Übergewicht/Adipositas) sowie ein verändertes Dokumentationsverhalten könnten zu einer Zunahme des dokumentierten Schwangerschaftsdiabetes beigetragen haben.

Die Wissenschaftler folgern, dass die Daten der stationären Qualitätssicherung Geburtshilfe grundsätzlich geeignet zu sein scheinen, die zeitliche Entwicklung in der Screeningquote und Prävalenz des Schwangerschaftsdiabetes in Deutschland kontinuierlich zu beobachten. Zugleich weisen sie allerdings

auch auf Forschungsbedarf hin. Nicht alle Frauen nutzen das Angebot des Screenings auf Schwangerschaftsdiabetes. Hier wäre zu klären, ob sich diese Frauen in Bezug auf wichtige Risikofaktoren für Schwangerschaftsdiabetes von jenen unterscheiden, die am Screening teilnehmen. Dies würde sich gegebenenfalls auf Prävalenzschätzungen auswirken. Ein weiteres Manko der Studie besteht darin, dass Schwangerschaftsdiabetes von Frauen mit Fehlgeburten und jenen, die nicht in einem Krankenhaus entbunden haben, nicht erfasst wurde.

Quellen

L. Reitzle, C. Schmidt, C. Heidemann et al. (2021): Gestationsdiabetes in Deutschland: Zeitliche Entwicklung von Screeningquote und Prävalenz. *Journal of Health Monitoring* 6 (2)

¹ Aufnahme einer Glukoselösung mit 50 Gramm Glukose. Die Frau muss zuvor nicht nüchtern sein. Nach einer Stunde wird der Blutzuckerspiegel gemessen.

² Aufnahme einer Glukoselösung mit 75 Gramm Glukose (oraler Glukosetoleranztest). Um zuverlässige Ergebnisse zu erhalten, sollte die Schwangere zu Beginn des Tests nüchtern sein. Der Blutzuckerspiegel wird vor Aufnahme des Getränks sowie eine und zwei Stunden danach gemessen.

verfasst von Dr. oec. troph. Christina Bächle am 1. Juli 2021 um 08:10

https://www.ernaehrung.de/blog/schwangerschaftsdiabetes-weiterhin-auf-dem-vormarsch/?utm_source=newsletter_2021_07_05&utm_medium=newsletter&utm_content=blog&utm_campaign=schwangerschaftsdiabetes-weiterhin-auf-dem-vormarsch

Sind Supplemente mit Omega-3-Fettsäuren in der Schwangerschaft notwendig? : Nachgefragt beim Netzwerk Gesund ins Leben

Die Omega-3-Fettsäure DHA ist für die Entwicklung des ungeborenen Kindes wichtig. DHA steckt vor allem in fettreichem Meeresfisch. Für Schwangere lautet die Empfehlung daher: wöchentlich Fisch. Doch was, wenn Fisch nicht gemocht wird: Gibt es pflanzliche Alternativen? Oder sind Supplemente notwendig?

DHA (Docosahexaensäure) ist eine langkettige Omega-3-Fettsäure [1]. Sie ist für die normale Entwicklung des kindlichen Gehirns, der Augen und des Nervensystems von zentraler Bedeutung. Schwangere sollten daher im Durchschnitt mindestens 200 Milligramm DHA pro Tag aufnehmen [2]. Fisch, vor allem fettreicher Meeresfisch, ist ein guter DHA-Lieferant. Das Netzwerk Gesund ins Leben empfiehlt Schwangeren in den bundesweiten Handlungsempfehlungen daher, wöchentlich Fisch zu essen, insbesondere fettreichen Meeresfisch [3]. Zwar liefern auch bestimmte Pflanzenöle, Nüsse und Samen wichtige Omega-3-Fettsäuren. Zur DHA-Versorgung Schwangerer können sie aber lediglich einen Beitrag leisten, da die pflanzlichen Lebensmittel nur eine Vorstufe von DHA enthalten. Diese wird im Körper nur sehr begrenzt in DHA umgewandelt [2, 4]. Für Schwangere, die gar keinen oder nicht regelmäßig fettreichen Meeresfisch essen, lautet die Empfehlung deshalb, DHA über geeignete Nahrungsergänzungsmittel zuzuführen. Auch der Verzehr DHA-angereicherter Lebensmittel ist eine Möglichkeit. Für Vegetarierinnen und Veganerinnen gut zu wissen: DHA kann auch aus marinen Mikroalgen gewonnen werden [5].

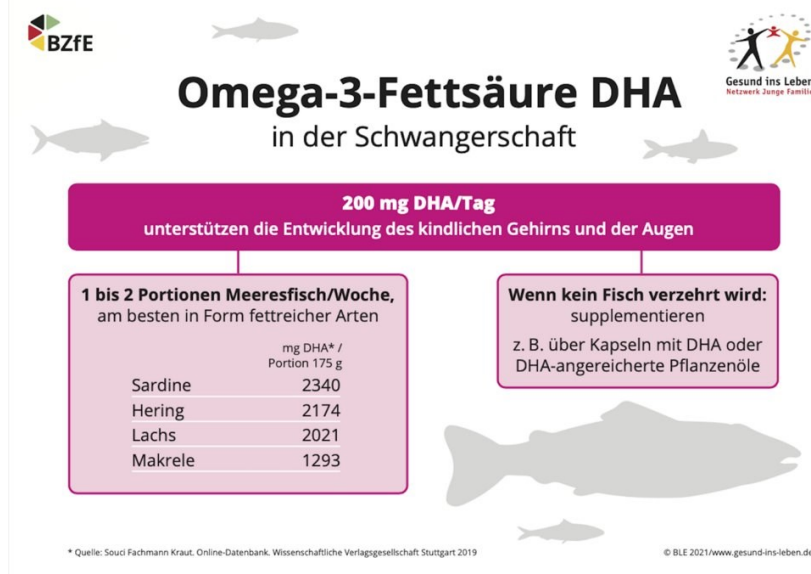
Ausreichend DHA für eine gute Entwicklung

Die Fettzufuhr in der Schwangerschaft und Stillzeit beeinflusst die kindliche Entwicklung und Gesundheit. Dabei ist vor allem die Aufnahme der langkettigen Omega-3-Fettsäure DHA von zentraler Bedeutung [6]. Sie ist Bestandteil von Zellmembranen und wichtig für die Funktion des Gehirns und die Sehkraft. Darüber hinaus sind Omega-3-Fettsäuren Vorstufen von Eicosanoiden, die beispielsweise Entzündungs- und Abwehrreaktionen regulieren. In der zweiten Hälfte der Schwangerschaft wachsen das Gehirn und das zentrale Nervensystem des Fötus besonders rasch. Dieser Prozess setzt sich in den ersten Lebensjahren fort. Kognitive, motorische und visuelle Fähigkeiten entwickeln sich [7]. Dafür muss dem Kind ausreichend DHA zur Verfügung stehen. Da Schwangere das ungeborene Kind über ihre

Ernährung mitversorgen, ist für sie eine gute DHA-Zufuhr besonders wichtig. Das gilt über die Schwangerschaft hinaus auch noch für die Stillzeit [6, 7]. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) empfiehlt Schwangeren und Stillenden im Durchschnitt mindestens 200 mg DHA pro Tag zuzuführen [2].

Gut versorgt mit regelmäßigem Fischverzehr

Die DHA-Zufuhrempfehlung der DGE kann mit ein bis zwei Portionen Meeresfisch gut erreicht werden [2], insbesondere durch fettreiche Meeresfische wie Makrele, Hering, Sardine und Lachs. Fettärmere Meeresfische wie Seelachs und Rotbarsch sowie Süßwasserfische wie Forelle enthalten zwar ebenfalls DHA, aber im Vergleich viel weniger [8].



Reich an DHA: Fettreicher Meeresfisch wie Makrele

Das Netzwerk Gesund ins Leben empfiehlt Schwangeren daher für ihren regelmäßigen Fischverzehr fettreiche Meeresfische zu bevorzugen. Eine Fischportion ist etwa so groß wie der Handteller. Wichtig für den Verzehr: frischen oder tiefgekühlten Fisch, aber auch geräucherten oder gebeizten, gut durcherhitzen, um Lebensmittelinfektionen vorzubeugen. Der Fisch kann aber auch aus der Dose (Vollkonserve) stammen und ist in dem Fall direkt nach dem Öffnen zu verzehren. Auf Rohfisch-Spezialitäten wie Sushi sollten Frauen in der Schwangerschaft besser verzichten [3], ebenso auf Fischerzeugnisse wie Sahnehering aus dem Kühlregal.

Fisch bewusst ausgewählt

Für die Auswahl der Fischmahlzeit lautet die Empfehlung: kleinere fettreiche Meeresfische bevorzugen. Sie stehen weiter unten in der Nahrungskette im Meer und sind daher in der Regel weniger mit Schadstoffen belastet. Entlang der Nahrungskette reichern sich Schadstoffe dann immer mehr an. Große und ältere Fische, insbesondere Raubfische können daher höhere Belastungen aufweisen. Deshalb sollten Schwangere und auch Stillende auf den regelmäßigen Verzehr von beispielsweise Thunfisch, Schwertfisch, weißem Heilbutt und Haifisch vorsorglich verzichten [9, 10, 11].

Fisch aus bestandserhaltender Fischerei ist beispielsweise am MSC-Siegel, aus nachhaltiger Aquakultur am ASC-Siegel erkennbar. Bio-Fisch ist mit dem EU-Bio-Logo gekennzeichnet und stammt immer aus Aquakultur. Tipps zum Einkauf bietet das Bundeszentrum für Ernährung [12].

DHA-Alternativen für den Speiseplan ohne Fisch

Fettreiche pflanzliche Lebensmittel wie Rapsöl, Leinöl oder Walnüsse gehören zu einer ausgewogenen Ernährung dazu. Denn auch sie liefern wichtige Omega-3-Fettsäuren, nicht jedoch DHA, sondern Alpha-Linolensäure (ALA). Aus ihr kann der menschliche Körper zwar DHA bilden, die Umwandlungsrate ist jedoch stark begrenzt. Sie wird auf nur 0,1 bis 10 Prozent geschätzt [2, 4]. Eine ausreichende DHA-

Zufuhr in der Schwangerschaft und Stillzeit ermöglicht eine rein pflanzliche Ernährung daher nicht. Schwangere Frauen, die keinen oder nur selten Fisch essen, sollten daher DHA als Nahrungsergänzung einnehmen [3]. Diese Empfehlung gilt nicht allein für Frauen, die sich vegan oder vegetarisch ernähren, sondern für alle Schwangeren, die nicht regelmäßig Fisch essen. Für die Nahrungsergänzung gibt es Präparate aus Fischöl und Krillöl oder aus marinen Mikroalgen wie Schizochytrium oder Ulkenia. Eine weitere Möglichkeit zur ausreichenden DHA-Versorgung in der Schwangerschaft und Stillzeit bieten angereicherte Lebensmittel wie DHA-angereicherte Öle oder Margarinen.

In der Beratung: Wege aufzeigen und Entscheidungsfreiheit respektieren

„Die Bedeutung einer ausreichenden DHA-Versorgung ist ein wichtiges Ernährungsthema für schwangere Frauen, dass wir Fachkräfte in der Beratung noch stärker in den Fokus rücken sollten“, sagt Dr. Ute Alexy, Ernährungswissenschaftlerin an der Universität Bonn.

„Wichtig ist in der Beratung, auf die Gewohnheiten und persönlichen Vorlieben der Frauen einzugehen. Denn Fisch ist ein sensibles Thema – aus ökologischen Gründen, aber auch weil immer mehr Frauen vegetarisch essen. Besonders für sie ist der Hinweis, dass die DHA-Zufuhr auch über eine gezielte Nahrungsergänzung möglich ist, eine wertvolle Hilfe.“

Auf die Produktkennzeichnung achten

Die im Handel angebotenen Fischöl- und Algenölkapseln können unterschiedliche, teils sehr hohe Gehalte an DHA beziehungsweise Omega-3-Fettsäuren aufweisen [13, 14]. Schwangere sollten sich bei der Dosierung an der Tagesempfehlung der DGE von durchschnittlich 200 mg DHA orientieren. Hilfreich ist es, beim Einkauf nach Produkten zu suchen, bei denen auch der DHA-Gehalt auf dem Etikett angegeben ist – und nicht nur der Gesamtgehalt an Omega-3-Fettsäuren. Das ist bei Nahrungsergänzungsmitteln der Fall, die beispielsweise als „DHA-Kapseln“ bezeichnet sind. Sobald der Begriff DHA hier ausdrücklich fällt, muss der DHA-Gehalt in der Nährwerttabelle des Produktes stehen [15, 16]. Entsprechendes gilt bei angereicherten Lebensmitteln: Steht „angereichert mit DHA“ oder „DHA-Öl“ auf der Packung, muss erkennbar sein, wieviel DHA in dem Produkt enthalten ist [16].

Der Artikel basiert auf den bundesweiten Handlungsempfehlungen zu Ernährung und Lebensstil vor und während der Schwangerschaft:

[Supplemente](#)

[Ernährungsweise](#)

Stand: 18.05.2021 / Netzwerk Gesund ins Leben | Dr. Christina Rempe, Monika Cremer

<https://www.gesund-ins-leben.de/fuer-fachkreise/familien-vor-und-in-der-schwangerschaft/nachgefragt/sind-supplemente-mit-omega-3-fettsaeuren-in-der-schwangerschaft-notwendig/>

Zuranolone wirkt bei postpartaler Depression

Zuranolone zeigte versus Placebo einen raschen Wirkeintritt und eine nachhaltige Wirksamkeit bei postpartaler Depression. Zuranolone wirkt als allosterischer Modulator am GABAA-Rezeptor, ein Wirkmechanismus, der in dieser Indikation besonderes Potenzial haben könnte.

Hintergrund

Als postpartale Depression (PPD) wird eine schwere depressive Episode von Müttern rund um den Geburtszeitpunkt bezeichnet. Die PPD belastet die Mütter und die gesamte Familie enorm. Obwohl 13,2% der Mütter in den USA unter Symptomen einer PPD leiden und diese zu den häufigsten Komplikationen während und nach der Schwangerschaft zählen, gilt die PPD als unterdiagnostiziert und untertherapiert. Das ist vor dem Hintergrund, dass eine unbehandelte PPD über Jahre andauern, Suizidalität bei den Müttern hervorrufen, die Entwicklung des Kindes negativ beeinflussen und zu Depressionen beim Partner führen kann, besonders schwerwiegend.

Allosterische Modulation des GABA_A-Rezeptors

Die Pathophysiologie der PPD ist wahrscheinlich multifaktoriell. Es gibt Hinweise darauf, dass eine peripartale Unterbrechung des GABA-Signalwegs beteiligt sein könnte. Ein potenzieller Faktor könnten perinatale Veränderungen der Konzentration des zirkulierenden Allopregnanolons sein. Allopregnanolon ist ein neuroaktives Steroid (NAS), das als positiver allosterischer Modulator (PAM) am GABA_A-Rezeptor wirkt. Brexanolon, das Allopregnanolon chemisch entspricht, wurde aufgrund seiner antidepressiven Wirkung in den USA zur Behandlung der PPD zugelassen. Zuranolone ist ebenfalls ein Wirkstoff aus der Gruppe der allosterischen Modulatoren am GABA_A-Rezeptor (NAS GABA_ARPAMs) und weist eine Pharmakokinetik auf, die eine einmal tägliche Verabreichung ermöglicht. Zuranolone wurde in einer Phase-III-Studie bei Frauen mit PPD untersucht.

Zielsetzung

Ziel der Studie war es festzustellen, ob Zuranolone die Symptome einer postpartalen Depression effektiv und zeitnah lindert und wie sicher und verträglich die Therapie ist.

Methoden

Die doppelt-blinde randomisierte, Placebo-kontrollierte Phase-III-Studie wurde zwischen Januar 2017 und Dezember 2018 an 27 Kliniken in den USA ambulant durchgeführt. Teilgenommen haben Frauen im Alter von 18-45 Jahren bis zu sechs Monate nach der Geburt. Die Teilnehmerinnen litten unter einer postpartalen Depression, die ab dem 3. Trimester bis zu 4 Wochen nach der Geburt begonnen hatte. Auf der aus 17-Fragen bestehenden Hamilton Skala (Hamilton rating scale for depression [HAMD-17]) wiesen die Teilnehmerinnen zu Beginn der Studie einen Punktestand von mindestens 26 auf (0-51 Punkte; 0 Punkte = keine Depression; ≥ 25 Punkte = schwere Depression).

Behandlung und Endpunkte

Die Frauen wurden 1:1 in eine Verum Gruppe, die Zuranolone 30 mg oral jeden Abend über 2 Wochen erhielt, und eine Placebogruppe randomisiert. Primärer Endpunkt war die Änderung von Baseline im HAMD-17 Score unter Zuranolone vs. Placebo an Tag 15. Zu den sekundären Endpunkten gehörten die Änderungen dem HAMD-17 Scores zu anderen Zeitpunkten, eine Reduktion des Baseline-HAMD-17 Scores um $\geq 50\%$ und eine Remission (HAMD-17 Scores ≤ 7). Darüber hinaus wurden der Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale Score (MADRS) und Hamilton-Angst-Skala-Score (Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAMA) ermittelt. Zur Einstufung der Sicherheit der Zuranolone-Medikation wurden klinische Untersuchungen durchgeführt und die Nebenwirkungen dokumentiert. Ein Nachbehandlungs-Follow up fand bis zum Tag 45 statt. Die Analyse der Daten wurde nach dem Intention-to-Treat-Prinzip durchgeführt.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 153 Patientinnen in die Zuranolone-Gruppe (n=76) und in die Placebo-Gruppe (n=77) randomisiert. In die Wirksamkeitsanalyse flossen die Daten von 150 Patientinnen ein. 148 (98,7%) Teilnehmerinnen schlossen die Behandlung ab. Unter Zuranolone waren an Tag 15 signifikante Verbesserungen gegenüber Baseline im HAMD-17 Score und im Vergleich zu Placebo zu verzeichnen (-17,8 vs. -13,6; Differenz: -4,2; 95% Konfidenzintervall [CI] -6,9 - -1,5; p=0,003).

Rascher Wirkeintritt

Von Tag 3 an kam es unter Zuranolone zu stärkeren Verbesserungen des HAMD-17-Scores im Vergleich zu Placebo. (Differenz -2,7; 95% CI -5,1 - -0,3; p=0,03). Diese Effekte durch Zuranolone hielten auch bis Tag 45 an. (Differenz, -4,1; 95%CI -6,7 --1,4; p=0,03). Zuranolone schnitt vs. Placebo auch hinsichtlich der Endpunkte Reduktion des Baseline-HAMD-17 Scores um $\geq 50\%$ (Chancenverhältnis [OR] 2,63; 95%CI 1,34-5,16; p=0,005) und Remission (OR 2,53; 95%CI 1,24-5,17; p=0,01) ab. Bei der Veränderung von Baseline beim MADRS wurde eine Differenz von -4,6; CI -8,3- -0,8; p=0,02) zwischen Zuranolone und Placebo und beim HAMA-Score eine Differenz von -3,9; 95%CI -6,7 - -1,1; p=0,006 ermittelt. In jeder Gruppe kam es zu je einem ersten unerwünschten Ereignis. Eine Patientin in der Placebo-

Gruppe erkrankte an einer Pankreatitis, bei einer Patientin unter Zuranolone trat ein Verwirrheitszustand auf.

Fazit

In der vorliegenden Studie zeigte Zuranolone gegenüber Placebo einen raschen Wirkungseintritt und eine gute und nachhaltige Wirksamkeit bei Patientinnen mit postpartaler Depression. Es wurden klinisch bedeutende Verbesserungen der depressiven Symptomatik und Ängstlichkeit erzielt. Die Medikation wurde im Allgemeinen gut vertragen. Nach Ansicht der Autoren hat Zuranolone das Potenzial ein neues Medikament gegen die postpartale Depression zu werden. Gleichzeitig unterstützen die Ergebnisse dieser Studie auch andere Forschungsergebnisse, die darauf hinweisen, dass eine Weiterentwicklung von NAS GABA_A-R PAMs als potenzielle Therapeutika bei PPD sinnvoll sein könnte.

Autor: Barbara Welsch (Medizinjournalistin)

Stand: 14.07.2021

Quelle: Deligiannidis, Meltzer-Brody, Gunduz-Bruce et al. (2021): Effect of Zuranolone vs Placebo in Postpartum Depression: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2021.1559

<https://www.gelbe-liste.de/neurologie/zuranolone-postpartale-depression>

Zusätzliche Fettsäure in der Schwangerschaft halbiert Rate der Frühgeburten

Autor: Sabine Mattes

Docosahexaensäure (DHA) reduziert das Risiko für Frühgeburten. Doch offensichtlich brauchen werdende Mutter und Kind mehr von der Omega-3-Fettsäure als bislang angenommen.

Viele werdende Mütter greifen gemäß aktueller Empfehlung zu 200 mg Docosahexaensäure (DHA) täglich. Mit der Supplementierung möchten sie unter anderem eine Geburt vor der 34. Schwangerschaftswoche (SSW) verhindern. Nun wollten Wissenschaftler wissen, ob höhere Dosen der Omega-3-Fettsäure die Frühgeburtenrate noch weiter senken können.

Für eine randomisierte, doppelblinde Studie rekrutierten Professor Dr. Susan Carlson und ihre Kollegen von der University of Kansas über 1000 Frauen im zweiten Trimenon einer Einlingsschwangerschaft. Etwa die Hälfte erhielt 1000 mg/d DHA, die übrigen 200 mg. Bei allen war eingangs der DHA-Status erhoben worden.

Anhand der Primäranalyse von 1032 Geburten kamen die Forscher zu dem Schluss, dass eine höhere tägliche DHA-Dosis die Anzahl der frühen Frühgeburten generell deutlich reduziert (1,7 % vs. 2,4 %). Insbesondere profitierten jene Frauen und ihre Kinder, die bei anfangs vergleichsweise niedrigem DHA-Spiegel mit 1000 mg versorgt worden waren. Die Wahrscheinlichkeit für eine Geburt vor der 34. SSW war dann nur halb so hoch (2,0 % vs. 4,1 %). Bei Teilnehmerinnen, die zu Studienbeginn satte DHA-Spiegel hatten, gab es keine weitere Risikoreduktion.

Auch an anderer Stelle zeigten sich die positiven Auswirkungen höherer Fettsäuregaben. So traten bei den Schwangeren weniger oft bakterielle Infektionen von Chorion und Amnion sowie vorzeitige Blasensprünge oder Nierenbeckenentzündungen auf.

Weniger Beschwerden bei den Kindern

Die Neugeborenen hatten beim Start ins Leben seltener mit urogenitalen und neurologischen Problemen zu kämpfen. Vor diesem Hintergrund raten die Autoren dazu, Frauen mit niedrigem DHA-Spiegel zu Schwangerschaftsbeginn die tägliche Einnahme von 1000 mg der Omega-3-Fettsäure nahezulegen.

Quelle: Carlson SE et al. EClinical Medicine 2021; DOI: 10.1016/j.eclinm.2021.100905

04.07.2021

<https://www.medical-tribune.de/medizin-und-forschung/artikel/zusaetzliche-fettsaeure-in-der-schwangerschaft-halbiert-rate-der-fruehgeburten/>

Frühe Antibiose fördert Neurodermitis

Autor: Dr. Anne Benckendorff

Eine Antibiose in den ersten Lebensmonaten kann die Darmflora durcheinanderbringen – und möglicherweise das Neurodermitisrisiko erhöhen.

Die Ursachen der **atopischen Dermatitis** sind bis heute nur teilweise geklärt. Erwiesen ist, dass die Einnahme von Antibiotika das Darmmikrobiom verändert, was den Boden für atopische Erkrankungen bereiten könnte.

In dieses Bild passen die Ergebnisse einer schwedischen Untersuchung, die einen Zusammenhang zwischen früher Antibiotikaexposition und der Wahrscheinlichkeit, an Neurodermitis zu erkranken, zeigen. In der Studie wurde für knapp 723 000 Kinder der Jahrgänge 2006 bis 2010 anhand von Registerdaten geklärt, ob sie selber in ihren ersten zwölf Lebensmonaten ein Antibiotikum bekommen hatten oder ob ihren Müttern während der Schwangerschaft ein solches Präparat verordnet worden war.

Wie sich zeigte, waren 21 % der Kinder den Substanzen im Mutterleib ausgesetzt gewesen. 24 % hatten entsprechende Medikamente im ersten Lebensjahr erhalten.

Therapie im ersten Jahr erhöht das Risiko drastisch

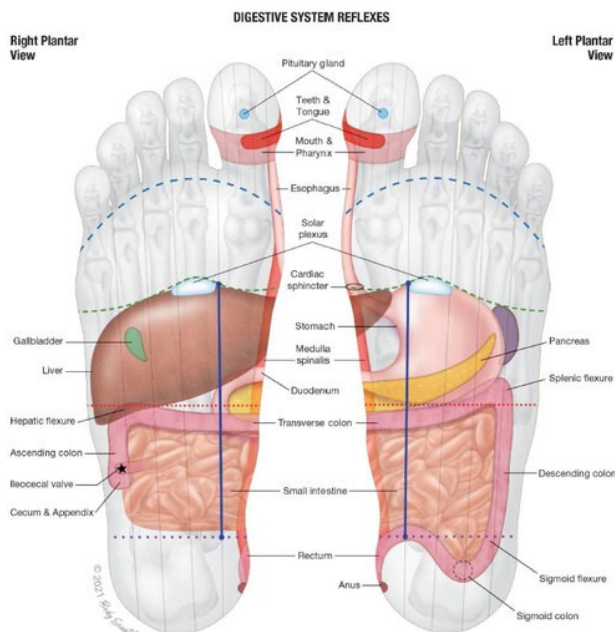
Kinder, die bereits in utero mit den Hemmstoffen konfrontiert worden waren, erkrankten zu 10 % häufiger an Neurodermitis als Altersgenossen ohne eine solche Exposition. Bei denjenigen, die im ersten Lebensjahr selbst eine Antibiose erhalten hatten, war das Erkrankungsrisiko um mehr als 50 % erhöht. Wie die Autoren anmerken, dürften dabei aber auch familiäre Faktoren eine entscheidende Rolle spielen.

Quelle: Mubanga M et al. JAMA Netw Open 2021; 4: e215245; DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.5245

01.07.2021

<https://www.medical-tribune.de/medizin-und-forschung/artikel/fruehe-antibiose-foerdert-neurodermitis/>

Koliken bei Neugeborenen durch Fußreflexzonenmassage lindern



Reflexpunkte der Fußreflexzonenmassage

nach Ingham

Koliken bei Neugeborenen und begleitendes Schreien gelten als große Stressquelle mit negativen psychologischen und emotionalen Auswirkungen auf Neugeborene und ihre Eltern. Das Ziel dieser Studie bestand darin, die Auswirkungen einer Fußreflexzonenmassage nach Ingham auf das Schreiverhalten Neugeborener mit Koliken zu untersuchen. Hierzu wurde in der Türkei eine randomisierte Placebo-kontrollierte Studie durchgeführt.

Evaluiert wurden Daten von 40 Neugeborenen im Alter zwischen ein bis drei Monaten, bei denen zwischen Juni 2016 und März 2017 eine Neugeborenen-Kolik diagnostiziert wurde. Sie wurden randomisiert in die Studiengruppe, bei der eine Fußreflexzonenmassage nach Ingham (=20) durchgeführt wurde, und eine Kontrollgruppe, bei der eine Placebo-Fußreflexzonenmassage (n=20) angewendet wurde. Erhoben wurden soziodemografische Daten, ein Schreitagebuch sowie Daten anhand des Infant Colic Scale.

Die Fußreflexzonenmassage und die Placebo-Fußreflexzonenmassage wurden über einen Zeitraum von zwei Wochen viermal täglich für die jeweilige Dauer von 20 Minuten durch die Forscherin durchgeführt. Das Neugeborene war dabei wach und wurde von der Mutter im Arm gehalten. Die Fußreflexzonenmassage der Studiengruppe wurde nach der Ingham-Methode durchgeführt. Hierbei verursacht die Anwendung von leichtem Druck bei der Durchführung der Akupressur zunächst ein Kitzeln beim Neugeborenen. Es wird empfohlen, die Anwendung durchzuführen, bis das Kitzeln nachlässt. Der Aufbau der Fußreflexzonenmassage nach Ingham umfasst eine Entspannungsphase während der ersten drei bis fünf Minuten sowie während der letzten beiden Minuten. Die Zwischenzeit der Dauer, 12 bis 15 Minuten, wird verwendet, um über die Massage das Nerven- und Verdauungssystem anzuregen.

Hierbei werden mit dem Daumen auf der Unterseite der Füße die Reflexpunkte des Neugeborenen-Fußes nach folgendem Reflexzonenprotokoll stimuliert:

Reflexpunkt »brain and medulla spinalis« (2 min)

Reflexpunkt »solar plexus« (1 min)

Reflexpunkt »stomach« (2 min)

Reflexpunkt »liver« (2 min)

Reflexpunkt »pancreas« (2 min)

Reflexpunkt »gallbladder« (1 min)

Reflexpunkt »ileocecal valve, colon and intestine« (5 min).

Ein Vergleich der Daten des Infant Colic Scale zeigte, dass Neugeborene nach einer regelmäßig durchgeführten Fußreflexzonenmassage nach Ingham im Vergleich zu Neugeborenen der Kontrollgruppe signifikant weniger schrien und eine geringere Kolik-Symptomatik als vor der Behandlung zeigten. So verringerte sich im Verlauf von 14 Tagen in der Studiengruppe das Schreien von durchschnittlich drei Stunden täglich auf 24 Minuten pro Tag.

Die Autor: innen schlussfolgern aus ihren Ergebnissen, dass die Fußreflexzonenmassage nach Ingham als sichere und effektive nicht-invasive Intervention zur Behandlung von Neugeborenen-Koliken angewendet werden kann.

Quelle: Karatas N, Isler Dalgic A: Is foot reflexology effective in reducing colic symptoms in infants: A randomized placebo-controlled trial. Complement Ther Med 2021. 59, 102732. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2021.102732> · DHZ

Erscheinungsdatum: 22.06.2021

Randomisierte Placebo-kontrollierte Studie aus der Türkei

<https://www.dhz-online.de/news/detail/artikel/koliken-bei-neugeborenen-durch-fussreflexzonenmassage-lindern/>