Gynäk. Rdsch. 1983;23:273-274

Metronidazolprophylaxe bei der abdominalen Hysterektomie

T.		Manthorpe
T.		Justesen

Gynecological Department YA, Ringhospitalet, and Clinical Bacteriological Department, Institute of Microbiology, University of Copenhagen, Denmark

In einer prospektiven randomisierten Doppelblindstudie wurde bei jeweils 77 Frauen, die zwischen November 1975 und Dezember 1977 einer abdominalen Hysterektomie unterzogen wurden, der Wert einer Metronidazolprophylaxe untersucht. Die prophylaktische Medikation wurde am Tag vor der Operation mit 2 g Metronidazol bzw. Plazebo per os begonnen und vom 1. bis zum 3. postoperativen Tag mit 2mal 400 mg Metronidazol täglich fortgesetzt. Die Hysterektomie wurde nach der von Aldridge angegebenen Weise nach exakter Desinfektion der Haut und der Vagina vorgenommen. Nach Entfernung des Uterus wurde bis zum Ende der Operation ein mit einer 0,2%igen Chloraminlösung getränkter Gazestreifen in die Scheide eingelegt. Aus der Scheide und aus der Subkutis wurden Abstriche zur mikrobiologischen Untersuchung entnommen.

Die Ergebnisse zeigen, dass Wundheilungsstörungen in 18% der Patienten der Metronidazolprophylaxegruppe und nur in 13 % der Patienten der Plazebogruppe auftraten. Die bakteriologisch bestätigte Wundinfektionsrate lag in beiden Gruppen bei 3,9%. Nur eine der Infektionen wurde durch Anaerobier hervorgerufen, diese trat jedoch in der Plazebogruppe auf. Die Aufenthaltsdauer war nicht unterschiedlich, Infektionen im kleinen Becken wurden nicht beobachtet. Die Untersuchungen der Vaginalflora zeigten in der Plazebogruppe signifikant häufiger anaerobe Keime als in der Prophylaxegruppe.

Für die Praxis liegt der Wert der Arbeit in der klaren Aussage, dass eine generelle Metronidazolprophylaxe im Rahmen der abdominalen Hysterektomie nicht gerechtfertigt ist. Es wird deutlich gezeigt, dass lokale desinfizierende Massnahmen und eine entsprechende Operationstechnik geeignet sind, infektionsbedingte Komplikationen zu verhindern.

Kurzfassungen von Zeitschriftenartikeln

274

Für die Klinik ist die Erkenntnis wesentlich, dass die Kultivierung von xeaeroben Keimen in der Scheide nicht mit einem höheren Infektionsrisiko verbunden ist. Der kulturelle Keimnachweis sollte daher nur bei eingetretener Infektion eingesetzt werden, damit eine gezielte Therapie durchgeführt werden kann.

K. Philipp, Wien

Aus: Acta obstet. gynec. scand. 61: 299-305 (1982); cit. Gynäk. Rdsch. 23: 274-275 (1983)

Fetale Gewichtsschätzung durch Ultraschallbiometrie und Berechnung nach einer neuen Formel

Estimation of Fetal Weight by Ultrasound Measurement and Development of a New Formula

Sturla H. Eik-Nes, Per Grottum

Department of Obstetrics and Gynecology and Department of Radiology, Alesund Central Hospital, Alesund; Computer Department, Rikshospitalet, Oslo, Norway

Die moderne Geburtshilfe erwartet von der Ultraschallbiometrie eine möglichst genaue intrauterine Gewichtsbestimmung des Feten. Der vorliegenden Studie liegt eine 1978 von Hansmann in «Ultraschalldiagnostik» publizierte Arbeit über «Mehrparametrische nichtlineare fetale Gewichtsschätzung mittels Ultraschall» zugrunde. Die Autoren haben aus mehreren komplizierten mathematischen Gleichungen eine Formel entwickelt, die aus der Kombination der intrauterinen Ultraschallmessungen des fetalen biparietalen Schädeldurchmessers (BPD) und des queren abdominalen Durchmessers (ATD) eine sehr genaue intrauterine Gewichtsbestimmung des Feten möglich macht.

Die mehrmaligen Messungen der beiden fetalen Parameter BPD und ATD wurden an 396 Feten mit Geburtsgewichten von 680-5080 g durchgeführt.

Die Ultraschallbiometrie erfolgte ausschliesslich durch vier Untersucher innerhalb von 4 Tagen vor der Geburt. Retrospektiv wurden 5 Gewichtsklassen (unter 2000 g, 2001-3000, 3001-3500, 3501-4000 und über 4000 g) gebildet; aus jeder Gruppe wurden 30 Feten herausgenommen und einer Computeranalyse unterzogen. Damit wurde das Überwiegen der mittleren Gewichtsklassen verhindert, welche Berechnungsfehler im oberen Metronidazole Prophylaxis in Abdominal Hysterectomy