

war definiert als eine Abnahme der Bauchschmerzen um $\geq 30\%$ und der Frequenz von breiigem und wässrigem Stuhl um $\geq 50\%$. Von den Probanden mit positivem LAT wiesen 59,7% eine signifikante Verbesserung auf, von den LAT-negativen Probanden waren es nur 25,8% (Odds Ratio 4,3, $p = 0,002$). Alter und Geschlecht spielten keine Rolle.

Die 45 Patienten mit positivem Ansprechen auf Rifaximin wurden weitere 18 Wochen lang nachbeobachtet. Die mittlere Zeit bis zu einem Rezidiv betrug $94,8 \pm 38,6$ Tage, 15,6% erlebten gar kein Wiederauftreten der Symptomatik.

Quelle: Rezaie A, Heimanson Z, McCallum R, Pimentel M. Lactulose breath testing as a predictor of response of rifaximin in patients with irritable bowel syndrome with diarrhea. *Am J Gastroenterol.* 2019;114:1886–93

MMW-Kommentar

Die Erfolgsrate der Rifaximin-Therapie lag bei Probanden mit positivem Basis-LAT bei fast 60%, was einer Number needed to treat (NNT) von respektablen 2,9 entspricht. Die methodische Qualität der Studie ist hoch, da die Analyse der Atemluft in einem

einigen Labor erfolgte und Probanden und Untersucher gegenüber den Ergebnissen verblindet waren. Die Studie gibt dem Arzt einen wertvollen prädiktiven Parameter für die Wirksamkeit von Rifaximin an die Hand. Bisher ist die Behandlung des RDS-D weitgehend vom Ausprobieren, von Erfahrung und Gefühl des Arztes bestimmt. Kontrollparameter sind die Angaben des Patienten über seine Beschwerden – ein wenig befriedigendes Verfahren.

Die Studie liefert auch einen wichtigen Hinweis auf die Entstehung des RDS, zumindest bei einem erheblichen Teil der Patienten. Ein positiver LAT deutet auf eine bakterielle Fehlbesiedelung hin, Antibiotika können die Beschwerden lindern. Diese Konstellation gibt der Hypothese Auftrieb, dass das RDS Ausdruck einer Störung des Dünndarmmikrobioms sein könnte. Die Symptomatik ist auch ähnlich wie bei der Dünndarmfehlbesiedelung (Small intestinal bacterial overgrowth, SIBO).

Infekte in der Schwangerschaft und Leukämierisiko des Kindes

Krebsprävention -- Autor: D. Reinhardt



Hatte die Mutter eventuell die Grippe?

Viren werden als Ursache einiger Krebsarten diskutiert. Es gibt Hinweise darauf, dass auch ein erhöhtes Leukämierisiko bei Kindern und Jugendlichen besteht, deren Mütter während der Schwangerschaft eine Virusinfektion durchgemacht hatten.

Eine multinationale Metaanalyse ging der Frage nach, ob durch eine Infektion der Mutter in der Schwangerschaft eine spätere Leukämieerkrankung im Kindes- oder Jugendalter programmiert werden kann. Einbezogen wurden 20 Studien, in denen die Assoziation von mindestens einer mütterlichen Infektion mit einer Leukämie des Kindes in den ersten 19 Lebensjahren untersucht wurde. Insgesamt wurden in den Studien 10.470 Leukamiefälle und 93.822 Kontrolldatensätze ausgewertet.

Die meisten Arbeiten fanden tatsächlich eine Assoziation. Eine nähere Spezifizierung ergab für drei Viren ein signifikantes Erkrankungsrisiko: Influenza (Odds Ratio: 1,77), Röteln (2,79) und Varizellen (10,19). Das Risiko für eine akute lymphatische Leu-

kämie (ALL), das in einigen Studien separat analysiert wurde, war nur nach einer Influenza signifikant erhöht (3,64).

MMW-Kommentar

Die Daten lassen vermuten, dass virale Infektionen in der Schwangerschaft mit einem erhöhten Risiko für eine spätere Leukämieerkrankung der Kinder einhergehen können.

Das Problem ist schwierig zu untersuchen, weshalb wohl auch nur 20 Studien gefunden wurden. Die Infektionen wurden in der Regel per Fragebogen und aus Medizinberichten erfasst, nur in wenigen Fällen gab es einen direkten oder indirekten biospezifischen Erregernachweis. Obwohl zahlreiche Keime erfasst wurden, ergaben sich nur für Influenza, Varizellen und Röteln signifikante Assoziationen. Auch wenn prospektive Studien erforderlich sind, lässt sich zumindest sagen, dass Frauen mit Kinderwunsch einer – eigentlich ohnehin obligaten – Kontrolle ihres Impfstatus unterzogen werden sollten.

Quelle: He JR, Ramakrishnan J, Hirst JE et al. Maternal infection in pregnancy and childhood leukemia: a Systematic review and meta-analysis. *J Pediatr.* 2020;217:98–109.e8