

Als Alternative zu Heparin zur Verhinderung thromboembolischer Ereignisse kommt nur Dextran (ONKOVERTIN N u.a.) in Frage, nicht aber Hydroxyethylstärke (HAES u.a.). Nur für Dextran gibt es klinische Studien, die eine hinreichende Wirksamkeit zur Prophylaxe thromboembolischer Ereignisse belegen. Cumarinderivate sind während der Schwangerschaft kontraindiziert (vgl. a-t 9 [1991], 82). Ein erhöhtes Mißbildungsrisiko im Zusammenhang mit Heparin ist nicht bekannt, während Cumarinderivate ein typisches Mißbildungssyndrom auslösen mit Wachstums- und Hirnreifungsstörungen sowie Nasenhypoplasie und Störungen der Augenentwicklung.^{3,4}

Im übrigen gelten für die Gynäkologie die gleichen Grundsätze wie für alle Indikationen: Es muß das konkrete Risiko thromboembolischer Ereignisse gegen das theoretische Risiko der BSE-Infektion abgewogen werden (vgl. a-t 1 [1991], 2). Bei konkreter Gefährdung durch thromboembolische Ereignisse ist eine Heparinisierung heute noch unumgänglich, da dem konkreten Risiko, das zu belegen ist, bisher nur ein theoretisches, aber – falls konkretisierbar – stets letales Risiko gegenübersteht, –Red.

- 1 DIERINGER, H.: Bundesgesbl. 5 (1990), 185
- 2 Editorial: Brit. Med. J. **304** (1992), 929
- 3 SPIELMANN, H. et al.: „Taschenbuch der Arzneimittelverordnung in Schwangerschaft und Stillperiode“, Fischer, Stuttgart, 1992 (4. Aufl.), S. 99, 102
- 4 BRIGGS, G. G. et al.: „Drugs in Pregnancy and Lactation“, Williams & Wilkens, Baltimore, 1990 (3rd. ed.), S. 158, 292

TICLOPIDIN (TIKLYD) BEI MULTIINFARKTDEMENZ?

Wir behandeln hier viele Patienten mit einer Multiinfarktdemenz, wobei wir routinemäßig bei nachgewiesenen Ischämien Azetylsalicylsäure (ASS; ASPIRIN u.a.) geben. Darunter kommt es trotz sorgfältiger Anamnese leider immer wieder zu Magenbluten. Nun werden wir von der Herstellerfirma darauf aufmerksam gemacht, daß TIKLYD kurz vor der Zulassung mit einer erweiterten Indikation z.B. auch für unsere Patienten steht. Dabei wird behauptet, daß Studien die Wirksamkeit von ASS stark in Zweifel gezogen hätten, zumal es zu nicht erklärlichen geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Wirksamkeit kommt. TIKLYD sei überlegen. Abgesehen von einer reversiblen Agranulozytose seien die Nebenwirkungen zwar subjektiv unangenehm, aber objektiv harmloser Art, besonders würden sie sich auf den Gastrointestinaltrakt beziehen.

Ich frage mich jetzt, was von diesen Informationen zu halten ist, im besonderen auch von der behaupteten Unwirksamkeit der ASS. Wenn dies zutreffen sollte, erscheint es mir schon fast zwingend, auf TIKLYD umzusteigen.

Dr. med. W. WIEGMANN (Psychiater, Dipl. Psychologe)
W-6749 Klingenmünster 2

Der Nutzen von Azetylsalicylsäure (ASS, ASPIRIN u.a.) bei Multiinfarktdemenz erscheint im Gegensatz zur arteriosklerotisch bedingten Ischämie in der Tat zweifelhaft. Für die Pathogenese der Multiinfarktdemenz wird eine Wandveränderung (hyaline Degeneration) in den kleinen Arteriolen und penetrierenden Arterien des Gehirns verantwortlich gemacht und keine Wandveränderung mit lokaler Thrombozytenaggregation. Deshalb fehlt aggregationshemmenden Mitteln bei der Multiinfarktdemenz ein nachvollziehbarer pathophysiologischer Angriffspunkt. Bei zerebralen Ischämien, die sich auf dem Boden arteriosklerotischer Wandveränderungen entwickeln, hat ASS einen nachgewiesenen therapeutischen Nutzen.

Ticlopidin (TIKLYD) hemmt ebenso wie ASS die Thrombozytenaggregation. Obwohl dieser Effekt durch einen anderen Wirkungsmechanismus als bei ASS zustandekommt, finden sich in klinischen Studien keine Belege dafür, daß Ticlopidin eine „überlegene“ Wirksamkeit besitzt. Es ist in Deutschland nur zur Prävention von Shunt-Problemen bei Dialysepatienten zugelassen, wenn ASS versagt. Der Grund für diese Indikationseinschränkung liegt in der ausgeprägten Störwirkung auf das Knochenmark (z.B. Neutropenien 2,4%). Deshalb wurden 1983 für Ticlopidin alle anderen Indikationsgebiete gestrichen. Nur bei Shunt-Problemen von Dialysepatienten

erscheint die Nutzen-Risiko-Abwägung positiv, weil therapeutische Alternativen nicht zur Verfügung stehen.

Klinische Studien, die eine Wirksamkeit von Ticlopidin bei der Multiinfarktdemenz belegen, sind uns nicht bekannt und in der wissenschaftlichen Literatur nicht veröffentlicht. Daher verbietet sich hierbei der Einsatz von Ticlopidin, da dem unbelegten Nutzen schwerwiegende Therapierisiken gegenüberstehen. Ticlopidin-bedingte Agranulozytosen verlaufen nicht immer reversibel. Uns sind Patienten bekannt, bei denen die Schädigung unter dem Bild eines aplastischen Syndroms letal verlief, –Red.

Korrespondenz

ORALE TOKOLYSE – HEUTE OBSOLET?

Dieser Behauptung im *arzt-telegramm* 8 (1992), 76 muß entschieden widersprochen werden. Sie kann nur von Leuten aufgestellt werden, die mit der täglichen geburtshilflichen Praxis wenig zu tun haben ... Bei der ambulanten Behandlung von Frühgeburtsbestrebungen mit alleiniger Bettruhe und Magnesiumgabe ist oft keine befriedigende Unterdrückung der Wehen zu erreichen. Bei Einsatz von Fenoterol (PARTUSISTEN) in dreistündlichem Abstand eine halbe Tablette, entsprechend einer Tagesdosis von 20 mg, habe ich noch nie ein Lungenödem gesehen, jedoch innerhalb Tagesfrist eine deutliche Rückbildung der verkürzten Portio und ein Wiederverschließen des eröffneten Muttermundes. Bei einer Therapie von zwei bis drei Wochen ließen sich die vorzeitigen Wehen bei guter Verträglichkeit und nur anfänglicher leichter Tachykardie vollständig unterdrücken. Typischerweise kam innerhalb kurzer Zeit nach Absetzen von Fenoterol meist die Geburt in Gang. Bei der angegebenen Dosierung halte ich eine Gefährdung von Mutter und Kind für wenig wahrscheinlich. Bei der Abwägung von Nutzen und Risiko ergibt sich eine deutliche Senkung der Frühgeburtlichkeit. Ferner erreicht man bei engmaschigen ambulanten Kontrollen, eventuell mit Hausbesuchen und CTG-Überwachung, ein Senkung der Krankenhausverweildauer oder sogar eine gänzliche Vermeidung von Klinikaufenthalten.

Dr. med. K. H. DAUENHAUER (Arzt f. Gynäkologie u. Geburtshilfe)
W-7917 Vöhringen

ZUCKER AUF DIE WUNDE

Bei Ihrer Zusammenstellung der lokalen Wundbehandlung vermisste ich das bewährte Hausmittel „kristalliner Zucker“ zur Behandlung sekundär heilender Wunden (besonders Wundhöhlen, z.B. Bauchdecken nach Hysterektomie oder Sectio). Resistenz-Entwicklungen oder Allergien habe ich hierbei nie gesehen.

Dr. med. G. REISER
W-2390 Flensburg-Weiche

Zucker entquellt Wunden aufgrund seines hyperosmolaren Effektes und wird daher bei fibrinösen und eitrig-chronischen, sekundär heilenden Wunden verwendet. Gelegentlich wird die lokale Wundbehandlung mit granuliertem Zucker als schmerzhaft empfunden, –Red.

BEINULZERA UND BETTRUHE

Sie schreiben in a-t 9 (1992), 88, daß venöse Beinulzera am besten unter Bettruhe abheilen und Kompressionsverbände Grundlage der Therapie seien. Dies darf so nicht stehenbleiben. Bettruhe ist nur im Ausnahmefall beim postthrombotischen Ulkus indiziert. Das unkomplizierte Ulkus bedarf nicht nur keiner Bettruhe, diese ist geradezu kontraindiziert! Durch Bettruhe können Sekundärkomplikationen wie Varicophlebitiden oder gar tiefe Beinvenenthrombosen initialisiert werden.

Die Kompressionstherapie – mit Kurzzugbinden – verlangt eine – im wahrsten Sinne des Wortes – ambulante Begleittherapie; nur so wird der nötige Druck im Venensystem aufgebracht, den Flow zu beschleunigen, die venöse Drainage zu verbessern. Das geht natürlich auch durch Hochlagern der Beine, aber mit Risiko. Ansonsten stimme ich dem Artikel voll zu.

J. HOLL-WIEDEMANN (Arzt f. Chirurgie)
W-2800 Bremen 1

Nach der derzeit geltenden Lehrmeinung sollten venöse Beinulzera auf keinen Fall mit Bettruhe behandelt werden. Neben der bereits von Ihnen aufgeführten Kompressionstherapie ist reichlich Bewegung zur Aktivierung der „Muskelpumpe“ und Verbesserung der venösen Drainage erforderlich. Auch wir sind der Meinung, daß die oft sehr teuren Lokaltherapeutika in den meisten Fällen überflüssig sind.

Dr. med. T. WILHELM (Hautarzt – Allergologie)
Dr. med. M. SCHWERMANN (Hautarzt – Allergologie)
W-8940 Memmingen