

..., dass die Hyperemesis gravidarum eine genetische Komponente aufweist?

Dies ist das Ergebnis einer Analyse aus dem norwegischen Geburtsregister, welche zeigen konnte, dass Töchter von Mütter mit einer Hyperemesis gravidarum ein dreimal erhöhtes Risiko für diese Erkrankung hatten. Hingegen spielt die väterliche Seite offensichtlich keine Rolle. Hatte nämlich die Mutter des Partners eine Hyperemesis, so führte dies nicht zu einem höheren Risiko, die fetalen Gene sind also offensichtlich schuldlos (BMJ 2010; 340:C2050).

b.s.

..., dass diverse nukleäre Polymorphismen das Brustkrebsrisiko erhöhen?

In einer case control-Studie in Grossbritannien bei mehr als 20000 Frauen zeigte sich, dass 7 von 14 sogenannter «Low penetrance single nucleotide Polymorphismen» das Brustkrebsrisiko erhöhen können (RR zwischen 1.16 und 1.23). Darüber hinaus waren für einzelne Polymorphismen auch signifikante Assoziationen mit bilateralem Tumoraufreten, Oestrogenrezeptor-Positivität bzw. lobulärem Karzinom vorhanden (JAMA 2010; 308:426–434).

Kommentar

Interessant, aber offensichtlich klinisch nicht relevant. Zwar lassen

sich aus diesen Untersuchungen qualitative Risk Scores für das Auftreten von Brustkrebs vor dem Alter von 70 Jahren erstellen, diese verbessern aber nicht die Vorhersagewahrscheinlichkeit über bekannte Risikofaktoren wie zum Beispiel Familienanamnese hinaus.

b.s.

..., dass intraumbilikal appliziertes Oxytocin die Dauer der Plazentarperiode und den postpartalen Blutverlust signifikant reduzierte?

412 vaginal Gebärende mit niedrigem Risiko wurden placebokontrolliert randomisiert. Die eine Gruppe erhielt zusätzlich zur aktiven Leitung der Plazentarperiode (prophylaktisch 10IE Oxytocin i.v. innert 2 Minuten der Geburt, frühes Abklemmen der Nabelschnur und „Cordtraction“) eine langsame intraumbilikale Injektion von 20IE Oxytocin in 30ml NaCl oder nur 30ml NaCl. Der postpartuale Blutverlust war in der Behandlungsgruppe statistisch signifikant geringer (195ml versus 288ml, $P < 0,001$) und die Plazentarperiode war kürzer (4,5 versus 7,9 Min. $P < 0,001$). Nach 15 Minuten waren alle Plazentas in der Therapiegruppe geboren, während 4,4% in der Placebogruppe noch nicht gelöst waren (Güngördük K. et al. Obstet. Gynecol. 2010; 116:619–24)

Kommentar

Die Autoren führen das bessere Ergebnis auf hohe Oxytocinkonzentrationen am Plazentabett zurück, die zu lokalen Kontraktionen und einer noch besseren Lösung der Plazenta am Plazentabett führe. So löse sich die Dezidua-Spongiosa besser ab. Vor kurzem empfahl das britische National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) diese Massnahme bei Plazentaretention. Sollten wir den Autoren folgen und routinemässig so vorgehen? Wir denken eher an eine grosszügige prophylaktische Anwendung der intraumbilikalen Injektion von Oxytocin bei erhöhtem Risiko für vermehrte postpartuale Blutungen und Plazentaretention.

m.k.h.

..., dass eine Gewichtsreduktion nach der Geburt das Präeklampsierisiko in der folgenden Schwangerschaft reduziert?

In einer grossen Kohortenstudie wurden 17773 Schwangere in Missouri, die in der ersten SS eine Präeklampsie hatten in drei Gruppen unterteilt: Solche bei denen der Bodymassindex (BMI) nach der Geburt reduziert wurde, solche bei denen der BMI gleich blieb und jene bei denen er anstieg. Das primäre Outcomekriterium war das Auftreten einer Rezidivpräeklampsie in der zweiten Schwangerschaft (SS). Bei Reduktion des BMI war das absolute

Präeklampsierisiko für die nächste SS 12,8%, das relative Risiko RR 0,7 (CI 0,6 bis 0,81). Bei stabilem BMI war das Präeklampsierisiko 14,8% bei steigendem BMI 18,5%; RR 1,29 (CI 1,20 bis 1,30 P <0,01). Dies galt sowohl für normalgewichtige, übergewichtige und obese Frauen (Mostello D. et al. Obstet. Gynecol. 2010; 116:667–72).

Kommentar

Die zwei wichtigsten Risikofaktoren für eine Rezidiv-Präeklampsie sind der BMI vor der SS und die SS Dauer der ersten SS. (Je kürzer,

desto höheres Rezidivrisiko). Das heisst, die Gewichtsreduktion ist der wichtigste modifizierbare Risikofaktor (Rauchen, welches das Rezidiv-Risiko ebenfalls senkt, ist ja nicht unbedingt zu empfehlen!). m.k.h.

..., dass man die Region der Spina ischiadica bei der Raffung der Sakrouterinligamente meiden sollte?

In einer Anatomiestudie an 10 nicht konservierten Leichen wurden auf jeder Seite 6 Nähte im Bereiche des Sakrouterinligamentes entsprechend

der Empfehlungen der chirurgischen Literatur gelegt. Falls man das Ligament vor der Nahtplatzierung mit einer Klemme anhob, kam es nicht zu einer Umfassung der Nerven. Bei allen anderen wurden bei den Stichen Nervenfasern mitgefasst. (Siddiqui, N.Y. et al. Obstet. Gynecol. 2010; 116:708–13).

Kommentar

Neuropathische Schmerzen sind mit 4% nach Raffung der Ligamente nicht selten (Am. J. Obstet. Gynecol. 2006; 195:1869–72; Lowenstein L. et al Int Urogynecol J Pelv Floor Dysfun 2007; 18:108–10). Die Autoren zeigen in einer schönen Abbildung die Gefahrenzone für Entrapments im Bereiche der Spina ischiadica (Abb. 1). Falls man bei schlecht suspendierter Vagina anlässlich einer Hysterektomie die Sakrouterinligamente raffen will, sollte man sich nahe an der Vagina, wegen Gefahr des Ureterkinkings auch dorsal und median aufhalten. Eine Raffung der Sakrouterinligamente als Therapie des Scheidenstumpffrolapses ist u.E. nach ungenügend und der Sakrokolpopexie mit Mesh definitiv unterlegen. m.k.h.

..., dass wiederholte digitale Zervixuntersuchungen zur Bestimmung des Frühgeburtsrisikos nicht hilfreich sind?

Eine Cochrane Dataanalyse mit mehreren randomisierten Studien

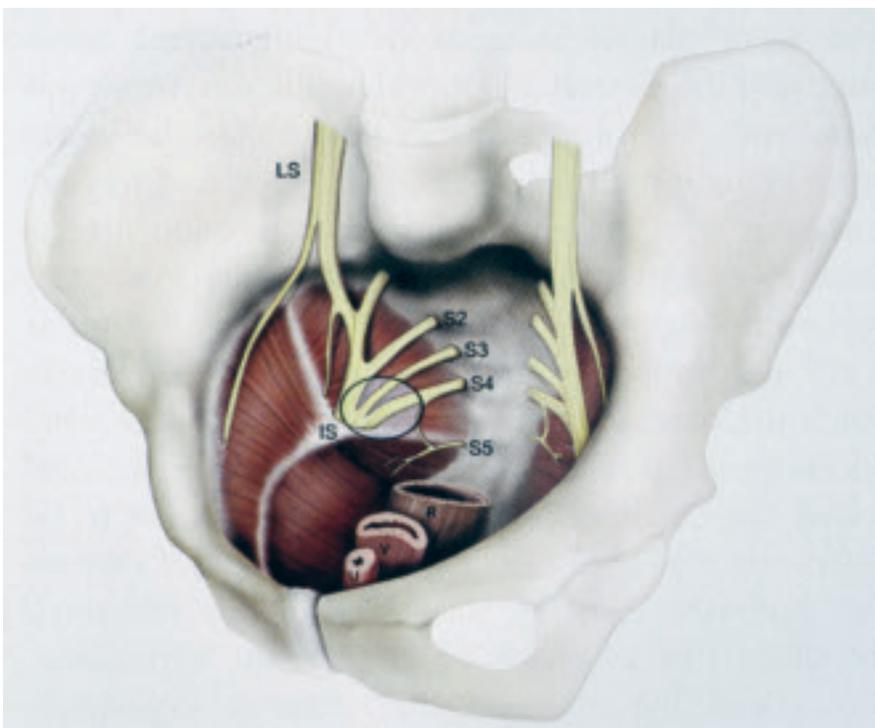


Abb. 1. Sakralnerven im kleinen Becken

und über 7000 Schwangeren kam zum Schluss, dass wiederholte klinische Zervixbeurteilungen bei symptomatischen Frauen weder hilfreich noch schädlich seien (Cochrane update, Obstet. Gynecol. 2010; 116:766–767).

Kommentar

In der letzten FHA (2010; 19:2) gibt es eine Übersicht zum Thema Frühgeburtsprävention. Neben Anamnese spielt die Analyse der Zervixlänge eine wichtige Rolle, allerdings gemessen mit Ultraschall.

m.k.h.

..., dass wer selten hysterektomiert, mehr Komplikationen hat?

Die vorliegende Untersuchung stammt aus dem Staat New York und korrelierte 146494 Hysterektomien der Jahre 2001 bis 2006 (Karzinomfälle ausgeschlossen) mit den durchführenden Gynäkologinnen und Gynäkologen. 70,4% der HE waren abdominal, 18,2% vaginal und 11,4% laparoskopisch assistiert. 26% der HE wurden von Gynäkologinnen und Gynäkologen die weniger als 10 HE pro Jahr durchführten, gemacht. Bei diesen war der AH-Anteil mit 81% noch höher. Die postoperative Morbidität (16,5%) aber auch Mortalität (0,21%) war statistisch signifikant höher als bei jenen die >10 HE pro Jahr durchführten (11,7% und 0,06%). Die

Zahl der Gynäkologinnen und Gynäkologen die weniger als 10 HE pro Jahr durchführten waren in New York City wesentlich häufiger als in ländlichen Gebieten. Nur ein einziger Operateur hatte mehr als 100 HE pro Jahr!

Kommentar

Immer häufiger wird der „case-load“ als Qualitätskriterium genannt. Im Rahmen der Leistungsvereinbarungen zwischen Leistungszahler und –erbringer wird er sicher in der Zukunft eine Rolle spielen. Bisher gibt es Zahlen vor allem aus der Herz-, Thorax- und onkologischen Chirurgie die zeigen, dass ein höherer case-load mit weniger Komplikationen verbunden ist. Dies ist die erste Studie, die dies auch bei der häufigsten Operation in der Gynäkologie, die sich jeder und jede Gynäkologe/In zutraut, nachgewiesen. Neben der Minimalzahl von HE pro Jahr gab es noch andere Risikofaktoren für Morbidität und Mortalität (AH versus VH, LAH versus VH, Komorbidität, Versicherungsstatus). „Seltene“ Chirurgen hatten auch längere Spitalaufenthalte (4,09 Tage), die kürzeste Hospitalisationsdauer hatten laparoskopische Chirurgen, die >20 OP pro Jahr durchführten (1,86 Tage). Man muss davon ausgehen, dass solche und weitere Analysen in Zukunft an Bedeutung zunehmen werden.

m.k.h.

..., dass das Vorkommen von Endometriumpolypen mit einem erhöhten Endometriumkarzinomrisiko verbunden ist?

Eine systematische Übersicht und Metaanalyse von 17 Studien zu Endometriumpolypen kam zu folgendem Ergebnis: Die Prävalenz prä-maligner oder maligner Polypen war 5,42% bei postmenopausalen Frauen im Vergleich zu 1,7% bei prämenopausalen; RR 3,86 (CI 2,92 bis 5,11). Bei atypischen Blutungen war die Malignomprävalenz bei Polypen 4,15% im Vergleich zu 2,16% ohne Blutung. RR 1,97 (CI 1,24 bis 3,0). Bei symptomatischen Frauen mit Polypen in der Postmenopause war die Ca-Prävalenz 4,47%. RR 3,36 (CI 1,45 bis 7,8) im Vergleich zu 1,15% bei asymptomatischen postmenopausalen Frauen. (Lee S.C. et al. Obstet. Gynecol. 2010; 116:1197–1205).

Kommentar

Bei Frauen mit Endometriumpolypen haben postmenopausale und atypische Blutungen das höchste Karzinomrisiko. Diese Erkenntnis hat sicher praktische Bedeutung und ruft nach einer histologischen Absicherung.

m.k.h.

..., dass die Zervixlänge bei Frauen mit Plazenta praevia mit dem Blutungsrisiko assoziiert ist?

89 Frauen mit Plazenta praevia wurden im dritten Trimenon systematisch sonographisch überwacht. Frauen mit „kurzer“ Zervix (<3cm) hatten häufiger Entbindungen wegen akuten Blutungen (79% versus 28% bei längerer Zervix) und eine Geburt vor Termin (69% versus 21%). Die Unterschieden waren statistisch hoch signifikant (P <0,001). Im Gegensatz zur traditionellen Vorstellung von „schmerzlosen“ Blutungen bei Plazenta praevia hatten ein 1/3 der Frauen mit kurzer Zervix und Blutung vorgängig Kontraktionen, bereits 1 Tag vor Blutungsbeginn. (Stafford I.A. et al. Obstet. Gynecol. 2010; 116:595–600).

Kommentar

Eine Plazenta praevia kommt auf 300 bis 400 Geburten. Blutungen sind die häufigste und schwerwiegendste Komplikation. Die sonographische Messung der Zervixlänge bei Plazenta praevia scheint also ein möglicher Marker für drohende Blutungen und vorzeitige Geburt und kann somit nützlich sein im Management von Schwangeren mit Plazenta praevia.

m.k.h.

..., dass die Rate an Lymphödemen der unteren Extremitäten nach systematischer Lymphadenektomie beim Endometriumkarzinom ca. 38% beträgt?

Die multivariate Analyse von 286 Patientinnen ergab, dass eine postoperative Strahlentherapie (OR 5.2), die Entfernung von mehr als 31 Lymphknoten (OR 2.6) und die komplette Dissektion der iliakalen Lymphknoten (OR 6.1) als unabhängige Risikofaktoren einzustufen sind. Die Autoren (Y. Todo et al., Gynecologic Oncology 2010; 119:60–64) empfehlen, wenn möglich, auf die postoperative Strahlentherapie zu verzichten.

Kommentar

Wenn man Patientinnen sorgfältig nachuntersucht, zeigt sich, dass die Langzeitfolgen der systematischen Lymphadenektomie beim Endometriumkarzinom erheblich sind. Dies macht es – insbesondere in Anbetracht des Patientinnenkollektivs – erforderlich in jedem Einzelfall kritisch zu prüfen, ob auf eine systematische Lymphadenektomie verzichtet werden kann. Das „Sampling“ ist bei den High Risk Fällen z.Zt. keine Alternative, der Verzicht auf die postoperative Strahlentherapie jedoch in vielen Fällen möglich.

h.p.s.

..., dass nun europäische Leitlinien zur Therapie der Menorrhagie vorliegen?

Die Menorrhagie wird definiert als Blutung die mehr als 7 Tage andauert und/oder mit einem Blutverlust von mehr als 80 ml einhergeht. Die Häufigkeit beträgt in der weiblichen Gesamtbevölkerung 11–13 % und steigt bei 36–40 jährigen Frauen auf ca. 24 %. Zur Diagnostik wird der laborchemische Nachweis/Ausschluss einer Anämie sowie eine β -HCG Bestimmung durchgeführt. Weiterhin ist die Speculum-Einstellung und ein Zervixabstrich, sowie die Ultraschalluntersuchung des inneren Genitale obligat. Hysteroskopie oder Hysterosonographie sind weitergehende diagnostische Maßnahmen. Ein primäres MRI des Abdomens wird nicht empfohlen. Bei der idiopathischen Menorrhagie sollte zunächst eine medikamentöse Therapie zum Einsatz kommen. Dabei wird folgende Reihenfolge (als Ausdruck der Effizienz) vorgeschlagen: Levonorgestrel IUD, Tranexamsäure, orale Kontrazeptiva, Östrogen-/Progesteron Kombinationen oder synthetische Gestagene allein für 21 Tage/Monat oder NSAIDs. Bei Kontraindikationen für Hormone oder Kinderwunsch ist Tranexamsäure das Mittel der Wahl. Eine Eisensubstitution ist bei der Eisenmangeltherapie erforderlich. Bei Frauen ohne Kinderwunsch wird das Levonorgestrel IUD (oder bei Versa-

gen die Tranexamsäure) empfohlen. Bei abgeschlossener Familienplanung ist der Langzeiteffekt einer organerhaltenden Therapie der oralen medikamentösen Behandlung überlegen. Für konservierende Therapien kommen im Wesentlichen die modernen Verfahren der Endometriumdestruktion (Thermo-Ballon, Mikrowellen, Radiofrequenz) zur Anwendung. Die Hysterektomie bleibt eine Reservemaßnahme und sollte – falls unvermeidlich – vaginal oder endoskopisch durchgeführt werden. (Clinical practice guidelines on menorrhagia: management of abnormal uterine bleeding before menopause. H. Marret et al., Eur J. Obstet. Gynecol. Reprod Biol. 2010; published online).

Kommentar

In der Realität der Praxis wird die vorgeschlagene Reihenfolge Levonorgestrel IUD, Tranexamsäure, orale Kontrazeptiva, Östrogen-/Progesteron Kombinationen oder synthetische Gestagene allein für 21 Tage/Monat oder NSAIDs meist nicht eingehalten. Nach eigener Erfahrung haben Patientinnen die zu operativen Eingriffen wegen Blutungsstörungen eingewiesen wurden meist orale Kontrazeptiva oder andere Östrogen-/Progesteron Kombinationen zur medikamentösen Therapie erhalten, seltener auch ein Levonorgestrel IUD. Eine konsequente Therapie mit Tranexamsäure stellt die absolute Ausnahme dar, obwohl

diese Therapie über längere Zeit sehr erfolgreich sein kann.

h.p.s.

..., dass eine Einzeldosis Azithromycin (2 g, abgegeben in 4 × 500 mg Tabl.) bei der Behandlung des Frühstadiums einer Syphilis genauso effektiv ist, wie die Standardtherapie von Penicillin G (2.4 Mio. IE in 2 i.m. Injektionen)?

Getestet wurde diese Therapie an 517 nicht Schwangeren und HIV negativen Erwachsenen. Der kurative Erfolg nach 6 Monaten lag in beiden Gruppen bei 75 % (J. Infect. Dis 2010; 210:1029).

Kommentar

Auch wenn eine Syphilisdiagnose in der gynäkologischen Praxis eine absolute Rarität darstellt, ist diese Behandlungsstrategie zumindest zur Zeit noch sehr attraktiv. Und das einfach deshalb, weil Azithromycin z.B. gegeben bei einer Chlamydieninfektion, nicht nur die häufig gleichzeitig auftretende Gonorrhö und das Ulcus molle mitbeseitigt, sondern eben auch die Syphilis. Wie lange noch, ist allerdings fraglich. Makrolidresistente Treponema pallidum Stämme sind nämlich auf dem Vormarsch.

b.s.

.... dass ein weich gepolsterter Sessel als Sitzgelegenheit einen Verhandlungspartner eher kompromissbereit stimmt, als eine Platzierung auf einem harten Stuhl?

So jedenfalls lassen sich in Kürze die Ergebnisse einer Studie auf den Punkt bringen, bei denen zufällig ausgewählte Probanden verschiedene Entscheidungsaufgaben lösen mussten, wie z.B. Bewerbereignung überprüfen, einen Gebrauchtwagenpreis aushandeln etc. Dabei wurden die erzielten Ergebnisse in Abhängigkeit gebracht zum vorgegebenen taktilen Umfeld, wie harte Stühle gegenüber weichen, mit Kissen gepolsterten Sesseln oder das beiläufige Berühren von harten oder weichen Gegenständen (Science 2010; 328:1217).

Kommentar

Taktile Empfindungen und deren Diskriminierung in angenehm und unangenehm ist ja das erste mit denen das Neugeborene im wahrsten Sinne des Wortes «in Berührung» kommt. Sehen und Hören, gewinnen im Laufe der menschlichen Entwicklung zwar Überhand, seine grundsätzliche Bedeutung verliert der Tastsinn aber auch in der rauhen Welt des Geschäfts offensichtlich nicht.

b.s.