



Die Eröffnungsphase dauert heute bei Nulliparae 2,6 Stunden länger.

© Klaus Rose

Wehen dauern heute länger

Zehn bis zwölf Stunden, so lange dauert die Eröffnungsphase der Geburt, wobei es von Frau zu Frau große Unterschiede gibt. Diese Phase hat sich in den vergangenen Jahrzehnten verlängert.

— Wissenschaftler vom National Institute of Child Health and Human Development verglichen 39 491 Geburten von 1959 bis 1966 mit 98 359 Geburten von 2002 bis 2008. Dabei betrachteten sie nur Geburten, bei denen die Wehen von selbst eingesetzt hatten. Mehrlingsgeburten wurden nicht mit gezählt

Ihrer Analyse zufolge dauert die Eröffnungsphase bei Nulliparae heute im Mittel 2,6 Stunden, bei Multiparae 2,0 Stunden länger. Zum Teil konnten die Wissenschaftler diese Differenz selbst klären: Die Mütter sind heute älter ($26,8 \pm 6,0$ versus $24,1 \pm 6,0$ Jahre) und schwerer ($29,9 \pm 5,0$ versus $26,3 \pm 4,1$ kg/m²).

Die Periduralanästhesie spielt eine größere Rolle, sie verlängert die Wehenphase um 40 bis 90 Minuten. Heute nutzen sie rund 55% der Frauen, in den sechziger Jahren waren es nur 4%.

Kommentar

Die dargestellten demografischen Veränderungen allein können die verlängerte Eröffnungsphase der Geburt nicht erklären. Weitere extensive Untersuchungen sind hier erforderlich.

K. MALBERG ■

■ **S. K. Laughon et al.** (Epidemiology Branch, NICHD, National Institutes of Health, 6100 Executive Blvd., Room 7B03, Rockville, MD 20852, USA; E-mail: laughonsk@mail.nih.gov) Changes in labor patterns over 50 years. Published on 12 March 2012 in Am J Obstet Gynec 2012

ASS doch wirksam nach tiefer Beinvenenthrombose

Vielfach haben Gefäßmediziner in der Sekundärprävention nach einer Thromboembolie ASS verabreicht, nachdem sie konventionelle orale Antithrombotika abgesetzt hatten. Dafür gab es bis jetzt keine evidenzbasierte Grundlage. Eine Studie ergab nun, dass die Gabe von ASS das Risiko einer erneuten venösen Thromboembolie (VTE) um mehr als die Hälfte reduzieren kann.

— 205 Patienten bekamen nach einer zuvor durchgeführten konventionellen Behandlung mit Warfarin über 6–18 Monate nach einem ersten idiopathischen thromboembolischen Ereignis entweder 100 mg ASS täglich oder Placebo. Die Beobachtungszeit betrug zwei Jahre. In der ASS-Gruppe traten 28, in der Placebogruppe 43 venöse Thromboembolien auf (6,5 vs. 11,2% per Patient-jahr). Das Risiko für eine venöse Thromboembolie reduzierte sich in der ASS-Gruppe um 42% (Hazard Ratio: 5,58; 95%-Konfidenzintervall: 0,36–0,93) im Vergleich zu Placebo.

Die Blutungskomplikationen waren in beiden Gruppen gleich. Sowohl in der

ASS- als auch in der Placebogruppe kam es zu einer größeren Blutung. Auch die Anzahl der kleineren Blutungen war in beiden Gruppen identisch (drei klinisch relevante kleinere Blutungen). Die Mortalität war nicht signifikant unterschiedlich.

Die Autoren kamen zur Auffassung, dass ASS eine preiswerte und sinnvolle Option in der Sekundärprävention nach einer durchgemachten Thrombose ist.

■ **C. Becattini** Abstract 543, 53. Annual Meeting of the American Society of Hematology, San Diego 2011

Kommentar

ASS ist nach einer venösen Thromboembolie doch nicht – wie lange angenommen – als Placebo anzusehen. ASS reduziert nach tiefen Beinvenenthrombosen und Lungenembolien signifikant das Risiko für erneute thromboembolische Ereignisse im Vergleich zu Placebo. Die Blutungsraten sind unter ASS acht- bis zehnfach niedriger als unter oralen Antikoagulanzen. Im Vergleich zu modernen Antithrombotika wie Rivaroxaban oder Dabigatran ist ASS in der Sekundärprävention nicht ganz so gut wirksam. In vorangegangenen Studien haben diese neuen Gerinnungshemmer das Thromboembolie-Rezidivrisiko um 80–90% gesenkt. Nach Abschluss einer konventionellen antithrombotischen Behandlung mit oralen Antikoagulanzen ist ASS offenbar eine Option für eine Reduktion von thromboembolischen Ereignissen nach einer ersten idiopathischen Thromboembolie.

C. DIEHM ■