

Aspiration oder Abdeckelung?

## Evidenzbasierte Behandlung von Brandblasen

**Bei Verbrennungspatienten treten häufig Blasen auf. Die Frage, ob diese mittels Aspiration drainiert oder abgetragen werden sollen, wurde lange diskutiert. Eine kontrollierte, randomisierte klinische Studie zur Fragestellung bestand nicht.**

In einer gemeinsam von Forschern aus Südkorea und der Mayo-Klinik Rochester 2016 durchgeführten Studie wurden 40 Patienten mit Brandblasen > 6mm randomisiert mittels Aspiration oder Abdeckelung der Blase behandelt. Endpunkt war die Dauer bis zur vollständigen Epithelialisierung, weiter wurden Schmerzen beim Verbandwechsel mittels visueller Analogskala (VAS) erfasst und Bakterienkulturen gewonnen.

Die durchschnittliche Dauer bis zur vollständigen Wundheilung betrug 12 Tage in der Aspirations- und 12,55 Tage in der Abdeckelungs-Gruppe. Mittels Narben-Bewertungsskala stellten die Forscher fest, dass die Narben der Aspirationsgruppe besser abschnitten in Bezug auf Relief und Dicke und die Probanden die Aspirationsbehandlung wegen geringerer Schmerzen bevorzugten.

Insbesondere bewerteten Patienten mit Handflächen-/Sohlenblase die Schmerzintensität mittels VAS in der Aspirationsgruppe tiefer (2,66 vs. 3,25,  $p=0.08$ ). Die Gesamtinzidenz der Kolonisation mit Mikroorganismen betrug 15% nach Aspiration vs. 40% nach Abdeckelung ( $p=0.15$ ).

Die Autoren kommen zum Schluss, dass die Hauptstärken dieser Studie ihr prospektives, randomisiertes, kontrolliertes Design war und dies die erste Studie war, die die Wirksamkeit von Aspiration versus Abdeckelung als Methode des Brandblasenmanagements evaluierte. Diese Studie liefert Belege für die fehlende Überlegenheit einer spezifischen Technik zur Behandlung von Verbrennungsblasen, zeigt aber, dass die Aspiration in Bezug auf Schmerzlinderung und Narbendicke effektiver sein kann.

▼ Dr. med. Hans Kaspar Schulthess

**Quelle:** Effectiveness of aspiration or deroofing for blister management in patients with burns: A prospective randomized controlled trial. Ro HS et al.: *Medicine (Baltimore)* 2018;97:17(e0563)

Auf die Galenik kommt es an

## Chondroitinsulfat mit Placebo und einem COX-2-Hemmer verglichen

**Chondroitinsulfat (CS) wird sowohl als Nahrungsmittelzusatz als auch in pharmazeutischer Qualität gehandelt. Dieser Umstand könnte für die heterogenen Resultate bisheriger Therapiestudien mitverantwortlich sein.**

Eine Multizenterstudie in 5 europäischen Ländern unter Mitbeteiligung des Kantonsspitals Fribourg hatte zum Ziel, die Wirkung von Chondroitinsulfat in pharmazeutischer Qualität auf Patienten mit Kniegelenksarthrose unter strikter Befolgung der Richtlinien der Europäischen Arzneimittelagentur zu überprüfen.

Entsprechend wurden 604 Patienten während 6 Monaten prospektiv, in 3 Arme randomisiert Doppel-Dummy mit 800mg CS oder 200 mg Celecoxib oder Doppelplacebo behandelt. Die Diagnose der Kniearthrose wurde nach den Kriterien des American College of Rheumatology (ACR) gestellt. Die Schmerzveränderungen wurden mittels einer Visual Analogue Scale (VAS) und im Lequesne Index (LI) als primäre Endpunkte erfasst. Als sekundäre Endpunkte wurden Minimal-Clinically Important Improvement (MCII), Patient-Acceptable Symptoms State (PASS) verwendet.

Patienten unter CS und Celecoxib zeigten eine grössere signifikante Reduktion von Schmerzen und LI als Placebo. In der Intention-to-treat (ITT)-Population war die Schmerzreduktion in der VAS am Tag 182 in der CS-Gruppe (-42,6 mm) und in der Celecoxib-Gruppe

(-39,5 mm) signifikant grösser als in der Placebogruppe (-33,3 mm) ( $p=0,001$  für CS und  $p=0,009$  für Celecoxib), während kein Unterschied zwischen CS und Celecoxib beobachtet wurde. Ähnlicher Trend für die LI, auch hier war die Reduktion in der CS-Gruppe (-4,7) und Celecoxib-Gruppe (-4,6) signifikant grösser als die der Placebogruppe (-3,7) ( $p=0,023$  für CS und  $p=0,015$  für Celecoxib), und es bestand kein Unterschied zwischen CS und Celecoxib. Beide sekundären Endpunkte (MCII und PASS) verbesserten sich signifikant in den Gruppen CS und Celecoxib. An Medikamentennebenwirkungen wurden unter CS bei 2.5% Unbehagen und Schmerzen im Bauch festgestellt, bei 4.5% unter Celecoxib und bei 2.9% unter Placebo. Übrige Nebenwirkungen waren in den Gruppen gleichmässig verteilt.

Als Fazit kann festgestellt werden, dass CS 800 mg/Tag in pharmazeutischer Qualität besser als Placebo und ähnlich wie Celecoxib in der Lage ist, bei Patienten mit symptomatischer Kniearthrose Schmerzen zu reduzieren und zu einer besseren Funktion beizutragen. Diese Formulierung von CS sollte als First-Line-Behandlung in der medizinischen Behandlung von Knie-OA betrachtet werden.

▼ Dr. med. Hans Kaspar Schulthess

**Quelle:** Pharmaceutical-grade Chondroitin sulfate is as effective as celecoxib and superior to placebo in symptomatic knee osteoarthritis: the ChONDroitin versus CElecoxib versus Placebo Trial (CONCEPT). Reginster JY et al.: *Ann Rheum Dis* 2017;76:1537-43