

..., dass Musikhören keinen positiven Einfluss auf das Erleben von unangenehmen gynäkologischen Prozeduren hat?

Ambulante Eingriffe bei wacher Patientin können eine heikle Angelegenheit sein. Häufig wird während des Eingriffs Musik gespielt, um die Patientin abzulenken. Aber funktioniert das? Eine prospektiv randomisierte Studie aus den Niederlanden hat untersucht, ob Musik bei der Durchführung ambulanter Hysteroskopien oder Kolposkopien (inklusive Probeentnahme oder LEEP) einen Einfluss auf das Erleben von Schmerzen, Angst oder allgemeiner Zufriedenheit mit der Behandlung hat. 82 Patientinnen wurden eingeschlossen. Interessanterweise wurde auch die Zufriedenheit des Operateurs untersucht. In der Auswertung zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in den untersuchten Merkmalen zwischen den Gruppen (Mak, N. et al., *Gynecol. Surg.* 2017; 14:14).

Kommentar

Eine interessante kleine Studie, aus der man interpretieren könnte: Angst und Stress entstehen multimodal und können nicht durch simple Ablenkungsmanöver durchbrochen werden. Das Vertrauen unserer Patientinnen ist bei unangenehmen Prozeduren vermutlich wichtiger als äussere Umstände.

m.h.

..., dass sowohl Männer als auch Frauen, die analen Sex haben, mehr Stuhlinkontinenz haben?

Eine sehr grosse amerikanische Umfragestudie, in der 6 150 Männer und Frauen hinsichtlich ihrer sexuellen Gewohnheiten und ihrer Stuhlinkontinenz befragt wurden, hat gezeigt, dass sowohl Männer als auch Frauen, die anal penetrativen Sex haben, mehr Stuhlinkontinenz haben als diejenigen, die das nicht tun. Analer Sex war häufiger bei Frauen zu finden als bei Männern (37.3% bei Frauen vs. 4.5% bei Männern). Die Rate für Stuhlinkontinenz insgesamt betrug 8.3% für Frauen und 5.6% für Männer. Bei denjenigen, die anal penetrativen Sex hatten, betrug die Rate für Stuhlinkontinenz 9.9% bei Frauen und 7.4% bei Männern. Eine Multivariantanalyse zeigte eine Risikoerhöhung (Odds-Ratio) für fäkale Inkontinenz von 2.8 bei Männern vs. 1.8 bei Frauen in dem Vergleichskollektiv mit analem Sex (*Am. J. Gastroenterol.* 2016; 111: 269–274. doi:10.1038/ajg.2015.419).

Kommentar

Was ist neu an dieser Studie? Die Studie hat gezeigt, dass sowohl Frauen als auch Männer mit analem Sex mehr unter Stuhlinkontinenz leiden als diejenigen, die das nicht tun, wobei die Odds Ratio für Männer höher liegt als für Frauen.

Die Studie unterstützt die These,

dass wie Patientinnen mit Stuhlinkontinenz auch hinsichtlich des Sexualverhaltens befragt sollten.

a.k.

..., dass Stillen vor Endometriose schützt?

Im Rahmen der prospektiven Nurses' Health Study II (1989–2011) haben Leslie Farland und Mitarbeiter den Zusammenhang zwischen Stillen und dem Auftreten von Endometriose untersucht. Insgesamt nahmen mehr als 116 000 Frauen an dieser Studie teil und 3 296 Frauen hatten die Diagnose einer laparoskopisch bestätigten Endometriose angegeben.

Bei Frauen, die weniger als einen Monat gestillt hatten, fanden sich 453 Endometriose-Fälle / 100 000 Personenjahre, während bei Frauen, die mehr als 3 Jahre gestillt hatten, 184 Endometriose-Erkrankungen / 100 000 Personenjahre auftraten. Damit konnten also Frauen mit längerer Stillzeit ihr Erkrankungsrisiko um bis zu 40% reduzieren. Pro drei Monate Stillen reduzierte sich das Endometriosierisiko um 8%, und pro drei Monate «exklusivem» Stillen (also ohne Zufüttern) sank das Risiko sogar um 14%.

Der Zusammenhang war teilweise durch die postpartale Amenorrhoe beeinflusst. Aber zusätzlich zur postpartalen Amenorrhoe scheinen auch andere, durch das Stillen hervorger-

rufene Mechanismen, das Endometriosrisiko zu modifizieren (Farland, L.V. et al. BMJ 2017; 358:j3778).
c.l.

..., dass Esmya (Ulipristalacetat) eventuell schwere Leberschäden verursachen kann?

Nachdem bekannt wurde, dass bei vier Frauen unter Esmya schwere Leberschäden auftraten (drei Frauen benötigten eine Lebertransplantation), prüft die EMA (European Medicine Agency), ob ein kausaler Zusammenhang zwischen schweren Leberschäden und Ulipristalacetat-Einnahme bei Frauen mit Myomen besteht. Bis Ergebnisse vorliegen, empfiehlt das Pharmakovigilanz-Komitee monatliche Leberfunktions-tests bei Frauen, die Ulipristalacetat wegen Myomen für längere Zeit einnehmen (Transaminasen). Beim Auftreten von verdächtigen Symptomen (Übelkeit, Erbrechen, Leberschmerzen, Appetitlosigkeit, Schwäche und Ikterus) sofortige Transaminasenbestimmung. Bei aufs Doppelte erhöhten Transaminasen sofortiger Ulipristal-Stopp.

Kommentar

Ulipristal ein Progesteronhemmer wird auch zur Notfallkontrazeption verwendet. Für diese Indikation (nur einmalige Medikamentengabe) gilt die Einschränkung nicht. Das Verfahren der EMA sollte bis Mai 2018

abgeschlossen sein. Patientinnen sollten über diese Vorkommnisse informiert werden. Die EMA empfiehlt weiterhin, dass bis dahin keine neuen Patientinnen unter Esmya gestellt werden und keine neuen Therapiezyklen begonnen werden sollten.

m.h.

..., dass nach single Embryo Transfer (sET) in 1.7 % Zwillingschwangerschaften und davon 18 % dizygote beobachtet wurden? – Wie passiert denn sowas?

Die Autoren benutzten die US-ART Datenbank (SART-CORS) der Jahre 2010–2013 zur Analyse von 32 600 sET-Zyklen (Vega M, et al Fertil Steril 2018; 109:118–22). Bei 15 143 Schwangerschaften gab es 98.3 % Einlings-SS, 1.7 % Zwillings-SS. Man berechnete die Inzidenz von dizygoten Zwillingschwangerschaften auf 18 %, d.h. 0.31 % aller SS nach sET waren dizygote Zwillinge.

Kommentar

Überrascht? Wir dachten doch, wenn schon Zwillinge nach sET, dann monozygote (durch Teilung des Embryos nach dem Transfer). Die Erklärung liegt in einer möglicherweise gleichzeitigen natürlichen Konzeption während dem IVF-Zyklus. So waren Risikofaktoren für dizygote Zwillinge eine unerklärte Sterilität und Frauen mit erhöhtem

BMI, bei welchen die Follikelpunktion oft erschwert ist, und eventuell nicht alle Follikel punktiert werden, und dann spontan ovulieren könnten. Diese Assoziation wird zusätzlich erhärtet durch die Beobachtung, dass beim Status nach Tubensterilisation und schwerer männlicher Sterilität keine dizygoten Zwillinge vorkamen. Andere Erklärungsmöglichkeiten, Labor- und klinische Fehler (d.h. irrtümlich zwei statt einem Embryo im Transferkatheter oder auch Betrug) sind eher unwahrscheinlich.

Was bedeutet das für die Praxis?

Man sollte darüber informieren, bei erhöhtem Risiko (siehe oben) zum geschützten GV während der Stimulationszyklen raten und u.U. beim Auftauzyklus eine endogene Follikelstimulation unterdrücken.

m.h.

..., dass eine Vitamin D-Supplementation (600 IU/d) in der Schwangerschaft auch bei Chinesen mit einer höheren Vitamin D-Konzentration im Nabelschnurblut und einem signifikant niedrigeren Risiko für SGA assoziiert ist?

(Rui-xue Tao et al. J. Clin. Endocrinol. Metab. 2018; 103:244–252).

Kommentar

Entsprechend unseren nationalen Empfehlungen sollten allen schwan-

geren Frauen mindestens 600IU/d Vit D verabreicht werden. Bei Mangel entsprechend mehr. Da ein solcher Mangel nicht immer klinisch evident ist, haben wir seit Jahren ein Screening im ersten Trimenon eingeführt. Etwas überraschend finden wir auch in unserem Kollektiv eine sehr hohe Inzidenz von Frauen mit einem Vitamin D-Mangel (<50nmol/l). In China sind es gar 70–80%! Dass das Vitamin D das Längenwachstum der Röhrenknochen fördert, ist seit langem bekannt. Dass aber auch die Rate an SGA-Kindern deutlich gesenkt wird, ist erstaunlich und sicherlich von grosser Relevanz, auch langfristig. Bin sehr gespannt, ob dies in grösseren, prospektiven Studien bestätigt wird. Jedenfalls konnte eine systematische Übersicht von randomisierten Stu-

dien bereits 2017 zeigen, dass das Risiko um 40% gesenkt wurde bei Frauen mit Substitution (Roth et al. BMJ 2017;359).

l.r.

..., dass eine vermehrte körperliche Aktivität mit einem niedrigeren Risiko für Frühgeburtlichkeit assoziiert ist?

(Aune D. et al. Physical activity and the risk of preterm birth: a systemic review and meta-analysis of epidemiological studies. BJOG 2017; 124:1816–1826).

Kommentar

Dieser Autor publiziert seit Jahren eine Metaanalyse nach der anderen. In der aktuellen systematischen

Übersicht der Literatur konnte gezeigt werden, dass die körperliche Aktivität während der Arbeit, aber auch in der Freizeit praktisch eine indirekte, «dosisabhängige» Beziehung zum Risiko einer Frühgeburt zeigt. Das heisst je mehr Arbeit, desto geringer das Frühgeburtenrisiko! Spannend. 2014 zeigte die gleiche Arbeitsgruppe, dass auch das Risiko für eine Präeklampsie damit gesenkt werden kann. Nun, das entspricht nicht gerade unserem Denken und Handeln. So wie wir uns nicht von der Bettruhe lösen können bei «drohender» Frühgeburt, werden unsere Sinne weiterhin diese Publikationen skotomisieren und unsere archaische Geburtsmedizin wird weiterhin dominieren.

l.r.

