

## Wussten Sie schon ...

### ..., dass das bevorstehende Jahr 2010 eine durchgehend Arbeitnehmer-unfreundliche Feiertagskonstellation bereithält?

Das fängt bei den wichtigsten Feiertagen wie Weihnachten und Neujahr an: Der 24.12.2010 ist genau so wie der 31.12.2010 ein Freitag. Ebenso trist sieht es im August 2010 aus: Der Nationalfeiertag am 1. August ist ein Sonntag, für die katholischen Kantone entfällt damit auch Mariae Auffahrt, welches 14 Tage später am 15. August ebenfalls auf einen Sonntag fällt. Im Kanton Luzern lässt uns in diesem Jahr sogar der Stadtpatron im Stich: St. Leodegars Tag ist in 2010 mit dem 2.10. an einem Samstag. Wer meint er könnte kantonsbedingt wenigstens auf den 1. Mai spekulieren hat ebenfalls Pech: Dieser fällt auf einen Samstag. Einziger Lichtblick ist Mariae Empfängnis, am Mittwoch, den 8.12.2010. Man sieht, die Mutter Gottes hat zumindest in einigen auserwählten katholischen Kantonen ein Einsehen.

#### *Kommentar*

*Urlaubsstrategen und angefressene Brückentagebauer können im 2010 definitiv eine Auszeit nehmen.*

*b.s.*

### ..., dass im deutschen Spontanmeldesystem (Stand: Januar 2009) 2 129 Verdachtsfälle von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) zu Mirena® erfasst sind?

Davon betreffen die meisten eine Uterusperforation (n = 455) oder Migration des IUP (n = 170). Daneben liegen aber auch Meldungen zu psychiatrischen UAW vor, wie z. B. Depression und depressive Verstimmungen (n = 52), Panikattacken und Angst (n = 35), Schlafstörungen (n = 14) und Unruhe (n = 15). Auffällig ist, dass viele Patientinnen selbst ihre Beschwerden unter Mirena® an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) melden. Bei insgesamt 88 Patientenmeldungen betreffen 11 Meldungen Mirena®, und davon wiederum neun psychiatrische UAW wie Angst oder Stimmungsschwankungen. Eine Betroffene fragt, warum die Frauen vor dem Einsatz nicht hinsichtlich dieser UAW aufgeklärt werden. Sie entwickelte nach Einlage von Mirena® u. a. Panikattacken und Angstgefühle. Es vergingen Monate, bis ein Zusammenhang zwischen den Beschwerden und Mirena® hergestellt wurde. Nach Entfernung des IUP trat eine deutliche Besserung des Befindens ein.

#### *Kommentar*

*Wer dies bislang nicht getan hat, sollte Im Aufklärungsgespräch auch auf mögliche psychiatrische UAW*

*wie depressive Stimmungen, Nervosität, verminderte Libido und Stimmungsschwankungen hinweisen. Die Meldungen von Patientinnen muss man wohl ernst nehmen.*

*(Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, [www.akdae.de](http://www.akdae.de))*

*h.p.s.*

### ..., dass nach vaginaler Mesheimplage bei Prolaps nicht selten Schmerzsymptome im Beckenbodenbereich und eine de novo Inkontinenz beobachtet wurden?

In einer retrospektiven Auswertung wurden 327 Pat., bei denen ein Vaginal-meshsystem zur operativen Prolapstherapie eingeführt wurde, nachkontrolliert. Beim durchschnittlichen follow up von 8 Monaten fand man u.a. bei 18,3% der Patientinnen Beckenbodenmuskelsymptome (neu aufgetretene Dyspareunie, vaginale Schmerzen, Leistenschmerzen, Schmerzen beim Gehen und Sitzen). Bei 37 Pat. (7%) verschwanden die Beschwerden innert 6 Monaten mit konservativen Massnahmen wie Physiotherapie, Schmerztherapie etc. Bei 14 Pat. persistierten die Beschwerden. Bei 111 präoperativ kontinenten Frauen wurde postoperativ bei 27 (24,3%) eine de novo Inkontinenz beobachtet.

Die typischen operativen Folgen wie Rezidivprolaps 5,3%, Mesherosion 3,8%, sowie Verletzung von Visze-

ralorganen (vor allem Blase 6%) lagen im Rahmen des Bekannten. (Aungst, M.J. et al. Am. J. Obstet. Gynecol. 2009; 201:73.e-7).

#### Kommentar

*Schmerzsymptome im Beckenboden-muskel-, Leisten-, evtl. Oberschenkelbereich sind wahrscheinlich die problematischste Komplikation bei Mesheingabe. Typischerweise treten sie erst später als 6 Wochen postoperativ (also nach der üblichen Nachkontrolle) auf. Bei 3/4 der Betroffenen verschwinden diese innert 6 Monaten, bei einer Minderheit persistieren sie aber und sind sicher nicht einfach zu managen. Aber auch Schmerzen, die bis zu einem halben Jahr persistieren, sind wohl nicht das, was Patientinnen nach einer Prolapsoperation erwarten. Bedeutsam ist sicher auch eine de novo Stressinkontinenz bei etwa 25% der Operierten. Demgegenüber steht eine niedrige Prolapsrezidivrate, wobei die Beobachtungszeit in dieser Studie viel zu kurz war, um Definitives aussagen zu können. Auf jeden Fall gilt es gerade bei Netzeinlagen Wirkungen und Nebenwirkungen gegeneinander sorgfältig abzuwägen, da es meistens gute operative Alternativen gibt!* m.k.h.

**..., dass die prophylaktische Ovariectomie bei der Hysterektomie die Gesamtmorbidität zu erhöhen scheint?**

Eine sorgfältige Studie an 29 380 Frauen die im Rahmen der Nurses Health Studie beobachtet wurden (W. Parker et al. Obstet. Gynecol. 2009; 113:1027-37) ergab, dass zwar die Risiken für ein Mamma-, bzw. Ovarialkarzinomkarzinom wie auch für andere Karzinome sinken, dieser Effekt aber mehr als ausgeglichen wird durch einen Anstieg chronischer Herzerkrankungen, Schlaganfällen und interessanterweise auch Bronchialkarzinomen. Das höchste Risiko entsteht bei Frauen, die nie Hormone erhalten haben und deren Ovarien vor dem 50. Lebensjahr entfernt wurden.

#### Kommentar

*In Europa ist man sicher zurückhaltender was die Indikation der prophylaktischen Ovariectomie betrifft. Dennoch ist es wichtig immer wieder einmal an die möglichen Folgen erinnert zu werden. Ausnahmen gibt es, z. B. das genetische Mammakarzinom und familiäre Häufungen von Ovarialkarzinomen. Ein neuer Aspekt: immer öfter zeigt sich ein Zusammenhang des Bronchialkarzinoms der Frau mit einer „Hormonmangelsituation“. So scheinen auch Frauen mit einer vorzeitigen Menopause ein erhöhtes Risiko für ein Bronchialkarzinom zu haben.* h.p.s.

**..., dass pathologische Ergebnisse von Untersuchungstests häufig nicht beim Patienten ankommen?**

In einer Studie wurden knapp 2000 pathologische Befundergebnisse verschiedener Tests wie beispielsweise Mammographie, PAP-Smears und Bluttests, welche an 228 zuweisende Ärzte in insgesamt 23 Praxen gegangen waren, nachverfolgt. Die Rate der nicht mitgeteilten Ergebnisse war praxisabhängig und reichte von 0% bis zu 26.2%. Komplette elektronisch organisierte Praxen bzw. komplett papierbasierte Institute schnitten besser ab, als gemischte Organisationsformen. Nur wenige Praxen hatten klare Regeln, wie mit solchen Befundergebnissen umzugehen ist. Als besonders kritisch erwiesen sich die Praxen (immerhin 8 von 23), bei denen die Patienten wissen, dass nur dann eine Mitteilung erfolgt, wenn etwas auffällig ist. Verständlich, da dann der Kontrollmechanismus durch den Patienten selbst wegfällt (Arch. Intern. Med. 2009; 169:1123-1129).

#### Kommentar

*Vielleicht als Anregung zu verstehen, die eigenen Abläufe einmal zu überprüfen.* b.s.

**..., dass Propofol (Disoprivan®), ein i.v. Anästhetikum, auch von Ärzten und Anästhesie-Personal missbraucht wird?**

Das im Zusammenhang mit Michael Jacksons Tod zu zweifelhaftem Ruhm gekommene Propofol wird

mit zunehmender Häufigkeit auch von Ärzten (vor allem Assistenzärzte in Ausbildung) missbraucht. Mehrheitlich handelt es sich um Anästhesisten. Man geht von einem Missbrauch von 1 auf 1000 Anästhesisten pro Jahr aus. (Anesth. Analg. 2007; 104:10566–71). 6 von 7 Todesfälle betrafen Assistenzärzte. (Br. Med. J. 2009; 339:b3673).

#### Kommentar

*Propofol ist trotz seiner Gefahren in den letzten Jahren zum Missbrauchsmittel der ersten Wahl unter Ärzten geworden. Nach Wiederaufwachen führt es zu einem euphorischen Zustand. Offenbar hat ein überarbeiteter Assistent nach einer durchgearbeiteten Nacht dann das Gefühl, eine ganze Nacht geschlafen zu haben. In den USA ist die Arbeitszeitbelastung während der Ausbildung unverändert sehr hoch. In der Schweiz mit dem fast überall umgesetzten Arbeitsgesetz (8 Stunden Schichtdienst etc) gäbe es kaum Gründe, sich Propofol® einzuverleiben!* m.k.h.

#### ..., dass über die Hälfte der Brustkrebpatientinnen Tamoxifen vor der geplanten Zeit absetzen?

Eine mögliche Ursache hierfür ist der bekannte CYP2D6 Polymorphismus, welcher das Enzym moduliert das Tamoxifen wirksam werden lässt. Bei einer Untersuchung an 297 Frauen

mit Tamoxifentherapie (R.J.M. Sikora et al., Pharmacogenomics-advance online publication 5, May 2009) zeigte sich, dass eine hohe Aktivität des Enzyms negativ mit der Compliance korreliert, d. h. gerade die Patientinnen welche von Tamoxifen am meisten profitieren würden, setzten das Präparat vorzeitig ab.

#### Kommentar

*„Pharmakogenomics“ ist eine neues hochinteressantes und nun auch in der Praxis relevantes Thema. Die Studien zum Zytochrom P450 Polymorphismus geben völlig neue Einblicke in die Wirksamkeit, bzw. Unwirksamkeit von Tamoxifen. Vielleicht ist Tamoxifen doch das bessere Antiöstrogen, wenn wir wüssten für welche Patientinnen.* h.p.s

#### ..., dass eine Antibiotikaphylaxe mit Beginn vor dem Hautschnitt bei Sectio caesarea Vorteile hat?

In der Universitätsfrauenklinik in Pittsburg wurden im November 2004 neue Guidelines eingeführt. Vorher wurde die Antibiotikaphylaxe bei Sectio erst nach Abnabeln, ab Dezember 2004 bereits vor Schnittbeginn durchgeführt. Zwei Zeitperioden (2002–2004) (4229 Sectiones) wurden mit zwei Jahren nach Aenderung der Richtlinien (4782 Sectiones) verglichen. Die postpartale Endometritisinzidenz sank von 3,9 auf 2,2%, die Wundin-

fektionsrate von 3,6 auf 2,6%. In einer Multivariatanalyse waren diese Veränderungen statistisch signifikant (Endometritis OR 0,61, Wundinfektionsrate OR 0,70). Die Antibiotikagabe vor Abnabeln hatte keinen Einfluss auf die neonatale Infektionsrate oder die Evaluation der Neugeborenen. (Owens S.M. et al. Obstet. Gynecol. 2009; 114:573–579)

#### Kommentar

*Zum Allgemeinwissen gehört heute, dass eine Antibiotikaphylaxe wirksamer ist, wenn sie vor Schnittbeginn gegeben wird. Infektiologen empfehlen sogar ein Intervall von mindestens 60–120 Minuten vor Schnitt.*

*In der Geburtshilfe hielt sich sehr lange das Dogma der Antibiotikagabe erst nach Abnabeln aus Furcht vor Nebenwirkungen beim Neugeborenen. Bisherige Studien waren nicht gross genug, um diesen Vorbehalt zu entkräften. Obwohl es sich hier nicht um eine prospektiv randomisierte Studie handelt, deuten alle Zahlen in eine Richtung: Kein Einfluss auf Frühinfektion, eher niedrige Inzidenz von Spätinfektionen bei früher Antibiotikaphylaxe. Im Gegensatz zu den prospektiv randomisierten Studien war hier erstmals auch die Wundinfektionsrate stark signifikant reduziert.*

*Zeit, sich von alten Gewohnheiten zu lösen!* m.k.h.

### ..., dass Ovulationshemmer bei funktionellen Ovarialzysten nichts bringen?

Eine Cochrane Review von 7 randomisierten Studien mit 500 Frauen kam zu einem eindeutigen Ergebnis: Kombinationsovulationshemmer beschleunigen weder das Verschwinden von spontan aufgetretenen funktionellen Zysten wie auch von solchen, die unter Stimulation entstanden sind.

Nach 2 bis 3 Monaten persistierende Zysten sind nicht physiologisch (z. B. Endometriosezysten, Paraovarialzysten oder o.ä.). (Cochrane update. Obstet. Gynecol. 2009; 114:679–680)

#### Kommentar

*Diese Ergebnisse sind nicht ganz neu, aber definitiv. Bei Persistenz eines Befundes kann meiner Meinung nach, wenn keine Symptome da sind (z. B. Torsion) oder starkes Wachstum, auch längere Zeit beobachtet werden, bevor man laparoskopisch aktiv wird.*

m.k.h.

### ..., dass eine vier- bzw. achtwöchige Hormonersatztherapie-Pause vor einer Screening-Mammographie keinen Einfluss auf die Recall-Rate in einem Mammographie-Screening-Programm hat?

Die Untersuchung wurde in einem «Single-integrated-health-plan» in der USA an 1704 Frauen durchgeführt. Die Recall-Rate betrug 12.3 % der Frauen, die eine vierwöchige HRT-Pause eingehalten hatten, 9.8 % bei einer achtwöchigen Pause und 11.3 %, wenn keine Pause gemacht wurde. Gleichzeitig stieg die Drop-out-Rate aus diesem Programm bei den Frauen, die eine Pause durchführen sollten, deutlich an: 15.8 % bei vier Wochen, 20.1 % bei acht Wochen.

#### Kommentar

*Die Autoren haben diese Daten zum Anlass genommen, auf die Empfehlung für eine HRT-Pause von vier bis acht Wochen vor einer Screening-Mammographie in Zukunft zu verzichten (Ann. Intern. Med. 2009; 150:752–765).*

b.s.

### ..., wer ein Hungergefühl besser unterdrücken kann? Frau oder Mann?

Die Lust zu essen, steigert bei Frau und Mann in gleicher Weise den globalen Hirnmetabolismus (PET-CT). Eine bewusste Unterdrückung der Gelüste führte bei Frau und Mann zu einer Minderung des Hungergefühls, aber nur Männer zeigten dabei eine verminderte Aktivität in den Hirnregionen, die durch Ess-Stimuli aktiviert werden. (Proc. Nat. Acad. Science 2009; Doi: 10.1073/pnas.0807423106).

Dies zeigte sich an einem Experiment mit 23 fastenden Erwachsenen.

#### Kommentar

*Noch etwas zum Hungern und Essen aus dem renommierten PNAS.*

*Die eigene tägliche Erfahrung im OP zeigt, dass das geht, vorausgesetzt man kann sich zwischen 11 und 13 Uhr gehörig ablenken. (Der Hunger scheint nachher einzuschlafen.) Eine erhöhte Tendenz zum übermäßigen Essen bei Frauen wurde bereits früher festgestellt. Die Autoren bringen diese experimentellen Ergebnisse als Erklärung für die Tatsache, dass Frauen weniger erfolgreich in der Diättherapie abnehmen als Männer und die höhere Prävalenz von Adipositas und Essstörungen bei Frauen. Offenbar spielen Oestrogene eine Rolle (via Dopaminrezeptor)*

m.k.h.