

Stellenwert von Vitamin D und Folsäure in der Schwangerschaft



Positiver Schwangerschaftstest: Frauen mit Kinderwunsch sollten idealerweise schon zuvor für einen optimalen Folsäurespiegel sorgen.

— In Deutschland hätten fast 90% aller Frauen im gebärfähigen Alter suboptimale Erythrozytenfolat-Konzentrationen, unterstrich Prof. Rima Obeid, Homburg. Um Neuralrohrdefekte zu minimieren, wurde 2015 von der WHO ein Schwellenwert für optimales Erythrozytenfolat von mehr als 906 nmol/l festgelegt. Allerdings muss dieser kritische Spiegel vor Verschluss des Neuralrohres, also 25 bis 28 Tage nach Konzeption, erreicht werden. Hierfür müssten alle Frauen mit Kinderwunsch bereits acht Wochen vor Empfängnis mit einer Folsäuresubstitution beginnen. Jedoch suchen die meisten Frauen ihre Gynäkologen erst bei bestehender Schwangerschaft auf. So können mehr als 50% der Schwangeren die in dieser kritischen Anfangsphase optimalen Folsäurespiegel gar nicht mehr erreichen. Sie hätten bereits vier bis acht Wochen vor der Konzeption schon 800 µg Folat pro Tag einnehmen müssen. Eine niedrigere Tagesdosis von 400 µg reiche nur dann aus, wenn bereits länger supplementiert worden sei oder wenn die Ausgangsspiegel bei über 550 nmol/l gelegen hätten. Auch Vitamin D ist in der Schwangerschaft wichtig. Das Ungeborene sei, was die Versorgung mit Vitamin D anbelange, zu 100% auf die diaplazentare Zufuhr über die Mutter angewiesen, erklärte Prof. Stefan Pilz, Graz/Österreich. Minimalziel sei ein Serumwert von 25-Hydroxyvitamin D (25[OH]D) von 10–12 ng/ml. Doch der routinemäßig erfasste Wert differenziert nicht zwischen freiem und gebundenem 25(OH)D, und so kann es bei Frauen, die Kontrazeptiva einnehmen, zu Fehlmessungen reeller Konzentrationen kommen. Um einen Vitamin-D-Mangel zu verhindern, schlug Pilz eine Vitamin-D-Supplementierung von 800–1.000 IE pro Tag vor. Diese Dosen seien absolut sicher. Er betonte, dass selbst tägliche Dosen von 10.000 IE durch natürliche Sonnenexposition noch nie zu Vitamin-D-Intoxikationen geführt hätten. *Dr. Yvette C. Zwick*

Presse-Roundtable: „Breaking News zu Folat und Vitamin D: Welche neuen Perspektiven bringt eine ausreichende Versorgung bei Kinderwunsch und Schwangerschaft?“ im Rahmen des 62. DGGG-Kongresses, Berlin, 2. November 2018; Veranstalter: Merck Selbstmedikation

HPV-assoziierte Genitalwarzen mit Grüntee-Catechinen behandeln

— HPV-Infektionen zählen zu den am häufigsten sexuell übertragenen Infektionen und so leiden vor allem junge, sexuell aktive Menschen unter Warzen im anogenitalen Bereich. Die Mehrheit der Genitalwarzen wird durch die beiden Low-Risk-HPV-Typen 6 und 11 hervorgerufen. „Zusätzlich sind jedoch bis zu 40% der Genitalwarzen mit High-Risk-HPV infiziert“, gab der Leitlinien-Erstautor Prof. em. Gerd Gross, Buchholz, zu bedenken. Diese sind für die Entstehung intraepithelialer Neoplasien und zahlreicher Karzinome im Genitalbereich (Zervix-, Vulva-, Vagina-, Anus-, Peniskarzinome) sowie für Kopf-Hals-Tumoren verantwortlich.

„Abwarten ist keine Option, Genitalwarzen müssen behandelt werden“, betonte Gross. Die aktuelle Leitlinie empfiehlt eine chirurgisch/ablative Therapie oder eine topische Selbstbehandlung mit Imiquimod, Podophyllotoxin oder Grüntee-Catechinen [Gross GE et al. J Dtsch Dermatol Ges. 2018;16:242-56]. Schwere, rezidivierende oder atypische Läsionen erfordern laut Gross einen ärztlichen Eingriff, typische, diskrete Warzen können die Patienten selbst behandeln.

Bei der Wahl des topischen Medikaments spielen Heilungs- und Rezidivrate eine Rolle. Die Heilungsraten von Grüntee-Catechinen (Veregen® 10% Salbe) und Podophyllotoxin (0,5%) sind vergleichbar, Imiquimod ist etwas schwächer wirksam (Mittelwerte gepoolt: 54,4% vs. 56,3% vs. 43,1%). „Entscheidend für den nachhaltigen Therapieerfolg ist jedoch die Rezidiventwicklung und hier sind Grüntee-Catechine wirklich überzeugend“, so Gross. Die Rezidivrate liegt bei 7,7% gegenüber 33,3% für Podophyllotoxin und 18,2% für Imiquimod. Auch die Verträglichkeit der immunstimulatorisch und antiviral wirksamen Grüntee-Catechine ist sehr gut, in der Regel treten nur leichte lokale Reaktionen auf. Die Behandlung sollte dreimal täglich erfolgen bis alle Genitalwarzen abgeheilt sind, für maximal 16 Wochen.

Dr. Marion Hofmann-Aßmus

Mittagsseminar „Leitliniengerechte Therapie genitaler Warzen“ im Rahmen der 26. Fortbildungswoche für praktische Dermatologie und Venerologie, München, 25. Juli 2018; Veranstalter: Almirall Hermal