

Wussten Sie schon ...

..., dass das späte Abnabeln (frühestens nach einer Minute) Vorteile für das Neugeborene hat?

In einem Editorial des British Medical Journals (Br.Med.J. 2007; 335:312) befürwortet A. Weeks ein spätes Abnabeln.

Frühes Abnabeln und Durchtrennen der Nabelschnur hingegen ist weit verbreitet. Es ist Teil des sog. „aktiven Managements“ der Plazentarperiode (gemeinsam mit Uterotonika und „Cord-traction“) zur Prophylaxe postpartaler Blutungen. Als Teil dieser Trias wurde frühes Abnabeln praktiziert ohne gross über den Sinn zu reflektieren. Was weiss man über das Abnabeln? *Für die Mutter:* Frühes Abnabeln hat keinen Einfluss auf eine Plazenta-Retention oder Atonie-Blutung. Eine Cochrane-Analyse identifizierte lediglich Oxytocin als einzigen Schutzfaktor dieser Trias. *Für das Kind:* Unmittelbar nach der Geburt fliesst oxygeniertes Umbilikalblut

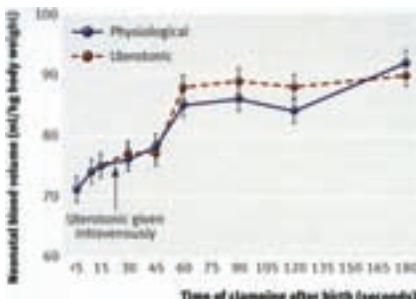


Abb. 1. Veränderung des neonatalen Blutvolumens mit Zeit bis zum Abnabeln

zum Neugeborenen. Beim ersten Atemzug saugt der negative intrathorakale Druck Blut aus der Nabelschnurvene in die Lunge. Bis zum Abnabeln der Nabelschnur fliesst so noch bis zu 19 ml/kg oder 21 % des gesamten neonatalen Blutvolumens aus der Nabelschnur zurück! (Abb. 1)

$\frac{2}{3}$ der „Transfusion“ erfolgt in der ersten Minute. Uterotonika beschleunigen dies, genauso wie die Lage des Kindes (zB 40 cm tiefer als die Plazenta). Beim Neugeborenen bessert die Autotransfusion doch erheblich den Eisenstatus und erhöht den Hämokrit. Befürchtungen, dass dies eine Polycythämie und Hyperbilirubinämie fördern könnte, sind durch Studien entkräftet worden. Für frühgeborene Kinder ist die günstige Wirkung dieser Autotransfusion noch wichtiger (weniger Anämien, intraventrikuläre Blutungen). Eine spezielle Gruppe (wachstumsreduzierte Kinder) profitiert wahrscheinlich nicht, evtl. ist sie sogar eher gefährlich (da bereits eine Hypoxie-induzierte Polycythämie besteht).

Kommentar

Der Nutzen des späten Abnabelns ist wissenschaftlich gut belegt. Wie soll man praktisch vorgehen? Bei der vaginalen Geburt ohne weiteres 3 Minuten mit dem Abnabeln warten (aus verschiedenen Gründen aber eher nicht 40 cm tiefer als die Plazenta).

Ich massiere oft die Nabelschnur Richtung Neugeborenes (keine Evidenz vorhanden!). Bei der Sectio: Kind absaugen, dabei das Neugeborene in ein warmes Tuch einwickeln, bis man dann evtl. Nabelschnurmassage macht.

m.k.h.

..., dass die Versorgung der Hysterotomie beim Kaiserschnitt signifikant mehr Symptome auslöst, wenn man dafür den Uterus vor die Bauchwand stellt statt ihn in situ zu belassen ?

Übelkeit und Erbrechen waren die primären Outcome-Parameter in dieser randomisiert-kontrollierten single-blind Studie bei jeweils 40 elektiven Kaiserschnitten. Zusätzlich wurden Tachykardie und Hypotension als Kreislaufparameter sowie Operationszeit und Blutverlust verglichen. Um anästhesiebedingte Faktoren auszuschliessen, wurde die zum Einsatz kommende Spinalanästhesie auf höchstem Niveau standardisiert. Ergebnis: Übelkeit und Erbrechen waren während und auch 3 Minuten nach der Naht des externalisierten Uterus um das dreifache erhöht (OR 2.95; CI 1.04-8.34; 38 % versus 18 %; P=0.04). Schmerzen und Hypotension waren in diesem Kollektiv ebenfalls höher, allerdings ohne statistische Signifikanz zu erlangen. Blutverlust und OP-Dauer unterschieden sich in beiden Gruppen



Symposium

Fortpflanzungsmedizin aktuell

Donnerstag, 29. Mai 2008, 14–18.00 Uhr
Hörsaal Kantonsspital Baden
anschl. Apéro-Buffer

Inhalt des Symposiums ist ein „Update“ über aktuelle Fragen der Fortpflanzungsmedizin für die praktisch tätigen Gynäkologinnen und Gynäkologen.

Bitte reservieren Sie sich schon heute dieses Datum.

Auskünfte:
Frau Lena Erismann
Chefarztsekretärin, Frauenklinik
Kantonsspital Baden
Tel. 056/486 3502
mail: lena.erismann@ksb.ch

PROGRAMM

- Follikelstimulation in der Praxis in der Ära nach Clomiphen. Neuester Stand. der Dinge. Was ist in der Praxis möglich?
- Abklärung des männlichen Faktors: Was sind „facts“ und was „fictions“? Was sagt uns ein Spermiogramm? Was sind überflüssige andrologische Untersuchungen?
- Diagnostik des tubo-peritonealen Faktors: Fallstricke und Überraschungen. Abgrenzung zwischen Hysterosalpingographie, Sono-Hysterosalpingogramm und Laparoskopie mit **Live-Demonstration**.
- Molekularbiologie und Sterilitätsdiagnostik: Was muss ich heute wissen?
- Wie beeinflusst das zunehmende Alter der Kinderwunschpatientinnen unser Vorgehen in der Praxis und im Zentrum?
- Interessante Fälle und „Knacknüsse“ aus der Praxis mit interaktiver Diskussion.

Prof. Dr. Michael K. Hohl

mit dem Team des Kinderwunschzentrums Baden



statistisch nicht (Obstet. Gynecol. 2007; 110:570–575).

Kommentar

Die Luxation des Uterus vor die Bauchwand führt offensichtlich zu einer Irritation des Peritoneums, auch wenn eine gut sitzende Spinalanästhesie angelegt ist. Will man also heute den Ansprüchen der Gebärenden in Bezug auf Wohlbefinden und Lebensqualität genügen, dann kommt dieser Studie für diejenigen erhebliche Bedeutung zu, die bis anhin den Uterus zur Naht der Hysterotomie nach aussen gestellt hatten. Aber auch dann, wenn man bereits die in situ Technik durchführt, könnte diese Studie etwas bieten. Der Durchführung der Spinalanästhesie wurde nämlich grösste Sorgfalt gewidmet, mit dem Ziel, möglichst viele anästhesiebedingten Ursachen wie Übelkeit, Erbrechen und Kreislaufreaktion auszuschalten. Vielleicht findet sich dort etwas, was sich zum Wohle der Patientin verbessern lässt. b.s.

..., welches aktuell die beiden größten Probleme des englischen Gesundheitswesens sind?

Nach Ansicht von Liam Donaldson, Chief Medical Officer, sind dies die **mangelhafte Händedesinfektion** in Krankenhäusern und der chronische **Mangel an Spenderorganen**. Nach aktuellen Untersuchungen halten

sich die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Krankenhäusern in weniger als 60 % an die Richtlinien zur Händedesinfektion. Man hat deshalb eine Studie gestartet in der die Patienten die Krankenhaus Mitarbeiter zur Händedesinfektion auffordern sollen, in der Hoffnung dies habe einen positiven Einfluss auf das Verhalten der ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter. (BMJ 2007;335:113)

Kommentar

*Traurig aber wahr. Es wäre doch mehr als peinlich, wenn Patientinnen nach einer Untersuchung fragen, warum wir uns nicht die Hände desinfizieren. Der edukative Effekt aber dürfte hoch sein. Um die Krankenhausinfektionen zu reduzieren, will in Deutschland das Bundesgesundheitsministerium 2008 die „Aktion Saubere Hände“ unterstützen (**siehe auch FHA 3/07**). Außerdem finanziert das Ministerium die Untersuchung von Infektionsdaten („HAND-KISS“), an der mehr als 250 Krankenhäuser in Deutschland teilnehmen. Nach Schätzungen infizieren sich rund 3,5 % der 16 Millionen stationär behandelten Patienten in Deutschland, das heißt hochgerechnet treten jährlich rund 500.000 bis 800.000 Krankenhaus-Infektionen auf. 25 % der nosokomialen Infektionen könnten durch geeignete Maßnahmen wie Händedesinfektion vermieden werden. Man glaubt, im internationalen Vergleich sei diese*

Rate in Deutschland „sehr gering“. Das Verbesserungspotential allerdings wäre sehr hoch. h.p.s.

..., dass Lungenmetastasen eines uterinen Leiomyosarkoms unter einem Aromatasehemmer vollständig verschwanden?

Die Autoren berichten über eine 45jährige Patientin, bei welcher primär eine Hysterektomie und Adnexektomie bei stark vergrössertem Uterus durchgeführt wurden. Histologisch ergab sich ein Leiomyosarkom mit Infiltration des Myometriums und Parametriums der Zervix und der Serosa uteri. Die Patientin erhielt postoperativ 3 Zyklen adjuvante Chemotherapie mit Cisplatin und Doxorubicin gefolgt von 3 Zyklen Carboplatin und Doxorubicin. Der follow up beinhaltete u.a. 6-monatliche CT-Scans. Drei Jahre später fand man beim Routine-CT Scan multiple Lungenherde zwischen 2 bis 3 mm und 1 cm Grösse. Die Pat. lehnte eine weitere Chemotherapie ab. Da man im Primärtumor seinerzeit immunhistochemisch Oestrogenrezeptoren (Positivität von mehr als 90 % der Tumorzellen) nachweisen konnte, schlug man eine Therapie mit Anastrozol (Arimidex® AstraZeneca) 1 mg/die vor. Vier Monate später zeigte sich im CT ein allgemeiner Rückgang der metastatischen Tumorknoten, die kleineren waren schon völlig verschwunden.

Ein Jahr nach Therapiebeginn waren keine Lungenmetastasen mehr nachweisbar (Gesamtkörper CT). (Hardmann M.P. et al. Obstet. Gynecol. 2007; 110:518)

Kommentar

Fortgeschrittene, rezidivierende oder metastatische Leiomyosarkome des Uterus haben prinzipiell eine schlechte Prognose und wenig therapeutische Optionen. Für den adjuvanten Ansatz gibt es keinerlei gute Daten. Das gleiche gilt für eine adjuvante Strahlentherapie. Beim metastasierenden Sarkom wird häufig eine Kombinations-Chemotherapie, beinhaltend Anthracycline empfohlen. Die Ansprechrate beträgt etwa 25–50 %, aber die mittlere Wirkdauer, bis es zu einer weiteren Progression kommt, dauert selten mehr als 6 Monate und ein „survival benefit“ konnte bisher auch nicht nachgewiesen werden.

Verschiedene andere Autoren haben gezeigt, dass ein erheblicher Anteil von Leiomyosarkomen Oestrogenrezeptoren exprimiert. Das gleiche gilt übrigens für benigne Leiomyome, welche vermehrt Aromatase p450 exprimieren und deshalb wahrscheinlich einen Wachstumsvorteil gegenüber dem umgebenden Myometrium haben. Der vorliegende Case-Report ist der erste Hinweis, dass Aromatasehemmer u.U. auch bei neoplastischen Prozessen wie den Sarkomen eingesetzt werden können.

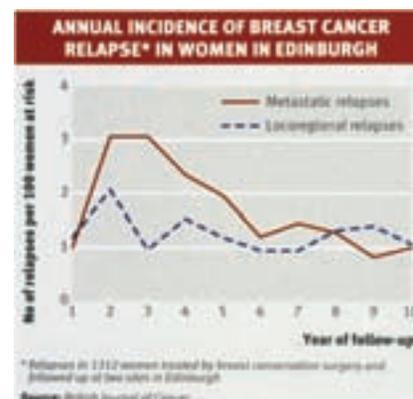
Der beobachtete Verlauf unter Aromatasehemmern ist recht dramatisch und erinnert uns an die eigenen Erfahrungen bei 2 Pat. mit in die Lunge metastasierendem Endometriumphakarzinom. Beide erhielten eine hochdosierte Gestagen Therapie. Wir beobachteten die Regression und das völlige Verschwinden dieser Metastasen nun seit weit über 5 Jahren. Natürlich kann man aus einer Einzelbeobachtung keine validen Schlüsse ziehen. In verzweifelten Situationen wie in der vorliegenden, scheint mir jedoch beim Nachweis einer hohen ER-Expression ein Versuch mit Aromatasehemmern in Anbetracht fehlender Alternativen bedenkenswert. m.k.h.

..., dass der für Brustkrebspatientinnen üblicherweise empfohlene Nachsorgezeitraum von 3–5 Jahren wohl doch zu kurz ist?

Eine Studie in Edinburgh zeigt, dass zwar das Risiko der Fernmetastasierung nach 3 Jahren kontinuierlich abnimmt, die Rate der Lokalrezidive auch nach 10 Jahren noch bei 1–1.5 % liegt und damit nach dem dritten Jahr praktisch gleich bleibt.

Kommentar

Eine sicher sinnvolle Erinnerung daran, dass ein Lokalrezidivrisiko über viele Jahre hinweg bestehen bleibt. Die Früherkennung des Lokalrezidivs ist für die operative



(aus BMJ 2007;334:1240)

Therapie von großer Bedeutung. Bei einer regelmäßigen Nach(Vor-)sorge durch Frauenärzte sollte die Erhebung des Lokalbefundes eigentlich selbstverständlich sein.

h.p.s.

..., dass ausländische Privatunternehmen zunehmend den Gesundheitsmarkt der Schweiz entdecken?

Nach dem Verkauf der Hirslanden Kliniken an den südafrikanischen Krankenhauskonzern Medi-Clinic übernimmt nun der schwedische Gesundheitskonzern Capio die Mehrheit an der Genfer Unilaps-Gruppe. Hinter beiden Transaktionen stehen Private Equity Unternehmen.

Kommentar

Und die Schweizer Banken haben dabei geholfen.

h.p.s.