

Jahrgang 39

Nummer 12/2017

<b>Kurzfassung von acht Onlinetexten</b> .....	45
Ausser den zwölf «Printnummern» gehören acht weitere Texte, die nur im Internet publiziert wurden, zu diesem Jahrgang. Die Kurzfassungen möchten zur Lektüre dieser Texte anregen.	
<b>Nicht (mehr) erhältlich?</b> .....	47
<b>Dank</b> .....	48

## Kurzfassungen von acht Online-Texten

Die folgenden kurzen Texte möchten dazu anregen, die im Internet publizierten ausführlicheren Zusammenfassungen zu den verschiedenen Themen zu lesen.

Autorinnen und Autoren der Online-Zusammenfassungen: Etzel Gysling (EG), Natalie Marty (NM), Urspeter Masche (UM), Alexandra Röllin (AR).

### Phosphatbinder bei chronischer Niereninsuffizienz

(UM) Eine fortgeschrittene Niereninsuffizienz ist von einer (üblicherweise asymptomatischen) Hyperphosphatämie begleitet. Diese trägt zur renalen Osteopathie bei und soll auch das Risiko der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität erhöhen. Zur Behandlung eignen sich diätetische Massnahmen und medikamentöse Phosphatbinder.

Bei der Ernährung ist darauf zu achten, Nahrungsmittel mit einem hohen Phosphat/Eiweiss-Quotienten (z.B. Fertiggerichte) zu vermeiden. Ein Verzicht auf Eier und Fleisch ist nicht sinnvoll, weil diese Nahrungsmittel hochwertige Proteine enthalten.

Als Phosphatbinder werden am häufigsten Kalziumsalze verwendet. In der Schweiz sind Calciumacetat und Calciumcarbonat erhältlich; das letztere ist als Phosphatbinder weniger wirksam, aber eher besser verträglich als das Acetat. Unerwünschte Wirkungen sind vorwiegend gastrointestinaler Natur (Obstipation). Da die Phosphatbinder zu einer Hyperkalzämie und deshalb möglicherweise zu Gefässverkalkungen führen können, sollen bei Niereninsuffizienz pro Tag höchstens 1500 mg elementares Kalzium eingenommen werden.

Sevelamer (Renagel® u.a.), Lanthancarboxylat (Fosrenol®) und Sucroferric-Oxyhydroxid (Velphoro®) sind neuere, kalziumfreie Phosphatbinder. Diese beinhalten ein geringeres Risiko einer Hyperkalzämie als die Kalziumsalze. Sie haben jedoch ebenfalls verschiedene (besonders gastrointestinale) Nebenwirkungen und sind viel teurer als die Kalziumsalze. Mit Ausnahme von Sevelamer ist jedoch die täglich notwendige Tablettenzahl kleiner.

Ob die Phosphatbinder tatsächlich die Mortalität reduzieren und ob diesbezüglich Unterschiede zwischen den Kalziumsalzen und den kalziumfreien Mitteln bestehen, ist nicht definitiv geklärt.

Hauptquelle dieses Textes: Chan S et al. Aust Prescr 2017; 40: 9-14

### Bakterielle Vaginose

(AR) Ein weisslich-grauer, homogener Fluor ist oft das einzige Symptom einer bakteriellen Vaginose. Für die Diagnose müssen gemäss den sogenannten Amsel-Kriterien neben dem erwähnten Ausfluss mindestens zwei der folgenden Zeichen vorhanden sein: – Nachweis von «Clue Cells» (mit Bakterienrasen überzogene Epithelzellen) bei min. 20% der Epithelzellen – pH-Wert in der Scheide >4,5 – Typischer Amingeruch nach Alkalisierung mit 10%iger KOH-Lösung.

Es handelt sich um eine häufige Erkrankung, die als «sexuell assoziiert» bezeichnet wird, weil sie bei sexuell aktiven Frauen vermehrt auftritt. Die betroffenen Frauen haben ein erhöhtes Risiko für eine Infektion mit sexuell übertragbaren Krankheiten. Wenn Symptome vorhanden sind oder ein gynäkologischer Eingriff bevorsteht, wird deshalb zur Behandlung geraten. In Bezug auf ein Screening und die Behandlung in der Schwangerschaft existieren widersprüchliche Empfehlungen.

Für die Behandlung wird meistens die orale Verabreichung von Metronidazol (Flagyl® u.a.) empfohlen: für 5 bis 7 Tage sollen zweimal täglich 500 mg verabreicht werden; auch eine grössere (ein- oder zweimalige) Dosis ist möglich. Ist die orale Behandlung kontraindiziert oder nicht verträglich, kann lokal mit Clindamycin-Crème (2%, Dalacin V®) oder Metronidazol (Arilin®-Vaginalsuppositorien) behandelt werden. Die lokale Applikation von Desinfizienten (Chlorhexidin, Providon-Jod) ist weniger gut dokumentiert. In der Schwangerschaft und in der Stillzeit wird in Mitteleuropa die lokale Anwendung (von Clindamycin oder Metronidazol) bevorzugt.

Rezidive sind häufig; sie sollen in der Regel mehrtägig oral behandelt werden. Der Nutzen einer Partnerbehandlung konnte bisher nicht nachgewiesen werden.

Hauptquelle dieses Textes: Anon. Drug Ther Bull 2017; 55: 54-7