

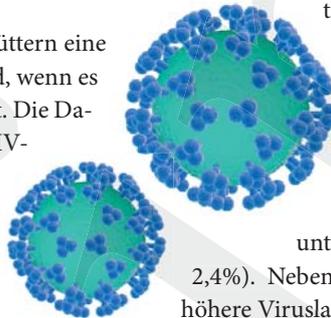
Mütterliche HIV-Diagnose bei Geburt

## Post-Expositions-Prophylaxen bei Neugeborenen

**Wenn bei werdenden Müttern erst bei der Geburt eine HIV-Infektion erkannt wird, ist eine Postexpositions-Prophylaxe des neugeborenen Kindes mit 2 oder 3 antiretroviralen Substanzen besser als eine alleinige Zidovudin-Gabe.**

Es kommt immer wieder vor, dass bei werdenden Müttern eine HIV-Infektion erst bei der Geburt diagnostiziert wird, wenn es für eine antiretrovirale Therapie der Mutter zu spät ist. Die Datenlage, wie in solchen Fällen die Kinder vor einer HIV-Übertragung geschützt werden können, ist dürftig und beschränkt sich auf Kinder, die gestillt werden.

Kürzlich publizierte das New England Journal of Medicine nun eine grosse prospektive Studie mit 1684 solchen Kindern, die drei verschiedene Post-expositionsprophylaxen verglich: Ein Drittel der Neugeborenen erhielt Zidovudin über sechs Wochen; ein Drittel der Patienten erhielt zusätzlich drei Dosen Nevirapin in den ersten acht Tagen; ein Drittel der Patienten erhielt Zidovudin für sechs Wochen plus Nelfinavir und Lamivudin über zwei Wochen.



In allen Fällen war die HIV-Infektion der Mutter erst im Rahmen der Geburt entdeckt worden. Alle Kinder wurden ausschliesslich mit der Flasche ernährt.

Die Kombinationstherapien erwiesen sich der Monotherapie als überlegen. Insgesamt wurde die HIV-Infektion auf 8,5% der Kinder übertragen. 61 (11%) der nur mit Zidovudin behandelten Kinder wurden infiziert, im Vergleich zu 39 bzw. 40 Kindern (7,1% bzw. 7,4%) mit Kombinationstherapien. Intrauterin war die HIV-Übertragungsrate gleich, für den Unterschied zeichnete die Übertragung unter der Geburt verantwortlich. (4,8% vs. 2,2% bzw. 2,4%). Neben der Zidovudin-Monotherapie erwiesen sich eine höhere Viruslast der Mutter sowie mütterlicher Drogenkonsum als Risikofaktor für eine HIV-Übertragung. Das Regime mit zwei Medikamenten war weniger toxisch als jenes mit drei Medikamenten, unter dem es gehäuft zu Neutropenien kam. **WFR**

Quelle: K. Nielsen-Saines, H. Watts, et al.; Three Postpartum Antiretroviral Regimens to Prevent Intrapartum HIV Infection. N Engl J Med 2012 ; 366 : 2368-79

Beckenboden-Prolaps transvaginal repariert

## Urethra-Schlinge senkt Inkontinenzrate

**Viele Frauen mit Prolaps der Organe im kleinen Becken leiden nach einer transvaginalen Beckenbodenstraffung unter postoperativer Inkontinenz. Dieses Risiko lässt sich durch Einlage einer mittleren urethralen Schlinge reduzieren. Allerdings ist der Eingriff mit Komplikationen verbunden.**

Jede fünfte Frau muss sich in Ihrem Leben aufgrund eines Beckenbodenprolaps operieren lassen. Selbst bei zuvor kontinenten Frauen erleidet rund ein Viertel der Patientinnen postoperativ eine Harninkontinenz. Im Falle einer konventionellen Operation lässt sich das Inkontinenz-Risiko durch eine zusätzliche Suspension des Blasenhalses reduzieren. Bei transvaginalen Eingriffen wird zur Inkontinenzprophylaxe die Einlage einer retropubisch platzierten Urethraschlinge praktiziert.

Die Erfolgsraten dieses Eingriffes wurden nun in einer randomisierten Studie bei 337 Frauen untersucht, von denen 327 über

ein Jahr nachverfolgt werden konnten. Die Patientinnen litten präoperativ an einem Beckenprolaps (Grad 2 oder höher), berichteten aber über keine Inkontinenzbeschwerden. Drei Monate postoperativ betragen die Inkontinenzraten 23,6% in der Sling-Gruppe sowie 49,4% in der Kontrollgruppe. Nach einem Jahr klagten 27,3% und 43% der Patientinnen über Harninkontinenz. Etwas mehr als sechs Frauen mussten operiert werden, um einen Inkontinenzfall nach einem Jahr zu verhindern.

Getrübt wurde die Bilanz durch Komplikationen des Eingriffes: 6,7% vs. 0% erlitten Blasenperforationen, 31% vs. 18,3% Blaseninfektionen, 3,1% vs. 0% schwere Blutungen. Auf diese Risiken sollten die Patientinnen vor dem Eingriff hingewiesen werden, resümieren die Autoren.

**WFR**

Quelle: J.T. Wei, I. Nygaard, et al.; A Midurethral Sling to Reduce Incontinence after Vaginal Prolapse Repair. N Engl J Med 2012; 366: 2358-67

Globale Studie zur Familienplanung

## Pille senkt mütterliche Sterblichkeit um 44%



**Global gesehen erweist sich die Familienplanung mit Hilfe von Kontrazeptiva als hocheffektive Massnahme, die mütterliche Sterblichkeit in den Entwicklungsländern zu senken.**

Noch immer sind ungewollte Schwangerschaften bzw. fehlende Möglichkeiten der Empfängnisverhütung weltweit jährlich für etwa 350'000 mütterliche Todesfälle verantwortlich. Durch den Gebrauch von Kontrazeptiva wurde diese Sterblichkeit in den letzten 20 Jahren bereits um 44% (ca. 270 000 verhütete Todesfälle pro Jahr) reduziert. Würde die Anti-Baby-Pille noch mehr eingesetzt in Fällen, in denen es sinnvoll ist, könnten weiteren 104'000 Mütter pro Jahr das Leben gerettet werden – so das Fazit der Autoren, einer aktuellen Studie in „The Lancet“.

Sie hatten die Daten der Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group Database, der UN World Contraceptive Use Database sowie der UN World Population Prospects 2010 herangezogen und Modellberechnungen angestellt, welchen Beitrag Kontrazeptiva zur Reduktion der mütterlichen Sterblichkeit in 172 Ländern leisten.

Kontrazeptiva verhindern schätzungsweise 230 Millionen Schwangerschaften jährlich. Mit ihrer zunehmenden Verbreitung ist weltweit die durchschnittliche Geburtenrate pro Frau in den letzten 40 Jahren von 4,7 auf 2,6 gesunken.

Familienplanung und Kontrazeptiva reduzieren eindeutig die mütterliche und kindliche Sterblichkeit, schreiben die Autoren. Durch die Pille lassen sich nicht nur ungewollte Schwangerschaften

verhindern, die Anlass sind für fast 50 Millionen Schwangerschaftsunterbrechungen pro Jahr. 13% der mütterlichen Sterblichkeit geht auf das Konto von Komplikationen nach Abtreibungen.

Mit Kontrazeptiva lassen sich Risiken durch zu frühe, zu späte, zu viele und zu häufige Schwangerschaften verhindern, betonen die Autoren. Sowohl bei jungen Frauen unter 18 Jahren als auch bei älteren Frauen mit bereits vielen Kinder sind ungewollte Schwangerschaften mit erhöhter Sterblichkeit verbunden. Auch wenn Schwangerschaften in zu kurzen Intervallen aufeinander folgen, geht dies mit erhöhter Sterblichkeit einher, weil die Mütter Zeit zur Regeneration benötigen. Auch die Kinder profitieren von längeren Geburtsintervallen.

Berechnungen aus Bangladesch haben ergeben, dass die mütterliche Sterblichkeit um ein Drittel sinken würde, wenn Frauen unter 20 oder über 40 Schwangerschaften verhüten würden. Würden alle Frauen, die bereits fünf oder mehr Kinder haben, weitere Schwangerschaften vermeiden, würde dies die mütterliche Mortalität gar um 58% reduzieren.

▼ WFR

Quelle: S. Ahmed, Q. Li, et al. ; Maternal death averted by contraceptive use: an analysis of 172 0countries. Lancet 2012; 380: 111-25

Schwangere mit kurzer Zervix

## Zervix-Pessar reduziert Frühgeburtsrisiko signifikant

**Wenn Schwangere bei einer transvaginalen Screening-Untersuchung in der 20. Woche einen kurzen Gebärmutterhals von weniger als 25 mm Länge aufweisen, kann die Einlage eines Zervixpessars das Risiko einer Frühgeburt signifikant reduzieren.**

Spontane Frühgeburten sind eine wesentliche Ursache perinataler Morbidität und Mortalität. 5% bis 13% aller Schwangerschaften enden mit einer Frühgeburt. Um perinatale Komplikationen nachhaltig zu reduzieren, müssen Frauen mit einem Frühgeburtsrisiko frühzeitig identifiziert werden.

Eine entsprechende Möglichkeit ist die Bestimmung der Zervixlänge im Zeitraum zwischen der 20. und 23. Schwangerschaftswoche. Zur Prävention einer Frühgeburt werden bei kurzer Zervix seit 50 Jahren Zervixpessare verwendet.

Nun wurde erstmals prospektiv in einer kontrollierten Studie untersucht, ob das Einbringen eines Zervix-Pessars vor Frühgeburten schützt. 385 schwangere Frauen mit einer kurzen Zervix (unter 25 mm) wurden entweder mit einem Zervix-Pessar oder abwartend beobachtend behandelt. Wie sich zeigte, hatten 12 Frauen (6%) der Pessargruppe und 51 Frauen (27%) der Kontrollgruppe eine Frühgeburt vor der 34. Schwangerschaftswoche. Dies entspricht einer hochsignifikanten Risikoreduktion ( $p < 0,0001$ ) um gut 80%. Ernsthafte Nebenwirkungen wurden nicht berichtet.

▼ WFR

Quelle: M. Goya, L. Pratcorona, et al. ; Cervical pessary in pregnant women with a short cervix (PECeEP) : an open-label randomised controlled trial. Lancet 2012; 379: 1800-06