

nen werden besonders bei Personen mit IgA-Mangel beobachtet (Inzidenz in Mitteleuropa 1:500 bis 1:1.000).¹³ Wie bei allen aus menschlichem Blut gewonnenen Produkten ist die Übertragung von Infektionserregern nicht vollständig auszuschließen.

FAZIT: Monoklonale (spezifische) intravenöse Immunglobuline (IVIG) beeinflussen in mehreren großen Studien die Sterblichkeit bei Sepsis nicht. Ihre Anwendung ist derzeit nicht begründbar.

Für polyklonale IVIG ist die Datenlage nur wenig besser: Früh- und Neugeborene profitieren offenbar weder von der adjuvanten noch von der prophylaktischen Gabe. Für Erwachsene mit Sepsis ergibt die gemeinsame Auswertung mehrerer kleiner und zum Teil methodisch zweifelhafter Studien zwar eine Senkung der Gesamtmortalität. Ob dies aber auch noch gilt, wenn das negative Ergebnis der mit Abstand größten, aber seit Jahren unveröffentlichten Studie in die Auswertung einbezogen würde, ist fraglich.

Auch die prophylaktische Anwendung polyklonaler IVIG lässt sich wegen widersprüchlicher Datenlage allenfalls im Rahmen klinischer Studien rechtfertigen. Für das deutlich teurere IgM-angereicherte PENTAGLOBIN sehen wir keine Vorteile gegenüber Standard-IVIG.

(M = Metaanalyse, R = randomisierte Studie)

- M 1 ALEJANDRIA, M.M. et al.: Intravenous immunoglobulin for treating sepsis and septic shock (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2000. Oxford: Update Software
- R 2 ANGUS, D.C. et al.: JAMA 2000; **283**: 1723-30
- 3 VILLAR, J. et al.: Lancet 1995; **345**: 772-6
- R 4 SHENOI, A. et al.: Ind. Pediatr. 1999; **36**: 1113-8
- R 5 WEISMAN, L.E. et al.: J. Pediatr. 1994; **125**: 922-30
- R 6 FANAROFF, A.A. et al.: N. Engl. J. Med. 1994; **330**: 1107-13
- R 7 BAKER, C.J. et al.: N. Engl. J. Med. 1992; **327**: 213-9
- R 8 MAGNY, J.F.: Pediatrics 1991; **88**: 437-43
- R 9 KINNEY, J. et al.: Am. J. Dis. Child. 1991; **145**: 1233-8
- R 10 DOMINIONI, L. et al.: Arch. Surg. 1991; **126**: 236-40
- M 11 COCHRANE REVIEW: BMJ 1998; **317**: 235-40
- R 12 SCHEDEL, I. et al.: Crit. Care Med. 1991; **19**: 1104-13
- 13 BÖGER, R.H. et al.: Med. Klin. 1995; **90**: 520-26
- 14 WERDAN, K.: Clin. Chem. Lab. Med. 1999; **37**: 341-9
- R 15 JESDINSKY, H.J. et al.: Klin. Wochenschr. 1987; **65**: 1132-8
- R 16 COMETTA, A. et al.: N. Engl. J. Med. 1992; **327**: 234-40
- R 17 GLINZ, W. et al.: Intensive Care Med. 1985; **11**: 288-94
- R 18 CAFIERO, F. et al.: Surgery 1992; **112**: 24-31
- R 19 KRESS, H.G. et al.: Crit. Care Med. 1999; **27**: 1281-7
- R 20 HAQUE, K.N. et al.: Clin. Exp. Immunol. 1995; **101**: 328-33
- R 21 PILZ, G. et al.: Chest 1997; **111**: 419-26
- 22 RATKO, T.A. et al.: JAMA 1995; **273**: 1865-70

Korrespondenz

GYNATREN GEGEN REZIDIVIERENDE SCHEIDENENTZÜNDUNG?

In letzter Zeit wird das Präparat GYNATREN zur angeblichen Immunisierung bei rezidivierenden Kolpitiden stark beworben. Der vorgebliche Wirkmechanismus, Immunisierung gegen pathogene Laktobazillen, scheint mir nicht einleuchtend, da ja in der Regel Pilze oder Bakterien die Ursache der Kolpitiden sind. Gibt es Nachweise, dass GYNATREN wirksam ist?

Dr. med. V. ACKEMANN
D-50674 Köln

Bei der bakteriellen Scheidenentzündung, einem häufigen Krankheitsbild in der gynäkologischen Praxis, verdrängen Anaerobier und Gardnerella vaginalis die in der Vaginalflora normalerweise vorherrschenden Milchsäurebakterien. Mit oralem oder vaginalem Metronidazol (ARILIN u.a.) lassen sich die Beschwerden zuverlässig beseitigen. Die Rezidivraten betragen jedoch 25% bis 30% (vgl. a-t 1994; Nr. 8: 72-3).

GYNATREN enthält inaktivierte Keime von acht Milchsäurebakterien-Stämmen, die kein Wasserstoffperoxid produzieren. Die intramuskuläre „Impfung“ mit dem Laktobazillus-Gemisch soll die Bildung spezifischer Antikörper gegen diese vom Hersteller als „aberrierend“ bezeichneten Milchsäurebakterien induzieren, damit der Körper diese eliminiert und sich

die „guten“ Milchsäurebakterien vermehren können. Dies soll die Vaginalflora langfristig normalisieren.¹ In der Literatur findet sich allerdings kein Anhalt für das behauptete Vorherrschen „aberrierender Laktobazillen“ bei bakterieller Vaginose. Im Gegenteil: In einer Untersuchung mit 302 Frauen lässt sich je einer der in GYNATREN enthaltenen Stämme bei gerade mal zwei – gesunden – Frauen nachweisen.²

Die veröffentlichten Studien können wegen methodischer Mängel unseres Erachtens nicht als Nutzenbeleg dienen (Ausgangskarakteristika und Diagnosekriterien unklar, fehlende Fallzahlplanung, hohe Abbrecherquote u.a.).

Über eine Kreuzreaktion soll GYNATREN zudem Trichomonaden eliminieren. Die angebliche Antigenverwandtschaft zwischen „aberranten Laktobazillen“ und Trichomonaden¹ lässt sich in einer älteren Untersuchung trotz Anwendung verschiedener immunologischer Techniken jedoch nicht nachweisen.³ Für die auch bei Candidiasis propagierte Wirkung^{4,5} fehlen Belege und die Zulassung.

Da Bakterienteile unspezifische Fremdeiweiß-Reaktionen auslösen können, ist neben Beschwerden an der Injektionsstelle mit Fieber und Kopfschmerzen zu rechnen. Ausgeprägte Lokalreaktionen wenige Stunden nach Impfung kommen vor (siehe Seite 15).

FAZIT: Methodisch akzeptable Studien, die einen Nutzen der als Impfstoff bezeichneten Laktobazillus-Mischung GYNATREN (100 DM/„Grundimmunisierung“) belegen, finden wir nicht. Wir raten daher von der Anwendung ab.

- 1 Strathmann AG: GYNATREN Werbebroschüre, Stand: Juni 2000
- 2 MAY, A.D. et al.: J. Infect. Dis. 1999; **180**: 1950-6
- 3 ALDERETE, J.F.: Genitourin. Med. 1988; **64**: 118-23
- 4 RAMM, S., BAULEKE, A.: Therapiewoche 1995; **31**: 1838-41
- 5 HEINEMANN, B. (Strathmann AG): Frauenarzt 2000; **41**: 1088

LAIENWERBUNG: ZUNEHMENDER DRUCK AUF VERSCHREIBUNGSVERHALTEN

„Volkskrankheit Sodbrennen“ (vgl. a-t 2000; **31**: 86-7) – „Kennen Sie Ihren LDL-Cholesterin-Spiegel“: derartige millionenschwere Werbekampagnen in großen Illustrierten (z.B. eine ganze Seite im „Stern“) benutzen zunehmend Angstschürung beim (potenziellen) Patienten als Vehikel zur Umsatzsteigerung teurer neuer Pharmazeutika. Vielleicht könnten Sie mal recherchieren und einer breiteren Öffentlichkeit bekannt machen, wer hinter der „Gastro-Liga“ steckt, die das verbreitete Sodbrennen als Krebsvorboten* angesehen haben möchte – oder wer die „Herz-Liga“ finanziert (deren Werbe-Logo unschwer als identisch mit dem Logo von SORTIS zu identifizieren ist), die glauben machen möchte, ohne Senkung des Cholesterins müsse der Herzinfarkt kommen...

Interessant wäre vielleicht auch, welche „conflicts of interest“ den Maastricht 2-2000 Consensus Report zustande gebracht haben, von dem im Deutschen Ärzteblatt an exponierter Stelle¹ berichtet wird, dass nun auch „alle Patienten, die dies wünschen“ mit Protonenpumpenhemmern behandelt werden sollen.

Hier schließt sich der Kreis: Die Nachfrage der Patienten mit Angst-mache anheizen. Hierfür bewährtes Mittel: immer von relativer Risikoreduktion sprechen – nie von der absoluten Höhe der Risiken (vgl. a-t 1998; Nr. 5: 47-50) – was für den Patienten viel aussagekräftiger wäre! Möglichst zeitgleich wird dann in der Fachpresse mit vollmundigen „Consensus-Erklärungen“ für Akzeptanz dieser Nachfrage bei den Ärzten gesorgt. Dass in diesen „Erklärungen“ schon lange nicht mehr von möglichen Risiken, Nebenwirkungen oder gar Kosten die Rede ist, daran haben wir (und die Fachpresse) uns offenbar schon gewöhnt...

Dr. med. M. IPPEN (Arzt für Allgemeinmedizin)
D-20359 Hamburg

- 1 RICHTER, E.A.: Dt. Ärzteblatt 2000; **43**: A-2809

NOCHMALS: MIGRÄNEPROPHYLAXE MIT PESTWURZ (PETADOLEX)?

In a-t 1999; Nr. 8: 87 nehmen Sie Stellung zu Pestwurzextrakt (PETADOLEX) zur Migräneprophylaxe und kommen zu dem Schluss, dass

* Hierfür wird in der Regel LAGERGREN, J. et al. zitiert (N. Engl. J. Med. 1999; **340**: 825-31). Im Original (und wer holt sich das schon?!) ist hierzu zu lesen: „We found no indication that treatment of reflux reduced the risk of esophageal cancer. In fact, patients who received medical treatment had a higher risk than those who did not.“

Warenzeichen in Österreich und Schweiz (Beispiele)

Laktobazillus-Stämme, versch.: SOLCO-TRICHO-VAC (CH)

Metronidazol: TRICHEX (A) FLAGYL (CH)