…, dass 2 g eines Cefalosporins als Antibiotikaprophylaxe bei Adipösen wahrscheinlich nicht genügen?

29 Frauen mit geplantem Kaiserschnitt wurden nach Körpergewicht stratifiziert (10 schlanke mit BMI <30!; 10 übergewichtige mit BMI 30–39,9; und 9 extrem adipöse mit BMI >40). Alle erhielten 2 g Cefazolin 30 bis 60 Min. vor der Hautinzision. Gewebe- und Serumproben wurden nach Hautinzision und vor Hautverschluss entnommen. Die Antibiotikakonzentration im Fettgewebe war umgekehrt proportional zum mütterlichen BMI (p = 0,001). Während alle Proben therapeutische Cefazolinspiegel gegen grampositive Kokken (mehr als 1 µg/g) enthielten, hatte die Mehrheit der übergewichtigen und extrem übergewichtigen Frauen ungenügende Minimalkonzentration für gramnegative Stäbchen, sowohl nach Hautinzision, wie auch vor Hautverschluss (Pefzner, L. et al., Obstet. Gynecol. 2011; 117:877–82).

Kommentar
Unter dem Motto „one size fits all" wenden wir die gleiche Antibiotikaprophylaxedosis für alle Patientinnen an. In der vorliegenden Studie wurden zum ersten Mal Gewebeproben untersucht. Diese gibt es bisher vor allem aus der bariatrischen Chirurgie. Dort fand man, dass eine 2 g Dosis im Vergleich zu 1g zu einer starken Reduktion der Wundinfektionen führte, von 15,6 % auf 5,6 %. Soll man die Dosis bei übergewichtigen Sectiopatientinnen auf 3 oder 4 g erhöhen? Eventuell ein anderes Antibiotikum verwenden? Die Antworten darauf fehlen noch. Ganz sicher gilt ein besonderes Augenmerk bei dieser Risikopopulation allen Faktoren, die Infektionen reduzieren: Gründliche Desinfektion, atraumatische Operationstechnik, ausgiebiges Spülen! *m.k.h.*

…. dass Kinder dann am glücklichsten sind, wenn sie über einen Wunschkaiserschnitt zur Welt gekommen waren?

Die Wunschkaiserschnittkinder waren sogar den spontangeborenen Kindern überlegen. Die unglücklichsten Kinder hatten ihre Geburt als assistierte vaginale Endbindung erlebt (BJOG 2010; doi: C.1111).

Kommentar
Als Erklärung wurde von den Autoren die unterschiedliche Cortisolausschüttung angeführt. Vielleicht sind aber einfach nur Mütter, die das bekommen haben, was sie wollten, zufriedener. Und was garantiert besser ein psychisch ausgeglichenes Kind als eine zufriedene Mutter? Wie auch immer, die Studie wurde in China durchgeführt. Ob sie auf westliche Frauen zu übertragen ist, sei ebenfalls dahingestellt.
b.s.

…, dass Reiten wirklich gut für die Beckenbodenfunktion ist?

Anekdotisch hören wir in der gynäkologischen Sprechstunde immer wieder – sei es von Patientinnen, aber teilweise auch von Fachpersonal, dass Reiten gut für den Beckenboden sein soll- wer erinnert sich nicht an eine Hebamme, die einem während der Ausbildung erzählte, dass es bestimmt eine schwierige Geburt gäbe, da die Patientin eine Reiterin sei und damit sicherlich einen ausgezeichneten Beckenboden habe?
Eine Gruppe aus Japan (Yoshimura Y. et al., Horseback riding fitness machine fort+ he treatment of stress urinary incontinence, Abstract 149, ICS 2011, Glasgow) hat jetzt erstmalig in einer Pilotstudie gezeigt, dass diese Annahme nicht so falsch ist.
Zehn Patientinnen mit Belastungsinkontinenz und ohne vorherige Therapie wurden mit validierten Questionnaires, Pad Test und Volumenmessung des Levators per MRI sowie Urodynamik vor und nach einem Training auf einer speziellen Reit-Fitness Maschine untersucht. Das Training wurde täglich 15 Minuten lang, sechs Mal pro Woche über vier Monate durchgeführt. Sowohl die Inkontinenzfragebögen als auch der Pad Test sowie die per EMG gemessene Maximalkontraktion des Beckenbodens verbesserten sich nach Therapie signifikant, bei

der Hälfte der Patientinnen nahm das Levatorvolumen zu. Nebenwirkungen wurden nicht berichtet, und da es sich nur um ein Trainingsgerät handelte, wurde niemand gebissen oder getreten.

Kommentar
Da Beckenbodenübungen,insbesondere wenn sie alleine durchgeführt werden, sicher ein wenig ermüdend und langweilig sind, dürfte die vorliegende Studie durchaus Anhalt dafür geben, dass Patientinnen mit Beckenbodenproblemen von einer Reittherapie profitieren können, die Compliance hängt hier wahrscheinlich von mehreren anderen Faktoren wie Pferdeliebe, zusätzlichem Prolaps oder sicherlich auch dem Kostenaspekt ab – ich zweifele daran, dass die Krankenkassen diese Therapie unterstützen werden.
Die Studie zeigt aber, dass die alte Anekdote vom starken Beckenboden der Reiterinnen auch wissenschaftlichen Hintergrund hat. Darüberhinaus gehen diese Daten noch in eine andere Richtung:
Die Ganzkörpervibrationstherapie (Zeptor®, Powerplate® etc) arbeitet frequenzabhängig auch mit einer Zunahme der Beckenbodenaktivität, was in die gleiche Richtung geht. Grössere Studienresultate und Langzeitresultate bleiben abzuwarten.

a.k.

…, auch das Gehirn von 40- bis 60-Jährigen offenbar noch sehr anpassungs- und lernfähig ist?

Forscher aus Zürich konnten nachweisen, dass ein 40-stündiges Golftraining das Zusammenspiel von Auge und Hand verbessert (Training-Induced Neural Plasticity in Golf Novices, L. Bezzola et al.; J. Neuroscience, 2011). Die Studie untersuchte, wie sich ein anspruchsvolles motorisches Training, das Golftraining, auf die Gehirnanatomie auswirkt. Vor und nach 40 Golftrainingsstunden wurden verschiedene neuroanatomische Parameter mittels dynamischen MRIs gemessen. Insbesondere in Gehirnarealen, die sowohl beim Erlernen von motorischen Fertigkeiten als auch bei der visuomotorischen Verarbeitung – dem Zusammenspiel von Auge und Motorik – eine wichtige Funktion übernehmen, wuchs nach dem 40-stündigen Golftraining das Volumen der grauen Hirnsubstanz als Folge des Trainings. Die Kontrollgruppe, die keine neue Fertigkeit geübt hat, zeigt dagegen keine neuroanatomischen Veränderungen zwischen den beiden Messzeitpunkten.

Kommentar
Wie schön, dass eine zielgerichtete, motorisch anspruchsvolle Freizeitaktivität wie Golf substanzielle Veränderungen im Gehirn auslösen kann. Zudem wird die Anpassungsfähigkeit des Gehirns auch im mittleren Erwachsenenalter nachgewiesen. Alle über 60jährigen können sich trösten, da keine Studie vorliegt, die beweist, dass es bei Ihnen nicht auch zu einer Verbesserung der motorischen Leistungsfähigkeit durch Training kommen kann.

h.p.s.

…, dass Wallungen im Durchschnitt viel länger andauern, als man bisher angenommen hat?

436 Frauen im Alter von 35–47 Jahren mit regelmässigem Menstruationszyklus und mindestens einem intakten Ovar wurden prospektiv von 1995 bis 2009 kontrolliert. 259 Frauen ohne Wallungen zu Beginn der Studie, aber mittelschweren und starken Wallungen im Verlauf wurden analysiert. Die mediane Dauer signifikanter Wallungen betrug 10,2 Jahre. Bei Afro-Amerikanerinnen dauerten sie signifikant länger als bei weissen Frauen, bei schlanken Frauen länger als bei übergewichtigen. Frauen bei denen Wallungen frühzeitig (bei noch unregelmässigen Zyklen) auftraten, dauerten sie am längsten. Keinen Zusammenhang fand man mit Rauchen und Alkoholkonsum. Wallungen waren signifikant assoziiert mit depressiven Verstimmungen. (Freeman, E.W. et al., Obstet. Gynecol. 2011; 117:1095–1104).

Kommentar
Am häufigsten sind Wallungen etwa ein Jahr nach der Menopause. Bisher wurde die Dauer der Symptome massiv unterschätzt (Lehrbuchmeinung 6 Monate bis zwei Jahre!). Was diese Studie nicht beantwortet ist wie viele Frauen überhaupt signifikante Wallungen haben. Ob und in wie fern eine Wallungstherapie (welche?) die Dauer beeinflusst ist ebenfalls unklar. Auf jeden Fall sind diese Frauen eine Herausforderung für die betreuenden Ärztinnen und Ärzte.

m.k.h.

…, dass das unmittelbare Einlegen einer intrauterinen Spirale nach einer chirurgischen Schwangerschaftsunterbrechung der postoperativen Einlage 6 Wochen nach dem Eingriff überlegen ist?

In einer prospektiven „non inferiority“ Studie wurden 575 Frauen nach einem chirurgischen Schwangerschaftsabbruch oder einer Abort Curretage zwischen der 5. und der 12. Schwangerschaftswoche in zwei Gruppen randomisiert. Bei einer Gruppe wurde unmittelbar nach dem Eingriff eine intrauterin Spirale eingelegt, in der anderen Gruppe wurde die Spirale 2 bis 6 Wochen nach dem Eingriff eingelegt. Als primärer Endpunkt wurde die Expulsion der Spirale nach 6 Monaten gewählt. Unmittelbar nach dem Eingriff konnte in 100 % der Fälle eine Spirale eingelegt werden, nach 6 Wochen gelang die Einlage jedoch nur bei 71.3 % der Frauen. Zwar war das Risiko einer Expulsion mit 5 % (13 von 258 Frauen) in der Gruppe wo die Spirale unmittelbar nach dem Eingriff eingelegt wurde höher als in der Gruppe wo die Spirale 6 Wochen nach dem Eingriff eingelegt wurde (2.3 %), entsprechend dem „non-inferiority“ Design der Studie war dieser Unterschied jedoch nicht signifikant. Sechs Monate nach dem Eingriff waren 92.3 % der Frauen in der Gruppe wo die Spirale unmittelbar nach dem Eingriff eingelegt wurde immer noch Spiralträgerin, im Gegensatz zur anderen Gruppe, wo nur 76.6 % der Frauen der anderen Gruppe effektiv eine Spirale hatten. In keiner der Gruppen kam es zu grösseren Komplikationen. (Bednarek PH et al.; N. Engl. J. Med. 2011; 364: 2208–17).

Kommentar
Beim präoperativen Gespräch sollte die vermehrte Expulsionsrate erwähnt werden, gleichzeitig überwiegen jedoch die Vorteile einer unmittelbaren Einlage einer Spirale nach dem Eingriff. *m.m.*

…, dass Normbereiche für Labien-Grössen existieren?

Bei einer prospektiven Untersuchung von Frauen, die sich mit dem Wunsch nach einer Verkleinerung der Labia minora vorstellten, lagen die Maße bei allen Frauen innerhalb der publizierten Normbereiche: mittlere Breite 26.9 mm rechts und 24.8 mm links (Norm bis 50 mm!), mittlere Länge 38.2 mm rechts und 37.5 mm links (Norm bis 80 mm!). Trotz der Versicherung, dass ihre Schamlippen völlig normal seien, hielten 40 % der Frauen an ihrem Vorsatz fest, sich operieren zu lassen (Crouch, N.S., et al., BJOG 2011; published online 24 August 2011).

Kommentar
Auch gegenüber uns wurde in den letzten Jahren der Wunsch nach Verkleinerung der Labia minora häufiger geäussert.
Die Übergänge zwischen glaubhaft geschilderten Problemen mit zu grossen Labia minora (störend z.B. beim Tragen enger Jeans, Velofahren und Geschlechtsverkehr) und ästhetischen Gründen sind fliessend. Sicher spielt bei der subjektiven Wahrnehmung einer vermeintlichen Anomalie auch die Tatsache eine Rolle, dass heute das vollständige Rasieren der Schambehaarung zur Regel gehört und dass das „Schönheitsideal“ kleiner mädchenhafter Labia minora in der stark expandierenden Pornovideokultur zu

suchen ist. Das andere Extrem ist die Tatsache, dass die Beschneidung weiblicher Genitalien (als kulturell bedingter Eingriff) als Straftat gilt. (Siehe auch Frauenheilkunde aktuell 17/1/2008 „Designervagina" in der Internetausgabe zugänglich).

n.h., m.k.h.

…, dass es demnächst eine neue medizinische Entität im Rahmen einer akut aufgetretenen Thrombose geben könnte?

„Seated immobility thromboembolism (SIT)" lautet dafür der Bezeichnungsvorschlag der Autoren einer Studie, die anhand einer Case-control-Studie festgestellt haben, dass das Risiko für eine Thromboembolie beinahe auf das dreifache ansteigt, wenn man vor dem Ereignis für mindestens 4 Wochen prolongiert in sitzender Tätigkeit am Computer beschäftigt war (J. Royal Soc. Med. 2010; 103:447–454).

Kommentar
Für unsere Profession, die eher selten tagelang hinter dem Computer verschwunden ist, sicher keine relevante Mitteilung. In der Folge darf man aber gespannt sein, wann herausgefunden wird, dass das Thromboserisiko der Operateure durch das konsequente Tragen von Stützstrümpfen bei länger dauernden Operationen vermindert wird und wenn man das nicht herausfindet, dann vielleicht, ob sich damit wenigstens das Varikosisrisiko verbessern lässt.

b.s.