

Metaanalyse mit 1,9 Millionen Menschen zeigt:

Vollkorn und Cerealien schützen vor Darmkrebs

Wer reichlich Ballaststoffe und Vollkornprodukte zu sich nimmt, reduziert sein Kolonkarzinom-Risiko um 10-20%, so das Ergebnis einer grossen Metaanalyse. Protektiv sind v.a. Cerealien und Vollkornprodukte, weniger Obst und Gemüse.

Kolorektale Karzinome sind der dritthäufigste Tumor. Weltweit erkrankten 1,2 Millionen Menschen im Jahr 2008. Jedes zehnte Malignom entwickelt sich im Darm, Tendenz steigend.

Man vermutet, dass Ernährungsfaktoren für diesen Trend eine wichtige Rolle spielen. Sicher ist, dass reichlicher Konsum von Alkohol und rotem Fleisch das Dickdarmkrebs-Risiko erhöhen. In ländlichen Regionen Afrikas hingegen, wo sich sehr ballaststoffreich ernährt wird, ist der Krebs selten.

Mehrere Schutzmechanismen werden diskutiert. Möglich ist, dass Ballaststoffe und Vollkornprodukte das Krebsrisiko vermindern, indem sie die Darmpassage beschleunigen, sowie zu grossen Stuhlmengen führen, wodurch Karzinogene verdünnt werden. Eventuell spielt auch die bakterielle Fermentation von Faserstoffen zu kurzkettigen Fettsäuren eine Rolle.

Doch viele epidemiologische und Kohortenstudien zeigen unterschiedliche Ergebnisse bezüglich des Zusammenhangs zwischen gesunder Ernährung und Darmkrebsrisiko. Die meisten Fallkontrollstudien sprechen für einen protektiven Effekt. In den letzten Jahren ist eine Reihe von neuen Studien publiziert worden, so dass sich eine britisch-holländische Studiengruppe zu einer systemati-



M&S Fotodesign - Fotolia

schon Metaanalyse sämtlicher vorhandenen prospektiven Daten entschlossen hat. Sie fanden insgesamt 25 Arbeiten mit mehr als 1,9 Millionen Personen, unter denen 14'000 an Darmkrebs erkrankten.

Risikosenkung um 10% bis 20%

Im Ergebnis bestätigt die Metaanalyse einen definitiven protektiven Effekt, der allerdings etwas schmaler ausfiel als in einer früheren Metaanalyse. Pro 10 Gramm am Tag Fasern aus Ballaststoffen und Cerealien sinkt das Darmkrebsrisiko um 10%. Drei Portionen Vollkorn täglich / (90g/d) senken das Darmkrebsrisiko um 20%, höherer Konsum entsprechend mehr. Als besonders protektiv erwiesen sich Getreidefasern und Vollkorn. Für Obst und Gemüse hingegen liess sich kein signifikanter positiver Effekt erhärten. Da Vollkornprodukte und Cerealien auch das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes und Übergewicht reduzieren, raten die Autoren dringend dazu, diese Produkte häufiger auf den Speisetzettel zu setzen.

▼ WFR

Quelle: Aune D. et al.; Dietary fibre, whole grains, and risk of colorectal cancer: systemic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *BMJ* 2011; 343: d6617

Barrett-Ösophagus

Karzinom-Risiko erfreulich niedrig

Der Barrett-Ösophagus ist ein erheblicher Risikofaktor für die Entwicklung des Speiseröhrenkrebses. Doch das absolute Karzinomrisiko ist mit 0,12% jährlich deutlich niedriger als bisher angenommen.

Intestinale Metaplasien des distalen Ösophagus, so die Definition des Barrett-Ösophagus – gelten als Komplikation des gastroösophagealen Refluxes. Aus ihnen kann sich über Zwischenstufen – erst niedriggradige und später höhergradige Dysplasien – Speiseröhrenkrebs entwickeln. Aus diesem Grund wird empfohlen, Patienten mit Barrett-Ösophagus endoskopisch zu überwachen.

Wie hoch das Karzinom-Risiko einer Barrett-Speiseröhre ist, ist nicht genau bekannt. Bisher ging man von etwa 5–6 Fällen pro 1000 Patientenjahren aus. Allerdings entwickeln sich mehr als 90% aller Ösophaguskarzinome nicht auf dem Boden eines Barrett-Ösophagus.

Zur Frage des Karzinomrisikos von Barrett-Patienten legen dänische Autoren nun sehr zuverlässige Daten aus einer nationalen Bevölkerungsstudie vor, der sämtliche Barrett-Fälle des Landes aus dem Zeitraum zwischen 1992 und 2009 zu Grunde liegen. In-

samt wurden 11'028 Patienten identifiziert und im Median 5,2 Jahre nachverfolgt.

131 der Patienten entwickelten im ersten Jahr nach der Diagnosestellung Speiseröhrenkrebs, 66 weitere Patienten in den 4,2 Jahren danach. Dies entspricht einer jährlichen Inzidenz von 1,2 pro 1000 Patientenjahre. Damit ist das Risiko gegenüber der Allgemeinbevölkerung zwar um den Faktor 11 erhöht. Allerdings ist die Rate etwa um den Faktor 5 niedriger als bisher vermutet.

Wenn bei Diagnosestellung bereits eine Dysplasie diagnostiziert worden war, lag das Ösophaguskarzinomrisiko bei etwa 5 pro 1000 Patientenjahre. Ohne Dysplasie betrug es 1 pro 1000 Patientenjahre.

Überwachungs-Endoskopie verzichtbar?

Diese Daten, so bilanzieren die Autoren, stellen die bisherige Überwachungsstrategie dieser Patienten in Frage. Das Risiko von Barrett-Patienten ohne Dysplasie ist so niedrig, dass regelmässige Endoskopien kaum einen Nutzen haben dürften.

▼ WFR

Quelle: Hvid-Jensen F et al., Incidence of Adenocarcinoma among Patients with Barrett's Esophagus; *N Engl J Med* 2011; 365: 1375-1383

Gewichtsreduktion unter Praxisbedingungen

Langzeiterfolge bei ca. 40% der Patienten

Zwei im *New England Journal of Medicine* publizierte 2-Jahres-Studien zeigen auf, wie man in der ärztlichen Grundversorgung bei Adipösen eine nachhaltige Gewichtsreduktion erreichen kann. Die Erfolgsfaktoren waren regelmässige Arztkontakte mit intensiver Lebensstilberatung, sowie Motivationsverstärkung über Telefon und E-Mail. 35% bzw. 42% der Patienten reduzierten ihr Gewicht auf diese Weise um mindestens 5%. Jedem fünften Patienten gelang eine Gewichtsreduktion um etwa 10%.

Deutliches Übergewicht ist ein essentieller Risikofaktor für Diabetes und kardiovaskuläre Komplikationen. Die Prävalenz steigt seit Jahren deutlich an. Es gibt viele Wege, kurzfristig Gewicht zu verlieren. Eine langfristige Gewichtsreduktion bleibt jedoch eine Herausforderung. Klinische Daten, wie dies medizinisch in der Praxis erfolgreich unterstützt werden kann, sind rar.

POWER-Studie testet Motivation per Telefon und E-Mail

In der sog. POWER-Studie (Practise-based Opportunities for Weight Reduction), deren Ergebnisse bei der Jahrestagung der American Heart Association vorgestellt wurden, waren unterschiedliche Motivationsstrategien bei 415 adipösen Patienten (Durchschnittsgewicht: 104 kg, BMI: 36,6) mit zusätzlichen kardiovaskulären Risikofaktoren getestet worden. Dazu wurden die Patienten aus Primärarztpraxen zwei Jahre lang in zwei Interventions- und einer Kontrollgruppe behandelt.

In der Kontrollgruppe hatten die Patienten initial nur einen Termin mit einem Gewichtsreduktions-Coach. Dabei erhielten sie Broschüren und Tipps über Webseiten, die über Wege zur Gewichtsreduktion informierten.

In den beiden Interventionsgruppen wurde mit den Patienten besprochen, das Gewicht innerhalb von 6 Monaten um 5% zu reduzieren und das Gewicht anschliessend konstant zu halten. In Gruppe 1 wurden die Patienten dazu regelmässig per Telefon und per E-Mail kontaktiert.

Darüber hinaus stand den Patienten eine spezifische Webseite zur Verfügung. Dort fanden sie Lern- und Fortbildungsmodule zur Gewichtsreduktion, sowie Instrumente, den Therapieerfolg zu dokumentieren. Über E-Mail erhielten sie individuelle Empfehlungen, um den Abspeckerfolg zu sichern. Die Patienten der Gruppe 2 erhielten die gleiche Behandlung der Gruppe 1. Zusätzlich wurden sie zu regelmässigen individuellen sowie Gruppensitzungen mit Gewichtsreduktions-Trainern einbestellt.

Nach 24 Monaten hatten die Patienten 0,8 kg (Kontrollgruppe), 4,6 kg (nur Fernmotivation) bzw. 5,1 kg (zusätzliche Personenbetreuung) verloren. 19% und 38% und 41% der Patienten reduzierten ihr Gewicht mindestens um 5%. In beiden Interventionsstudien



Foto: Fotolia

war der Therapieerfolg signifikant besser als in der Kontrollgruppe. Doch die zusätzlichen individuellen und Gruppensitzungen hatten keinen Effekt, v.a. weil die Patienten nur sehr unregelmässig teilnahmen. Die Compliance bezüglich Telefon, E-Mail und Webseite hingegen war gut.

POWER-UP-Studie testet Lifestyle-Coach und Diätprodukte

In der zweiten, sog. POWER-UP-Studie waren 390 adipöse Patienten (Durchschnittsgewicht 107 kg, BMI: 38) ebenfalls zwei Jahre lang von Hausärzten und ggf. zusätzlich von sog. Lifestyle-Coaches behandelt worden. Allen Patienten wurde zu einer kalorienreduzierten Diät (1200-1500 kcal/d bei einem Gewicht unter 113 kg, 1500-1800 kcal/d bei höherem Gewicht) sowie zu mindestens 180 Minuten Bewegung wöchentlich geraten. Die Patienten erhielten Handouts zur Gewichtsreduktion, Anleitungen zum Kalorienzählen sowie ein Pedometer.

Gruppe 1 erhielt eine Standardbehandlung mit einer 5-7minütigen Arztkonsultation im Quartal. Gruppe 2 traf sich darüber hinaus monatlich für 10-15 Minuten mit einem sog. Lifestyle-Coach, der individuelle Instruktionen zur weiteren Gewichtsreduktion vermittelte. In der Gruppe 3 erhielten die Patienten zusätzlich, nach ihrer Wahl, entweder ein gewichtsreduzierendes Medikament (Orlistat, Sibutramin), oder aber einen systematischen Austausch von normalen Mahlzeiten durch entsprechende Diätprodukte von Slim-Fast oder Unilever.

Die durchschnittlichen Gewichtsverluste der Gruppen 1, 2 und 3 nach zwei Jahren betragen 1,7 kg, 2,9 kg sowie 4,6 kg. Mehr als 5% Gewichtsverlust erzielten 22%, 26% sowie 35% der Patienten. Damit waren die Therapieergebnisse der Gruppe 3 signifikant besser als diejenigen der Gruppe 1. Dies galt auch nach Ausschluss der Patienten, die das inzwischen vom Markt genommene Sibutramin erhalten hatten. Schwere Nebenwirkungen waren nicht beobachtet worden. Fazit der Autoren: Eine nachhaltige Lebensstilberatung mit Unterstützung durch Medikamente oder Diätprodukte führt bei einem guten Drittel der Patienten zu klinisch bedeutsamem Gewichtsverlust.

▼ WFR

Quelle: Appel L.J. et al.; Comparative Effectiveness of Weight-Loss Interventions in Clinical Practice. *N Engl J Med* 2011; 365: 1959-68; Wadden T.A. et al.; A Two Year Randomised Trial of Obesity Treatment in Primary Care Practice. *N Engl J Med* 2011; 365: 1969-79

Langjähriger Typ 2-Diabetes

Negative Nutzen-Schaden-Bilanz für intensive Glukosekontrolle

Eine systematische Metaanalyse von 14 klinischen Studien mit mehr als 28'000 Patienten mit Typ 2-Diabetes kommt zum Schluss, dass eine intensive blutzuckersenkende Therapie gegenüber einer konventionellen Therapie keine Vorteile bringt, aber das Hypoglykämie-Risiko deutlich erhöht.

Patienten mit Typ 2 Diabetes haben ein erhöhtes Risiko für mikro- und makrovaskuläre Komplikationen. Lange Zeit hatte man gehofft, dass diese Risiken mit einer guten, intensiven Blutzuckerkontrolle sinken. Doch vor drei Jahren hatten die drei Studien ACCORD, ADVANCE und VADT zumindest bezüglich der Risikosenkung makrovaskulärer Endpunkte enttäuscht. Alle drei Studien hatten eine striktere (HbA1c-Ziele unter 6,0% bzw. unter 6,5%) mit einer weniger ambitionierten Blutzuckerkontrolle verglichen. Bei den Patienten handelte es sich jeweils um langjährige Patienten mit Typ 2-Diabetes, deren Stoffwechsel schon viele Jahre lang nicht gut eingestellt war. Die Studien liefen 3,5 bis 5,5 Jahre. In der ACCORD-Studie war sogar die Sterblichkeit in der intensiv behandelten Gruppe höher, so dass die Studie vorzeitig abgebrochen wurde.

Nun publizieren dänische Autoren eine systematische Übersicht, bei der sie 14 Studien sowohl metaanalytisch als auch mit der

Methode der Studiensequenzanalyse ausgewertet haben, im British Medical Journal. 15'269 der Patienten waren intensiv blutzuckersenkend behandelt worden, 13'345 Patienten hatten eine konventionelle Behandlung erhalten.

30%iger Anstieg des Hypoglykämie-Risikos

Die Gesamtschau der Daten liefert keine Argumente, bei langjährigen Typ 2-Diabetikern ausgerechnet bezüglich der Blutzuckereinstellung besonders forscht zu Werke zu gehen: Die Daten schliessen aus, dass es bezüglich Gesamtsterblichkeit, kardiovaskulärer Sterblichkeit oder Myokardinfarkt eine signifikante Risikoreduktion gibt, die 10% übersteigt. Selbst bezüglich der Verhütung von mikrovaskulären Komplikationen, also Folgeschäden an den Nieren und an den Augen, fanden die Autoren in ihrer Analyse keine signifikante Wirksamkeit. Der einzige gesicherte, signifikante Effekt ist eine relative Risikoerhöhung für Hypoglykämien um 30%.

▼ WFR

Quelle: Hemmingsen B. et al.; Intensive glycaemic control for patients with type 2 diabetes: systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis of randomized clinical trials. BMJ 2011; 343: d6898

Nach OP wegen kolorektalem Karzinom

Patienten mit Erektionsstörungen werden häufig allein gelassen

Männliche Patienten mit kolorektalem Karzinom leiden therapiebedingt häufig an erektiler Dysfunktion. Nur selten wird ihnen deswegen ärztliche Hilfe angeboten.

Bei Patienten mit Prostatakarzinom ist bekannt, dass die operative Therapie häufig mit einer erektilen Dysfunktion einhergeht. Entsprechend gut ist wissenschaftlich untersucht, ob und wie sehr Patienten darunter leiden: In der Regel erhalten die Patienten im Rahmen der onkologischen Therapie Informationen und therapeutische Angebote. Inhibitoren der Phosphodiesterase-5 wirken hier meist zuverlässig. Ganz anders ist die Situation bei Patienten mit kolorektalem Karzinom: Auch sie überleben zunehmend langfristig. Die chirurgische Therapie geht gleichfalls häufig mit der Nebenwirkung Impotenz einher. Doch nur selten werden die Patienten darüber informiert oder entsprechend behandelt, so das alarmierende Ergebnis einer jetzt im BMJ publizierten Studie.

Kaum ein Patient mit adäquater Therapie

Die Autoren hatten 28 Patienten mit kolorektalem Karzinom nach der Operation strukturiert nach sexuellen Funktionsstörungen befragt. Sie fanden heraus, dass die meisten Patienten eine erektile Dysfunktion erlitten. Manchen war dies egal, andere fanden ihre Lebensqualität dadurch erheblich reduziert. Der wichtigste Befund: Die meisten Patienten waren über die Nebenwirkung nicht informiert worden. Entsprechend waren sie in der Regel völlig unvorbereitet. Kaum einer suchte deshalb ärztliche Hilfe. Kaum ein Patient wurde adäquat behandelt. Dabei könnten auch diese Patienten durch Medikamente vom Viagra-Typ ihr Sexualleben fortsetzen.

▼ WFR

Quelle: Dowswell G et al.; Men's experience of erectile dysfunction after treatment for colorectal cancer: qualitative interview study. BMJ 2011; 343: d

Otitis-Prophylaxe

Vitamin A-Gabe beugt Hörverlust vor

Die wiederholte Gabe von hochdosiertem Vitamin A bei mangelernährten Kindern mit rezidivierenden Ohrinfektionen scheint einem späteren Hörverlust vorbeugen zu können.

Etwa 280 Millionen Menschen weltweit sind mehr oder weniger taub. Davon leben zwei Drittel in Entwicklungsländern. Dort ist die chronische Otitis media die häufigste Ursache für einen Hörverlust. Ob Defizite an bestimmten Vitaminen oder Spurenelementen hier eine Rolle spielen, ist nicht gesichert. In einzelnen Studien konnte durch Supplementation mit Vitamin A oder Zink das Otitis-Risiko gesenkt werden.

In der vorliegenden Studie aus Nepal war doppelblind untersucht worden, ob eine periodische hochdosierte Vitamin-A-Gabe (4mal 200'000 IU im Abstand von vier Monaten) bei Vorschulkindern das Otitis-media-Risiko zu senken vermochte. Dies war nicht der Fall gewesen.

Anschließend sind knapp 2400 der Studienteilnehmer bis ins Alter von 14–23 Jahre weiter beobachtet worden. Im Follow-up

zeigte sich, dass die Probanden mit Vitamin-A-Substitution im Trend ein geringes Risiko für einen Hörverlust aufwiesen (RR 83%, ns). Personen hingegen, die im Kindesalter häufig an Mittelohrentzündungen litten, profitierten von der Vitamin-A-Gabe: Ihr Risiko für einen Hörverlust sank signifikant um 42%.

▼ WFR



Foto: somenski - Fotolia.com

Quelle: Schmitz J. et al.; Vitamin A supplementation in preschool children and risk of hearing loss as adolescents and young adults in rural Nepal: randomized trial cohort follow-up study. Bmj 2012; 344:d7962

Hörsturz

Orale Kortikoide reichen

Bei Patienten mit akutem Hörsturz wirkt eine orale Steroidbehandlung ebenso gut wie eine aufwendigere intratympanale Steroidinjektion.

Akuter Hörsturz wird mit Kortikosteroiden behandelt in der Annahme, dass eine Nervenentzündung zugrunde liegt. Seit einigen Jahren wird dabei die direkte Steroidinjektion ins Mittelohr populär.

In einer prospektiven Studie bei 250 Patienten mit einseitigem Hörsturz wurde jetzt das viermalige Einspitzen von 40 mg Methylprednisolon in das Mittelohr innerhalb von 14 Tagen mit einer oralen Steroidtherapie (60 mg/d über 14 Tage, danach Ausschleichen) verglichen.

Nach zwei Monaten hatte sich das Hörvermögen unter systemischer Therapie um 31 Dezibel und unter lokaler Therapie um 29 Dezibel verbessert. Zwei Monate nach Ende der Therapie hatte sich das Hörvermögen in beiden Gruppen um 56 bzw. 57 Dezibel verbessert. Fazit: Bei akutem Hörsturz reicht eine einfache orale Steroidtherapie aus.

▼ WFR

Quelle: Rauch S. D. et al.; Oral versus intratympanic corticosteroid therapy for idiopathic sudden sensorineural hearing loss: a randomised trial. JAMA 2011; 305: 2071-79

Schnarchen und obstruktive Schlafapnoe (OSA)

Die Rolle der Nase

Bei sehr ausgeprägtem Schnarchen kann es zu einer Verminderung der Sauerstoffversorgung und in der Folge zu einer Störung des Schlafes kommen.

Da die Nase die erste anatomische Grenze der oberen Atemwege darstellt, kann die Blockierung der oberen Atemwege zu schlafbezogenen Atmungsstörungen beitragen. Klinisch haben Fall-Kontroll-Studien gezeigt, dass nasale Obstruktion mit Schnarchen und milden schlafbezogenen Atmungsstörungen verbunden ist. Es existiert aber keine lineare Korrelation zwischen dem Grad der nasalen Obstruktion und der Schwere der schlafbezogenen Atmungsstörung. Randomisierte kontrollierte Studien haben gezeigt, dass bei Patienten mit allergischer oder nicht-allergischer Rhinitis und Schlafstörungen, nasale Steroide die subjektive Qualität des Schlafes verbessern und für Patienten mit leichter OSA hilfreich sein können. Sie sind jedoch per se keine angemessene Behandlung für die meisten OSA-Patienten. Ebenso kann Nasenchirurgie die Lebensqualität und das Schnarchen in einer Untergruppe von Patienten mit leichten schlafbezogenen Atmungsstörungen verbessern. Sie ist aber keine wirksame Behandlung für OSA als solche. Die Nasenoperation kann aber bei Patienten, die eine CPAP-Beatmung nicht gut vertragen, die CPAP Compliance und Adhärenz verbessern.

▼ WFR

Georgalas C. The role of the nose in snoring and obstructive sleep apnoea. Eur Arch otorhinolaryngol 2011;268:1365-1373

Keine Alleskönner

Statine schützen nicht vor Infektionen

Eine Metaanalyse prospektiver Interventionsstudien konnte nicht bestätigen, dass unter einer Statin-Dauerbehandlung das Infektionsrisiko sinkt.

Neben ihrer LDL-Cholesterin-senkenden Wirkung besitzen Statine eine Reihe von pleiotropen Effekten. Dazu gehören u.a. eine immunmodulierende sowie eine antiinflammatorische Wirksamkeit. Dies könnte nützlich sein bei der Abwehr von Infektionen. In mehreren Populationsstudien war beobachtet worden, dass Patienten unter Statintherapie generell ein geringeres Risiko für Infektionen sowie eine geringe Mortalität bei schweren Infektionen aufwiesen.

Ob es sich hierbei um eine zufällige Assoziation handelt oder ob von einem kausalen Effekt auszugehen ist, überprüften niederländische Autoren anhand einer systematischen Metaanalyse prospektiver Interventionsstudien. Anhand von 11 Studien mit 31'000 Patienten gingen sie dem Zusammenhang auf den Grund. 4655 Patienten hatten Infektionen während der Behandlung durchgemacht. Das Risiko war in den Verum- und Placebogruppen exakt gleich.

▼ WFR

Quelle: Van den Hoek H.L. et al.; Statins and prevention of infections: systematic review and meta-analysis of data from large randomized placebo controlled trials. BMJ 2011; 343: d7281 2

Stimmbandknötchen

Was bringen lokale Steroidinjektionen?

Bei Stimmbandknötchen hilft eine lokale Injektion von Steroiden: Etwa die Hälfte der Patienten zeigten nach vier Wochen eine deutliche Besserung.

Stimmbandknötchen entstehen in der Regel bei erheblicher Beanspruchung der Stimmbänder. In einer prospektiven Fallserie mit 80 Patienten wurde von einer koreanischen Autorengruppe die Wirksamkeit einer einmaligen Injektion von Triamcinolonacetat durch das Ligamentum cricothyroideum in das Stimmbandknötchen mit Hilfe eines transnasalen flexiblen Laryngoskops untersucht.

Vier Wochen nach dem Eingriff waren die Stimmbandknötchen bei 35 Patienten (4%) verschwunden. 39 Patienten (49%) gaben klinisch eine deutliche Besserung. Sechs Patienten mit beruflicher Stimmbelastung zeigten sich bereits in der zweiten Woche gebessert, doch hatten sie nach vier Wochen ein Rezidiv. Bei vier Patienten trat eine leichte vokale Atrophie auf, und bei zwei Patienten bildete sich eine Plaque auf dem Stimmband, welche sich spontan wieder auflöste.

▼ WFR

Quelle: Lee S.-H. et al.; Local Steroid Injection via the Cricothyroid Membrane in Patients with a Vocal Nodule. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2011; 137(10): 1011-1016

Hypertrophe Rachenmandeln

Tonsillektomie bessert Schluckbeschwerden und Unterernährung

Wenn Kinder mit dicken Rachenmandeln über Schluckbeschwerden klagen, lindert eine Tonsillektomie die Beschwerden und hilft den Kindern, wieder besser zu essen und an Gewicht zuzulegen.

Viele Kinder, bei denen eine Mandeloperation indiziert ist, leiden unter einer Dysphagie. Inwiefern eine Tonsillektomie die Schluckbeschwerden bessert, haben Autoren aus Portland/Oregon in einer prospektiven Kohortenstudie untersucht. Studienteilnehmer waren 85 Kinder zwischen 2 und 14 Jahren. 57 der Kinder wurden operiert und konnten einen bzw. sechs Monate nach der OP nachuntersucht werden.

Bei 18 der Kinder war die Schluckbehinderung der eigentliche Grund für die Operation. Bei diesen Kindern verbesserte sich ein Score, der die schluckbezogene Lebensqualität quantifiziert, ganz

erheblich von 58 auf 82 Punkte. Gleichzeitig konnten nach der Operation 60% statt zuvor 33% dieser Kinder sich wieder normal ernähren. 50% der Kinder waren postoperativ normgewichtig. Vor der Operation waren es nur 33% der Kinder gewesen.

Aber auch bei den 39 Kindern, bei denen aus anderen Gründen die Tonsillen entfernt wurden, besserten sich der Schluckscore (von 81 auf 92 Punkte), die normale Ernährung (von 81% auf 94%) und das Normalgewicht (70% statt zuvor 63%).

Fazit: Hypertrophe Tonsillen führen häufig zu Schluckbeschwerden und Fehlernährung, was durch eine Entfernung der Rachenmandeln deutlich gebessert werden kann.

▼ WFR

Quelle: Clayburgh D. et al.; Efficacy of Tonsillectomy for Pediatric Patients with Dysphagia and Tonsillar Hypertrophy. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2011; 137(12): 1197-1202