

Wundreinigung mit Monofilamentfaser-Pads

— Etwa 99% aller Mikroorganismen siedeln in Form von Biofilmen, die sich sowohl auf synthetischen, technischen Oberflächen, aber auch auf organischem, biologischen Material bilden können. Sie beeinflussen die Wundheilung negativ und tragen wesentlich zu Wundinfektionen bei. Wichtig im Rahmen einer modernen Wundversorgung sei daher eine effektive Wundreinigung mit Entfernung von Belägen und Detritus, erklärte Dr. Thomas Eberlein, Gesamtärztlicher Leiter der Akademie ZWM Embach (Schweiz) und Geschäftsführender Gesellschafter der WoundConsulting GmbH, Wien: „Das Debridement ist eine Grundvoraussetzung, um den funktionellen Prozess der Gewebsreparatur einzuleiten.“ Die Möglichkeiten der Wundreinigung seien vielfältig, so Eberlein weiter. Das klassische chirurgische Debridement ist vor allem bei soliden Belägen und Nekrosen indiziert. Für das mechanische Debridement hat sich die Anwendung des Monofilamentfaser-Pads Debrisoft® als ein rasches und einfach an-

wendbares, effektives und schmerzarmes Verfahren erwiesen. Das Pad besteht aus mehr als 18 Millionen speziellen Mikrofasern auf einer Fläche von 10x10 cm, die die Wunde schneller und effizienter reinigen als Baumwollgewebe. Die Faserspitzen lösen Debris und Exsudat aktiv aus der Wunde, die dann im Faserverbund aufgenommen werden. So wird bei kurzer Behandlungszeit und einfachem Handling eine saubere Wunde geschaffen, die mittels phasengerechter Wundaufgabe oder Unterdrucktherapie weiter versorgt werden kann. Die positiven Eigenschaften des Monofilamentfaser-Pads konnten in einer multizentrischen prospektiven Observationsstudie belegt werden, in der sich eine hohe Anwenderzufriedenheit zeigte [Bahr S et al. J Wound Care 2011; 20: 242–8].

Michael Koczorek

Symposium „Wundversorgung im Alltag – schmerzarm und effektiv“ im Rahmen des Deutschen Wundkongresses und Bremer Pflegekongresses, Bremen, 7. Mai 2015; Veranstalter: Lohmann & Rauscher

Acne tarda interdisziplinär behandeln!

— Zunehmend mehr Menschen sind im Erwachsenenalter von Akne betroffen. „Diese Entwicklung macht zukünftig eine noch intensivere Zusammenarbeit zwischen Dermatologen, Gynäkologen und Endokrinologen notwendig“, betonte Prof. Christos C. Zouboulis, Dessau. Die Acne tarda tritt vor allem bei Frauen auf und verläuft meist chronisch. Sie hat im allgemeinen einen leichten bis mittleren Schweregrad und ist typischerweise mit einer größeren Zahl entzündlicher Läsionen als die Pubertätsakne assoziiert. Die Aknesymptome manifestieren sich vorwiegend an Kinn, Mund und Hals (U-Zone). Die Erwachsenenakne macht häufig eine Langzeittherapie über Jahre oder Jahrzehnte erforderlich. Die Behandlung der Wahl bei milder bis mittelschwerer Akne ist eine gut verträgliche, topische Monotherapie, beispielsweise mit Azelainsäure (Skino-ren®). Azelainsäure hat eine anti-entzündliche, anti-komedogene und anti-mikrobielle Wirkung und kann auch während der Schwangerschaft, Stillzeit und bei bestehendem Kinderwunsch angewendet wer-

den. Bei der Langzeitbehandlung der milden bis mittelschweren Akne zeigt Azelainsäure eine mit anderen topischen Therapeutika vergleichbare gute Wirksamkeit, wie eine aktuelle Studie bei 55 Frauen mit Acne tarda bestätigt [Thielitz A et al. J Eur Acad Dermatol Venerol 2015; 29: 789–96]. Eingesetzt wurden in drei Therapiearmen entweder Azelainsäure (15%iges Gel) zweimal täglich über 9 Monate oder Azelainsäure (15%iges Gel) zweimal täglich über 3 Monate gefolgt von einer 6-monatigen Beobachtungsphase oder das Retinoid Adapalen (0,1%iges Gel) einmal täglich über 9 Monate. Die Langzeittherapie mit Azelainsäure und Adapalen führte zu vergleichbaren Ergebnissen im Hinblick auf die Reduktion entzündlicher Läsionen. Bei der Verträglichkeit in puncto Trockenheit und Schälung der Haut wurde ein Therapievorteil zugunsten von Azelainsäure beobachtet.

Gudrun Girschbach

Mittagsseminar „Akne der erwachsenen Frau – ein interdisziplinäres Therapiefeld“ im Rahmen der 48. DDG-Tagung, Berlin, 1. Mai 2015; Veranstalter: Jenapharm

MAPK-Signalweg dual hemmen

— Die MAP-Kinase-Signalkaskade ist mehrstufig: Dem BRAF-Protein ist das MEK-Protein nachgeordnet. BRAF wird zielgerichtet durch Vemurafenib (Zelboraf®) inhibiert, MEK durch Cobimetinib. Welche Wirksamkeit die duale Hemmung mit Vemurafenib plus Cobimetinib verglichen mit der Vemurafenib-Monotherapie hat, untersuchte die placebokontrollierten doppelblinden Phase-III-Studie coBRIM mit 495 therapienaiven Patienten [Larkin J et al. J Clin Oncol 2015; 33 (Suppl): Abstract #9006]. Sie erhielten randomisiert entweder die Kombinationstherapie Vemurafenib plus Cobimetinib oder die Vemurafenib-Monotherapie. Der primäre Endpunkt war das progressionsfreie Überleben (PFS).

Die Patienten der Cobimetinib-Vemurafenib-Gruppe erreichten im Median ein PFS von 12,3 Monaten, die Patienten der Vemurafenib-Gruppe 7,2 Monate (Hazard Ratio 0,58; 95%-Konfidenzintervall: 0,46–0,72). „Die Kaplan-Meier-Kurven bleiben im Verlauf getrennt, die Kombination scheint auch langfristig der Monotherapie überlegen zu sein“, kommentierte PD Dr. Bastian Schilling, Essen. Auch bezüglich der objektiven Ansprechrates war die Kombinationstherapie der Monotherapie überlegen: 69,6% versus 50,0%. Zudem war die Kombinationstherapie besser verträglich als die Vemurafenib-Therapie, betonte Schilling. Die Zulassung für die Kombinationstherapie durch die Europäische Zulassungsbehörde EMA wird für Ende des Jahres 2015 erwartet. „Die Monotherapie mit einem BRAF-Inhibitor wird in der zielgerichteten Therapie des fortgeschrittenen Melanoms zukünftig kaum noch eine Rolle spielen“, so Schilling.

Dr. Friederike Holthausen

Pressekonferenz „Aktuelles vom amerikanischen Krebskongress 2015“, Bonn, 16. Juni 2015; Veranstalter: Roche