

Journal Club

Kurz und bündig

Prof. Dr. med. Lars C. Huber, Prof. Dr. med. Martin Krause

Wissenschaftliche Redaktion Swiss Medical Forum

Praxisrelevant

Spironolacton gegen Akne?

Nebst der Lokaltherapie gegen Akne werden bei hartnäckigem Verlauf oft systemische Antibiotika verwendet, die dann über mehrere Monate benutzt werden. Gibt es Alternativen?

Die Antwort ist ja: Spironolacton, aber nur für Frauen.

Spironolacton ist ein kaliumsparendes Diuretikum, dessen antiandrogene Nebenwirkung bei Männern zur Gynäkomastie führt. Dieser Nebeneffekt wird bei Frauen in der Aknebe-

handlung ausgenutzt, ohne dass dieser bisher gut etabliert war. In einer randomisierten Untersuchung mit 410 Patientinnen (Durchschnittsalter 29 Jahre), die schon seit ihrem 16. Lebensjahr an Akne litten, wurde der Verlauf der Akne mit 50 mg Spironolacton täglich gegen Placebo untersucht. Nach sechs Wochen wurde die Spironolactondosis verdoppelt. Nach 24 Wochen bestand – sowohl aus Patientinnen- als auch aus ärztlicher Sicht – ein signifikant besserer Akneverlauf in der Spironolactongruppe mit einer «number needed to treat» (NNT) von fünf. Entsprechend war auch der Score für Akne-spezifische Lebensqualität (Fragebogen) in der Interventionsgruppe höher.

Dies ist die grösste Studie, die eine Wirkung von Spironolacton auf Akne bei Frauen belegt. Dazu noch einige wichtige Details: Die topische Medikation wurde teilweise weiter benutzt. Der Effekt ist erst nach 24 Wochen erkennbar, nach 12 Wochen besteht noch kein relevanter Unterschied. Daten >24 Wochen fehlen. Ein Vergleich mit oralen Antibiotika fehlt. Dennoch schreiben die Autorinnen und Autoren, dass Spironolacton eine nützliche Alternative zu oralen Antibiotika in der Aknetherapie darstelle.

BMJ. 2023, doi.org/10.1136/bmj-2022-074349.

Verfasst am 2.6.2023_MK.

Fokus auf ...

Thromboembolieprophylaxe bei Krebsleiden

- Bei Tumorpatientinnen und -patienten sind venöse Thrombosen und Lungenembolien äusserst häufig (2–15%). Im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung treten sie rund 6× häufiger auf.
- Die Thrombogenese wird sowohl durch eine Hyperkoagulabilität infolge tumorinduzierter Veränderungen zahlreicher gerinnungsaktiver Substanzen (zum Beispiel Fibrinogen, Plasminogen-Aktivator-Inhibitor, Protein C und S) als auch durch Endothelveränderungen und verminderte Fliesseigenschaften des venösen Blutes erklärt.
- Da bei Krebsleiden nicht nur Thrombosen, sondern auch Blutungen gehäuft vorkommen, müssen Nutzen und Risiko einer Thromboseprophylaxe sorgfältig abgewogen werden.
- Der Khorana-Score definiert das Risiko einer Thromboembolie bei Tumorpatientinnen und -patienten. Er enthält messbare Patientenfaktoren und den Tumortyp. Ab >3 Punkten ist eine Thromboseprophylaxe indiziert. Patientenfaktoren sind: Body Mass Index >30 kg/m², Thrombozytose >350×10⁹/l, Anämie <10 g/l, Leukozytose >11×10⁹/l (je 1 Punkt). Tumortypen mit hohem Risiko sind das Pankreas- und Magenkarzinom (2 Punkte), Genitaltumoren, Lungenkarzinome und Lymphome (1 Punkt).
- Es gibt zahlreiche weitere Risikofaktoren, die der Khorana-Score vernachlässigt. Dazu gehören zentrale Venenkatheter, Chemotherapien und neue Therapien (Immunotherapien, Checkpoint-Inhibitoren). Zudem haben Tumorpatientinnen- und -patienten im Spital sowie vor und nach Operationen ein erhöhtes Risiko.
- Während einer Hospitalisation und bei Operationen ist niedermolekulares Heparin als Thromboseprophylaxe erste Wahl. Dieses sollte bei hohem Risiko nach Spitalentlassung für 2–4 Wochen fortgesetzt werden.
- Während einer ambulanten Chemotherapie soll bei erhöhtem Risiko statt niedermolekularen Heparins ein direktes orales Antikoagulans (DOAK) verwendet werden. Dazu werden Apixaban oder Rivaroxaban empfohlen.

BMJ. 2023, doi.org/10.1136/bmj-2022-072715.

Swiss Med Forum. 2022, doi.org/10.4414/smf.2022.08981.

Verfasst am 5.6.23_MK.

Gicht – Disease of Kings?

Die Gicht ist schon lange keine Krankheit der Könige mehr: ihre Inzidenz nimmt global zu und die Gründe dafür sind vielfältig.

Diese retrospektive Populationsstudie aus Korea hat den Zusammenhang von metabolischem Syndrom und Gichtinzidenz in einer riesigen Kohorte von jungen Männern (Alter 20–39 Jahre) untersucht. Als metabolisches Syndrom wurde gewertet, wenn drei und mehr der folgenden Kriterien erfüllt waren: abdominale Adipositas, Hypertriglyzeridämie, erniedrigtes HDL-Cholesterin, arterielle Hypertonie und erhöhte Nüchtern glukose. Die Diagnose wurde an drei Gesundheitschecks im Intervall von

jeweils zwei Jahren überprüft. Die Inzidenzrate der Gicht lag bei 3,36/1000 Personenjahren. Männer mit einem chronischen metabolischen Syndrom wiesen aber ein fast vierfach erhöhtes Risiko auf, eine Gicht zu entwickeln (Hazard Ratio [HR] 3,82)! Trat ein metabolisches Syndrom erst im Verlauf der Studie auf, war das Risiko immerhin noch doppelt so hoch (HR 2,31). Waren die Kriterien für ein metabolisches Syndrom bei einem Gesundheitscheck nicht mehr erfüllt, reduzierte sich umgekehrt das Risiko für eine Gicht um rund die Hälfte (HR 0,52). Veränderungen im Serumwert der Triglyceride und im Gewicht hatten dabei den stärksten Effekt – eine Zunahme als Triggerfaktor, eine Reduktion im protektiven Sinn.

Die Studie setzt einen wichtigen Reminder: Auch im Zeitalter moderner Gichtmedikamente hat die Modifikation von Lebensstilfaktoren eine entscheidende Rolle bei der Prävention.

Arthritis Rheumatol. 2023, doi.org/10.1002/art.42381.
Verfasst am 2.6.23_HU.

Für Ärztinnen und Ärzte im Spital

Sekundäre Mitralinsuffizienz bei Herzinsuffizienz: 5-Jahres-Resultate des perkutanen Mitralklappen-Klippens

Bei einer schweren Herzinsuffizienz kann sich sekundär eine Mitralinsuffizienz entwickeln, die die kardiale Funktion noch zusätzlich verschlechtert. Vor fünf Jahren wurde im sogenannten COAPT-Trial gezeigt, dass das perkutane Klippen der Mitralklappen nach 24 Monaten einen erstaunlich positiven Effekt auf die Hospitalisation und Mortalität hat. Jetzt liegen auch die Daten der 5-Jahres-Beobachtung vor. Es handelt sich um 614 Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz und sekundärer schwerer Mitralregurgitation, die unter medikamentöser Therapie unbefriedigend eingestellt waren. Mittels Randomisierung wurde bei 302 von ihnen zusätzlich zur medikamentösen Therapie die Mitralklappe perkutan geklippt, während 312 weiter medikamentös versorgt wurden (Kontrollgruppe).

Die jährliche Hospitalisationsrate wegen Herzinsuffizienz betrug 33,1% in der Interventions- und 57,2% in der Kontrollgruppe. Todesfälle unabhängig von der Ursache wurden während den fünf Jahren in der Interventionsgruppe bei 57,3% registriert, in der Kontrollgruppe bei 67,2%. Nahm man beide Endpunkte über die 5-Jahres-Beobachtungszeit zusammen, betrug die Eventrate bei der Klipping-Gruppe 73,6%, bei der Kontrollgruppe 91,5%. Komplikationen durch den Eingriff traten innerhalb des ersten Monats auf, die Rate betrug 1,4%.

Offensichtlich existiert mit diesem perkutanen Eingriff eine Möglichkeit, den negativen

Für Ärztinnen und Ärzte am Spital



Case courtesy of Adan Radiology Department, Radiopaedia.org, rId: 92896

Thorax-Röntgen: primärer Spontanpneumothorax rechts bei einem oligosymptomatischen, kardiopulmonal stabilen Patienten. Was ist das optimale Management?

Management des primären Spontanpneumothorax

Seit einer prominent publizierten Non-Inferioritätsstudie [1] bereits bekannt ist: Auch ein grossvolumiger, unilateral vorhandener primärer Spontanpneumothorax kann grundsätzlich konservativ behandelt werden – vorausgesetzt die Patientinnen und Patienten sind kardiopulmonal stabil, unter Raumluft ausreichend oxygeniert und die Symptome kontrollierbar. In diesen Fällen kann sodann auf eine invasive Intervention mittels Einmalaspiration oder Thoraxdrainage verzichtet werden.

Eine systematische Übersicht [2] fasst jetzt über den Zeitraum der letzten 20 Jahre insgesamt 22 Arbeiten zu diesem Thema zusammen und kommt zu folgenden Konklusionen: i) Patientinnen und Patienten mit konservativer Beobachtung oder Einmalaspiration werden im Vergleich zu Fällen, die mit einer Thoraxdrainage behandelt werden, weniger lang oder gar nicht hospitalisiert, ii) die Rezidivrate nach zwei Jahren ist identisch zwischen den drei Behandlungsstrategien und iii) ein expektativer Ansatz weist die beste Kosten-Nutzen-Analyse auf. Eine abwartende Strategie sollte deshalb die erste Therapiewahl bei einem primären Spontanpneumothorax sein.

1 N Engl J Med. 2020; doi.org/10.1056/NEJMoa1910775.

2 Chest. 2023; doi.org/10.1016/j.chest.2023.05.017.

Verfasst am 1.6.23_HU.

Rückkopplungseffekt, den die Mitralregurgitation auf die Herzfunktion hat, nachhaltig zu unterbrechen oder abzuschwächen. Entscheidend für den Erfolg ist zweifellos, dass die Indikation zum Eingriff zur richtigen Zeit gestellt wird und die manuelle Erfahrung für die Intervention gross ist. Und nicht zu vergessen ist, dass die Krankheit grundsätzlich eine

schlechte Prognose hat: Auch in der Interventionsgruppe sind innerhalb von fünf Jahren über die Hälfte der Patientinnen und Patienten verstorben.

N Engl J Med. 2023, doi.org/10.1056/NEJMoa2300213
Verfasst am 4.6.2023_MK.