…, dass eine kontinuierliche Estring® Behandlung (7.5 µg 17-Beta-Estradiol Gabe/Tag) im Vergleich mit der Gabe von Oxybutynin (5 mg 2 × täglich) genauso effektiv seien könnte, wenn es um die Behandlung der hyperaktiven Harnblase bei postmenopausalen Frauen geht?

In einer Industrie gesponserten Studie über 12 Wochen, wurden insgesamt 59 postmenopausale Frauen mit einer hyperaktiven Harnblase **(allerdings ohne begleitende Inkontinenz)** entweder einer Behandlung mit 2 × 5 mg Oxybutynin peroral oder einer Estring® Therapie zugeteilt. In beiden Gruppen ergab sich ein signifikanter Benefit bezogen auf die 24-Stunden Miktions-Frequenz (Estring® 14.9/Tag auf 10.4; Oxybutynin 14.7 auf 11.7) und auch eine Verbesserung der Lebensqualität. 85 % der Frauen waren bereit, den Ring am Ende der Studie weiterzunehmen, bei der Oxybutynin Gruppe waren es 59 % (Menopause 2011;18: 962). „This study documents the effectiveness of the ultralow-dose estradiol vaginal ring for treating women with overactive bladder“, kann man im Kommentar zu dieser Studie im J.Watch 2011; Vol. 31 No.21 nachlesen.

Kommentar
Zum Einen weiss man seit langem, dass die Oestrogentherapie bei der hyperaktiven Blase per se einen Effekt haben könnte, zum anderen ist der hier gezeigte Effekt denkbar schwach. Ein Rückgang der Tagesmiktionsfrequenz um 3 bis 4 bei einer Ausgangssituation von 14.9 bzw. 14.7 Tagesmiktionsepisoden dürfte kaum besser sein als ein Placeboeffekt. Und dass die Estring® Patientinnen diesen lieber weiter nehmen möchten als Frauen die 2 × 5 mg Oxybutynin erhalten, liegt wegen den Nebenwirkungen des Oxybutynin auch auf der Hand. Dass man zusätzlich noch eine Gruppe ausgewählt hat, bei denen lediglich eine Frequency-Urgency-Syndrom beseht und nicht einmal eine begleitende Harninkontinenz zeigt ebenfalls, wie dürftig das Ganze ist. In seriösen Journals hätte diese Studie ohne einen Placeboarm und gleichzeitig wahrscheinlich noch hochkarätig unterpowered, keine Chance. *b.s.*

…, dass bei Spermiensuspensionen, die einem Laptop mit Wi-Fi Verbindung ausgesetzt waren, die Motilität zurückging und vermehrt DNA Fragmentierungen auftraten?

Spermienproben von 29 Samenspendern wurden 3 cm unterhalb eines Laptops mit und ohne Wi-Fi-Verbindung während 4 Stunden exponiert. Die Kontrollen ohne Laptop wurden unter gleichen Bedingungen in einem Nebenraum aufbewahrt.
Die elektromagnetischen Strahlen (Abb. 1) wurden mit und ohne Wi-Fi und im Nebenraum gemessen. Die elektromagnetische Strahlung ohne Wi-Fi war 3 × höher als im Kontrollraum mit Wi-Fi 7–15 × höher. Die progressive Motilität der Spermien war nach 4 Stunden signifikant erniedrigt. Unter Wi-Fi-Laptop

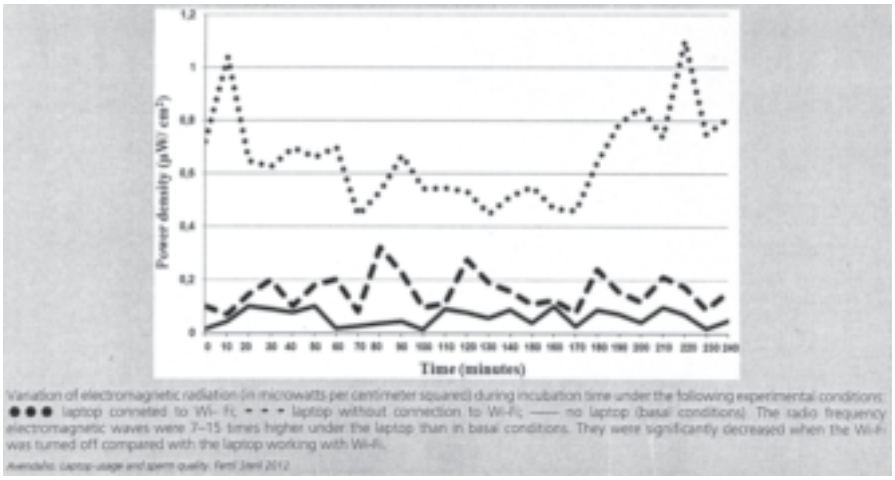

Abb. 1. Elektromagnetische Strahlung mit und ohne Wi-Fi

nahm auch die DNA-Fragmentierungsrate signifikant zu (Avandano, C. et al., Fertil. Steril. 2012; 97:39–45).

Kommentar
Dies ist die erste Studie, die den Einfluss von Laptops auf Spermatozoen in vitro getestet hat. Dass Mikrowellen (vor allem durch Wi-Fi) einen Einfluss auf Spermatozoen haben wird durch die vorliegenden Ergebnisse deutlich gezeigt. Durch die experimentellen Bedingungen wurde hier eine thermische Wirkung ausgeschlossen (Laptops können auch die Skrotaltemperatur erhöhen!). Deshalb kommen die Autoren zum Schluss, dass elektromagnetische Felder direkt toxisch auf Spermatozoen sein könnten. Die Aussagekraft der Untersuchung ist natürlich eingeschränkt durch den in vitro Charakter. Zweifellos wird sie aber zu weiteren Untersuchungen über den Einfluss von Laptops auf die Fertilität von Männern führen.

m.k.h.

…, dass das Morcellieren des Uterus beim Vorliegen eines Leiomyosarkoms möglicherweise die Prognose verschlechtert?

In einer retrospektiven Untersuchung wurden insgesamt 56 Patientinnen mit einem „early stage“ Leiomyosarkom, (auf den Uterus beschränkt Stadium I und II) in zwei Gruppe unterteilt und miteinander verglichen. In der einen Gruppe (n = 31) war die Gebärmutter im Rahmen eine abdominalen Hysterektomie komplett entfernt worden. In der anderen Gruppe (n = 25) wurde der Uterus anlässlich einer vaginalen Hysterektomie morcelliert (n = 19) oder es fand eine Myomektomie statt (n = 6). Interessanterweise waren beide Populationen sehr gut ausbalanciert und zwar in Bezug auf Alter, Parität, Menopausenstatus, uterinem Leiomyosarkomkarakteristika sowie Anzahl Mitosen sowie Grading. In der Morcellierungsgruppe waren die Uterustumore kleiner, auch wurden meistens beidseits die Ovarien belassen. Gleichwohl war die Rezidivrate mit 52 % gegenüber 23 %, (44 % versus 13 %) bei intraabdominaler Sarcomatosis und des „Disease free“ bzw. Overall survival, signifikant schlechter. Eine Multivarianzanalyse zeigte nur für das Stadium und das Morcellieren eine signifikante Assoziation mit dem Gesamtüberleben (Gynecol. Oncol. 2011, doi: 10.1016/j.ydynon. 2011.04.021.)

Kommentar
Vermutet hat man einen solchen Zusammenhang zwischen Morcellierung und Rezidiv beim Leiomyosarkom eigentlich schon immer. Jetzt gibt es erstmals handfeste Hinweise, dass diese Vermutung ihre Berechtigung hat. Einfache Konsequenzen ergeben sich daraus nicht, würde es doch bedeuten, dass man für die paar wenigen Leiomyosarkome das gesamte Management beim Uterus myomatosus neu hinterfragen müsste. Auch wäre es das Ende Uterus erhaltender Myombehandlung beispielsweise beim bestehenden Kinderwunsch. Andere Strategien sind also gefragt, wie z.B. der vermehrte Einsatz des MRI›s oder aber eine adjuvante Chemotherapie. Bevor das wiederum zum Standard wird, braucht es prospektiv erarbeitete Daten und diese sind anscheinend derzeit unterwegs.

b.s.

…, dass Rosmarinduftöl die kognitiven Fähigkeiten verbessern kann?

In der Versuchsanordnung wurde die Wirkung von 1-8-Cineol (Hauptbestandteil von Rosmarinöl) auf die Fähigkeit arithmetische Aufgaben zu lösen und visuelle Informationsverarbeitung getestet. Dazu wurde die Stimmung der Probanden getestet. Hohe 1-8-Cineol-Blutspiegel waren mit besseren kognitiven Leistungen assoziiert und einer positiveren Stimmung. (Medscape 8.3.2012)

Kommentar
Ob dieses Experiment praktische Bedeutung hat bleibt offen. Offenbar steckt in ätherischen Ölen mehr als Skeptiker bisher zugestanden haben

m.k.h

…, dass acht bis neun Sectiones notwendig sind, um eine postpartale Inkontinenz zu vermeiden?

Eine Fragebogenstudie, die die Inkontinenzrate zwanzig Jahre nach Geburt untersuchte, verglich die Häufigkeit von Inkontinenz nach vaginalen Geburten und Sectio. Die Gruppe der Vaginalgeburten zeigte eine Inkontinenzrate von 40,3 % gegenüber der Sectiogruppe von 28,8 % (OR 1.67). Zehn Jahre nach Geburt betrug die Rate der Inkontinenz 10,1 % in der Gruppe der Vaginalgeburten verglichen mit 3,9 % nach Sectio (OR 2.75).

In dieser Studie gab es keinen Unterschied zwischen primären und sekundären Sectiones. Die Autoren berechneten aus diesen Daten, dass acht bis neun Sectiones notwendig sind, um eine postpartale Inkontinenz zu verhindern. Angesichts der Pathologien, die wir durch die Sectio verursachen, sicherlich eine hohe Anzahl.

Zusätzliche Risikofaktoren für die Entwicklung einer Inkontinenz war der BMI: pro BMI-Einheit erhöhte sich das Inkontinenzrisiko immerhin um 8 %! Diese Tatsache ist wichtig, weil der BMI einer der wenigen Faktoren ist, den Patientinnen selber beeinflussen können. (Gyhagen M. et al. BJOG. 2012 Mar 14. doi: 10.1111/j.1471-0528.2012)

a.k.

…, dass eine Hypothermie im Rahmen einer Debulking-Chirurgie beim Ovarialkarzinom mit signifikant mehr Komplikationen und einem reduzierten Überleben verbunden war?

In einer Kohortenstudie aus der Mayo-Klinik mit 146 Patientinnen, die wegen Ovarialkarzinom Stadium IIIc oder IV operiert wurden, verglich man Patientinnen, die am Ende der Operation eine Hypothermie hatten (weniger als 36°C) mit solchen, die normothermisch blieben. Eine Hypothermie war mit einer signifikant erhöhten Zahl von Komplikationen verbunden (42 % versus 17 %); OR3,40 (CI 1.48–8.32). Einzeln betrachtet traten unter Hypothermie signifikant häufiger thromboembolische Komplikationen (OR 3,53), Infektionen (OR2,90) und Re-Operationen (OR 4,96) auf. Das overall survival war nach optimalem Debulking unter Hypothermie signifikant reduziert (40 statt 48 Monate) (Moslemi-Kebria M. et al., Am. J. Obstet. Gyncol. 2012; 119:590–6)

Kommentar
Eine intraoperative Hypothermie erwies sich in dieser Studie als unabhängiger Risikofaktor. Dies ist von erheblicher, praktischer Bedeutung, da man diese mit geeigneten Massnahmen heute weitgehend verhindern kann. Mehr Daten über die Folgen einer perioperativen Hypothermie gibt es in der Kolorektalchirurgie. Eine Hypothermie verändert die Immunfunktion (Infektionen↑, Wundheilung↓), führt zu Vasokonstriktion (→Gewebehypoxie) und auch zu einer erhöhten Thrombozytenaggregation. So können erhöhte TEK-Risiken zum Teil erklärt werden. Die erniedrigte Thrombinproduktion unter Hypothermie führt zu einer Koagulopathie, vermehrtem intraoperativem Blutverlust und erhöhtem Transfusionsbedarf.

Welche Möglichkeiten haben wir heute, eine intraoperative Hypothermie zu verhindern? Verbreitet sind Warmluftgebläse (z. B. Bearhugger) Flüssigkeitserwärmer und geheizte Matratzen auf dem Op-Tisch. Bereits vor Narkosebeginn eingesetzte Wärmesysteme sind sehr wirksam. Sie verhindern die Postinduktionshypothermie, intraoperative Hypothermie und postoperatives vermehrtes Zittern. *m.k.h.*

…, dass Narbendehiszenzen bei Sectio caesarea sehr häufig beobachtet wurden?

Frauen mit Status nach Sektio wurden prospektiv im ersten Trimenon (11.–13. SSW) sonographisch untersucht. Bei 59 (48 %!) von 123 Schwangeren fand man eine Narbendehiszenz. 11 (9 %) cranial des Zervikalkanals und 46 (38,3 %) innerhalb des Zervikalkanals. (Stirnemann. J.J. et al., Am. J. Obstet. Gynecol. 2011; 205:551-e1-6)

Kommentar
Überraschenderweise waren die Narbendefekte überwiegend im Zervikalkanal lokalisiert. Die Autoren weisen darauf hin, dass diese Beobachtung im Zusammenhang mit Trophoblastinvasion bei tiefsitzender Plazenta von Bedeutung sein könnte. So müsste man das Augenmerk lediglich auf Schwangere mit Defekt oberhalb des Zervikalkanals konzentrieren, da nur diese ein erhöhtes Accreta-Risiko hätten.

Etwas anderes gibt mir zu denken: Die hohe Inzidenz der Dehiszenzen und deren Lage müsste uns – falls sich diese Zahlen bestätigen – Anlass geben, die Sektiotechnik grundsätzlich zu hinterfragen.

m.k.h.

…, dass jetzt Popcorn als „Königin der Snackfoods“ bezeichnet wurde?

Beim Jahreskongress der American Chemical Society (März 25–29 in San Diego) berichtete Prof. Vincent, Pennsylvania, über seine Untersuchungen an Popcorn. Vier verschiedene Brands wurden untersucht. Überraschenderweise fand man relativ hohe Polyphenolwerte. Polyphenole sind Antioxidantien, die schädliche freie Radikale neutralisieren. Diese kommen sonst auch in Früchten vor, ein Grund für die Empfehlung viel Obst zu essen. Die Werte, pro Portion, im Popcorn waren 242–363 mg, höher im Vergleich zu nur 160 mg bei einer Portion Früchten! Experten bezeichnen Popcorn außerdem als „wunderbaren high fibre snack“.

Kommentar
So weit so gut. Nur sollten im Popcorn nicht so viel Butter und Salz/Zucker sein, wenn es auch um ein gutes Kalorien-Gewissen geht, beim Verzehren im Kino.

m.k.h.

…, dass vielen jungen Frauen eine Menorrhagie vorliegt, ohne dass es ihnen bewusst ist?

Dadurch wird nicht nur eine suffiziente Therapie verhindert, auch Anämien bleiben unentdeckt. Eine aktuelle Studie (Revel-Vilk S. et al. Underdiagnosed Menorrhagia in Adolescents is Associated with Underdiagnosed Anaemia. J. Pediatr. 2012; 160:466–72) zu diesem Thema ergab, dass bei einer formlosen Befragung von 705 jungen Frauen (Durchschnittsalter 17 Jahre) nur 15 % berichteten, sie hätten heftige Monatsblutungen. Bittet man die Frauen jedoch einen detaillierten Fragebogen auszufüllen (Pictorial Blood Loss Assessment Chart. PBAC) zeigt sich, dass 36 % der Mädchen eine Menorrhagie (Menstruation mehr als 80 ml Blut oder die Blutung über mehr als sieben Tage) aufweisen. Ein Drittel von ihnen war sich dessen gar nicht bewusst – die Frage, ob sie glaubten, starke Blutungen zu haben, hatten sie verneint. Bei knapp zehn Prozent der Frauen ließ sich eine Anämie diagnostizieren, ihr Hämoglobinwert lag unter 12 g/dl. Alle anämischen Studienteilnehmerinnen wiesen weitere Blutungssymptome auf, neben einer Menorrhagie berichteten sie über verlängerte Blutungszeiten nach operativen Eingriffen oder häufiges bzw. anhaltendes Nasenbluten. Das Risiko für Gerinnungsstörungen war bei den Frauen mit Menorrhagie allerdings nicht erhöht.

Kommentar
Die Frage nach der Regelblutung wird häufig mit „normal“ beantwortet. Damit sollte man sich nicht zufrieden geben. Ob man einen standardisierten Fragebogen benutzt oder gezielt nachfragt (Welche Tampongröße, wie oft pro Tag gewechselt etc.) ist nebensächlich. Im Zweifelsfall ist ein ergänzendes Blutbild sinnvoll. Wenn man sich dafür sensibilisiert mehr auf Menorrhagien zu achten, kann man viel für die Lebensqualität junger Frauen tun.

h.p.s.

…, dass bei Schmerzen in der Brust die bildgebende Diagnostik meist wenig hilfreich ist?

Häufig sehen wir Patientinnen mit unklaren nicht zyklusabhängigen

Scherzen in der Brust zur Konsultation. Veranlasst man nach der klinischen Untersuchung bei unauffälliger Brust dann Mammografie und/oder Ultraschall zur Abklärung, wird dabei nur selten ein pathologischer Prozess entdeckt. Dies bestätigt eine Studie aus Boston (The Effect of Imaging on the Clinical Management of Breast Pain. Howard, M. B. et al., J. Gen. Intern. Med. 2012 Jan. Epub ahead of print). Zwischen 2006 und 2009 waren 916 Frauen (mittleres Alter 39 Jahre) zur Abklärung von Schmerzen in der Brust überwiesen worden. Die klinische Untersuchung ergab bei 512 Frauen keinerlei Auffälligkeiten. Bei 229 Frauen wurde eine Mammografie, ein Ultraschall oder ein MRT angefertigt, darunter waren 75 Frauen ohne Tastbefund. Obwohl nur bei 25 % der Frauen nach der Bildgebung zusätzlicher Abklärungsbedarf bestand, nahmen 97 % weitere ärztliche Leistungen (klinische Untersuchungen, Mammografien, Biopsien) in Anspruch. Damit lag der Anteil deutlich höher als in der Patientinnengruppe ohne initiale Bildgebung (26 %). Die bildgebende Diagnostik eignet sich offenbar nicht, beunruhigte Patientinnen der gutartigen Ursache ihrer Schmerzen zu versichern. Ein Mammakarzinom wurde bei sechs Frauen (0,6 %) diagnostiziert. Bei fünf von ihnen war vorher eine tastbare Raumforderung oder eine lokale Druckempfindlichkeit festgestellt worden, allerdings fand sich der Tumor bei zwei Frauen in der kontralateralen Brust. Von den Frauen mit unauffälligem Tastbefund hatte nur eine ein Mammakarzinom – dieses wurde jedoch im Rahmen der üblichen altersabhängigen Screening-Untersuchung entdeckt und seine Lokalisation korrelierte nicht mit den Schmerzen.

Kommentar
Folgt man den Empfehlungen der Kollegen aus Boston ist bei einer Frau mit unklarem Schmerz in einer Brust und unauffälliger klinischer Untersuchung keine diagnostische Bildgebung erforderlich – weder um ein Karzinom auszuschließen noch um die Patientin zu beruhigen. Theoretisch klingt das gut und aus der eigenen Erfahrung kann den Kollegen nicht widersprochen werden. Nur wer erklärt das den Patientinnen? Die Aussage. „Brustkrebs macht keine Schmerzen“ ist einerseits nicht ganz richtig und andererseits nicht geeignet die Patientinnen zu beruhigen. Vielleicht kann die Arbeit aber in forensischer Hinsicht hilfreich sein, wenn die Patientin ihrem Gynäkologen vorwirft trotz ihres Wunsches keine bildgebende Diagnostik veranlasst zu haben.

h.p.s.