

**..., dass die Mishgav-Ladach Sectio-Methode (Stark) in wesentlichen Teilen Nachteile hat?**

In einer grossen Metaanalyse und systematischen Übersicht wurde die Adhaesionsbildung nach Sectio mit verschiedenen Techniken untersucht. Dabei ergab sich, dass nach der Original Mishgav-Ladach (Stark) Methode – kein Verschluss des viszeralen und parietalen Peritoneums – signifikant häufiger postoperative Adhaesionen beobachtet wurden, als nach der modifizierten Stark Methode (Verschluss des Peritoneums) oder klassischen Sectio. 406 Adhaesionen bei 71 Frauen (kein Peritonealverschluss) standen 238 Adhaesionen bei 96 Frauen mit Verschluss gegenüber. Das bedeutet ein 4,69mal höheres relatives Adhaesionsrisiko (OR 4,69; 95 % C3, 32–6,62; P <0,001, 12 Studien).

Shi, Z. et al. „Adhaesion formation after previous caesarean section – a meta-analysis and systematic review“ (BJOG 2010; 118:410–422) (Abb. 1).

*Kommentar*

*Es bleibt nicht mehr viel übrig von Mishgav-Ladach! In der letzten FHA (für Sie kommentiert, Uterotomieverschluss: einschichtig oder zweischichtig, FHA 2010, 19; 4:12) weisen wir auf den Vorteil eines zweischichtigen Uterotomieverschlusses gegenüber dem einschichtigen punkto Rupturrisiko hin. Ohne jetzt überheblich zu erscheinen, leuchtete uns der rekonstruktive Teil der Mishgav-Ladach Methode wegen der Verletzung grundsätzlicher chirurgischer Prinzipien (schichtengerechte Rekonstruktion) nie ein. Schon viel früher als Stark wies Joël Cohen auf den Vorteil der „stumpfen“ Dissektion hin, welche*

*wir seit Jahren gerne nachahmen. Soviel zum Hype einer sog. „schonenden“ Kaiserschnittmethode, die jahrelang die Medien faszinierte!*  
m.k.h.

**..., dass die mammographische Überwachung bei Frauen unter 50 Jahren mit positiver Familienanamnese unter Studienbedingungen die Früherkennung verbessert?**

Eine prospektive Untersuchung von 6710 Frauen mit jährlicher Mammographie ab 2003 (Lancet Oncol., 2010; 11:1127–1134) zeigte 136 neu diagnostizierte Mammakarzinome, 105 (77 %) davon beim Screening, 28 (21 %) symptomatisch im Intervall und 3 bei Frauen die nicht regelmäßig am Screening teilnahmen. Nach dieser Studie waren invasive Tumore signifikant kleiner

Tab 1. Hauptunterschiede der verschiedenen Sektio-Techniken

	Stark's	Modifizierte Stark's	Klassischer Kaiserschnitt
Hautinzision	Transvers	Transvers	Vertikal/Transvers
Durchtrennen des subkutanen Gewebes	Stumpf mit Händen	Stumpf mit Händen	Scharf (Schneiden)
Peritonealöffnung			
Blasenpräparation	Nein	Nein	Ja*
Uterusnaht	Einschichtig	Einschichtig	Zweischichtig
Peritonealverschluss (parietal oder viszeral)	Weder noch	Beide	Beide
Naht der Rektusmuskulatur	Nein	Ja	Ja
Operationszeit	Am Kürzesten	Länger	Am Längsten

\*Blase nach distal abgeschoben vor Uterusinzision

( $p = 0.0094$ ), seltener Lymphknoten-positiv ( $p = 0.0083$ ) und häufiger mit günstigen Grading verbunden, als dies nach bislang vorliegenden Studien erwartet werden konnte.

*Kommentar*

*Die Beratung von Patientinnen vor dem 50. Lebensjahr mit erhöhtem Risiko bleibt schwierig. Nach der vorliegenden Arbeit wäre eine Mammographie ab 40 sinnvoll, wie übrigens bei Patientinnen ohne erhöhtes Risiko auch. In der Kombination mit der Kernspintomographie wird unter idealen Bedingungen bei prämenopausalen Frauen die Früherkennungsrate verbessert. Die MR Mammographie ist aber zeitaufwendig und kostenintensiver. Zusätzlich ist die Gabe eines intravenösen Kontrastmittels erforderlich. Auch eine höhere Zahl falsch-positiver Befunde – abhängig vom Untersucher – wie der MR Mammographie angelastet. Derzeit bleibt es wohl bei der Empfehlung zur Tastuntersuchung, jährlichem Ultraschall und ggf. Mammographie ab 40 Jahren.*  
h.p.s.

**..., dass sich in einem Parkplatzbarrieretest Internisten von Chirurgen unterscheiden lassen?**

Während drei aufeinanderfolgenden Morgen wurden 103 senior doctors verschiedener medizinischer Spezialisierungen heimlich beobachtet. Zuerst

wurde getestet, ob die Probandinnen und Probanden die Parkkarte am Tor parat hatten, oder nicht. Dann die Zeiten (Parken, aus dem Auto steigen, bis zum designierten Punkt gehen) gestoppt. Tabelle 2 fasst die Resultate zusammen. Chirurgen waren die schnellsten (68 sec; 61–71s), die Internisten die langsamsten (112 sec; 96–136s). Frauen, unabhängig ihrer Spezialisierung, brauchten signifikant länger (100 sec; 91–131s) als Männer (77sec; 68–100s). Bei der Barriere hatten 94 % der Chirurgen ihre Karte parat, gegenüber 41 % der Internisten ( $p < 0,001$ ). Die Autoren meinen „COPS“ (covert observation of parking skills) könnte bei jüngeren Ärzten eventuell Hinweise auf ihre Eignung für die verschiedenen Disziplinen geben

(McCain S. et al. Br med J. 2010; 341:1294–95).

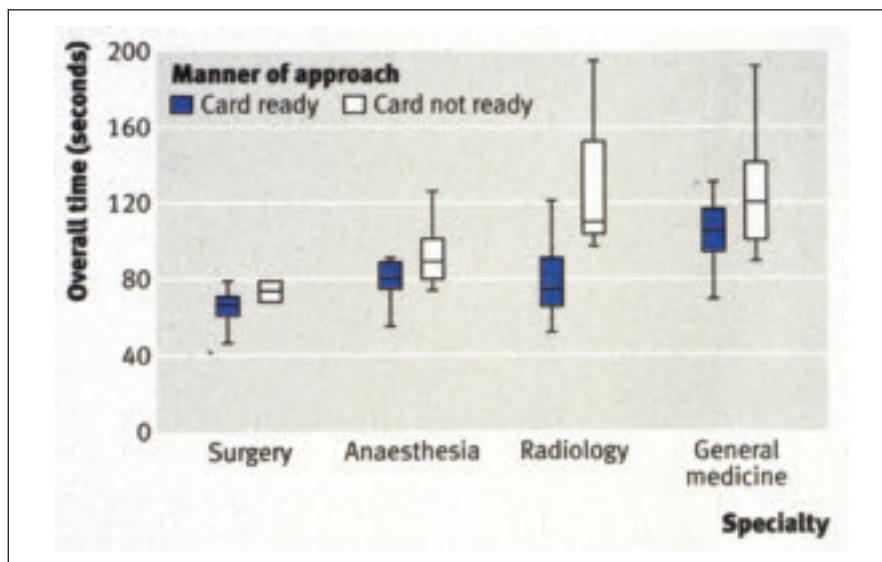
*Kommentar*

*Diese nicht ganz ernst gemeinte, dem typisch britischen Humorverständnis entsprechende, prospektive Beobachtungsstudie passt sich hervorragend ein in etwaige vorhandene Vorurteile.* m.k.h.

**..., dass bei Frühgeborenen ein viermaliges milk-out der Nabelschnur vor dem Abnabeln genauso effektiv ist, wie ein verzögertes Abnabeln von 30-120 Sekunden?**

Bei 58 Neugeborenen vor 34 0/7 SSW wurde randomisiert kontrolliert die Nabelschnur entweder verzögert ab-

Tab 2. Annäherung an Parkbarriere und totale Parkzeit



geklemmt (30 Sekunden) oder viermal ein milk-out Richtung Kind durchgeführt. Beide Verfahren erwiesen sich als gleich hilfreich (Obstet. Gynecol. 2011; 117:205–211).

*Kommentar*

*Diverse randomisiert kontrollierte Studien haben zeigen können, dass ein verzögertes Abklemmen der Nabelschnur bei Frühgeborenen im*

*Sinne einer Eigentransfusion den postpartalen Zustand verbessert und die Rate an neonataler Volumen-Therapie, Transfusion und Kreislauf unterstützende Massnahmen sowie auch die Rate an intraventrikulärer Blutungen absenken hilft. Dies hat auch Eingang in eine Cochrane Review von 2004 gefunden. Dass das Ausmelken der Nabelschnur, viermal innerhalb von 10-12 Sekun-*

*den, (an der Neuen Frauenklinik Luzern seit 2007 Standard) zu einem gleich guten Ergebnis wie verspätetes Abklemmen führt, ist beruhigend zu wissen: Einerseits verzögert man den Transfer des Neugeborenen zum neonatologischen Reanimationsteam nicht, andererseits hat man dem Frühgeborenen alles mit auf den Weg gegeben, was es offensichtlich gut gebrauchen kann.*

b.s.



Reduziert das Fett auf natürlichem Weg.

liposinol biomed™

Senkt die Kalorienaufnahme aus Nahrungsfetten.



NEU  
GROSSPACKUNG MIT  
120 TABLETTEN

Gewichtskontrolle,  
Prävention und Behandlung  
von Fettleibigkeit

Pflanzlicher Wirkstoff

www.LiposinolBiomed.ch

Infoline: 0800 240 633

BioMed

**..., dass Cranberry Juice (Preisbeersaft) adaptiertes Placebogetränk zur Prophylaxe von rezidivierenden Harnwegsinfekten genauso wirksam ist, wie Cranberry Juice selbst?**

In einer randomisierten Doppelblind-Studie erhielten 155 ansonsten gesunde College Studentinnen mit rezidivierenden Harnwegsinfekten über 6 Monate täglich entweder einen 240 ml Cranberry-Juice-Drink oder eine Placeboflüssigkeit. Diese war so zusammengestellt, dass sie alles enthielt, ausser dem Proanthocyanidin, welches für die Non-Adhärenz der E. coli Bakterien am Urothel verantwortlich gemacht wird und über diesen Mechanismus rezidivierende Harnwegsinfekte verhindern soll. Die Rezidivrate betrug für die Cranberry-Gruppe 19 %, für die Placebo-Gruppe 15 %, ein nicht signifikanter Unterschied. Eigentlich ein nicht überraschendes Ergebnis, wenn man bei der Studienplanung bei dem ausgewählten Kollektiv nicht von einer Rezidivrate von 30 % ausgegangen wäre.

*Kommentar*

*Was soll man nun mit diesem exzellenten Ergebnis sowohl für Verum wie auch Placebo anfangen? Glaubt man an den Nutzen des Cranberry Juice, dann müsste neben dem Proanthocyanidin noch eine andere unbekanntes Wirksubstanz im Cranberry Saft sein, welcher das Placebo-*

*getränk wirksam bereichert hat; bleibt man skeptisch gegenüber dem Getränk, dann muss man annehmen, dass die angenommene Rate von 30 % falsch kalkuliert war. Wie also richtig beraten? Das scheint wiederum einfach: Da Cranberry Saft keine Nebenwirkungen hat und auch noch gut schmeckt, darf man sich gelassen zurücklehnen, kann das Getränk weiter empfehlen und zwar so lange, bis wir die endgültige Wahrheit über diese kleine rote Beere in Händen haben werden.*

*b.s.*

**..., dass in einer aktuellen Studie die Einnahme von Tibolon kein erhöhtes Endometriumkarzinomrisiko zeigt und die Kombination von kontinuierlichem Östrogen mit einem Progesteron IUD das Risiko sogar vermindert?**

7 261 Frauen im Alter von 50 bis 80 Jahren wurden in einer Auswertung des finnischen Krebsregisters von 1995–2007 auf den Zusammenhang zwischen Hormoneinnahme und Endometriumkarzinomrisiko untersucht (Jaakkola S. Endometrial cancer associated with various forms of postmenopausal hormone therapy: A case control study Int J Cancer. 2010 Nov. 12). Bei Frauen, die Kombinationspräparate sequentiell oder kontinuierlich über einen längeren Zeitraum (mehr als 5 Jahre) erhalten hatten bestätigte sich ein erhöhtes

Risiko. Norethisteronazetat und Medroxyprogesteron als Bestandteile der Kombinationsbehandlung unterschieden sich dabei nicht.

*Kommentar*

*Nach der Datenlage erscheint derzeit zur Behandlung von symptomatischen Frauen in den Wechseljahren mit niedrig dosiertem Östrogenen mit dem geringst möglichen Risiko verbunden. Leider ist dies unproblematisch nur bei hysterektomierten Frauen möglich. Zweitbeste Lösung scheint die niedrigdosierte Gabe von Östrogenen unter dem „Schutz“ einer Progesteronspirale. Die Einlage bei postmenopausalen Frauen ist jedoch manchmal schwierig und kann eine Narkose mit Zervixdilatation erfordern.*

*h.p.s.*

**..., dass Arterienverkalkungen in der Mammographie ein guter Parameter sind, für die Risikokalkulation einer bestehenden oder zukünftigen koronaren Herzkrankung?**

3499 Frauen, welche in einer Routine-Mammographie entweder Brustarterienverkalkungen aufwiesen oder nicht, wurden über 5 Jahre hinsichtlich ihres Risikos auf eine koronare Herzkrankheit nachkontrolliert. Lag eine solche Verkalkung vor, entwickelten 20.8 % der Frauen ein solches Leiden, im negativen Fall, waren es 5.4 %, ein hochsignifi-

kanter Unterschied. Ein signifikantes Risiko ergab sich auch für einen Schlaganfall. Die Ergebnisse waren altersunabhängig (Obstet. Gynecol. 2011; 117:233–241) (Abb. 1).

*Kommentar*

*Die Autoren empfehlen, arterielle Verkalkungen routinemässig im Mammographiebericht zu vermerken. Das ist an unserer Klinik*

*Standard. Hilfreich ist es aber nur dann, wenn der betreuende Arzt diese Information auch entsprechend einordnen kann.*

*b.s.*

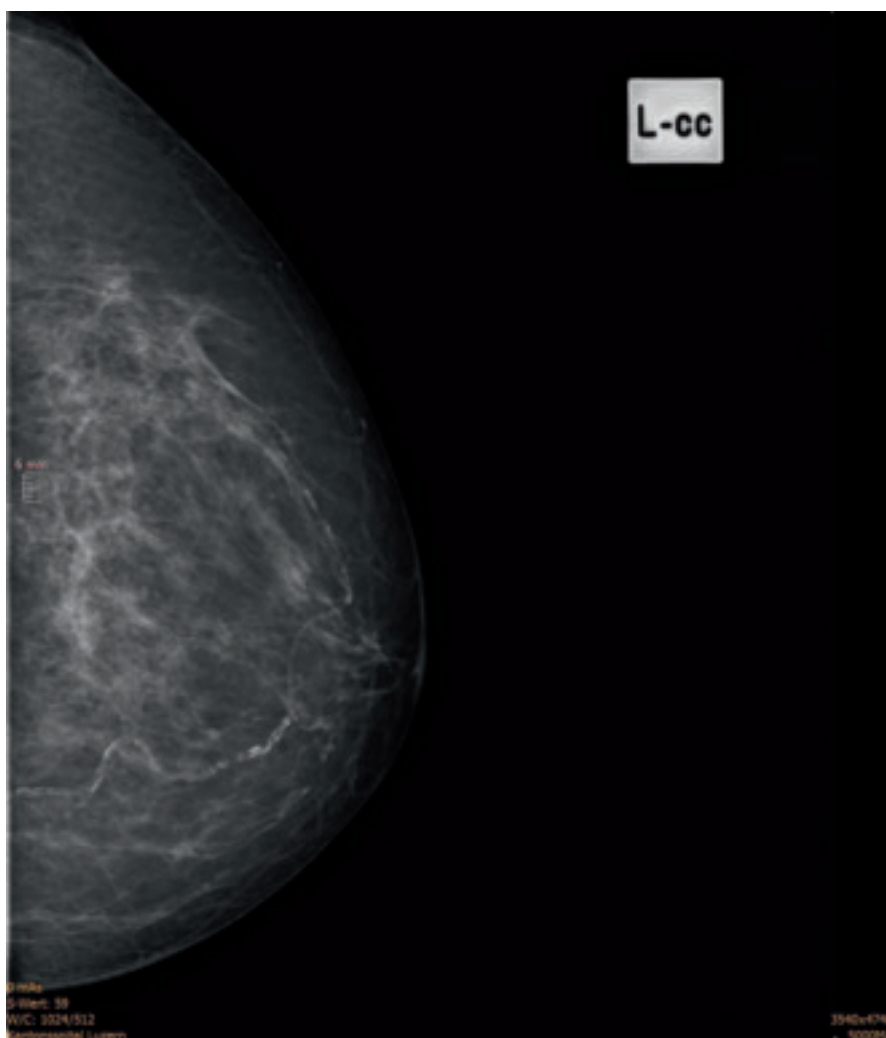


Abb. 1. Mammographiebild mit Gefässverkalkungen. Das Bild wurde freundlicherweise von Frau Dr. C. Kurtz, Leitende Ärztin Radiologie, Luzerner Kantonsspital, zur Verfügung gestellt.

**..., dass es nach Bevacizumabgabe zur Behandlung von operierten Ovarialkarzinompatientinnen zu Wundheilungsstörungen kommen kann?**

In einer prospektiven Kohortenstudie wurden 25 Patientinnen mit Operation und Chemotherapie verglichen (Koskas M et al, Anticancer Res. 2010; 30:4743–7). Alle wurden mit der Standardchemotherapie (Carboplatin/Paclitaxel) behandelt, 13 Frauen erhielten zusätzlich Bevacizumab, 12 Patientinnen nur die Standardtherapie. Insgesamt kam es in 6 Fällen zur postoperativen Wunddehiszenz, 5 von 6 Frauen hatten Bevacizumab erhalten.

*Kommentar*

*Das Bevacizumab die Wundheilung nicht fördert ist bekannt. Dass die Folgen möglicherweise gravierender sein können als bislang angenommen zeigt diese französische Studie. Diese Situation muss man sorgfältig beobachten.*

*h.p.s.*

### ..., dass eine Misoprostol (Cytotec®) Gabe die IUD Einlage nicht erleichtert?

Im Rahmen einer randomisierten Doppelblindstudie erhielten 89 Frauen, bei denen ein Levonorgestrel IUD (Mirena®) durch ein neues ersetzt wurde, 3 Stunden vorher entweder ein Placebo oder 400 µg Misoprostol p.o. Nur 9 %, bzw. 2 % (Placebogruppe) waren Nulliparae. Frauen in der Misoprostolgruppe hatten mehr Schmerzen beim Entfernen (14 % versus 2 %) und Wiedereinlegen des IUD (23 % versus 11 %). Nebenwirkungen unter Misoprostol traten in 51 % versus 11 % (Placebo) auf (Heikinheimo O. et al Contraception 2010; 81:481–486).

#### Kommentar

*In dieser Studie wurden überwiegend Multiparae erfasst, aber auch bei Nulliparae erleichtert Misoprostol die IUD Einlage nicht (Hum Reprod 2007; 22:2647–52). In beiden Studien hatten die Frauen mehr Schmerzen mit Misoprostol.*

*Einmal mehr zeigt sich hier, dass Evidenz basierte empirische Fakten „theoretischen Gedankengängen“ überlegen sind.*

*m.k.h.*

### ..., dass eine katameniale Epilepsie wahrscheinlich durch eine zerebrale Endometriose verursacht wurde?

Bei einer 41-jährigen Frau wurde wegen chronischen Unterbauchschmerzen, Menorrhagien und Dysmenorrhoe eine diagnostische Laparoskopie geplant. Unmittelbar vor dem OP Termin hatte die Patientin jedoch akut motorische Störungen im rechten Arm. Im CT und MRI fand man eine umschriebene, 7×8mm grosse Laesion im linken Zentrum semiovale des Gehirns ohne Oedem oder Masseneffekt. Nun traten auch sensorische Störungen und lanzinierende Schmerzen in der rechten Gesichtshälfte auf, wie auch bis zu 20 Kopfschmerzattacken, die jeweils 30 Minuten dauerten! Die Symptome hatten mit Menstruationsbeginn begonnen und verschwanden nachher wieder. Bei der nächsten Menstruation traten die gleichen Symptome wieder auf. Daraufhin erhielt die Patientin während drei Monaten ein GnRH Analog, worauf alle neurologischen Zeichen und Kopfschmerzen verschwanden. Das CT nach drei Monaten zeigte keine Auffälligkeiten mehr. Nach Therapieende kam es wieder zu einer Menstruation, erneut begleitet von Kopfschmerzen und fokalen Krampfanfällen. Daraufhin wieder GnRH Analog, worauf die Symptome sich verbesserten. Die Patientin, während zwei Jahren vor allem antiepileptisch behandelt, wünschte

keine operativen Massnahmen. Drei Jahre später entschloss sie sich dann für eine laparoskopische Hysterektomie und bilaterale Adnexektomie. Daraufhin verschwanden die neurologischen Symptome schlagartig. Die Patientin leidet unter wesentlichen Menopausensymptomen, lehnt aber vorerst eine Hormongabe ab. (Vilos, GA et al. J minim invas Gynecol. 2011; 18:128–130).

#### Kommentar

*Das eine zerebrale Endometriose die Ursache dieser katamenialen neurologischen Symptome war, ist in diesem Fall unbewiesen (kein histologischer Nachweis). Es gibt aber zwei ähnliche Kasuistiken, bei denen bei einer Kraniotomie zerebrale Endometriosezysten nachgewiesen wurden. Das rasche Ansprechen auf eine ovarielle Suppression, das Verschwinden des CT Befundes, das erneute Auftreten nach Suppressionsstop und rasche Elimination nach Adnexektomie sprechen aber für eine zerebrale Endometriose. Ich hätte vor der Ovarektomie eine GnRH Gabe, gefolgt von einer kombinierten Ovulationshemmergabe ohne Pause versucht.*

*m.k.h.*

**..., dass es endlich ein innovatives Instrument gibt, um die Injektionsschmerzen beim Zahnarzt zu vermeiden?**

Der sog. Spritzenmikrovibrator, der auf eine Standardspritze montiert wird, erzeugt Vibrationen in Ultra-

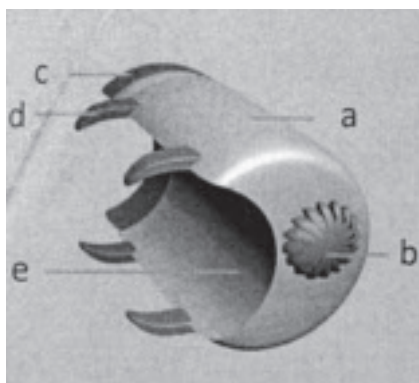


Abb. 2. Vibrationsmotor

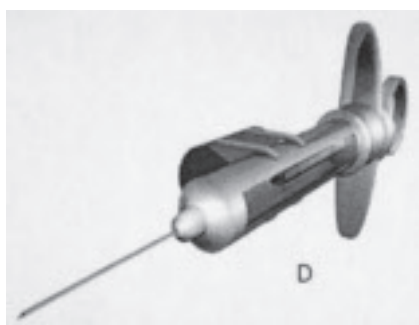


Abb. 3. Vibrator an Spritze montiert

hochfrequenz und ultraniedriger Amplitude. So soll, da die grosskalibrigen Nerven (Schmerzen sind feinkalibrig) gereizt werden und dadurch das „Schmerz-Tor“ geschlossen wird die zentrale Schmerzwahrnehmung reduziert werden. Die niedrige Amplitude verhindere, dass der Zahnarzt durch die Vibration beim Injizieren behindert werde. (Ann Surg Innovation and Research 2011; 5:1 doi:11.1186/1750-1164-5-1).

*Kommentar*

*Auf so etwas Grossartiges habe ich schon lange gewartet!*

*m.k.h.*

**..., dass die Zeiten von Cumarinen (Marcoumar®) wahrscheinlich bald gezählt sind?**

Die FDA gab jüngst Dabigatran (Pradaxa®, Boehringer) für die Prophylaxe von CVI und beim Vorhofflimmern frei. Im Jahr 2009 zeigte sich Dabigatran gegenüber Cumarin bei der Therapie von Thromboembolien gleich wirksam, aber mit weniger Blutungskomplikationen (N. Engl. J. Med. 2009; 361:2342–52).

*Kommentar*

*Dabigatran (in der Schweiz derzeit noch nicht zugelassen) ist ein direkter Thrombinhemmer. Der enorme Vorteil gegenüber Cumarinen ist, dass die orale Dosis fix gewählt wird (2 × pro die) und insbesondere das aufwändige Monitoring mit dem Quickwert wegfällt. Derzeit wird auch die Wirksamkeit im Rahmen einer Thromboembolieprophylaxe gegenüber den subkutan applizierten niedermolekularen Heparinen getestet. Der potentielle Markt ist riesig; man rechnet mit 10–20 Mia US\$ pro Jahr. Kein Wunder, dass verschiedene Anbieter darum kämpfen (Apixaban (Bristol Meyers-Squibb) und Rivaroxaban (Bayer und Johnson & Johnson) haben eine andere Wirkweise, sie hemmen direkt Faktor Xa, sind aber auch oral wirksam (Pharmacol Watch 2010; Nov. 1).*

*m.k.h.*