

Periskop

Einmal Kaiserschnitt, immer Kaiserschnitt?

Wie gross ist das Risiko einer Uterusruptur bei Frauen mit vorangegangener Sectio caesarea? 21 von 568 Arbeiten wiesen zumindest eine «faire» Qualität auf und wurden für eine systematische Review des Problems verwendet. Im Vergleich zu einer wiederholten, elektiven Sectio caesarea erhöhte der Versuch einer Spontangeburt das Risiko einer Uterusruptur um 2,7 pro 1000 Fälle; es resultierten keine mütterlichen Todesfälle; das Risiko einer Hysterektomie 3,4 pro 10000 Geburten. Es bedürfte 370 elektiver Kaiserschnitte, um eine einzige Uterusruptur zu verhindern. Uterusrupturen sind häufiger, als bei elektiver Sectio, aber das Zusatzrisiko ist geringer als angenommen. – *Guise JM, et al. Systematic review of the incidence and consequences of uterine rupture in women with previous caesarean section. BMJ 2004;329:19-23.*

Noch einmal: **Hände waschen!** In den meisten Spitälern ist die Handhygiene ungenügend. Wieso? An 163 Ärzten wurden der «Ist-Zustand» und die Selbstbeurteilung erhoben. Insgesamt betrug die Adhärenz zu den Vorschriften (ganze) 57% – und dabei besteht zweifellos ein «Beobachtungsbias»! Was sind die Risikofaktoren? Chirurgen, Anästhesisten, Notfallmedizin und Intensivstation ...! Gute Voraussetzungen sind: Tätigkeit als Internist, einfacher Zugang zu den Reinigungsmaterialien – und der Glaube daran, dass Infektionen durch Händehygiene wirksam bekämpft werden. – *Pittet D, et al. Hand hygiene among physicians: performance, beliefs and perceptions. Ann Intern Med 2004;141:1-8.*

16% der US-Patienten mit einer ärztlichen Verschreibung nehmen gleichzeitig herbale Präparate ein – zum Beispiel **Ginseng**. In einer randomisierten, doppelblinden, plazebokontrollierten Studie wurden 20 Probanden über 4 Wochen beurteilt. Nach 2wöchiger Behandlung mit Ginseng fielen die Spitzenwerte von Antikoagulantien signifikant gegenüber Plazebo ab, im Mittel um einen INR-Wert von 0,19. Entsprechend waren die «area under the curve» des INR und die Spitzenwerte des Antikoagulans. Die Frage nach gleichzeitigem Gebrauch von Ginseng bei der Verschreibung oraler Antikoagulation ist zwingend! – *Chun-Su Yuan, et al. American ginseng reduces warfarin's effect in healthy patients. Ann Intern Med 2004;141:23-7.*

1. **Enterokokken-Sepsis:** Enterokokken sind normalerweise intrinsisch resistent gegen Aminoglykoside, ihre Zellwand ist nicht durchlässig.

Bei Enterokokkeninfekten wird die Zellwand permeabel → Aminoglykoside (Gentamycin) sollen **immer** (in Kombination mit Augmentin) eingesetzt werden. Auf die Bestimmung der Resistenz kann verzichtet werden. Und nach Behandlungsabschluss wird eine bakteriologische Kontrolle fällig. – 2. **«Feuchte Zehengrän»:** gewöhnliche Abstriche sind nicht verlässlich, tiefe Proben geben oft andere Resultate. Deshalb: tiefe Biopsie machen mit bakteriologischer Aufarbeitung; oder empirische Antibiotikawahl, z.B. Augmentin/Clindamycin. – 3. Primäre **Staphylococcus-aureus-Sepsis:** keine Chinolone (nicht getestet, Resistenz-Entwicklung, Letalität). Behandlung mit Flucloxacillin einleiten! – *Prof. W. Zimmerli, Innerschweizer Symposium.*

Vor rund 90 Jahren hat Dalziel, der Erstbeschreiber der **Crohn-Erkrankung**, auf die Ähnlichkeit zwischen Johnes Disease (zunehmende, durch *Mycobacterium avium*, *Subspecies paratuberculosis*, MAP, bedingte granulomatöse Entzündung des Intestinums in Kuhherden) und Crohn hingewiesen. Obwohl die Pathogenese des Crohn unklar ist, ist der Verdacht, dass es um eine Erkrankung durch MAP gehe, (wieder einmal) aktualisiert worden: MAP-DNA ist mit Hilfe von PCR in 90%, mit In-situ-Hybridisierung in 70% und mit RT-PCR für MAP-RNA in 100% der Erkrankten nachgewiesen worden. Ist das der Anfang vom Ende der Spekulationen um die Pathogenese des Crohn, oder erst «das Ende des Anfangs»? – *Greenstein RJ, Collins MT. Emerging pathogens: is Mycobacterium avium subspecies paratuberculosis zoonotic? Lancet 2004; 364:396-7.*

Darf's eins oder dürfen's zwei sein? In einer Studie werden 3393 Zwillinge und 5130 Einzelkinder aus **assistierter Fertilisation** (IVF) mit 10 239 aus natürlicher Konzeption resultierenden Zwillingen in bezug auf neurologische Folgen (zerebrale Lähmung, mentale Retardation, mentale Entwicklungsstörungen und psychomotorische Retardation) untersucht. Zwillinge nach natürlicher Konzeption hatten die gleiche Prävalenz neurologischer Folgekrankheiten wie Zwillinge nach IVF; die «odds ratio» war noch einmal dieselbe bei Kindern, die aus natürlicher wie assistierter Fertilisation resultierten. – Aber: Wesentlich ist, dass bei «zwei Eiern» ein kürzeres Gestationsalter und ein tieferes Geburtsgewicht resultieren! 40% der «Erfolge» der IVF sind nicht Erfolge, sondern Überdosen: Zu viele Eier im selben Nest! – *Pinborg A, et al. Neurological sequelae in twins born after assisted conception. BMJ 2004;329:311-4 (Editorial 302-3).*

Périscope

Césarienne un jour, césarienne toujours? Quel est le risque de rupture utérine après une première césarienne? 21 travaux sur 568 ont pour le moins une qualité «honnête» et ont été examinés pour une revue systématique du problème. Comparativement à une césarienne électorale, la tentative d'accouchement spontané a augmenté le risque de rupture utérine de 2,7 cas pour 1000; il n'y a eu aucun décès maternel; le nombre d'hystérectomies a été de 3,4 pour 10000 naissances. Il faudrait 370 césariennes électorales pour prévenir une seule rupture utérine. Les ruptures utérines sont plus fréquentes qu'avec une césarienne électorale, mais le risque additionnel est plus faible que supposé. – *Guise JM, et al. Systematic review of the incidence and consequences of uterine rupture in women with previous caesarean section. BMJ 2004;329:19-23.*

Encore une fois: **lavez-vous les mains!** Dans la plupart des hôpitaux, l'hygiène des mains est insuffisante. Pourquoi cela? La situation actuelle et l'auto-évaluation ont été enregistrées chez 163 médecins. L'adhérence aux prescriptions (à toutes) a été de 57% – et il y a sans aucun doute un «biais d'observation»! Quels sont les facteurs de risque? Chirurgiens, anesthésistes, médecine intensive et d'urgence ...! Les bonnes conditions sont: travail d'interniste, accès simple aux produits de nettoyage – et confiance que les infections peuvent être efficacement combattues par l'hygiène des mains. – *Pittet D, et al. Hand hygiene among physicians: performance, beliefs and perceptions. Ann Intern Med 2004;141:1-8.*

16% des patients américains ayant une ordonnance médicale pour un anticoagulant prennent en même temps des spécialités à base de plantes – du **ginseng** par exemple. Une étude randomisée, en double aveugle et contrôlée contre placebo a suivi 20 sujets pendant 4 semaines. Après 2 semaines de traitement par le ginseng, les INR sous anticoagulants ont diminué significativement par rapport au placebo, de 0,19 points en moyenne. Les «aires sous la courbe» des anticoagulants ont été parallèles à ces baisses de l'INR. La question de la prise de ginseng sous anticoagulation orale doit être abordée de toute urgence! – *Chun-Su Yuan, et al. American ginseng reduces warfarin's effect in healthy patients. Ann Intern Med 2004;141:23-7.*

1. **Septicémie à entérocoques:** les entérocoques sont normalement intrinsèquement résistants aux aminoglycosides, leur membrane cellulaire

n'est pas perméable. Dans les infections à entérocoques, la membrane devient perméable → les aminoglycosides (gentamicine) doivent **toujours** être utilisés (en association à Augmentin). Il est possible de renoncer à déterminer la résistance. Et aucun examen bactériologique n'est nécessaire après la fin du traitement. 2. **Gangrène humide des orteils:** les frottis standards ne sont pas fiables, les prélèvements profonds donnent souvent d'autres résultats. Donc: faire des biopsies en profondeur avec examen bactériologique; ou antibiothérapie empirique, par ex. Augmentin/clindamycine. 3. **Septicémie à *Staphylococcus aureus*** primaire: pas de quinolones! (pas testées, résistance, mortalité). Traitement par flucloxacilline! – *Prof. W. Zimmerli, symposium suisse centrale.*

Il y a à peu près 90 ans que Dalziel, le premier à avoir décrit la **maladie de Crohn**, a attiré l'attention sur la similitude entre la maladie de Johnne (maladie granulomateuse de l'intestin dans des troupeaux de vaches, de plus en plus fréquente, due à *Mycobacterium avium*, sous-espèce *paratuberculosis* ou MAP) et le Crohn. Bien que la pathogenèse du Crohn soit mystérieuse, la suspicion qu'il s'agisse d'une maladie due au MAP a été (ré)actualisée: l'ADN du MAP a été mis en évidence par PCR dans 90%, par hybridation in situ dans 70% et l'ARN de MAP par RT-PCR chez 100% des malades. Est-ce le début de la fin des spéculations sur la pathogenèse du Crohn, ou seulement la fin du début? – *Greenstein RJ, Collins MT. Emerging pathogens: is Mycobacterium avium subspecies paratuberculosis zoonotic? Lancet 2004;364:396-7.*

Peut-il y en avoir un ou deux? Une étude a comparé 3393 jumeaux et 5130 enfants nés par **fertilisation assistée** (IVF) à 10 239 jumeaux issus d'une conception naturelle quant à leurs séquelles neurologiques (paralysie cérébrale, retard mental, troubles du développement mental et retard psychomoteur). Les jumeaux issus d'une conception naturelle avaient la même prévalence de séquelles neurologiques que ceux issus d'une IVF; l'odds ratio a également été le même chez les enfants nés par conception naturelle et chez ceux nés par fertilisation assistée. Mais le plus important est que «deux œufs» ont donné une durée de gestation plus brève et un poids de naissance plus bas! 40% des «succès» de l'IVF ne sont en fait pas des succès, mais des surdoses: trop d'œufs dans le même nid! – *Pinborg A, et al. Neurological sequelae in twins born after assisted conception. BMJ 2004;329:311-4 (Editorial 302-3).*