# Wussten Sie schon …

**…, dass übergewichtige Schwangere eine schlechtere Uteruskontraktilität haben?**

Im klinischen Teil der Studie wurden übergewichtige (BMI 25 – 29,9 kg/qm) und obese (BMI > 30) mit normalgewichtigen Schwangeren verglichen. Nach Korrektur übriger Risikofaktoren (zB erhöhtes Kindsgewicht) zeigte sich eine erhöhte Sektiofrequenz wegen protrahierter Eröffnungsperiode, eine verlängerte Eröffnungsperiode bei Vaginalgebärenden und mehr postpartale Blutungen (>600 ml). Im experimentellen Teil wurden anlässlich einer elektiven Sectio entnommene Muskelstreifen normal- und übergewichtiger Frauen getestet.
Die Amplitude und Häufigkeit der Kontraktionen war signifikant niedriger bei Übergewichtigen (Zhang, J. et al. BJOG 2007; 114:343–348)

*Kommentar*
*Die experimentellen Daten passen zur klinischen Analyse. Wie könnte der Zusammenhang sein? Erhöhte Blutfettwerte (very low density lipoprotein cholesterin) sollen die Zellmembrane beeinträchtigen und so den Transmembrantransfer von Kalzium behindern. Ob diese Erkenntnisse die Motivation zur Gewichtsabnahme dicker Schwangerer erhöhen können? Auf jeden Fall sollten übergewichtige Schwangere als Hochrisikogruppe angesehen werden.* *m.k.h.*

**…, dass röntgendichte Mammae einer der stärksten Karzinomrisikofaktoren sind?**

Seit über 30 Jahren vermutet man, dass röntgendichte Mammae mit einem erhöhten Brustkrebsrisiko verbunden sind. Nun ist die Datenlage so klar, dass die Dichtigkeit in jede Risikobeurteilung eingehen sollte. Dies wurde in einem Editorial des N.Engl.J.Med. 2007; 356:297–300 postuliert. Die neuesten Daten stammen aus einer kanadischen case control Studie mit 1114 Frauen mit Mammakarzinom und matched controls. (N. Engl. J. Med. 2007; 356:227–36).

Eine ausgeprägte Mammographiedichte (> 75 %) war mit einer Erhöhung des relativen Krebsrisikos auf 4,7 (95 % CI 3.0 –7.4) verbunden. Die Autoren fanden auch einen Trend: je dichter desto höher das Risiko. Das RR war am höchsten für Karzinome, die weniger als 12 Monate nach einer negativen Mammographie entdeckt worden waren (RR 17,8, CI 4,8–65,9). 16 % aller Karzinome traten bei dichten Mammae auf. 40 % der Karzinome, die bei einem vorgängigen Screeningtest „normal“ waren. Nur zwei Risikofaktoren seien stärker als die Dichtigkeit: Das Alter der Patientin und die Brustkrebsgene BRCA1 und BRCA2.

*Kommentar*
*Die Datenlage ist klar, welche Schlüsse kann man ziehen? Anders gefragt, was tun bei röntgendichten Mammae?*

- *häufige Screeningintervalle? (eher problematisch, da selbe Technik)*
- *andere Methode (MRI?) – eher ja!*

*EBM basierte Antworten gibt es logischerweise noch nicht. Aber nachdenken, aufmerksam sein und eigene Schlüsse ziehen – alles nicht verboten!*

*m.k.h.*

**…, dass über 50 % der Internetseiten, die Sie nach Eingabe der englischen Begriffe für Zerebralparese, Geburtstrauma, Schulterdystokie, Forcepsentbindung und Kaiserschnitt in den gängigen Suchmaschinen finden, nicht von medizinisch kompetenten Fachleuten erstellt wurden?**

Die meisten der Seiten aus den USA wurden z.B. von Rechtsanwälten ins Netz gestellt. Nur 4 % aller Internetseiten, die auf den ersten 50 Plätzen erscheinen, stammen von Geburtshelfern oder geburtshilflichen Gesellschaften. Es ist deshalb nicht erstaunlich, dass Patientinnen selektiv mit Informationen versorgt werden. (Kaimal A. J. Obstet. Gynecol. 2007; 4:16S (Supplement).

*Kommentar*
*Diese selektive Informationsweitergabe, welche von den Internet-*

*nutzern oft nicht bemerkt wird, ist eines der größten Probleme bei der Informationssuche im Internet.*
*h.p.s.*

**…, dass man am Brigham & Women´s Hospital in Boston einen interessanten Trend beobachten kann?**

Bei der Analyse der Hysterektomietechniken von 1977 bis 2005 zeigte sich eine konstante Rate von Hysterektomien, die zwischen 1023 (1977) und 1211 (2004) schwankten. Während im Jahre 1977 230 der Hysterektomien vaginal durchgeführt wurden, gab es zu dieser Zeit 101 suprazervikale (endoskopische) Hysterektomien. Im Jahre 2005 hatte sich das Verhältnis komplett umgekehrt: Bei nur noch 156 vaginalen Hysterektomien wurde die laparoskopische suprazervikale Hysterektomie (LASH) in 258 Fällen durchgeführt. Interessanterweise blieb die Zahl der abdominalen Hysterektomien über den gesamten Zeitraum konstant. Es liegt der Schluss nahe, dass vor allem auch die vaginalen Hysterektomien durch die LASH Technik ersetzt wurden. (K. Diouf et al., Obstet. Gynecol. 2007; 4:20S (Supplement).

*Kommentar*
*Dieser Trend ist mittlerweile auch in Europa zu beobachten. Ob das sinnvoll ist, darüber lässt sich trefflich streiten.* *h.p.s.*

**…, dass die Lungenreifeinduktion mit Corticosteroiden ihre Wirkung nach zwei Wochen evtl. doch verliert?**

In einer retrospektiven Kohortenstudie (mit Berücksichtigung des Gestationsalters) wurde der outcome von Neugeborenen, welche innerhalb von 14 Tagen (n=222) nach Lungenreifeinduktion oder später als 14 Tage (n=84) zur Welt kamen. Signifikant mehr Neugeborene in der Gruppe mit mehr als 14 Tagen benötigten eine mechanische Ventilation und zur Surfactanttherapie, falls das Gestationsalter > 28 Wochen war. (Ring, A. et al. Am. J. Obstet. Gynecol. 2007; 196:567.e1–457.e6)

*Kommentar*
*Die Aussagekraft ist wie immer bei retrospektiven Arbeiten eingeschränkt. Für den klinischen Alltag kann man aber folgern, dass Corticosteroide wirklich nur bei drohender Frühgeburt gegeben werden sollten. Durch prospektive Studien müsste Nutzen und Risiko einer wiederholten Corticosteroidgabe nach 14 Tagen untersucht werden.* *m.k. h.*

**…, dass hochdosierte Gestagene eine weitere Zervixreifung verhinderten und die Gestationsdauer verlängerten?**

106 Frauen mit Frühgeburtsneigung in der 25. bis 33. Schwangerschaftswoche (regelmässige Kontraktionen und Zervixreifung) wurden hospitalisiert und während 48 Stunden tokolysiert. 21 gebaren innert 48 Stunden, 6 weigerten sich an der Studie teilzunehmen und die übrigen wurden prospektiv randomisiert: Nach Beruhigung der Situation erhielten je 30 Frauen entweder 341 mg 17 a-Hydroxyprogesteroncaproat i.m. alle 4 Tage bis zur 36. Schwangerschaftswoche oder nichts. Nach 1 und 3 Wochen wurde ambulant die Zervixlänge gemessen (Die Untersucher kannten die Gruppenzugehörigkeit nicht).
Die Zervix verkürzte sich signifikant weniger unter Gestagenen (nach einer Woche Beobachtungsgruppe Zervixlänge 0,83 ± 1.74, Gestagene 2,37 ± 2; nach 21 Tagen Beobachtungsgruppe 2,4 ± 2,46, Therapiegruppe 4,6 ± 2.74).

Die Frühgeburtshäufigkeit war ebenfalls statistisch signifikant niedriger in der Gestagengruppe (5 von 30 gegenüber 17 von 30) gebaren vor der 36. Woche (Fachinetti, F. et al. Am. J. Obstet. Gynecol. 2007; 196:453.e1–453.e4)

*Kommentar*
*Dies ist der erste prospektiv randomisierte Nachweis, dass Gestagene die Frühgeburtlichkeit bei symptomatischen Frauen reduzierten. Bisher vorliegende erfolgreiche Studien beschränkten sich auf Frauen mit Risikoanamnese (Status nach Früh-*

*geburt). Offenbar wurde die recht hohe Progesterondosis gut vertragen. Während Progesteron als Tokolytikum selber nicht wirksam ist, scheint nun neben der Primärprävention auch eine Sekundärprävention möglich zu sein.*

*Zu Recht empfiehlt der Autor des zugehörigen Editorials (Am. J. Obstet. Gynecol. 2007; 196:421) aber noch Zurückhaltung und hält (wie immer) weitere randomisierte Studien für angezeigt.*

*m.k.h.*

**…, dass die Kaiserschnittentbindung bei reifen Zwillingen für das zweite Kind ein geringeres perinatales Mortalitätsrisiko beinhaltet als die vaginale Entbindung?**

In einer retrospektiven Kohortenstudie wurden in Grossbritannien insgesamt 1'377 Zwillingsschwangerschaften mit perinatal verstorbenem Kind zwischen 1994–2003 auf das perinatale kindliche Mortalitätsrisiko von Zwilling 1 versus 2 analysiert. Ausgenommen waren jene Schwangerschaften, bei denen die Todesursache Folge fetaler Missbildung war.

Während sich im Gesamtkollektiv kein signifikanter Unterschied zwischen dem Mortalitätsrisiko des ersten gegenüber dem zweiten Zwilling fand, ergab sich ein signifikanter Unterschied im Risiko des zweiten Zwillings bei reifen Zwillingsschwangerschaften nach der 36. Woche: Die OR war mit 4,1 (CI: 1,8–9,5) bei der vaginalen Entbindung gegenüber 1,8 (CI: 0,9–36) signifikant erhöht. (BMJ 2007:334: 576–578)

*Kommentar*
*Die Ergebnisse dieser Studie erscheinen zunächst einmal insofern unplausibel, als sich weder im Gesamtkollektiv noch bei den Frühgeburten vor 36 SSW ein Unterschied im Mortalitätsrisiko von vaginaler Geburt und Sectio nachweisen liess. Die Erklärung für diese Phänomen ist aber denkbar einfach: Frühgeburt per se hat eine deutlich höhere Mortalität als reif geborene Kinder, insofern wird der Effekt bei reifen Zwillingen mengenmässig durch die Frühgeburtsmortalität überdeckt (in der hier vorliegenden Studie sind lediglich 121 der 1'377 Zwillingsschwangerschaften reif geborene Kinder). Zudem ist (anders als bei reifen Kindern) die Frühgeburtsmortalität in den seltensten Fällen auf den zweiten Zwilling bezogen, einfach weil die interpartale Asphyxie weniger zum Tragen kommt.*

*Reicht denn aber diese Fallzahl für eine sichere Aussage aus? Für die Autoren ist dies eindeutig. Einerseits weisen sie darauf hin, dass der Unterschied hochsignifikant ist (P<0,001) andererseits findet sich ein ähnliches Ergebnis bereits in einer früheren Studie (BMJ 2002;325:1004). Letztlich ist das hier dargestellte Ergebnis auch noch biologisch plausibel, da das pränatale Asphyxie- und damit Mortalitätsrisiko des zweiten Zwillings bekanntermassen höher ist.*

*Ist also die elektive Sectio caesarea die Entbindung der Wahl bei der Zwillingsschwangerschaft? Möglicherweise schon, liegt doch in dieser Studie der Gewinn durch eine elektive Sectio caesarea etwa in einer Grössenordnung wie bereits für die Sectio bei Beckenendlage gezeigt werden konnte (Lancet 200;356: 1375–1383.) Gleichwohl ist eine randomisierte Studie derzeit unterwegs um diese retrospektiven Daten auch prospektiv abzusichern. Ob deren Ergebnisse so rechtzeitig kommen, dass sie noch einen relevanten Einfluss auf das tatsächliche Geschehen in den Gebärsälen haben, bleibt zweifelhaft: 81 % der Zwillingsschwangerschaften bei reifen Kindern wurden im 2006 in einem der Londoner NHS Distrikte per Sectio caesarea geboren und davon 76 % elektiv. Viel Paradigmawechsel scheint also zumindest in London nicht mehr möglich.*

*b.s.*