Wussten Sie schon …

…, dass Gewichtsabnahme bei übergewichtigen Frauen zu einer Reduktion des Urininkontinenz-Risikos führt?

In einer randomisierten Studie wurden 338 Frauen mit einem Body-mass-Index von 25 und darüber, die gleichzeitig zehn oder mehr Inkontinenz-Episoden pro Woche aufwiesen, entweder einem intensiven Gewichtsreduktionsprogramm zugelost, oder aber einem Instruktionsprogramm. Beide Gruppen erhielten bei Einstieg in die Studie ausführliche Aufklärung in Bezug auf ihren Beckenboden, inkl. Beckenbodentraining. Die Kontrollgruppe wurde viermal während der Periode zu einem Instruktionsabend, bezogen auf Gewichtsabnahme, sportliche Aktivität und Essverhalten, einbestellt.
In der Behandlungsgruppe betrug die Gewichtsabnahme 7.8 kg im Durchschnitt, verglichen mit 1.5 kg in der Instruktionsgruppe ($p < 0.001$). Gleichzeitig wurde die wöchentliche Anzahl von Inkontinenz-Episoden um 47 % gegenüber 28 % in der Kontrollgruppe gesenkt ($p = 0.01$) Signifikant war die Reduktion von Stressinkontinenz-Episoden während bei der Reduktion hyperaktiver Harnblaseninkontinenz-Episoden zwischen den beiden Gruppen kein Unterschied zu verzeichnen war. Diese gemessenen Veränderungen spiegeln sich auch in der Selbstperzeption der Studienteilnehmerinnen wieder. Auch hier waren sämtliche Parameter in der aktiven Gruppe signifikant besser (N. Engl. J. Med. 2009; 360:481–490).

Kommentar
Übergewicht ist ein bekannter Risikofaktor für eine Harninkontinenz (z.B. BJOG 2003; 110:247–254). Das Umgekehrte, nämlich dass Gewichtsabnahme ein therapeutischer Schritt bei der Harninkontinenz darstellt, wurde zwar früher bereits an kleinen und insbesondere auf massiven Gewichtsverlust bezogene Studien bewiesen (Am. J. Obstet. Gynecol. 1992; 167:392–397), die hier vorliegende Studie belegt diesen Therapieansatz nun aber auch für eine mässige Gewichtsabnahme von durchschnittlich 8 %. Fazit: Zur konservativen Therapie der Harninkontinenz bei übergewichtigen Frauen sollte auf jeden Fall ein Gewichtsreduktionsprogramm angeboten werden.

b.s.

…, dass die EPA, das Umweltbundesamt der USA, für Schwangere, Stillende und Frauen im gebärfähigen Alter eine Auswahl von toxisch belasteten Seefischen zusammengestellt hat?

Wegen der Verschmutzung der Weltmeere kommt es bei Seefischen zu unterschiedlichen Konzentrationen von giftigen Schadstoffen, sodass in der Schwangerschaft und Stillzeit beim Verzehr einiger Fischsorten Vorsicht geboten ist. Das gilt auch für den beliebten Thunfisch (in Dosen und frisch), weil er überhöhte Anteile von Methylquecksilber enthalten kann. Vorsicht ist auch geboten bei Makrele, Marlin, Hai und Granatbarsch, Heilbutt, Hummer (bezogen auf Maine USA), Zackenbarsch, und der Meerforelle. Die nationale Wissenschaftsakademie der USA schätzt, dass allein im eigenen Land jährlich 60.000 Kinder mit neurologischen Beeinträchtigungen als Folge von Belastungen durch Methylquecksilber zur Welt kommen. Dass Mutationen, Krebs und Nervenschädigungen auch beim Erwachsenen durch den Einfluss von Methylquecksilber entstehen können, gilt inzwischen als wissenschaftlich gesichert. Eine massive Einschränkung der Zeugungsfähigkeit des Mannes durch den Verzehr von kontaminierten Fischprodukten führten mehrere Forschergruppen unabhängig von einander auf das aufgenommene Quecksilber zurück. Reihenuntersuchungen zeigten bei Paaren in Hongkong, dass Männer mit einer hohen Methylquecksilber-Belastung abnorme Spermienbeweglichkeit und -fehlbildungen aufwiesen. Aufgrund des wachsenden Wissens über die fatalen Einflüsse von Methylquecksilber fordern Verbraucherschützer, die gesetzlich zulässigen Grenzwerte zu vereinheitlichen und herabzustufen. (Quelle: bvf)

Kommentar
Die Ernährungsberatung von Schwangeren wird immer problematischer. Eigentlich kann man unbedenklich nur noch synthetisches Eiweiß (z.B. Astronautenkost) und Gemüse aus dem eigenen Garten empfehlen. Und natürlich die notwendigen Nahrungsergänzungsmittel.

h.p.s.

…, dass Koffeinkonsum während der Schwangerschaft ein unabhängiger Risikofaktor für die Entwicklung einer intrauterinen Mangelentwicklung ist?

In einer prospektiven longitudinalen Beobachtungsstudie bei insgesamt 2635 schwangeren Frauen, die während der 8. bis 12. Schwangerschaftswoche rekrutiert wurden, konnte gezeigt werden, dass der Koffeinkonsum assoziiert ist mit einem erhöhten Risiko für eine intrauterine Mangelentwicklung, etwa gleichbedeutend mit dem Risiko von Alkohol. Ein „Cut-off-Point“, unterhalb welchem das Koffein keine Rolle mehr spielt, konnte nicht gefunden werden. Oberhalb von 30 mg Koffein pro Tag (eine Tasse Kaffee: ca. 100 mg; 0.5 L Coca Cola: 50 mg) steigt das Risiko sofort und deutlich an und erhöhte sich dann signifikant bei zunehmendem Konsum (BMJ 2008; 337:1334–1338).

Kommentar
300 mg Koffeineinnahme pro Tag galt bisher als empfohlene Obergrenze während der Schwangerschaft. Diese Studie zeigt, dass wesentlich weniger bereits ausreicht, um eine Gewichtsreduktion beim Feten zu induzieren, die zwar deutlich geringer ist als durch das Rauchen, aber immerhin im Bereich von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft liegt. Interessant ist auch, dass in dieser Studie mehr als 60 % des konsumierten Koffeins nicht vom Kaffee, sondern vom Tee stammt.
Fazit: Die Autoren empfehlen eine strikte Koffeinreduktion während der Schwangerschaft (weniger als 100 mg pro Tag). Die Autoren des Begleiteditorials sind, basierend auf der vorhandenen Evidenz, weniger streng: Reduktion des Koffeinkonsums „Ja“. Gleichzeitig warnen sie vor Ersatz durch Softdrinks mit hohem Zuckergehalt (BMJ 2008; 337:2316).

b.s.

…, dass die Prävalenz von high risk HPV Infektionen bei Frauen zwischen 57 und 85 Jahren bei 6 % liegt?

Die Studie wurde an einem repräsentativen Kollektiv von insgesamt 1550 Frauen durchgeführt. Neben einem selbstkontrollierten Vaginalabstrich für die HPV Probe, wurde auch die Anamnese erfasst.
Fazit: Eine HPV Infektion verheirateter Frauen war signifikant seltener, bei Raucherinnen war das Risiko deutlich erhöht. Ebenso hatten hysterektomierte Frauen ein erhöhtes HPV Trägerrisiko. HRT veränderte die Risikosituation nicht (Obstet. Gynecol. 2008; 112:979–989).

Kommentar
Eine Infektion mit HPV-High-Risk-Viren ist offensichtlich kein auf die sogenannte junge Frau bezogenes Problem. Darüber hinaus bleibt die Prävalenz auch bis in das hohe Alter (obere Altersgrenze dieser Studie 85 Jahre) stabil. Auch unterscheiden sich die Risikofaktoren bei älteren Frauen nicht von denen der jüngeren. Diese Studie generiert zum einen Fragen, wie z.B.: Warum ausgerechnet bei Frauen nach Hysterektomie höheres Risiko? Wie ist es zu erklären, dass Frauen mit einem oder mehreren Krebserkrankungen eine signifikant höhere Prävalenz haben? Sie trägt aber zur Erklärung von Daten anderer Studien bei, die eine zweiphasige Altersverteilung für HPV Infektionen des Genitaltraktes beschreiben (Lancet. Int. Dis 2007; 7:453–459). Sie legt auch nahe, dass in einer alternden Gesellschaft mit einem sich ändernden Sexualverhalten nicht nur der Männer sondern auch der Frauen, eine regelmässige Krebsvorsorgeuntersuchung offensichtlich auch in höherem Alter von Nutzen ist. *b.s.*

…, dass durch eine rektovaginale Untersuchung eine vaginale HPV-Infektion nach rektal verschleppt werden kann?

Genitale HPV-Infektionen sind heute die häufigsten sexuell übertragenen Infektionen in westlichen Ländern. Man schätzt, dass mehr als 75 % aller sexuell aktiven Erwachsenen irgendwann einmal damit infiziert werden. Junge Frauen haben das höchste Risiko und die Infektionen sind praktisch immer subklinisch. HPV-Infektionen führen nicht nur zu genitalen, sondern auch kolorektalen Malignomen. Kolorektale Karzinome sind die dritthäufigste Krebsursache bei Frauen (1. Mamma Ca, 2. Lungen Ca.) und HPV-DNA wurde in 74 % aller kolorektalen Karzinomen nachgewiesen.
Die Ausbreitung von HPV-Infektionen erfolgt im Allgemeinen durch Haut-Haut-Kontakt beim Geschlechtsverkehr. Der Autor empfiehlt deshalb bei der rektalen (oder rekto-vaginalen) Untersuchung den Untersuchungshandschuh zu wechseln. (Hurd, W., Am. J. Obstet. Gynecol. 2008; 198:260.e1–260.e2.)

Kommentar
Eines dieser vielen kleinen Dinge, die man vielleicht noch nicht bedacht hat. Traditionell versucht man jede Kontamination von rektal nach vaginal zu vermeiden, anders herum macht es offenbar auch Sinn.

m.k.h.

…, dass eine laparoskopische Appendektomie chronische rechtsseitige Unterbauchschmerzen beseitigte?

40 Patienten im Alter von 15 bis 45 Jahren (83 % Frauen) mit chronischen oder rezidivierenden Unterbauchschmerzen im rechten Unterbauch während mehr als 3 Monate Dauer (Ausschlusskriterien chronische Rückenschmerzen, Status nach Abdominaloperation, gastrointestinale oder gynäkologische Erkrankung) wurden prospektiv randomisiert in einer laparoskopischen Appendektomie-Gruppe oder diagnostischen Laparoskopie-Gruppe. Nach 6 Monaten hatten 78 % der Patienten in der Therapie-Gruppe weniger Schmerzen gegenüber 32 % in der reinen Laparoskopie-Gruppe. Die Patienten wurden erst 6 Monate später informiert, ob eine Appendektomie oder nur eine diagnostische Laparoskopie durchgeführt worden war! Nach Beendigung der Studie wurden 12 der 22 Patienten in der Laparoskopiegruppe wegen persistierender Beschwerden trotzdem noch appendektomiert. 8 dieser 12 zeigten eine ähnliche Schmerzverbesserung wie in der Therapiegruppe. (Roumen R.M.H, et al. Br. J. Surg. 2008; 95:169–174).

Kommentar
Diese bemerkenswerte, methodisch ausgezeichnete Studie, die trotz kleiner Patientenzahl zu hoch signifikanten Ergebnissen kam, hätte wohl kaum eine schweizerische Ethikkommission überlebt! Dementsprechend war es auch schwierig, in dieser Studie Patienten zu rekrutieren (das ganze dauerte 10 Jahre!). Trotzdem sind die Resultate überzeugend. Die Studie wirft erneut die Frage auf, ob es so etwas wie eine chronische oder rezidivierende Appendizitis gibt. Daraus den Schluss zu ziehen, bei chronischen Unterbauchschmerzen einfach zu einer Appendektomie zu greifen, wäre sicher falsch. Trotzdem sollte diese Option (insbesondere wenn man minimal invasiv vorgeht) mindestens bedacht werden bei einem wohl eher begrenzten Patientengut.

m.k.h.

…, dass Frauen, die während der Geburt viel Wasser trinken, den Geburtsvorgang erschweren?

287 Frauen in einer schwedischen Gebärklinik, wo „freies Trinken“ gestattet war, wurden untersucht. 61 Frauen tranken mehr als 2,5 l! 26 % dieser Gebärenden entwickelten eine Hyponaträmie (Plasma Na < 130 mmol/l nach der Geburt). Es bestand eine Korrelation zwischen niedrigen Na-Werten und Geburtsdauer vor allem in der Austreibungsperiode sowie vaginaloperativen Entbindungen und sekundären Sectio caesarea wegen Geburtsstillstand. (BJOG 2009; 116:564–73)

Kommentar
Wir leben in einer Zeit, wo bei allen möglichen Gelegenheiten Trinken in ist. In jedem Fitnessstudie dominieren Menschen mit „Sigg“ und anderen bottles (es kommt einem manchmal vor wie Säuglingsflaschen mit Nuggi). Ein weiterer Ort wo oft übertrieben wird: nach Beckenboden- und Inkontinenzoperationen.

m.k.h.

…, dass 6 Patientinnen mit Roboter-assistierter Sakrokolpopexie bzw. Hysterektomie über Haarverlust und Skalpschmerzen klagten?

Im AAGL-endo-exchange automatic digest system, einem Austauschportal für gynäkologische Endoskopiker, berichteten Ärzte, die in ihrem community hospital über 1300 Roboter-assistierte (RA) Operationen durchgeführt hatten, über diese Komplikation. Sie bemerkten, dass eine RA-Sakropexie ca 6–7 Stunden, eine Hysterektomie 3–4 Stunden dauerten. Verschiedene Ärzte nahmen zu diesem Problem Stellung und wiesen u.a. darauf hin, dass eine prolongierte Trendelenburg-Lagerung zu einem zerebralvenösen Stau und Oedem führe. Eine vaskuläre Skalp-Nekrose mit darauffolgender Alopezien ist eine typische Folge prolongierter Operationen. Als Prävention empfehlen Anästhesisten regelmässig auch den Kopf der Pat. umzulagern.

Kommentar
Lange Operationszeiten haben ihr typisches Komplikationsspektrum, welches vor allem auch Lagerungsschäden beinhaltet. Nicht selten kommt der Chirurg erst ins Spiel, wenn bereits alles abgedeckt ist. Andererseits sind wir Operateure für eine optimale Lagerung (Vermeidung von Druckstellen etc.) haftpflicht-rechtlich verantwortlich und sollten uns deshalb **vor dem Abdecken** *über die korrekte Lage vergewissern. Nicht selten verschiebt sich die Patientin auf dem Tisch bei tiefer Trendelenburglage. Bei OP-Marathons muss regelmässig die Lagerung korrigiert und kontrolliert werden. Mich wundert die enorme Operationsdauer bei eigentlichen Standardoperationen wie Hysterektomie und Sakropexie, welche beide im Regelfall nicht länger als 1 bis 2 Stunden dauern sollten (ohne Operationsroboter).*

m.k.h.

…, dass auch Babys von der minimal invasiven Laparoskopie-Technik profitieren?

Eine methodisch gute prospektiv randomisierte Studie bei Kleinkindern mit Pylorus-Stenose zeigte, dass mit der laparoskopisch versus offenen Technik die Rekonvaleszenzzeit bis zur vollkommenen enteralen Ernährung statistisch hochsignifikant kürzer war (18,5 versus 23,9 Std.), dazu kam eine kürzere Hospitalisationsdauer (33,6 versus 43,8 Stunden). Wegen dieser Signifikanz wurde die Studie nach 180 Probanden vorzeitig abgeschlossen. Beide Techniken waren gleich sicher, aber drei von 87 (3,5 %) gegenüber 0 % (0 von 93) der Pylorusmyotomien waren mit laparoskopischer Technik inkomplett. (Lancet 2009; Doi: 10.10.16/s0140-6736(09) 6000-4)

Kommentar
Keiner zu klein, um von minimal invasiven Operationstechniken zu profitieren.

m.k.h.