4 Post-Kongress-Ausgabe

gynkongress

Offizielle Kongresszeitung zum DGGG 2016

DGGG 2016
19.–22.10.2016 · Stuttgart

Im Mittelpunkt der Abschlussveranstaltung stand der Rückblick auf die Kongress-Highlights.

Moderne Frauengesundheit: individuell, integrativ und interdisziplinär

Mit dem 61. DGGG-Kongress ging ein erfolgreicher und mit spannenden Themen besetzter Kongress zu Ende. In bewegenden Abschlussstatements dankten die Mitglieder des Programmkomitees der Kongresspräsidentin Prof. Sara Brucker und ihrem Team. Es waren sich alle einig, dass die Zukunft der Frauengesundheit in der interdisziplinären Zusammenarbeit liegt, dass Qualitätssicherung und strukturierte Kooperation wichtige Bausteine sind und dass neben der Notwendigkeit einer evidenzbasierten Medizin die Individualität der Patientin und ihrer Erkrankung nicht aus dem Auge verloren werden darf.

Motivation, Stolz und Nachwuchsförderung – mit diesen drei Begriffen hatte Kongresspräsidentin Prof. Sara Y. Brucker in der Eröffnungsveranstaltung ihre persönliche Vision für den Kongress umrissen. „Ich wollte, dass der zündende Funke überspringt, und er ist übergesprungen“, resümierte sie in ihrer Abschlussrede. Mit 5.138 Teilnehmern ist ein neuer Teilnehmerrekord erzielt worden. „Lassen Sie uns weiter in die Zukunft schreiten und die Ideen und Perspektiven mitnehmen, die Ihnen dieser Kongress hoffentlich gegeben hat“, rief Brucker den Teilnehmern zu. Die Frauengesundheit müsse weiterhin Motor für Innovation für die gesamt Medizin sein.

Prof. Annette Hasenburg

Die Subdisziplin **Gynäkologie** fasste Prof. Anette Hasenburg, Mainz, mit einem Zitat der Kongresspräsidentin Brucker zusammen: Die moderne Frauengesundheit ist individuell, integrativ und interdisziplinär und sie ist international, wie Hasenburg ergänzte. Es bestehe auch eine Verantwortung für die Länder in der Dritten Welt und die dort anstehenden Themen, wie das Umsetzen von Screening-Maßnahmen oder das Thema Genitalverstümmelung.

Prof. Anton Scharl

In der **Gynäkologischen Onkologie** ist laut Prof. Anton Scharl, Amberg, die „weise Beschränkung“ auf das Wesentliche ein zentrales Thema. Manchmal ist sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie weniger mehr, so Scharl. Dies setze unter anderem Interdisziplinarität und Individualisierung voraus. Er forderte Minimalisierung mit Augenmaß und strukturierte Kooperation.

Prof. Christine Solbach

Prof. Christine Solbach, Frankfurt/Main, fokussierte für die **Senologie** auf die Brustdiagnostik, die Systemtherapie und die operative Therapie. Innovative neue diagnostische Verfahren sind die Tomosynthese sowie die Hybrid- und Fusionsmethoden. Für eine immer individuellere Behandlung befinden sich Multigen-Assays, die Testung von mittels Liquid Biopsy gewonnenen Tumorzellen sowie der Stellenwert der Axilladissektion in der klinischen Prüfung.

Prof. Christl Reisenauer

„Die **Urogynäkologie** ist der vierte Schwerpunkt unseres Faches“, resümierte Prof. Christl Reisenauer, Tübingen. Der Kongress habe dazu beigetragen, die an Leitlinien ausgerichtete Diagnostik und Therapie in die Breite umzusetzen. Ziel eines jeden urogynäkologischen Eingriffs ist nicht nur die Wiederherstellung der Anatomie, sondern der Erhalt der Funktionalität, so Reisenauer.

Prof. Thomas Strowitzki

Großen Zuspruch fanden die gynäkologische **Endokrinologie** und die Reproduktionsmedizin, berichtete Prof. Thomas Strowitzki, Heidelberg. Er sprach unter anderem die Hormonersatztherapie an. Hier habe endlich eine Neubewertung stattgefunden. Bei der Reproduktionsmedizin gehe es nicht nur um Schwangerschaftsraten, sondern um präkonzeptionelle Gesundheit und um Risikostratifizierung.

Prof. Frank Louwen

Prof. Frank Louwen, Frankfurt/Main, dankte der Kongresspräsidentin für ihr Vertrauen. Die **Geburtshilfe- und Pränatalmedizin** sei wieder in der DGGG angekommen. Ein besonderes Highlight war die Keynote Lecture zum Thema Microbiomics in der Schwangerschaft. „Wir haben gelernt, dass die Antibiose während der Schwangerschaft und unter der Geburt direkte Auswirkungen für unsere Nachkommen hat und dass wir möglicherweise unsere Leitlinien ändern müssen“, so Louwen.

Mit Prof. Birgit Seelbach-Göbel hat die DGGG erstmals eine Präsidentin – symbolisch erhält sie den „Goldenen Füller“ aus der Hand des bisherigen Präsidenten Prof. Diethelm Wallwiener.

PD Brigitte Rack

Das große Schlagwort der **Translationalen Frauenheilkunde** ist die personalisierte Medizin. „Wir versuchen über Biomarker die bestmögliche Effektivität der Behandlung bei möglichst geringer Toxizität zu erreichen“, betonte PD Brigitte Rack, München. Hier wurden große Fortschritte erzielt. Die translationale Forschung, so Rack, wird – eingebunden in einem Netzwerk verschiedener Berufsgruppen – die Zukunft sein.

Zum Ende seiner Amtszeit übergab der DGGG-Präsident Diethelm Wallwiener symbolisch den „Goldenen Füller“ an seine Nachfolgerin Prof. Birgit Seelbach-Göbel, Regenburg, mit den Worten, dass das Zepter des Vorstandes bei ihr in den besten Händen sei.

Mit Seelbach-Göbel steht erstmals eine Frau an der Spitze der DGGG. Sie dankte dem scheidenden Präsidenten für seine großartige Arbeit, die „wir fortsetzen werden, aber es wird auch neue Akzente geben.“ Wichtige Schwerpunkte ihrer Arbeit sieht sie in der wissenschaftlich fundierten Qualitätssicherung. Der nächste DGGG-Kongress 2018 in Berlin wird unter dem Motto stehen: Frauenheilkunde im Fokus, wissenschaftlich fundiert und der Qualität verpflichtet.

Inhalt

Moderne Frauengesundheit: individuell, integrativ, interdisziplinär 1
Hyperemesis gravidarum 2
Urogynäkologie aus Sicht einer Assistenzärztin 3
Interview mit Kongresspräsidentin Prof. Sara Brucker 4
Wahlergebnisse in der DGGG-Mitgliederversammlung vom 22.10.2016 5
Endometriose im Fokus 5
Plazentationsstörungen 6
Prä- und peripartale urogenitale Infektionen 6
Mammasonografie im Wochenbett .. 8
Die Zukunft der Prävention des Zervixkarzinoms in Deutschland 8
Uterine Sarkome 10
Längere Aufenthaltsdauer – schlechtere Perinataldaten: Ist Akkulturation für Migrantinnen ein Risikofaktor? 10
Vorbereitung auf die Facharztprüfung 11
Die DGGG-Night am 20.10.2016 – „So ein schöner Tag ...!" 12
Geburtshilfliche Probleme nach Beschneidung 14
Genitale Verstümmelung – ein globales Problem 14
Thermofusion – vom Experiment zur praktischen Bedeutung 16
Entwicklung von Zyklus-Computern 16
Late Breaking News: Neue Einschlusskriterien für die BRCA1/2-Genanalyse 18
Zervixkarzinom: Ist laparoskopisches Staging vorteilhaft? 18
Brustmilch-Stammzellen 19
Polyzystisches Ovarsyndrom – Diagnostik, Therapie und Prävention 20
Die Last mit der Lust: Sexuelle Funktionsstörungen und Langzeitfolgen bei gynäkologischen Karzinomen 20
Die Lutealinsuffizienz: eine vermeidbare Fehldiagnose 22
Verantwortungsvoller Einsatz von MRgFUS und UAE bei Uterusmyomen 22
Impressum 2

Impressum

Verlag
publimed Medizin und Medien GmbH
Paul-Heyse-Str. 28 · 80336 München
Tel. (089) 51 61 61 71
Fax (089) 51 61 61 99
gynkongress-dggg@publimed.de
www.publimed.de
Geschäftsführer: Dr. Uwe Schreiber

Redaktion
Stephanie Mohr (verantwortlich)
Tel. (089) 51 61 61 74
Martina Mehring
Tel. (089) 51 61 61 76
Anja Zimmermann
Tel. (089) 51 61 61 66

Anzeigen
Damian Binger (verantwortlich)
Tel. (02421) 994 69 39

Herstellung
dm druckmedien gmbh
80336 München

Alle Rechte, wie Nachdruck, auch von Abbildungen, Vervielfältigungen jeder Art, Vortrag, Funk, Tonträger und Fernsehsendungen sowie die Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlags.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden in den Texten häufig maskuline Personenbezeichnungen wie „Arzt" oder „Gynäkologe" verwendet, womit gleichermaßen Personen weiblichen und männlichen Geschlechts gemeint sein können.

Schwangerenbetreuung

Hyperemesis gravidarum

Die Hyperemesis gravidarum (HG) ist mit einer Inzidenz von 0,5–2% eine häufige Erkrankung in der Schwangerschaft. Dennoch wird sie vielfach in ihrer Auswirkung auf das mütterliche Befinden unterschätzt und damit nicht ausreichend therapiert.

Die HG ist von regionalen, sozialen und zeitlichen Unterschieden geprägt und kann mit einem massiven Verlust der Lebensqualität einhergehen. Unsere Aufgabe ist es daher, der betroffenen Schwangeren mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. Dies setzt gute Kenntnisse des Krankheitsverlaufs, der Therapiemethoden und deren Auswirkungen auf Mutter und Kind im Beratungsgespräch voraus.

Von einer HG spricht man bei einem persistierenden Erbrechen mit einer Frequenz von mehr als fünfmal pro Tag, das von Dehydratation und Azidose durch erschwerte Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Alkalose durch HCI-Verlust und Hypokaliämie begleitet wird und zu einer Gewichtsabnahme > 5 % führt. Bei 50 % der betroffenen Schwangeren ist eine Besserung der Beschwerden in der 14. SSW zu erwarten. In der 22. SSW sind bereits über 90 % beschwerdefrei. In bis zu 20 % aller Schwangerschaften allerdings persistiert die Übelkeit, wenn auch nicht immer als HG, über den gesamten Verlauf der Gravidität.

Gravierende Folgen und protektive Effekte der HG

In der industrialisierten Welt ist die Prognose von Mutter und Kind bei behandelter HG gut. Dennoch werden auch hier Fälle mit fortgeschrittenen Vitamin- und metabolischen Störungen berichtet, bis hin zu Wernicke-Enzephalopathie, zentraler pontiner Myelinolyse, Vasospasmus der Zerebralarterien, Rhabdomyolyse, Koagulopathie, peripherer Neuropathie und Pneumomediastinum nach Ösophagusruptur. Demgegenüber werden protektive Effekte durch eine HG bezüglich einer geringeren Rate an Fehlgeburten, intrauterinen Fruchttoden, Plazentainsuffizienzen oder fetalen Spaltbildungen beschrieben. Fetale Fehlbildungen werden bei Vorliegen einer HG nicht gehäuft beobachtet. Bei einem maternalen Gewichtsverlust zu Beginn der Schwangerschaft von > 5 % bezogen auf das Ausgangsgewicht sind beim Neugeborenen niedrigere Geburtsgewichte bzw. eine verkürzte Gestationszeit und verlängerte postpartale stationäre Behandlungsintervalle zu erwarten.

Die Ätiologie der HG ist weitgehend ungeklärt. Es gibt Risikofaktoren wie beispielsweise ein junges Alter der Mutter in der ersten Schwangerschaft, eine hyperthyreote Stoffwechsellage, Migrationshintergrund, vorbestehendes Asthma, Diabetes und gastrointestinale Störungen, u. a. Nicht zuletzt besteht im Zustand nach HG in einer vorbestehenden Schwangerschaft ein höheres Wiederholungsrisiko. Darüber hinaus sind hormonelle Einflüsse (HCG, Progesteron, Östrogen, etc.) und eine Assoziation mit einer Helicobacter pylori-Infektion vielfach beschrieben worden.

Diagnosestellung

Für die Diagnosestellung richtungsweisend sind neben den klinischen Symptomen die Abweichung der Laborwerte von der Norm und der für Ketone positive Urinstatus. Zur Bestätigung einer intrauterinen Gravidität und zum Ausschluss einer Trophoblasterkrankung oder Neoplasie sollte neben der Laboruntersuchung eine Sonografie durchgeführt werden. In Abwesenheit von Blutungen ist eine spezielle pränatalmedizinische Untersuchung nicht erforderlich. Bei länger anhaltendem Erbrechen und ausgeprägter Symptomatik müssen differenzialdiagnostische Ursachen in Betracht gezogen werden.

Diagnosestellung bei Hyperemesis gravidarum

Klinische Symptome
- Übelkeit und Erbrechen
- Temperaturanstieg
- Ikterus
- Benommenheit
- geistige Verlangsamung
- Delirium

Laborwerte
- Hämatokrit
- Elektrolyte
- Transaminasen
- Bilirubin
- Schilddrüsenwerte

Urinstatus
- für Ketone positiv

Sonografie Uterus
- intrauterine Gravidität
- Ausschluss Trophoblasterkrankung

Differenzialdiagnostische Ursachen abklären
bei länger anhaltendem Erbrechen und ausgeprägter Symptomatik
- gastrointestinal
- metabolisch,
- urogenital,
- neurologisch,
- Medikamenten-Nebenwirkung, u. a.

Richtungsweisend bei HE sind neben den klinischen Symptomen die Abweichung der Laborwerte von der Norm und eine Ketonurie.

Einfache und erweiterte Behandlungsoptionen

Zu verfügbaren Therapieoptionen bei HG siehe Tab. 2. Bei mildem Verlauf ist die HG in der Regel selbstlimitierend. Neben einer Anpassung der Ernährung und einer psychologischen Betreuung (Reduktion von Stress) sollten alternative Ansätze zur Therapie genutzt werden. Hier besteht in der Regel eine hohe Akzeptanz der Schwangeren. Sollten diese Maßnahmen nicht ausreichen, ist eine medikamentöse Therapie zur Symptomkontrolle indiziert. Diese sollte in einem Stufenschema erfolgen.

Bei der Gabe von Medikamenten der dritten Stufe kann je nach Klinik der Patientin die eine oder andere Substanz vorteilhaft sein. Dies gilt insbesondere für Metoclopramid, welches die Darmmotalität fördert. Sollte eine orale Einnahme nicht möglich sein, können alle Substanzen i. v. verabreicht werden. Bei therapierefraktärer HG stehen mit dem Antidepressivum Mirtazapin, dem Benzodiazepin Diazepam und dem Glucocorticoid Methylprednisolon interessante Behandlungserweiterungen zur Verfügung. Die Datenlage zu den zuletzt genannten Medikamenten bei der Behandlung der HG ist spärlich. Dennoch gibt es keinen Grund, diese Therapieoptionen ungenutzt zu lassen.

Fallbezogene Abwägung

In Abhängigkeit von den Beschwerden der Patientin sollte generell versucht werden, die mit einer ausreichenden Lebensqualität verbundene niedrigste Medikation anzustreben. Ein Schwangerschaftsabbruch aus psycho-vegetativen Gründen kann in den meisten Fällen durch eine ausreichende supportive Therapie vermieden werden. Wie schnell die Medikamente reduziert oder abgesetzt werden können, muss individuell entschieden werden.

Ab einer HG Grad 2 sollte eine stationäre Aufnahme erfolgen. Zu diesem Zeitpunkt zeigt die Patientin nicht nur eine Exsikkose, sondern in der Regel einen Mangel an Kohlenhydraten, eine metabolische Ketoazidose und gesteigerte Lipolyse. Ebenfalls sind Elektrolytveränderungen möglich.

Therapie der HG

Grundlegende Maßnahmen
- Anpassung der Ernährung, Stressreduktion von Stress
- Akupunktur
- Akupressur
- Kräutertherapie
- Ingwer

Medikamentöse Therapie
- **Stufe 1:** Substitution von Pyridoxin 10–75 mg/d p.o. und Thiamin (100 mg p.o.) Initialtherapie mit Meclozin oder Doxylamin. In Deutschland gängig: Doxylamin 12,5 – 0 – 12,5 mg initial.
- **Stufe 2:** Ondansetron (4–8 mg p.o.).
- **Stufe 3:** Dimenhydrinat, Metoclopramid, Diphenhydramin und Promethazin
- **Stufe 4:** Mirtazapin, Diazepam, Methylprednisolon

Mehrstufige medikamentöse Therapieoptionen ergänzen die grundlegenden Maßnahmen.

Die Behandlung erfolgt durch einen sofortigen Kostaufbau, Volumen- und Elektrolytsubstitution, die parenteralen Gabe von Kohlenhydrat- und Aminosäurelösungen sowie die Gabe von Vitaminen und Antiemetika. Die erforderliche intravenöse Flüssigkeitszufuhr und Ernährung verfolgt dabei das Ziel einer zeitnahen, möglichst baldigen vollständigen enteralen Ernährung. Der Kalorienbedarf der Patientin wird dabei oft unterschätzt. Eine Rehydrierung sollte initial über 48 h versucht werden. Gelingt in dieser Zeit kein adäquater Kostaufbau, muss eine parenterale Ernährung begonnen werden. Diese setzt nicht zwingend einen zentralen Venenkatheter voraus, sondern kann initial peripher venös mit einem Dreikammerbeutel (z. B. *SmofKabiven peripher*) begonnen werden.

Die HG ist eine Schwangerschaftserkrankung mit wahrscheinlich multifaktorieller Genese. Sie kann für die betroffene Schwangere mit einer starken Einschränkung der Lebensqualität einhergehen. Aufgrund der fehlenden Evidenz können keine kausalen Therapiestrategien empfohlen werden. Das therapeutische Regime basiert daher auf einer stringenten symptomatischen Behandlung und einer fallbezogenen Abwägung der Therapieoptionen.

Korrespondenzautor

Prof Dr. med. Harald Abele
Perinatalzentrum Universitätsklinikum Tübingen
Universitäts-Frauenklinik
harald.abele@med.uni-tuebingen.de

Nachwuchsförderung

Urogynäkologie aus Sicht einer Assistenzärztin

Die Worte „Assistenzärztin" und „Urogynäkologie" in einem Satz sind fast schon etwas Besonderes. Denn der Fachbereich ist bei Assistenzärzten nicht so beliebt wie andere Bereiche in der Frauenheilkunde – zu Unrecht!

Die Urogynäkologie wird oft als Stiefkind unseres Fachgebiets betrachtet. Sie wird im klinisch-gynäkologischen Alltag meist nur als Randnotiz wahrgenommen, geht oft einfach so nebenher und wird nicht selten ausgelagert in periphere kleinere Krankenhäuser fern ab dem universitären Großgeschehen. Steht dann doch einmal eine einfache vaginale Hysterektomie mit vorderer und hinterer Kolporrhaphie oder gar ein klassischer Burch auf dem OP-Plan, so wird die oder der meist von einem alteingesessenen Oberarzt durchgeführt, der damals – als er noch jung war – hunderte davon gemacht hat. Und überhaupt: Bei dem vollen OP-Programm heute sollte das jemand schnell wegoperieren, der sich damit auskennt.

OP-Erfahrungen sind das eine...

Und da ausreichend PJ-ler und Gastärzte zur Verfügung stehen, ist die Bewältigung der Stationsarbeit mit pünktlichem Feierabend verständlicherweise verlockender, als um den Platz am Tisch zu kämpfen. Da ist das Gewinnen urogynäkologischer OP-Erfahrungen im Rahmen der Facharztausbildung durchaus eine Herausforderung.

... die Diagnostik das andere

Das Erlernen des operativen Handwerks ist aber nur die eine Seite der Medaille. Bis man eine Operation indizieren und irgendwann dann auch durchführen kann, muss natürlich eine adäquate Diagnostik erlernt werden. Glücklich können sich diejenigen schätzen, die an Häusern mit Ambulanzzulassung arbeiten, wo eigens für die Urogynäkologie eine Spezialsprechstunde eingerichtet ist und man die Thematik im Rahmen seiner Ausbildung gebündelt serviert bekommt. Wer dann auch noch tatsächlich eine ganze Rotation in der urogynäkologischen Sprechstunde bekommen hat, der hat auf dem Weg zum Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe fast schon ein Alleinstellungsmerkmal ergattert – und keine Strafe, wie so oft vielleicht empfunden von jungen Kollegen.

Ein Fach mit Zukunftsperspektive

Aber warum ist die Urogynäkologie für junge Assistentinnen und Assistenten in der Weiterbildung nicht so sexy wie andere Bereiche der Frauenheilkunde?

Eigentlich unverständlich, darf die Urogynäkologie doch durch die zunehmende Enttabuisierung dieses Themas einem stetig wachsenden Patientinnenaufkommen in der Gesellschaft entgegenblicken. Das operative Potpourri ist gleichermaßen vielfältig und kreativ mit deutlicher Quality-of-Life-Steigerung für betroffene Frauen bei angenehm kurzen OP-Zeiten, was dem Behandler nicht selten zahlreiche zufriedene Patientinnen beschert. Und darüber hinaus gibt es eine Vielzahl unbeackerter Forschungsbereiche in dieser Subdisziplin. Was will man also mehr?

Vielleicht ist es auch einfach mal wieder an der Zeit, sich sowohl als Lernender, als auch als ausbildende Klinik wieder auf die Urogynäkologie und mit ihr auf eine Kernkompetenz der Frauenheilkunde zu besinnen: dem Behandeln pelviner Dysfunktionen mit all seinen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten.

Autorin

PD Dr. med. Kerstin A. Brocker, MSc.

Frauenheilkunde und Geburtshilfe
UniversitätsKlinikum Heidelberg
kerstin.brocker@med.uni-heidelberg.de

ANZEIGE

Kongresspräsidentin Prof. Sara Y. Brucker zieht eine positive Bilanz des 61. DGGG-Kongresses.

Interview mit Prof. Dr. Sara Y. Brucker

Ein neuer Teilnehmerrekord spiegelt die Begeisterung für das Fach

Als erste Kongresspräsidentin der DGGG wollte Prof. Sara Y. Brucker auf dem 61. DGGG-Kongress Begeisterung und Motivation für das Fach wecken. Im Interview zieht sie ihre persönliche Bilanz.

? Frau Prof. Brucker: Vier Tage DGGG-Kongress, wie sind Sie zufrieden?

Der 61. DGGG-Kongress war mit 5.300 Teilnehmern ein voller Erfolg. Das Motto „Frauengesundheit: Verantwortung – Perspektiven“ zog sich durch das gesamte wissenschaftliche Programm. Hochkarätige Referenten setzten Impulse zu aktuellen Themen, die Spitzenreferate „Frauenheilkunde kompakt“ präsentierten neue wissenschaftliche Erkenntnisse, u.a. in den Bereichen Geburtshilfe, Onkologische Gynäkologie, Endokrinologie, Pränatalmedizin und Reproduktionsmedizin.

Weitere Highlights des Kongresses waren die Live-Surgery-Übertragungen, die erstmalig in Tübingen in Kooperation mit dem Anatomischen Institut erfolgt sind, die Keynote Lectures oder auch das Freundschaftssymposium der DGGG, der OEGGG und der SGGG, das einen intensiven Austausch im Hinblick auf die strukturellen Unterschiede im Screening der DACH-Region geboten hat.

? Zu den „Perspektiven“ im Kongress-Motto: Wie sehen Sie die Perspektiven der Frauenheilkunde nach dem Kongress?

Medizin ist untrennbar mit unserer gesellschaftlichen Entwicklung verknüpft. Das Motto unseres diesjährigen Fachkongresses steht für die vielfältigen aktuellen und zukünftigen Herausforderungen, mit denen sich die moderne Gynäkologie mit all ihren Subdisziplinen im täglichen Handeln, in der Patientenversorgung, in Forschung und Wissenschaft bereits aktuell beschäftigt und in Zukunft beschäftigen muss. Die Frauengesundheit ist dabei individuell, integrativ, interdisziplinär. Sie hat nicht nur die Frau in all ihren Lebensphasen zu berücksichtigen, sondern auch die nachkommende Generation.

Perspektiven des Fachs entstehen durch kontinuierlichen wissenschaftlichen Fortschritt, der in den letzten Jahren zu zahlreichen neuen medizinischen Erkenntnissen geführt hat. Beispielhaft zeigt sich dies in der Gynäkologischen Onkologie und der Senologie, unter den Stichworten individualisierte und personalisierte Therapie oder in der Geburtshilfe bei der Weiterentwicklung nicht-invasiver diagnostischer Verfahren.

? Was waren die Highlights?

Es war für mich als Kongresspräsidentin eine unglaubliche Erfahrung, dieses Programm – zusammen mit zahlreichen Vertreterinnen und Vertretern unseres Fachs – auf die Beine stellen zu dürfen. Im Programm des diesjährigen Kongresses spiegelt sich meine persönliche Mission daher in besonderer Weise: nämlich unser Fach zusammenzuhalten, die vielfältigen Ressourcen themenübergreifend nutzbar zu machen und zu motivieren und zu begeistern. Begeistern für unser großartiges Fach, motivieren für die zukünftigen Möglichkeiten und Perspektiven, die gerade das enge Miteinander bietet, was auf diesem Kongress zu spüren war. Ein persönliches Highlight waren auch die zahlreichen interdisziplinären Sitzungen, die ich als Impulsgeber für zukünftige Entwicklungen in unserem Fach sehe. Lassen Sie uns den Spirit und unsere Corporate Identity weitertragen, auch über unsere Fachgrenzen hinaus.

? Wie war die Resonanz auf die angebotenen Seminare und Kurse?

Die Resonanz war überwältigend. Alle angebotenen Kurse und Seminare waren sehr gut besucht und wurden mit durchweg positiven Rückmeldungen bewertet.

? Schon beim Präsidenten-Wechsel 2014 wurde die Nachwuchsförderung als erklärtes Anliegen des DGGG-Kongresses herausgestellt. Wie wurde dies auf Ihrem Kongress sichtbar?

Alle Fachrichtungen in der Medizin leiden unter Nachwuchsmangel. Dies wird hoffentlich in einigen Jahren wieder anders aussehen. Unabhängig davon ist die Nachwuchsförderung essenziell für die Zukunftssicherung unseres Fachs und hat somit für uns persönlich und unsere Fachgesellschaft einen sehr hohen Stellenwert. Diesen Interessenschwerpunkt hat die DGGG beim diesjährigen Kongress in besonderer Weise deutlich gemacht. Sie konnte dabei auf die jahrelange Arbeit zur Zukunftssicherung unseres Fachs verweisen. Wie in den vergangenen Kongressen haben wir allen Referentinnen und Referenten sowie Vorsitzenden im Namen des DGGG-Vorstandes, des Jungen Forums und des Programmkomitees ausdrücklich gedankt, die durch Zahlung ihrer Teilnahmegebühr und durch gleichzeitigen Verzicht auf die Erstattung ihrer Reisekosten dem Nachwuchs eine kostenfreie Kongressteilnahme ermöglicht haben. Dies ist nicht selbstverständlich, sondern zeigt einen persönlich gelebten Beitrag im Sinne eines Generationenvertrags der DGGG.

Vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen verdient dieses persönliche Engagement unserer Mitglieder besondere Anerkennung. Für die besten wissenschaftlichen Arbeiten haben wir dieses Mal auch eine spezielle, persönliche Würdigung des Engagements unseres Nachwuchs hervorgehoben: wir haben die 70 besten Abstracts integriert in die wissenschaftlichen Sitzungen. So hatten die Vorsitzenden und die Referenten die Möglichkeit, sich wissenschaftlich auf Augenhöhe auszutauschen. Grundsätzlich ist die DGGG entschlossen, frühzeitig bei den Studierenden als künftigen Ärztinnen und Ärzten anzusetzen: Sie bietet an, Studierende als beitragsfreie Mitglieder in die Gesellschaft aufzunehmen und ihnen somit schon vor der Approbation das Netzwerk der DGGG bzw. des Jungen Forums zu eröffnen. In Stuttgart hat dies schon Wirkung gezeigt: wir hatten mehr als doppelt so viele Anfragen nach einem Kongressstipendium wie die Jahre zuvor. Wir möchten erreichen, dass sich zukünftige Kolleginnen und Kollegen mit unserem Fach identifizieren und die Zukunft aktiv ausgestalten.

? Was war auf Ihrem Kongress anders im Vergleich zu früheren?

Beim 61. DGGG-Kongress wollten wir – gegenüber den Vorjahren – nun noch ein Stück weiter gehen, indem wir unseren jungen Kolleginnen und Kollegen durch das Einreichen von Abstracts die Möglichkeit gaben, sich dort mit den jeweiligen neuen wissenschaftlichen Arbeiten zu präsentieren. Aus allen angenommenen Abstracts wurden diesmal die besten 70 ausgewählt, als „Oral presentation“ hervorgehoben und in die wissenschaftlichen Sitzungen integriert. D.h. die wissenschaftlichen Arbeiten wurden nicht in eigenen Sitzungen präsentiert, sondern waren Teil des Hauptprogramms. Die Einreicher der 70 besten Abstracts sowie alle Assistenzärztinnen bzw. -ärzte mit einem angenommenen Abstract kamen zudem in den Genuss einer kostenfreien Kongressteilnahme. Dies hat wesentlich dazu beigetragen, dass sich unser Nachwuchs mit dem 61. DGGG-Kongress identifiziert hat.

? Sind Sie mit den Teilnehmerzahlen zufrieden? Lässt sich im Vergleich zu früheren Kongressen ein Trend ausmachen?

Wir haben mit über 5.300 Teilnehmern einen neuen Teilnehmerrekord erreicht. Insgesamt entwickelten sich die Teilnehmerzahlen über die letzten Jahre sehr positiv. Dies unterstreicht das hohe klinische und wissenschaftliche Interesse unserer Kolleginnen und Kollegen.

? Die Zahl der eingereichten Abstracts hat im Vergleich zu den letzten Kongressen erneut zugenommen. Worauf führen Sie das zurück?

Dies ist eine positive Entwicklung, die uns sehr freut, insbesondere vor dem Hintergrund des Nachwuchsmangels. Sicher haben aber auch die besondere Würdigung der 70 besten Abstracts und deren Integration als „Oral presentation“ in die wissenschaftlichen Sitzungen dazu beigetragen. ■

Wahlergebnisse in der DGGG-Mitgliederversammlung vom 22.10.2016

Geschäftsführender Vorstand

Präsidentin
Prof. Birgit Seelbach-Göbel
Erster Vizepräsident
Prof. Anton J. Scharl
Zweiter Vizepräsident
Prof. Diethelm Wallwiener
Schriftführerin
Prof. Barbara Schmalfeldt
Schatzmeister
Prof. Frank Louwen

Weitere Vorstandsämter

AGG Pränatal- und Geburtsmedizin
Prof. Maritta Kühnert
Prof. Ekkehard Schleussner
PD Dr. Dietmar Schlembach
DGGEF
Prof. Ludwig Kiesel
URZ
Prof. Christian Thaler
AGUB
PD Dr. Gert Naumann
AGE
PD Dr. Dr. Stefan Rimbach
AGO
Prof. Tanja Fehm
AWOgyn
Prof. Christine Solbach
Junges Forum
Lena Gabriel
Dr. Julian Puppe
BVF
Dr. Christian Albring
BLFG
Dr. Gerhard Bartzke

Verbesserung der Patientenversorgung

Endometriose im Fokus

Endometriose ist die häufigste gutartige Erkrankung in unserem Fach. Schon allein deshalb sollte man sein Wissen um die Krankheit und die Möglichkeiten von interdisziplinärer Zusammenarbeit und Qualitätskontrollen auf diesem Gebiet regelmäßig aktualisieren.

Der Grund, sich über den Facharztstandard hinaus mit den vielschichtigen Problemen und verschiedenen Facetten der Endometriose zu beschäftigen, ist die unbefriedigende Versorgungssituation, die leider auch für das hochentwickelte deutsche Gesundheitssystem zutrifft. Die Realität ist für die leidende Patientin entmutigend:

– Vom Auftreten der ersten Symptome bis zur Diagnosestellung vergehen im Mittel mehr als sechs Jahre (bei Sterilitätspatientinnen drei Jahre, bei Schmerzpatientinnen auch über zehn Jahre!).
– Fehldiagnosen – wie Adnexitis, psychogene Beschwerden, PMS, Pelveopathie – werden häufiger gestellt als die richtige Diagnose.
– Die Behandlungsergebnisse sind stadienabhängig durch hohe Rezidivraten gekennzeichnet, Langzeitkonzepte fehlen.
– Die symptomatischen Möglichkeiten sind zwar in der Praxis zahlreich, wissenschaftlich aber kaum validiert und offenbaren eine Polypragmasie.

Endometriose braucht eine Lobby

Zur Verbesserung der Situation in Deutschland bedarf es einer effektiven „Lobby“ (1) aus Forschern, praktisch tätigen Frauenärzten und Patientinnen, damit durch Information, Fortbildung und Schulungen Endometriose bei Bauchscherzen immer differenzialdiagnostisch in Erwägung gezogen wird sowie individuell angepasst Vorsorge, Behandlung und Nachsorge durchgeführt und die Leitlinien der DGGG beachtet werden. Zu fordern ist, dass durch Krankenkassen und Gesundheitspolitiker adäquate Honorierungen bereitgestellt werden, um die „sprechende Medizin“ und aufwendige Operationsverfahren gezielt zu finanzieren.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Durch interdisziplinäre Zusammenarbeit sollen Diagnoseschritte optimiert, die Diagnoseverzögerung reduziert und die Behandlungsmöglichkeiten durch Operateure, Endokrinologen, Schmerztherapeuten, Reproduktionsmediziner und Psychotherapeuten besser individuell angepasst werden, wobei die Einbindung von Rehabilitationsmaßnahmen und Selbsthilfegruppen zur besseren Bewältigung der chronischen Erkrankung beitragen.

Die strukturellen Voraussetzungen werden in Endometriosezentren verwirklicht, die in Deutschland seit 2006 durch externes Audit zertifiziert werden (2). Inzwischen greifen andere europäische Länder dieses Konzept auf. Die DGGG hat auf dem Kongress ihre Mitglieder motiviert, sich der Endometriose mehr zu widmen, eine spezielle Qualifizierung auf diesem Gebiet zu erwerben und sich als engagierter Arzt im Netzwerk der Endometriosezentren einzubinden.

Literatur

1. Schweppe, K.-W. Endometriose – eine Krankheit ohne Lobby. MedReport 27(2003)18/S.12.
2. Ebert AD, Jackisch D, Müller M, Keckstein J, Römer T, Schindler AE, Schweppe K-W, Ulrich U, Tinneberg H-R. Endometriosezentren verschiedener Stufen zur Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität, der Forschung sowie der ärztlichen Fort- und Weiterbildung. J. Gynäkol. Endokrinol. 18 (2008) 62–69.

Autor

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Karl-Werner Schweppe
Vorstandsvorsitzender der Stiftung Endometriose-Forschung
Endometriose-Zentrum Ammerland
schweppe@ammerland-klinik.de

CINtec® PLUS CYTOLOGY

Roche

Sorgen Sie für einzigartige Klarheit.

Der einmalige CINtec® *PLUS* Cytology Test ermöglicht es Ihnen, zuverlässig die Frauen zu identifizieren, denen eine Kolposkopie wirklich hilft. Schnell, sicher und auf den ersten Blick. Patientenmanagement, das Wirkung zeigt.

Klarheit für Sie, Sicherheit für die Frau.

Roche Diagnostics Deutschland GmbH
Sandhofer Straße 116
68305 Mannheim

www.roche.de/cxca
VENTANA und CINTEC sind Marken von Roche.
© 2016 Roche Diagnostics. Alle Rechte vorbehalten.

Peripartale Notfälle

Plazentationsstörungen

Plazentaretentionsstörungen sind eine der häufigsten Gründe einer postpartalen Hämorrhagie, die wiederum eine der Hauptursache maternaler Mortalität darstellt. Es zeigt sich eine deutliche Zunahme der Plazentationsstörungen, am ehesten bedingt durch die Zunahme der Sectiofrequenz als bedeutendem Risikofaktor.

Je nach Invasionstiefe der Plazenta unterscheidet man zwischen einer Plazenta accreta, increta und percreta. Insbesondere bei Vorliegen einer Plazenta praevia muss mit einer zusätzlichen Plazentationsstörung gerechnet werden. Das Basisrisiko einer Plazenta praevia beträgt etwa 0,2 %, im Falle einer Plazenta praevia ergibt sich ein etwa dreiprozentiges Risiko einer zusätzlichen Störung der Implantationstiefe.

Mit zunehmender Anzahl vorausgegangener Sectiones kommt es zu einem exponentiellen Risikoanstieg. So liegt z. B. nach drei vorausgegangenen Sectiones das Risiko einer Plazenta praevia bereits bei 2 % mit dem zusätzlichen Risiko einer Störung der Implantationstiefe von 61 % (1).

Plazentationsstörungen pränatal erkennen

Der pränatalen Diagnostik einer Plazentationsstörung kommt eine große prognostische Bedeutung zu. In einer retrospektiven Untersuchung an Patientinnen mit abnormaler Plazentainvasion konnte gezeigt werden, dass das Risiko einer notfallmäßigen peripartalen Hysterektomie signifikant niedriger in der Gruppe der Patientinnen war, bei denen die Plazentationsstörung bereits pränatal bekannt war. Wurde die Implantationsstörung erst postpartal bei fehlender Plazentalösung und auftretender maternaler Blutung diagnostiziert, so ergab sich eine notfallmäßige Hysterektomie in 69 % der Fälle mit einem signifikant erhöhten Risiko der Notwendigkeit von Massentransfusionen (2).

Sonografische Kriterien

Zu den sonografischen Kriterien, die auf eine Plazentationsstörung hinweisen können, zählen eine vermehrte Lakunenbildung der Plazenta, der Verlust des schmalen retroplazentaren hypoechogenen Saums, die Ausbildung einer abnormalen vermehrten Perfusion im Plazentationsbereich, eine Unterbrechung des Blasenechos sowie intravesikale exophytische Raumforderungen bei Vorliegen einer Placenta percreta. Eine sorgfältige sonografische Inspektion der Plazenta weist eine Sensitivität von 90 % bei einer Spezifität von 97 % auf (3). Eine zusätzliche MRT-Diagnostik zeigt keinen zusätzlichen Benefit und kann nicht generell empfohlen werden.

Organerhaltendes Vorgehen

Die geplante Sectio-Hysterektomie bei bekannter Plazentationsstörung stellt weiterhin den Vorgehensstandard dar; alternativ kommt der Versuch eines organerhaltenden Vorgehens in Frage. Ein solches organerhaltendes Vorgehen ist möglich im Belassen der Plazenta im Rahmen einer Sectio caesarea und einer Uterotomie fernab der Plazenta, z. B. durch Fundusuterotomie. In jedem Fall sollte ein Lösungsversuch unterbleiben. In retrospektiven Untersuchungen wird ein Organerhalt in bis zu 78 % der Fälle beschrieben. In rund einem Drittel der Fälle kommt es jedoch zum Auftreten von Infektionen beim Belassen der Plazenta; die mediane Zeit bis zum Ausstoßen der Plazenta beträgt 13,5 Wochen (4).

Ein solches Vorgehen erfordert interdisziplinäre Zusammenarbeit und sollte aufgrund der zu erwartenden maternalen Morbidität ausführlich mit der Patientin besprochen werden. Zudem sollte eine individuelle Risikokalkulation durchgeführt werden.

Zusammenfassend ist zu fordern, dass eine genaue sonografische Inspektion der Plazenta ein obligater Bestandteil einer Geburtsanmeldung sein sollte, um Notfallsituationen aufgrund zuvor unbekannter Plazentationsstörungen zu vermeiden.

Literatur beim Autor

Autor

Prof. Dr. med. Markus Schmidt
Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Sana Kliniken Duisburg GmbH
markus.schmidt@sana.de

Vermeidung von Frühgeburten

Prä- und peripartale urogenitale Infektionen

Die Mehrzahl der bei aufgestiegenen Infektionen nachweisbaren Mikroorganismen ist der normalen Scheidenflora zuzuordnen. Liegt jedoch eine pathologische Veränderung vor, ist in der Schwangerschaft eine frühzeitige Intervention wichtig.

Für die Bewertung der konkreten Pathogenität und damit die Differenzierung zwischen Kontamination und Infektion sind u. a. die Keimkonzentration, die Lokalisation und davon in Abhängigkeit das klinische Bild entscheidend. Dies bedeutet, dass bei der gesunden Schwangeren durchaus sämtliche Bakterienarten der Mund-, Darm- und Hautflora in der Scheide auffindbar sind, z. B. also nachgewiesene E. coli bei der Diagnose Kolpitis/Zervizitis nicht dem eigentlichen Erreger entsprechen müssen, wohl aber bei Nachweis aus adäquat gewonnenen Proben bei Harnwegsinfektion oder Chorioamnionitis. Eine Ausnahme stellen selbstverständlich STI mit N. gonorrhoeae oder C. trachomatis dar.

Die physiologischen Veränderungen in der Schwangerschaft disponieren zu genitalen und zu Harnwegsinfektionen bzw. deren klinischer Manifestation bei okkultem Vorbestehen. Neben Blutung und Schmerz ist dabei speziell atypischer Fluor genitalis eines der Leitsymptome, wie in der Frauenheilkunde auch allgemein.

Die Diagnostik der Harnwegsinfektion in graviditate erfolgt analog der der Erkrankung außerhalb der Schwangerschaft unter Limitierung von Röntgenuntersuchungen. Genitale Infektionen können weitgehend mit klinischen Mitteln sowie u. a. Mikroskopie bewertet werden. Mikrobiologische Methoden sind dagegen zum Ausschluss von bakteriellen STI unerlässlich.

Frühzeitige Intervention schützt Mutter und Kind

Jede urogenitale Infektion während der Schwangerschaft stellt ein erhebliches Risikopotenzial für Mutter und Fetus dar. Allein die Gefahr der aufsteigenden Infektion und/oder Frühgeburt zwingt zur unmittelbaren Therapie. Eine Schwangerenbetreuung gemäß den Mutterschaftsrichtlinien, aber auch das vaginale pH-Screening nach dem Thüringer Modell heben auf eine möglichst frühzeitige Intervention ab. Bei der Bakteriellen Vaginose ist diese insbesondere effizient bei einer Therapie bereits < 22. SSW. Die Indikation ist beim Nachweis eines Syndroms oder eines sexuell übertragenen Erregers gegeben. Bei Gonorrhoe, Chlamydieninfektion, Trichomoniasis und Herpes genitalis sind die Partnerabklärung und abgesehen vom Herpes die routinemäßige Partnertherapie obligat. Der Nachweis einer Kolonisation mit ubiquitär vorkommenden Mikroorganismen stellt unter dem Aspekt Genitalinfektion keine Therapiebegründung dar; dies gilt mit der Ausnahme Streptokokken der Gruppe B ebenso für die Gravidität!

Bei der Pharmakotherapie in graviditate zu beachten

Für die streng zu indizierende Therapie einer Harnwegsinfektion vor Abschluss der 12. SSW gilt Amoxicillin als unbedenklich. Für die Zeit danach liegen bei zwangsläufig ungenügender Studienlage für einige Cefalosporine, auch für Fosfomycin und selbst für die theoretisch bedenklichen Pharmaka Gentamicin, TMP/Sulfa sowie Nitrofurantoin Empfehlungen vor. Die Kombination Clindamycin/Cefalosporin stellt eine Option bei genitaler Infektion und z. B. assoziierter Frühgeburtlichkeit dar.

Wegen der in der Gravidität veränderten Pharmakokinetik und des größeren Verteilungsvolumens muss eine pharmakonspezifische Dosiserhöhung in Betracht gezogen werden. Die Einmal- oder Kurzzeittherapie in der Schwangerschaft ist bislang nicht überzeugend etabliert, das Rezidivrisiko ist vergleichsweise hoch. Bislang wenig bekannte und bewertete Risiken der kindlichen Antibiotikaexposition in utero und nach Partus sind in jüngster Zeit in den Fokus gerückt und stellen als etabliert angesehene Indikationen zunehmend in Frage.

Mit der pH-Selbstuntersuchung Frühgeburten vermeiden

Eine vom Autor geleitete Studie im Freistaat Thüringen belegte im Jahr 2000 die Effizienz der regelmäßigen vaginalen pH-Bestimmung, wobei zwei Messungen pro Woche durch die Schwangere selbst vorgenommen wurden.

Auf der Basis von 16.276 Schwangerschaften konnte die Frühgeburtlichkeit vor Ende der 32. SSW von 1,58 % erfolgreich auf 0,99 % gesenkt werden. In der Kategorie unter 1.000 g wurden in Thüringen nur noch 0,38 % der Kinder geboren verglichen mit 0,61 % in der Kontrollgruppe. Dies ist ein großer Fortschritt, bedenkt man, dass weder vor noch nach dieser Untersuchung jemals ein derart niedriger Wert in einem deutschen Bundesland erzielt werden konnte, und zugleich ein Beleg für die Effizienz der Strategie, dies auch gerade deshalb, weil der geringe finanzielle Aufwand für die Messhilfen bzw. pH-Papier im Rahmen dieser von der Schwangeren selbst anzuwendenden Primärprävention neben der Verminderung der emotionalen Belastung zu erheblichen Einsparungen sowohl im medizinischen als auch im gesellschaftlich-sozialen Bereich führen kann.

Von vielen teilnehmenden Schwangeren wurde die hohe individuelle Wertigkeit der Selbstvorsorge und damit die der Verwandlung vom Objekt der medizinischen Betreuung durch den Arzt zum aufgeklärten und aktiven selbstbestimmenden Subjekt in dieser Lebensphase als ausgesprochen positiv bewertet.

Eine vergleichbar einfache, effiziente und kostengünstige Strategie hat sich auch nach nahezu 20 Jahren der weltweiten wissenschaftlichen Diskussion nicht im Ansatz als Alternative finden lassen. Wir Geburtshelfer sollten alles daran setzen, die pH-Selbstuntersuchung zu etablieren und so die erhebliche Zahl vermeidbarer früher Frühgeburten zu reduzieren.

Unter der Schirmherrschaft des Thüringer Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie bzw. der Ministerin Frau Heike Werner wird die Aktion derzeit wieder aufgenommen.

Autor

Univ. Prof. Dr. med. habil. Prof. Dr. h.c. Udo B. Hoyme
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Ilm-Kreis-Kliniken Arnstadt
Udo.Hoyme@ilm-kreis-kliniken.de

* Beobachtungsstudie **Veränderung der durchschnittlichen Lebensqualität nach 6 Monaten, gemessen mittels SEC-QOL Score, im Verlauf der Beobachtungsstudie innerhalb der Behandlungsgruppen; Studienteilnehmerinnen n=857; Gruppe 2 Wechsel von Barrieremethode zu Pille mit körpernahen Hormonen n=254 (SEC-QOL Score 47,0 zu 68,8); Gruppe 3 Wechsel von Pille mit EE zu Pille mit körpernahen Hormonen n=526 (SEC-QOL Score 54,5 zu 65,5).

1 ZOELY® Fachinformation, Stand April 2016 **2** Lete I et al. Effect on quality of life of switching to combined oral contraception based on natural estrogen: an observational, multicentre, prospective phase IV study (ZOCAL Study). The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care. 2016; http://dx.doi.org/10.3109/13625187.2016.1174206

MSD

ZOELY®

ZOELY® 2,5 mg/1,5 mg Filmtabletten
Wirkstoff: Nomegestrolacetat und Estradiol (als Hemihydrat). **Zus.:** *Arzneil. wirksam. Bestandt.:* 1 weiße Filmtbl. enth. 2,5 mg Nomegestrolacetat u. 1,5 mg Estradiol (als Hemihydrat), gelbe Plazebo-Filmtbl. ohne Wirkstoff. *Sonst. Bestandt.: Tbl.-Kern:* Lactose-Monohydrat, Mikrokristalline Cellulose (E 460), Crospovidon (E 1201), Talkum (E 553b), Magnesiumstearat (Ph.Eur.) (E 572), hochdisp. Siliciumdioxid. *Filmüberzug:* Poly(vinylalkohol) (E 1203), Titandioxid (E 171), Macrogol 3350, Talkum (E 553b); *gelbe Filmtbl. zusätzl.* Eisen(III)-hydroxid-oxid x H_2O (E 172), Eisen(II,III)-oxid (E 172). **Anw.:** Orale Kontrazeption. **Gegenanz.:** Überempf.-keit gg. einen d. Wirkstoffe od. e. d. sonst. Bestandt. Vorliegen/Risiko für e. VTE: besteh. (unter Ther. mit Antikoagulanzien) od. vorausgeg. VTE (z. B. TVT od. Lungenembolie); bek. vererbte/erworb. Prädispos. für VTE, wie APC-Resistenz (einschl. Faktor-V-Leiden), Antithrombin-III-, Protein-C- od -S-Mangel; größere OP mit läng. Immobilisier. (siehe Vorsicht bei). Vorliegen mehrerer Risikofakt. (siehe Vorsicht bei). Vorliegen/Risiko für e. ATE: besteh./vorausgeg. od. Prodromalstadium e. ATE (z. B. Myokardinfarkt bzw. Angina pectoris); zerebrovask. Erkrank. (besteh./vorausgeg. od. Prodromalstadium e. Schlaganfalls [z. B. TIA]); bek. vererbte/erworb. Prädispos. für ATE, wie z. B. Hyperhomocysteinämie u. Antiphospholipid-AK (Antikardiolipin-AK, Lupusantikoagulans); vorausgeg. Migräne mit fok. neurolog. Sympt.; Vorliegen mehrerer (siehe Vorsicht bei) od. e. schwerwieg. Risikofakt. (wie Diabetes mellitus mit Symptomen e. Gefäßerkrank., schw. Hypertonie, schw. Dyslipoproteinämie). Folg. besteh./vorausgeg. Erkrank.: Pankreatitis mit schw. Hypertriglyzeridämie, schw. Lebererkrank. (solange Leberfunkt.-werte nicht normalisiert), benig. od. malig. Lebertumoren. Bek./vermutete sexualhormonabh. malig. Tumoren (z. B. d. Genitalorg. od. d. Brust). Nicht abgekl. vag. Blutungen. Schwangerschaft **Vorsicht bei:** Akute/chron. Leberfunkt.-stör.; Risikofakt. für VTE (zunehm. Alter, pos. Familienanamn., läng. Immobilisier., größere OP, OP an Beinen od. Hüfte, neurochirurg. OP, schw. Trauma. Vorübergehende Immobilisier. einschl. Flugreise > 4 h, insb. b. Vorliegen weiterer Risikofakt.; Adipositas [BMI > 30 kg/m²], and. Erkrank. [Krebs, SLE, HUS, chron. entzündl. Darmerkrank. u. Sichelzellkrankh.], möglicherw. Varikosis/oberfl. Thrombophlebitis) od. ATE (zunehm. Alter, Rauchen, Adipositas [BMI > 30 kg/m²], Hypertonie, pos. Familienanamn., Migräne, and. Erkrank. [u. a. Diabetes mellitus, Hyperhomocysteinämie, Erkrank. d. Herzklappen, Vorhofflimmern, Dyslipoproteinämie, SLE]).; Depression; Wochenbett; besteh./fam. Hypertriglyzeridämie; heredit. Angioödem; anamn. bek. Chloasma gravidarum/Chloasmaneigung; Kdrn. u. Jugendl. <18 J. Nicht einnehmen bei heredit. Galactose-Intol., Lactase-Mangel od. Glucose-Galactose-Malabsorption; Nicht empf. während Stillzeit. **Nebenw.:** *Sehr häufig:* Akne. Anorm. Abbruchblut. *Häufig:* Vermind. Libido; Depress./depress. Verstimm.; Stimm.-schwank. Kopfschm.; Migräne. Übelk. Metrorrhagie; Menorrhagie; Brustschm.; Unterbauchschm. Gewichtszunahme. *Gelegentl.:* Appetitzunahme; Flüssigk.-retention. Hitzewall. Aufgetr. Bauch. Hyperhidrose; Alopezie; Pruritus; trock. Haut; Seborrhö. Gefühl d. Schwere. Hypomenorrhö; Brustschwell.; Galaktorrhö; Uterusspasmen; PMS; Knoten i. d. Brust; Dyspareunie; vulvovag. Tockenh. Reizbark.; Ödeme. Erhöh. Leberenzyme. *Selten:* Vermind. Appetit. Gesteig. Libido. Apoplektischer Insult; TIA; Aufmerksamk.-stör. Kontaktlinsenunverträglichk./trockenes Auge. Venöse Thromboembolie. Mundtrockenh. Cholelithiasis; Cholezystitis. Chloasma; Hypertrichose. Vag. Geruchsbildung; vulvovag. Beschw. Hunger. *Unbekannte Häufigk.:* Überempf.-keitsreakt. *Weitere mit KOK assoziierte Nebenw.:* ATE/VTE (Myokardinfarkt, Lungenembolie); zunehmende Häufigk. od. Schwere v. Migräne; erhöh. Risiko für Zervixkarzinom bei Langzeitanw.; leicht erhöhtes relat. Risiko für Brustkrebs; selten gutart., noch seltener bösart. Lebertumoren, in Einzelf. mit lebensbedroh. intraabd. Blutungen; erhöhtes Risiko für Pankreatitis bei Pat. mit besteh. od. fam. Hypertriglyzeridämie; Blutdruckanstieg bzw. Hypertonie; Auftreten/Aggravation eines Angioödems bei heredit. Angioödem; akute/chron. Leberfunkt.-stör.; Verschlimm. e. Depression, e. M. Crohn u. e. Colitis ulcerosa; Chloasma, insb. b. anamn. bekannten Chloasma gravidarum. *Auftreten/Verschlechterung folg. Erkrank., ungeachtet eines Kausalzusammenhangs mit KOK:* (Wiederauftreten v.) cholestat. Ikterus u./od. Pruritus, Cholelithiasis, Porphyrie, SLE, HUS, Chorea minor, Herpes gestationis, Otosklerose-bedingter Hörverlust. **Warnhinw.:** Vor Verschreibung aktuelle, individ. Risikofakt. (insb. hins. VTE) berücksichtigen u. mit and. KHK vergleichen. Enth. Lactose. **Verschreibungspflichtig.**
Stand: 04/2016

Bitte lesen Sie vor Verordnung von ZOELY® die Fachinformation!

Pharmazeutischer Unternehmer:
Teva B.V., Swensweg 5, 2031 GA Haarlem, Niederlande

Lokaler Ansprechpartner:
MSD SHARP & DOHME GMBH, Lindenplatz 1, 85540 Haar

MSD Infocenter

Tel. 0800 673 58 38
Fax 0800 673 673 329
E-Mail infocenter@msd.de

WOMN-1189605-0005

Brustdiagnostik

Mammasonografie im Wochenbett

Die weibliche Brustdrüse unterliegt einem komplexen hormonellen Regulationsmuster. Während der Schwangerschaft, aber auch während der Laktationsperiode kommt es zu einer deutlichen Dichtezunahme des Gewebes, die die Detektion von Tumoren erschwert.

Die Wechselbeziehungen zwischen Östrogenen und Gestagenen führen zu nachhaltigen Gewebsalterationen bezüglich epithelialer und bindegewebiger Strukturen, interstitieller Flüssigkeitsansammlung und der Vaskularisation. Die rein klinisch-palpatorische Beurteilung des Brustdrüsengewebes ist während der Schwangerschaft und in der Stillzeit nur schwer möglich, da zudem aufgrund des Milchstaus eine rezidivierende Knötchenbildung auftritt. Es besteht die Gefahr, maligne Herdbefunde zu spät zu erkennen.

Abgrenzung maligner Befunde

Während der Stillzeit stellt damit die besonders dichte und damit mammografisch nur schwer beurteilbare Brust eine diagnostische Herausforderung dar und erhöht in dieser Phase den Stellenwert der Mammasonografie. Die Schwierigkeit besteht darin, gutartige Tumore, wie z. B. das Fibroadenom, differenzialdiagnostisch sicher vom Mammakarzinom abzugrenzen.

Durch die hormonelle Situation und den damit verbundenen proliferativen Effekt kommt es meist zu einem schnellen Wachstum der Tumoren. Zudem zeigen Fibroadenome in dieser Phase meist nicht die typischen sonografischen benignen Dignitätskriterien. Kommt es zur Ausbildung von Galaktozelen, so sind diese meist nur schwer von soliden Tumoren abzugrenzen.

Mastitis puerperalis oder inflammatorisches Mammakarzinom?

Besondere Aufmerksamkeit gilt dem Krankheitsbild der Mastitis puerperalis, das bei etwa 10 % der stillenden Frauen auftritt. Durch den lokalen Entzündungsprozess mit erhöhter Vaskularisation, interstitieller Flüssigkeitsansammlung bis hin zur Ausbildung eines Cutisödems wird die bilddiagnostische Beurteilbarkeit des Brustdrüsengewebes zusätzlich erschwert.

Es gilt bei fortgeschrittener Entzündung abszedierende Prozesse sonografisch zu diagnostizieren und dann gegebenenfalls sonografisch-interventionell zu therapieren. Differenzialdiagnostisch bedeutend ist die bilddiagnostische Unterscheidung der Mastitis puerperalis vom inflammatorischen Mammakarzinom. Hier rückt zudem die sonografische Dignitätseinschätzung der Lymphknoten in den Vordergrund, die häufig als einziges eindeutiges Malignitätskriterium herangezogen werden können.

Autorin

Dr. med. Ines V. Gruber
Brustzentrum
Universitätsklinikum Tübingen
ines.gruber@med.uni-tuebingen.de

Zervixkarzinom

Die Zukunft der Prävention des Zervixkarzinoms in Deutschland

Bis heute ist die tragende Säule der Prävention des Zervixkarzinoms die Früherkennung mittels Zytologie. Als weitere Möglichkeiten, der Entstehung von Zervixkarzinomen vorzubeugen, kamen die HPV-Impfung und die HPV-Diagnostik dazu. Welche Maßnahmen sind effektiv? Wie gestaltet sich die Prävention in Deutschland zukünftig?

Die im Jahr 1970 in Deutschland implementierte Prävention des Zervixkarzinoms basierte auf der jährlichen Zytodiagnostik. Hierdurch wurde es möglich, die Zahl neu aufgetretener Karzinome um über 75 % zu senken. Die Eckdaten dieser Strategie geben den Erfolg deutlich sichtbar wieder:

Das invasive Zervixkarzinom fiel vom 3. Platz der Malignome der Frau im Zeitraum 1970 bis 2012 auf den 12. Rang und macht heute nur noch 2,0 % aller bösartigen Erkrankungen der weiblichen Bevölkerung (0,9 % der Gesamtbevölkerung) aus. Die scheinbar gleichförmig verlaufende Kurve der Inzidenzen in den letzten zehn Jahren fällt bei genauerer Betrachtung statistisch signifikant um 1,5 bis 2,5 % jährlich je nach Bundesland.

In den letzten beiden Jahrzehnten sind die HPV-Diagnostik und die HPV-Impfung als weitere Möglichkeiten der Prävention des Zervixkarzinoms und seiner Vorläufer zur Zytodiagnostik hinzugetreten. Da sich diese beiden Methoden der Zervixkarzinomvorsorge von einer anderen Seite als die Zytologie nähern, ist es konsequent, sie in das System der Prävention mit zu integrieren.

Co-Test: Summationseffekt verschiedener Verfahren

Der GBA hat dem Rechnung getragen und am 15.09.2016 ein neues Präventionsschema vorgegeben: Vom 20. bis 35. Lebensjahr soll jährlich ein zytologischer Abstrich durchgeführt werden. Ab dem 35. Lebensjahr, nach Überschreiten des Gipfels der Inzidenz der CIN3, wird die Zytologie nur noch dreijährlich angeboten, aber mit einer HPV-Diagnostik kombiniert. Dieses Verfahren wird in der Literatur als Co-Test bezeichnet. Es steht zu hoffen, dass durch die zusätzliche Einführung der HPV-Diagnostik ein Summationseffekt eintritt, der im Idealfall zu einer weiteren Reduzierung der Inzidenz des Zervixkarzinoms führt.

Der schwerwiegendste Grund aber, weshalb heute immer noch 4.500 Zervixkarzinome pro Jahr in Deutschland entdeckt werden, ist die Nichtteilnahme an der Krebsfrüherkennung insbesondere postmenopausaler, in geringerem Maße aber auch junger und sehr junger Frauen. 60 % aller invasiven Karzinome treten in diesen Gruppen auf. In dieser Kohorte könnte die Impfung eine wichtige Rolle spielen. Bereits jetzt ist in Australien, aber auch in Deutschland, ein Rückgang der CIN2 und CIN3 zu beobachten, welcher in engem zeitlichem Zusammenhang mit der Impfung steht.

Wie können Frauen geschützt werden, die nicht zur Vorsorge kommen?

Wichtig ist es jetzt, eine möglichst hohe Impfrate in der Zielgruppe der jungen Mädchen zu erreichen, damit dieser präventive Effekt auch wirklich auf breiter Ebene eintritt. Hierbei ist es notwendig, insbesondere jene Mädchen zu erreichen, von denen zu erwarten steht, dass sie in ihrem späteren Leben möglicherweise der Gruppe angehören könnten, die nicht regelmäßig an der Vorsorgeuntersuchung teilnimmt. Eine organisierte Impfstrategie existiert bisher nicht. Will man eine hohe Impfrate erzielen, so ist jetzt auch die Politik gefragt.

Die Zukunft: Impfung plus Zytologie plus HPV-Test

Künftig wird die Prävention des Zervixkarzinoms auf drei Säulen ruhen:

- zum einen auf der Impfung, deren genaue Auswirkung auf die Inzidenz des Zervixkarzinoms und seiner Vorläufer in den nächsten Jahren sicherlich Gegenstand zahlreicher wissenschaftlicher Untersuchungen sein wird.
- zum Zweiten auf der Zytologie, deren Erfolge inzwischen klar auf der Hand liegen und
- zum Dritten auf der HPV-Diagnostik, welche bei der Kombination mit der Zytologie möglicherweise Chancen bietet, die wir bislang noch nicht übersehen.

Die Vorgabe des GBA eröffnet nun auch allen Beteiligten die Möglichkeit, die Diskussionen der letzten Jahre zu beenden, damit unsere gesamte Fachgruppe künftig mit einer Stimme spricht. Dies ist für unser Selbstverständnis wichtig und wird von Außenstehenden, insbesondere den Entscheidungsträgern, auch erwartet.

Autor

Prof. Dr. med. Klaus Joachim Neis
Frauenärzte am Staden
Saarbrücken
kjneis@gyn-saar.de

Die offizielle Kongresszeitung zum DGGG-Kongress 2016!

Ausgabe 1: Mittwoch 19.10.2016
Ausgabe 2: Donnerstag 20.10.2016
Ausgabe 3: Freitag 21.10.2016
Ausgabe 4: Post-Kongress-Ausgabe
Beilage in FRAUENARZT 11/2016

Alle Ausgaben stehen als e-Paper auf dggg2016.de

Innovation der Endometriosetherapie

Neue Forschungsergebnisse zur medikamentösen Therapie der Endometriose

Gestagene sind Mittel der ersten Wahl, wenn es um die medikamentöse Behandlung einer Endometriose geht; sie werden neoadjuvant, adjuvant und auch zur symptomatischen Dauertherapie statt erneuter Operation in der Rezidivsituation eingesetzt. Dienogest ist in den letzten Jahren weltweit neu zur Endometriosetherapie eingeführt worden, da es durch seine chemische Struktur das einzige Gestagen ist, das die Vorteile der 19-Nortestosteronderivate und der Progesteronderivate vereint. Dienogest hat neben gestagenen und antiandrogenen Eigenschaften auch antiproliferative, antiinflammatorische und antiangiogenetische Wirkungen und reduziert die Estrogenproduktion und deren trophische Effekte auf das eutope und ektope Endometrium. Da Dienogest gut verträglich ist, ist es auch zur Langzeit-Therapie geeignet[1]. Einige klinisch relevante Fragen können auf Grund neuer Daten jetzt beantwortet werden.

1. Der Wirkmechanismus beruht neben dem suppressiven Effekt auf die Hypothalamus-Hypophysen-Ovar-Achse vor allem auf Stoffwechselwirkungen an und in der Umgebung des Endometrioseherdes. Nachgewiesen wurden eine Reduktion der Proliferation, der Aromataseexpression, der Angiogenese und eine Verstärkung der Apoptose in Endometriosegewebekulturen[2]. Die Progesteronrezeptor A und B vermittelte Downregulation der Expression von CYP10A1 und von Neuroangiogenesefaktoren[3] ist neben der Reduktion von proinflammatorischen Zytokinen, Wachstumsfaktoren und der Beeinflussung des Prostaglandinstoffwechsels[4] entscheidend für die Effektivität. Ferner führt die Reduktion der 17β-HSD-1 Expression (nachgewiesen in Zellkulturen aus Endometriomen[5]) zur Verminderung der pathologisch gesteigerten Estradiolproduktion im Endometriosegewebe.
2. Da die Endometriose eine chronische Krankheit ist und die Rezidivraten auch nach suffizienten Operationen ca. 10 % pro Jahr betragen, ist die Rezidivreduktion durch adjuvante medikamentöse Therapie sinnvoll. So wurde gezeigt, dass nach Endometriomexzision über 5 Jahre die Rezidivrate von 69 % ohne Prophylaxe auf 4 % durch Dienogest postoperativ[6] gesenkt werden konnte. Auch bei endometriosebedingten Beschwerden wurde eine signifikante und anhaltende Reduktion gezeigt[7], die gleichwertig mit GnRH-Agonisten war.

OPs komplikationsbehaftet

3. Leitliniengerecht soll eine symptomatische, tief infiltrierende Endometriose operativ saniert werden. Trotz modernster Operationstechniken sind Komplikationen häufig und auch schwerwiegend. Somit gewinnen medikamentöse Behandlungsalternativen zunehmend Bedeutung. Hier zeigte sich Dienogest noch wirksam, wenn andere Gestagene versagten[8]. Speziell bei Blasenendometriose gibt es neben Fallberichten[9] auch eine klinische Studie[10], die sowohl eine Reduktion des Tumorvolumens als auch der Beschwerden bei 1-jähriger Behandlungsdauer zeigte.

DNG: gute Langzeiteffektivität

4. Oft stellt sich klinisch, vor allem in der Rezidivsituation, die Frage der Behandlungsdauer. Neue Studien zeigen, dass die Langzeiteffektivität bei im Mittel >1,5 Jahren Medikation und >2 Jahren Nachuntersuchung gut ist[11]. Eine deutsche Studie belegt, dass 3 Jahre Dauerbehandlung mit Dienogest zu signifikanter, persistierender Reduktion der Beschwerden ohne laborchemisch nachweisbare Nebenwirkungen führt[12]. Eine aktuelle amerikanische Arbeit fordert deshalb, dass die postoperative Medikation und Rezidivprophylaxe bei jungen Frauen bis zum Kinderwunsch und sonst bis zur Menopause durchgeführt werden sollte[13].

Dienogest ist heute das einzige Gestagen, das zur Endometriosebehandlung systematisch sowohl durch plazebokontrollierte, als auch mit anderen Substanzen vergleichende und Langzeitmedikationsstudien untersucht wurde und dessen Wirkungsmechanismus auf molekulare Ebene nachgewiesen wurde.

Literatur

1. Schweppe, K.-W. u. Mitarb. Endometriosis – Pathogenesis, Diagnosis, and Therapeutic Options for Clinical and Ambulatory care. J. Reproduktionsmed. Endokrinol. 10 (Special Issue) 2013; 102–119.
2. Miyashita M, Koga K, Takamura M, Izumi G, Nagai M, Harada M, Hirata T, Hirota Y, Fujii T, Osuga Y Dienogest reduces proliferation, aromatase expression and angiogenesis, and increases apoptosis in human endometriosis. J Obstet Gynaecol Res 40 (1) (230–6) (2014).
3. Masayuki Ichioka , Shizuka Mita, Yutaka Shimizu, Kazunori Imada Tohru Kiyono , Yukiko Bono, Satoru Kyo. Dienogest, a synthetic progestin, down-regulates expression of CYP19A1 and inflammatory and neuroangiogenesis factors through progesterone receptor isoforms A and B in endometriotic cells. Journal of Steroid Biochemistry & Molecular Biology 147 (2015) 103–110.
4. Grandi G. et al. Does dienogest influence the inflammatory response of endometriotic cells? A systematic review. Inflammation. Research, 2015, DOI 10.1007/s00011-015-0909-7.
5. Mori T, Ito F, Matsushima H, Takaoka O, Koshiba A, Tanaka Y, Kusuki I, Kitawaki J. Dienogest reduces HSD17β1 expression and activity 1 in endometriosis. J Endocrinol. 2015 Mar 12. pii: JOE-15-0052
6. Ota Y et al. Long-term administration of dienogest reduce recurrence after excision of endometrioma. Journal of Endometriosis and Pelvic Pain Disorders 2015; 7(2): 63–67.
7. Granese R1, Perino A, Calagna G, Saitta S, De Franciscis P, Colacurci N. Triolo O, Cucinella G. Gonadotrophin-releasing hormone analogue or dienogest plus estradiol valerate to prevent pain recurrence after laparoscopic surgery for endometriosis: a multi-center randomized trial. Acta Obstet Gynecol Scand. 2015 Mar 10. doi: 10.1111/aogs.12633.
8. Morotti M, Sozzi F, Remorgida V, Venturini PL, Ferrero S. Dienogest in women with persistent endometriosis-related pelvic pain during norethisterone acetate treatment. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2014 Oct 30; 183 C: 188–192.
9. Agarwal S, Fraser MA, Chen I, Singh SS. Dienogest for the treatment of deep endometriosis: Case report and literature review. J Obstet Gynaecol Res 41(2014)309–13.
10. Stefano AngioniSt, Nappi L, Pontis A, Sedda F, Luisi St, MaisV, Melis GB. Dienogest. A possible conservative approach in bladder endometriosis. Results of a pilot study. Gynecol Endocrinol. 2015 Mar 17:1–3.
11. Sugimoto K et al. Use of dienogest over 53 weeks for the treatment of endometriosis. J. Obstet. Gynaecol. Res. 41(2015)1921–6.
12. Römer, T. Long-term treatment with dienogest in clinical practice. SEUD Congress, May 12–14, 2016, Abstract ID:1575.
13. Koga K et al., Prevention of the recurrence of symptom and lesions after conservative surgery for endometriosis. Fertil Steril, 2015; 104:793–801, 201.

Autor

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Karl-Werner Schweppe

Vorstandsvorsitzender der Stiftung Endometriose-Forschung
Lange Straße 38
26655 Westerstede
Tel. 04488 503230
info@endometriose-sef.de

LJPH.COM.WH.08.2016.0486

Medikamentöse Therapie der Endometriose

Langzeittherapie mit Dienogest ist effektiv

Bei der Endometriose handelt es sich bekanntermaßen um eine chronische Erkrankung, die häufig postoperative Rezidive nach sich zieht. Aus diesem Grund gewinnt bei de r Behandlung der Endometriose die medikamentöse Langzeittherapie immer mehr an Bedeutung.

Bei einer Endometriose sind die Rezidivraten hoch und liegen zwischen 25 und 90 %. Dies hängt vor allem von der Ausdehnung und von der Aktivität der Endometriose ab. Medikamentöse Langzeittherapien werden in Deutschland vor allem als adjuvante hormonelle Therapie nach operativer Sanierung eingesetzt, insbesondere bei schweren Endometriosen (Stadium III und IV) und vor allem bei tief infiltrierenden Endometriosen. International zeigt sich hier zunehmend der Trend, dass auch first-line eine medikamentöse Therapie angeraten wird. Das trifft besonders dann zu, wenn Patientinnen die operative Therapie ablehnen oder auch wenn eine Operation mit hohen Risiken verbunden ist. Patientinnen müssen also präoperativ über medikamentöse Alternativen zur OP aufgeklärt werden.

Für die Langzeittherapie werden häufig orale Kontrazeptiva im Langzyklus (off-label) eingesetzt. Diese sind zwar symptomatisch wirksam, allerdings ist die Effektivität ausschließlich auf den Gestagenanteil zurückzuführen. Östrogene in allen oralen Kontrazeptiva, sei es Ethinylestradiol oder Estradiol, stellen Restrisikofaktoren für die Progredienz der Endometriose dar. GnRH-Analoga sind in ihrer möglichen Anwendung auf maximal sechs Monate limitiert. In der Praxis jedoch treten meist nach drei Monaten die ersten subjektiven Nebenwirkungen auf. Aus diesem Grund ist eine GnRH-Analoga-Anwendung nur intermittierend möglich oder nur mit einer zusätzlichen Add-back-Therapie. Somit spielen Gestagene eine zentrale Rolle.

Unter den Gestagenen besteht eine große Variationsbreite, wobei Dienogest (DNG) eine besondere Rolle einnimmt, da es aufgrund der spezifischen Eigenschaften und auch der in Studien und in der Praxis getesteten Effektivität das einzige zur Therapie der Endometriose zugelassene Gestagen ist. Die Anwendung anderer Gestagene ist ein Off-Label-Use und bedarf auch höherer Dosierungen im Vergleich zu den üblichen Verordnungen. Dadurch kann sich die Nebenwirkungsrate erhöhen.

Indikationen zur *Visanne*-Langzeittherapie

Indikationen	n
OP einer rektovaginalen Endometriose mit Darmresektion	8
OP einer Blasenendometriose mit Teilresektion	5
Zwerchfellendometriose (OP abgelehnt oder inkomplett)	2
Darm- und Blasenendometriose (OP abgelehnt)	5
rezidivierende Endometriose (≥ 2 Laparoskopien)	17
gesamt	37

Tab. 1: Indikationen zur Langzeittherapie mit* Visanne *bei Endometriose über mehr als 36 Monate in der vorliegenden Studie.

Entwicklung des Schmerz-Scores unter *Visanne*-Langzeittherapie

	Patientinnen n	Ausgangswert vor Therapiebeginn oder Operation	12 Monate DNG 2 mg	24 Monate DNG 2 mg	36 Monate DNG 2 mg
vor OP	22	70	10	10	20
vor Therapiebeginn (ohne OP)	15	80	20	20	30
gesamt	37	75	15	15	25

Tab. 2: Unter Langzeittherapie mit* Visanne *(≥ 36 Monate) reduzierten sich die endometriosebedingten Schmerzen auch bei denjenigen Patientinnen, bei denen keine operative Sanierung der Endometriose erfolgte.

Langzeittherapie ist zulässig

Die Anwendung von *Visanne* wird in der Praxis oft nach einer Dauer von sechs Monaten beendet, wofür meist keine Notwendigkeit besteht. Ein weiterer Zeitpunkt, an dem oft ein Therapieabbruch erwogen wird, ist nach 15 Monaten, da im Beipackzettel von *Visanne* vermerkt ist, dass bisher keine Erfahrungen zur Behandlung über mehr als 15 Monate bei Patientinnen mit Endometriose vorliegen. Dieser Hinweis hat nur informativen Charakter. Aus diesem Grund sind Langzeituntersuchungen von *Visanne* besonders wichtig, um auch die bei einer Langzeitanwendung klinisch bekannte günstige Wirksamkeit und Verträglichkeit nachweisen zu können. Von der arzneimittelrechtlichen Zulassung ist die Langzeitanwendung des Präparates ebenfalls abgedeckt. In einigen japanischen Studien ist eine Anwendungsdauer von bis zu 18 Monaten beschrieben, wobei eine weiterhin anhaltende hohe Effektivität ohne relevante Nebenwirkungen gefunden wurde (keine Veränderung der Gerinnung, des Lipidstoffwechsels und der Knochendichte).

In einer retrospektiven aktuellen Studie am EVK Köln-Weyertal wurden Patientinnen erfasst, die über einen Zeitraum von mehr als 36 Monaten *Visanne* angewendet haben. Hier bestehen meist spezifische Indikationen, typischerweise handelt es sich dabei um Patientinnen mit wiederholten operativen Eingriffen (Tab. 1). Von allen Patientinnen wurden klinische Parameter erfasst sowie nach drei Jahren Therapie Laborparameter analysiert. Es zeigte sich eine anhaltende Wirksamkeit bei der Erfassung des Schmerzscores auch nach drei Jahren Therapiedauer (Tab. 2). Die Östradiolwerte lagen nach drei Jahren in dem für die Endometriose gewünschten therapeutischen Fenster mit 37 +/- 12 pg/ml. Das heißt, es bestand eine hohe Effektivität auf die Endometrioseherde. Auch die anderen untersuchten Parameter (Gerinnungsparameter, Lipidstoffwechsel und Leberwerte) zeigten nach drei Jahren Therapie keinerlei Veränderungen. Als klinisch relevante Nebenwirkungen traten bei vier Patientinnen Blutungsstörungen auf. Für die Patientinnen ist jedoch die hohe Effektivität auf den Schmerz wesentlich wichtiger, als das gelegentliche Auftreten von Spottings. Problematischer ist eher das Auftreten von depressiven Verstimmungen. In wenigen Einzelfällen (zwei Patientinnen) konnten durch eine zusätzliche geringe Östrogengabe mit 1 mg Estradiol die depressiven Verstimmungen therapiert werden.

Schmerzen dauerhaft reduziert

Die Anwendung von *Visanne* zeigte in einer retrospektiven Untersuchung an 37 Patientinnen auch in der Langzeittherapie über 36 Monate ein günstiges Wirksamkeits- und Verträglichkeitsprofil. Der Effekt auf die Schmerzen blieb auch während der Dauer der Untersuchung erhalten. Temporäre Nebenwirkungen wie Spottings und depressive Verstimmungen lassen sich in der Regel gut therapieren.

Autor

Prof. Dr. med. Thomas Römer

Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Evangelisches Krankenhaus Köln-Weyertal
Weyertal 76, 50931 Köln
Tel. 0221 479 -2201
frauenheilkunde-und-geburtshilfe@evk-koeln.de

L.JPH.COM.WH.11.2015.0354

Dieser Beitrag wurde erstellt mit freundlicher Unterstützung von Jenapharm GmbH & Co. KG, 07745 Jena.

Management seltener Tumoren

Uterine Sarkome

Uterine Sarkome bezeichnen eine heterogene Gruppe insgesamt seltener Malignome der Muskulatur oder des Bindegewebes. Sie machen 3 bis 9 % aller Malignome des Uterus aus. Die S2k-Leitlinie standardisiert das Management.

Die Inzidenz liegt bei etwa 1,5 (Kaukasier) bis 3 (Afro-Amerikaner) pro 100.000 Einwohner (1). Die Tumortypisierung uteriner Sarkome erfolgt nach der WHO-, die Stadieneinteilung nach der FIGO- bzw. TNM-Klassifikation (2, 3). In der WHO-Klassifikation sind folgende Entitäten als maligne mesenchymale Tumoren bzw. maligne gemischte epithelial-mesenchymale Tumoren aufgeführt (3, 4):

- Leiomyosarkome (LMS),
- Low-grade endometriale Stromasarkome (LG-ESS),
- High-grade endometriale Stromasarkome (HG-ESS),
- Undifferenzierte uterine Sarkome (UUS),
- (Adenosarkome)
- (Rhabdomyosarkome)
- (PECome (perivascular epitheloid cell tumor), maligne Variante).

Die Diagnostik anderer, selten im Uterus vorkommender Sarkome soll unter Berücksichtigung der WHO-Klassifikation von Weichteilsarkomen erfolgen (5).

Neben den extrem seltenen Formen (Adenosarkome, Rhabdomyosarkom, PECome etc.) bezieht sich dieser Artikel auf das Management der häufigeren Entitäten (LMS, LG-ESS, HG-ESS und UUS). Am häufigsten finden sich Leiomyosarkome mit 60–70 % der uterinen Sarkome bzw. 1–2 % aller uterinen Malignome, gefolgt von den Low-grade ESS und den High-grade ESS bzw. den undifferenzierten uterinen Sarkomen mit jeweils etwa 10 % der uterinen Sarkome.

Das mittlere Erkrankungsalter liegt, abhängig vom Tumortyp, bei 50–70 Jahren. Als Risikofaktoren wurden eine vorausgegangene Strahlentherapie des Beckens und die Einnahme von Tamoxifen identifiziert. Darüber hinaus ist bei Frauen afrikanischer Abstammung die Inzidenz an uterinen Sarkomen um das Zwei- bis Dreifache höher als bei Asiatinnen oder Frauen europäischer Abstammung. Die in früheren Klassifikationen gleichfalls als uterine Sarkome bezeichneten Karzinosarkome (auch als Maligne Müllersche Mischtumoren bezeichnet) werden nicht mehr den Uterussarkomen, sondern den Karzinomen des Uterus zugerechnet (6, 7).

Unspezifische Symptome

Es gibt keine spezifischen Symptome für uterine Sarkome. Als suspekt gilt ganz allgemein der „schnell wachsende Uterus“ bei niedrigen Östrogenspiegeln in der Postmenopause. Aufgrund der fehlenden spezifischen Symptomatik wird in der Mehrzahl der Fälle die Diagnose entweder als Zufallsbefund am Hysterektomie-Präparat gestellt oder aber erst in fortgeschrittenen Stadien durch eine entsprechende sekundäre Begleitsymptomatik (z. B. Dyspnoe bei pulmonaler Metastasierung).

Kein Morcellement bei Malignom-Verdacht

Bei klinischem Verdacht auf ein Malignom des Uterus sind morcellierende Verfahren kontraindiziert, da diese zu einer Prognoseverschlechterung führen (8). In jedem Falle sollen bei geplantem Morcellement auch bei klinisch nicht suspekt erscheinendem Tumor die Patientin über dieses Risiko aufgeklärt und alternative Verfahren angeboten werden.

Die Sonografie stellt derzeit das primäre diagnostische Verfahren zur Beurteilung des Uterus dar. Weiterhin zu empfehlen ist der Einsatz der MRT zur Erfassung der lokalen Ausbreitung und der lokalen Tumorinfiltration. Im Bereich des Abdomens liegen derzeit keine wissenschaftlich fundierten Daten zur verbesserten Diagnostik und Ergebnissen der MRT im Vergleich zur CT vor. Aufgrund des hohen Metastasierungspotenzials sollte darüberhinaus eine Computertomografie des Thorax erfolgen.

In jedem Fall sollte die Patientin mit der Diagnose eines uterinen Sarkoms in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt werden. Weitere individuell-spezifische Empfehlungen zu den einzelnen Entitäten wurden im Rahmen der Wissenschaftlichen Sitzung auf dem DGGG-Kongress diskutiert und finden sich in der Langfassung der Leitlinie.

Literatur beim Autor

Autor

Prof. Dr. med. Dominik Denschlag

Frauenklinik
Hochtaunuskliniken Bad Homburg
Dominik.Denschlag@hochtaunus-kliniken.de

Behandlung von Migrantinnen

Längere Aufenthaltsdauer – schlechtere Perinataldaten: Ist Akkulturation für Migrantinnen ein Risikofaktor?

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist für Migrantinnen oft schlechter als der der Allgemeinbevölkerung. Kommunikationsprobleme, differierende Krankheitskonzepte und im Zusammenhang mit der Migration gemachte Erfahrungen sind die Ursache. Paradoxerweise sind die Perinataldaten mancher Migrantinnengruppen besser, so lange die Frauen erst über einen kurzen Zeitraum in der neuen Kultur leben.

Weltweit hat die ökonomisch bedingte, aber auch die durch militärische Auseinandersetzungen hervorgerufene Migration in die westlichen Industrieländer stark zugenommen. Der Zugang von Migrantinnen zur Gesundheitsversorgung kann z. B. durch Sprach- und Kommunikationsbarrieren schlechter sein als der der einheimischen Bevölkerung. Vorstellungen von Krankheit und deren Behandlung sind unter Umständen unterschiedlich, bei den Zuwanderinnen vorhandene soziokulturelle Prägungen aus dem Herkunftsland können sich in der zweiten und dritten Migrantengeneration verfestigen oder im Zuge der Auseinandersetzung mit sozialen und kulturellen Faktoren des Einwanderungslandes neue Formen annehmen. Dieser Prozess der Auseinandersetzung mit der Kultur des Aufnahmelandes wird als Akkulturation bezeichnet.

Akkulturation findet sowohl auf Gruppen- als auch auf individueller Ebene statt. Nach Berry et al. (1987) sind – in Abhängigkeit davon, als wie wertvoll die eigene und/oder die fremde Kultur angesehen werden – vier unterschiedliche Ergebnisse eines Akkulturationsprozesses möglich: Assimilation, Integration, Segregation oder Marginalisierung (s. Tab.).

Das „latina paradox“

Ein interessantes Phänomen ist in diesem Zusammenhang das sogenannte *latina paradox*, auch als *epidemiological paradox* bezeichnet. Ende der achtziger Jahre wurde es erstmals beschrieben. Bis dahin ging man davon aus, dass Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status häufiger einen beeinträchtigten Gesundheitszustand und eine geringere Lebenserwartung aufweisen als solche mit guter Bildung, höherem Einkommen und guter Gesundheitsversorgung. Studien zeigten aber, dass neu zugewanderte, wenig gebildete und im US-amerikanischen Gesundheitssystem unterversorgte Latinas eine relativ geringe Inzidenzrate von perinatalen Komplikationen im Vergleich zu einheimischen „weißen“ Amerikanerinnen und zu Migrantinnengruppen der zweiten und dritten Generation hatten.

Akkulturation als perinataler Faktor

Untersuchungen der letzten 25 Jahre haben dieses Paradoxon immer wieder bestätigt, so dass Akkulturation als ein eigenständiger perinataler Risikofaktor angesehen werden muss. Als Erklärung für das *latina paradox* werden die soziale Unterstützung informeller Netzwerke und der ausgeprägte Familiensinn bei den mexikanischen und lateinamerikanischen Einwanderern, gesunde Ernährung, ein geringer bzw. kein Nikotin- und Alkoholkonsum und die Religiosität angegeben. Eine mit zunehmender Aufenthaltsdauer verbundene Akkulturation (= Anpassung der Lebensverhältnisse) z. B. in den USA kann dann für eine Population mit einem niedrigen sozioökonomischen Status mit einer Abnahme von gesundheitlichen Protektivfaktoren verbunden sein.

Angaben zur Herkunft werden nicht erfasst

Seit über dreißig Jahren gibt es eine flächendeckende Qualitätssicherung für alle Geburtskliniken in Deutschland. Bis heute werden aber keine Angaben zum Herkunftsland der Gebärenden oder andere wichtige soziodemografische Parameter erfasst, die wissenschaftlich-valide Analysen zum Einfluss von Migrations- und Akkulturationsprozessen auf Schwangerschaft und Geburt ermöglichen könnten. Dies ist angesichts der aktuellen Herausforderungen durch die Zuwanderungswelle aus arabischen Krisen- und Kriegsgebieten umso bedauerlicher.

Ein ähnliches Akkulturationsphänomen wie das *latina paradox* scheint bei türkischstämmigen Schwangeren der ersten und zweiten Generation vorhanden zu sein; darauf deuten Ergebnisse einer eigenen DFG-geförderten Studie in Berlin hin. Sie betreffen z. B. die Parameter PDA- und Sectiohäufigkeit, postpartale Anämie, Stillrate und postpartale Kontrazeption.

Literatur beim Autor

Mögliche Akkulturationsergebnisse

		Beziehung zur eigenen Gruppe (eigene Kultur wird als wertvoll angesehen)	
		+	-
Beziehung zum Aufnahmeland (fremde Kultur wird als wertvoll angesehen)	+	Integration	Assimilation
	-	Separation	Marginalisierung

In Abhängigkeit von der Wertschätzung für die eigene und/oder die fremde Kultur sind die Ergebnisse eines Akkulturationsprozesses unterschiedlich. Dies beeinflusst auch die Perinataldaten.

Autor

Prof. Dr. med. Matthias David

Klinik für Gynäkologie
Campus Virchow-Klinikum
Charité – Universitätsmedizin Berlin
matthias.david@charite.de

Ausbildung

Vorbereitung auf die Facharztprüfung

Mit Beginn der Ausbildung im Fach Gynäkologie und Geburtshilfe ist das Thema Prüfung scheinbar ganz weit weg. Letztlich ist es dann aber wie bei der Entbindung: Je näher die Prüfung rückt, desto nervöser wird man und glaubt womöglich, dass sie nie zu schaffen ist. Damit dieses Gefühl gar nicht erst aufkommt, hier einige Empfehlungen zur strukturierten Vorbereitung auf den erfolgreichen Abschluss.

Fordern Sie bei Ihren Ausbildern die von der Ärztekammer vorgeschriebene strukturierte Weiterbildung ein. Hierzu gehört ein Curriculum mit Lerninhalten und -zielen genauso wie ein jährliches strukturiertes Gespräch. Dies hilft, Schwächen offenzulegen und gemeinsam für Abhilfe zu sorgen.

Lesen Sie die aktuellen Krankheitsbilder der von Ihnen betreuten Patientinnen nach. Entwickeln Sie selbst eine Behandlungsstrategie, die Sie Ihren Vorgesetzten vorstellen und gemeinsam diskutieren. Bei sehr speziellen Fragestellungen nehmen Sie im Einvernehmen mit Ihren Ausbildern Kontakt mit entsprechenden Kompetenzzentren auf und erarbeiten Sie daraus ein Therapiekonzept.

Professionelles Literaturstudium

Kompakte, alle Themengebiete umfassende Bücher sind ideal. Für spezielle Fragestellungen (z. B. Ultraschall, Onkologie, OP-Lehren, Leitlinien und Empfehlungen der AGO) empfiehlt sich die Auseinandersetzung mit Spezialliteratur in Buchform oder in Form aktueller Artikel in Fachzeitschriften bzw. online zugänglichen Formaten. Überzeugen Sie Ihre Klinikleitung, dass die gängigen Fachzeitschriften für die Abteilung abonniert werden. Kopieren Sie sich interessante Artikel und legen Sie sich eine Literatursammlung an, deren Register z. B. dem von „Gynäkologie und Geburtshilfe compact“ angeglichen ist.

Weitere Quellen Ihrer Literatursammlung können Kongress- und Seminarmitschriften oder Handouts sein, aber auch diverse Infoschriften der Pharmaindustrie (z. B. Spekulum, Onkologie etc.). Als Mitglied der DGGG bekommen Sie monatlich den FRAUENARZT. Unter www.awmf.org/ können weitere Leitlinien abgefragt werden.

Auf Kongressen haben Sie die Möglichkeit, noch aktuellere Informationen zu erhalten als über die Fachliteratur. Sie können mit den Vortragenden Ihre Fragen diskutieren und Kontakte knüpfen. Machen Sie sich Notizen, überarbeiten Sie diese zu Hause und ordnen Sie sie in Ihre Literatursammlung ein, da sonst die gewonnenen Informationen schnell wieder verloren gehen.

Eine sehr gute Möglichkeit zur Fort- und Weiterbildung bieten Seminarkongresse sowie die Veranstaltungen der Deutschen Akademie für Gynäkologie und Geburtshilfe (DAGG).

Einüben des freien Redens im „geschützten Raum“

Etablieren Sie in Ihrer Klinik eine von der Ärztekammer zertifizierte innerbetriebliche Fortbildungsreihe. Jeder Mitarbeiter kann hier im „geschützten Raum“ ein Referat halten. Gleichzeitig können Sie die Veranstaltung als Marketinginstrument Ihrer Abteilung nutzen, indem Sie niedergelassene Kollegen zu den Veranstaltungen einladen.

Lernstrategie

Es ist besser, sich kontinuierlich mit dem Wissen unseres Fachs auseinanderzusetzen, als sich im letzten Augenblick alles ins Kurzzeitgedächtnis hineinzupauken. Geht es dann in die konkrete Prüfungsvorbereitung, achten Sie darauf, dass Sie sich nicht verzetteln. Definieren Sie den zur Verfügung stehenden Zeitrahmen, z. B. drei Wochen. Dann planen Sie den Lernumfang, z. B. 800 Seiten „Gynäkologie und Geburtshilfe compact“ nebst Literatursammlung. Daraus resultiert das notwendige Lernpensum pro Tag. Lernen Sie nicht bis zum letzten Tag. Ein Tag Erholung vor der Prüfung tut gut!

Autor

Dr. med. Bernhard Uhl

St. Vinzenz-Hospital Dinslaken
bernhard.uhl@st-vinzenz-hospital.de

Ich mag meine Hitzewallungen.
Aber nur in der Sauna.

- **In Studien belegte Wirksamkeit**[1] bei typischen Wechseljahresbeschwerden wie Hitzewallungen, Schlafstörungen, depressiven Verstimmungen
- **Hervorragendes Sicherheitsprofil:** aktiviert hochselektiv den ß-Östrogenrezeptor[2], keine Stimulation östrogenabhängiger Tumorzelllinien[3]
- **Gleiche Wirkintensität** wie ein niedrig dosiertes Hormonpräparat (nachgewiesen am Beispiel Hitzewallungen[4])
- **Einzigartiges apothekenpflichtiges Arzneimittel**

Studien unter: www.aktive-wechseljahre.de/studien
Mehr Informationen auf **www.femiloges.de**

Dr. Loges
Naturheilkunde neu entdecken

[1]Heger et al: Menopause, Vol. 13, No 5, pp. 744–759, 2006; [2]Wober J et al., 2007. [3]Gründemann C. et al., Zeitschrift für Phytotherapie 2015; 36: 157–163. [4]Heger P et al., 2010.
femiloges®, Wirkstoff: Rhapontikrhabarberwurzel-Trockenextrakt: 1 magensaftresistente Tablette enthält den Wirkstoff: 4 mg Trockenextrakt aus Rhapontikrhabarberwurzel (16-26:1); Auszugsmittel: wässrige Calciumoxid-Lösung (Calciumoxid: Gereinigtes Wasser im Verhältnis 1:38 (m/m)). Die sonstigen Bestandteile sind: Calciumcarbonat (E 170), Carnaubawachs, Cellacefat, gebleichtes Wachs, Lactose-Monohydrat (Milchzucker), Macrogol 6000, Macrogol 35000, Magnesiumstearat [pflanzlich], Methacrylsäure-Methylmethacrylat-Copolymer (1:1), mikrokristalline Cellulose, Natriumdodecylsulfat, Povidon K 25, Povidon K 90, Sucrose (Zucker), Talkum, Titandioxid (E 171), Triacetin. Anwendungsgebiete: femiloges® wird angewendet zur Besserung der durch die Wechseljahre bedingten psychischen und neurovegetativen Beschwerden wie Hitzewallungen/Schweißausbrüche, Schlafstörungen, depressive Verstimmungen und Ängstlichkeit. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile, Schwangerschaft oder Stillzeit, ungeklärte genitale Blutungen, Bestehen oder Verdacht auf einen östrogenabhängigen Tumor, da nicht bekannt ist, ob Rhapontikrhabarberwurzel-Trockenextrakt das Wachstum eines östrogenabhängigen Tumors beeinflusst. Nebenwirkungen: Sehr selten kann es zu Überempfindlichkeitsreaktionen der Haut (Hautrötung, Hautschwellung, Juckreiz) kommen. Warnhinweise: Enthält Lactose (Milchzucker) und Sucrose (Zucker). Bitte Packungsbeilage beachten. Dr. Loges + Co. GmbH, Schützenstraße 5, 21423 Winsen (Luhe), Telefon: (04171) 707-0, Telefax: (04171) 707-100, info@loges.de, www.loges.de

So ein schöner Tag… *la la la la la*

Das Fach feiert ein Fest, das seinesgleichen sucht. Die „DGGG-Night" im Stuttgarter Porschemuseum war der gesellschaftliche Höhepunkt eines Kongresses mit vielen Highlights. Rund 900 Gäste genossen vor millionenschwerer automobiler Kulisse einen Abend mit einem kochmützenverdächtigen Buffet und einem grandiosen Unterhaltungsprogramm. Und wieder war es ein Team aus Tübingen, das entscheidend zum Gelingen des Abends beitrug: Die Big Band der Universitäts-Frauenklinik Tübingen heizte ein und der Kongress tanzte.

Kongresspräsidentin Sara Brucker und „ihr" Präsident Diethelm Wallwiener demonstrierten, dass ihre Talente nicht nur im Medizinischen liegen.

Zustimmung lässt sich überzeugender nicht dokumentieren. Die Big Band der Unifrauenklinik Tübingen hatte die Gäste schon nach wenigen Takten voll im Griff.

Auch BVF-Präsident Christian Albring war begeistert von dem, was die Schwesterpartei an diesem Abend im Programm hatte.

v.r.n.l.: Prof. Urs Haller, Sigrid Berg, Monika Koschade, Anja Vetter, Prof. Hermann Hepp, Prof. Klaus Vetter, Prof. Daniel Fink, Dr. Eduard Koschade.

San. Rat Dr. Werner Harlfinger, Dr. Klaus König (frisch gebackenes DGGG-Ehrenmitglied) mit Frau Gerlind und Heidrun Albring.

Prof. Wallwiener begrüßt die VIPs der Gynäkologenfraktion, für die der Abend schon mit einem Essen beim Präsidentenempfang begann.

v.r.n.l.: Prof. Gerlinde Debus, Prof. Nikolaus von Obernitz, Prof. Wolfgang Holzgreve, Dr. Britte Holzgreve und Prof. Annette Hasenburg.

Alte Bekannte: Prof. Dietrich Berg, DGGG-Präsident von 1996–98 und Prof. Bernd-Joachim Hackelöer, DEGUM-Präsident 1995–98.

Avantgardistische Kulisse für die DGGG-Night 2016: Das neue Porsche-Museum in Stuttgart-Zuffenhausen, eines der spektakulärsten Automobilmuseen der Welt.

Der Knaller des Abends: Die 15-köpfige Big Band der Tübinger Uni-Frauenklinik heizte ein mit einer Zeitreise Deutscher Schlager – und das Publikum zog begeistert mit.

Automobile Pretiosen bildeten den adäquaten Rahmen für die hochkarätige Veranstaltung. Im Vordergrund: ein Porsche 550 Spyder, der durch James Dean traurige Berühmtheit erlangte. Gebaute Stückzahl: 90. Wert: 2,5 Mio. Euro.

Beeindruckte mit ihrer Performance: Sandmalerin Katrin Weißensee

Kollegiales Miteinander verspricht jeder Kongress – nicht immer gelingt es so harmonisch wie an diesem Abend.

Prof. Klaus Neis, gut gelaunt, denn die Zukunft der Zervixkarzinom-Vorsorge ist in trockenen Tüchern.

Hallöchen! Alles original: Hut, Sonnenbrille und das typische Nuscheln. Dass nicht Udo höchstpersönlich die Bühne betrat, war auf Anhieb nicht zu erkennen. Udo-Double Arndt Roediger alias „Vize Udo" lieferte zusammen mit seiner Partnerin Anna Stuckart eine Show ab, die dem Original in nichts nachstand.

Beschnittene Frauen in Deutschland

Geburtshilfliche Probleme nach Beschneidung

Gynäkologen und Hebammen, die beschnittene Frauen betreuen, müssen mit erschwerten Bedingungen bei der Schwangerschaftsvorsorge und mit Komplikationen unter der Geburt rechnen – und damit umgehen lernen.

Die erschütternde Praxis der weiblichen Genitalverstümmelung ist nicht nur ein Problem in der dritten Welt, sondern auch im Westen zunehmend präsent. Wir können daher nicht die Augen verschließen, sondern müssen uns in Folge der zunehmenden Zahlen von Flüchtlingen und Migranten auch hier in Deutschland darauf vorbereiten, im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge sowie im Kreissaal mit dieser Thematik konfrontiert zu werden.

Schwangerschaftsvorsorge und Entbindung erschwert

Im Rahmen der geburtshilflichen Vorsorge ergeben sich anatomisch durch den in Folge der Beschneidung häufig extrem eingeengten bzw. fast verschlossenen Introitus vaginae große praktische Probleme bei der vaginalen Palpation sowie beim vaginalen Ultraschall. Eine alternative Untersuchungsmöglichkeit kann dann die rektale Sonografie und Palpation sein. Neben den genannten diagnostischen Einschränkungen besteht zusätzlich die Gefahr von gestörtem Scheidenmilieu mit konsekutiven Scheideninfektionen, die ihrerseits einen vorzeitigen Blasensprung und Frühgeburtlichkeit auslösen können.

Neben diesen vorgeburtlichen Einschränkungen ergeben sich dann unter der Geburt noch größere Probleme für die Betroffenen. Eine verlässliche Tastuntersuchung des Muttermundes und eine Höhenstandsbestimmung sind häufig unmöglich. In der Austreibungsperiode, die oft verlängert ist, bzw. bei der Geburt des Kopfes sind Episiotomien und Dammrisse viel häufiger als bei Unbeschnittenen. Da eine Überwachung durch Fetalblutanalyse technisch nicht möglich ist, erhöht sich das Risiko für das Kind und damit die Rate an sekundären Sectiones, obgleich eine Bescheidung per se keine Indikation für einen primären Kaiserschnitt darstellt.

Wegen der Beschneidungsnarben treten unter der Geburt regelmäßig schwerste Verletzungen im Sinne von vesico-vaginalen und/oder recto-vaginalen Fisteln auf.

Defibulation vor oder unter der Geburt

Die Therapie der Wahl ist die Defibulation, das heißt die operative Erweiterung des Introitus entweder unter der Geburt bei Einschneiden des kindlichen Kopfes, oder es kann alternativ im Vorfeld zwischen der 20. und 28. SSW eine Eröffnung der Infibulation mit den sich daraus ergebenden Vorteilen für die Schwangerschaftsvorsorge und Überwachung unter der Geburt geplant werden. Für diese große Herausforderung werden natürlich Hebammen und Ärzte benötigt, die sich mit dieser Thematik gut auskennen.

Neben dem praktischen geburtshilflichen Umgang mit bereits beschnittenen Frauen sollten wir natürlich versuchen, alles in unserer Kraft liegende zu tun, um die grausame Praxis der Genitalverstümmelung zu beenden. Dies kann beispielsweise durch Aufklärung oder aber auch durch humanitäre medizinische Entwicklungshilfe vor Ort geschehen. Es bleibt zu hoffen, dass zukünftige Generationen vor diesem schrecklichen Eingriff in ein selbstbestimmtes Leben bewahrt werden können.

Autorin

Dr. med. Olivia Chow

Frauenklinik
Universitätsklinikum Würzburg
chow_o@ukw.de

Female Genital Mutilation

Genitale Verstümmelung – ein globales Problem

Aus religiösen oder kulturellen Gründen werden weltweit, vor allem in Afrika und Asien, Frauen an den Genitalien beschnitten. Es ist uns ein großes Anliegen, dagegen vorzugehen und betroffenen Frauen zu helfen.

Betroffen von Genitalverstümmelungen (Female Genital Mutilation, FGM) sind etwa 100 bis140 Millionen Mädchen und Frauen (Schätzung der WHO). FGM verletzt grundlegende Menschenrechte. Sie wird heute vor allem in afrikanischen sowie einigen wenigen arabischen und asiatischen Ländern, aber auch in Europa oder Nordamerika praktiziert. Seit Dezember 2013 ahndet das deutsche Gesetz FGM als schwere Körperverletzung (§226a STGB) mit bis zu 15 Jahren Gefängnis. Globalisierung und Flüchtlingswelle haben das Thema in den EU-Mitgliedsstaaten und insbesondere auch in Deutschland aktuell gemacht. Weltweit wird eine Beendigung der Verstümmelungspraxis gefordert.

Am Stärksten betroffen sind die Frauen in der Sahelzone. Dort wird die schlimmste Form der Genitalverstümmelung durchgeführt, die sogenannte pharaonische Beschneidung oder Infibulation. In einigen Ländern, z. B. in Eritrea, Somalia, wird diese zu über 90 % an den jungen Mädchen vorgenommen. Uns stellen sich drei Fragen:

Hilfe vor Ort: Die mit Unterstützung des BVF geschaffene Geburtshilfeklinik in der Danakilwüste betreut FGM-Opfer.

1. Was können wir dazu beitragen, Mädchen vor FGM zu bewahren?

Wir, wie auch die Kinderärzte, müssen wachsam sein und mit den staatlichen Organisationen (Justiz, Jugendämter), Selbsthilfegruppen und Frauenorganisationen zusammenarbeiten, um FGM in Deutschland zu verhindern. Die Islamkonferenz 2006 in Kairo hat die weibliche Verstümmelung als schwere Sünde bezeichnet, die nicht mit dem Koran vereinbar ist. Darüber sollten wir Betroffene informieren, damit diese ihre Töchter schützen. Wünschenswert wäre es auch, weltweit Frauenorganisationen im Kampf gegen FGM zu unterstützen.

2. Sind wir in der Lage, die Folgen von FGM (soweit möglich) zu behandeln?

Dazu müssen die Kollegen in den Kliniken und Praxen sich mit dieser Problematik auseinandersetzen und auskennen. Uns erreichen wöchentlich Berichte aus Geburtskliniken, die wegen FGM ihr geburtshilfliches Management ändern müssen. Um die körperlichen Funktionen zum Teil wiederherstellen zu können, sind aufwändige und teure Operationen nötig. Während der Geburt kann eventuell eine operative Eröffnung vorgenommen werden, aufgrund von Narbengewebe rettet möglicherweise nur ein Kaiserschnitt Mutter und Kind. Dies ist natürlich in jeder deutschen Entbindungsklinik möglich – nicht aber in z. B der Sahelzone.

3. Wie können wir vor Ort medizinisch helfen?

Seit 2010 engagiere ich mich gemeinsam mit dem Vorstand des BVF für die Menschenrechtsorganisation TARGET von Rüdiger Nehberg (www.target-nehberg.de). Wir unterstützen TARGET im Kampf gegen weibliche Genitalverstümmelung und begleiten ein medizinisches Projekt in der Danakilwüste in Äthiopien.

Nach langer Vorbereitungsphase konnte dort 2015 eine Entbindungsklinik gebaut werden und ihren Betrieb aufnehmen. Sie ist in dieser Region die einzige medizinische Einrichtung für die Versorgung von Frauen. Schwangere werden hier auf höchstem Niveau betreut. Kollegen, die für eine bestimmte Zeit mitarbeiten möchten, können sich melden unter: einsatz@target-nehberg.de. Informationen zum Projekt erhalten Sie bei geburtenstation.afar@gmx.de.

Autor

San. Rat Dr. med. Werner Harlfinger

Gynäkologie und Geburtshilfe, Endokrinologie, Mainz
Werner.Harlfinger@gmx.de

Wissenswertes zu Genitaler Verstümmelung (FGM)

Unterschieden werden verschiedene Formen bzw. Schweregrade:
Typ I FGM – Einstechen, Ritzen oder Entfernen der Vorhaut der Klitoris.
Typ II – Entfernung der Labia minora und die Klitoris.
Typ III – Infibulation oder pharaonische Beschneidung, die grausamste und am weitesten verbreitete Form; kleine und große Schamlippen inklusive der Klitoris werden reseziert.

Grundsätzlich werden z. B. in Afrika FGM ohne Betäubung und unter unsterilen Bedingungen mit primitivem Instrumentarium wie z. B. Akaziendornen und Messern vorgenommen.
Dementsprechend sind in der Folge schweren Infektionen und Wundheilungstörungen sehr häufig, die wiederum verantwortlich sind für funktionelle Beeinträchtigungen bei der Menstruation oder Fertilität.

Falls eine Penetration in der Hochzeitsnacht nicht möglich ist, wird die infibulierte Scheide mit einem scharfen Gegenstand, meistens einem Messer, blind eröffnet. Dies hat schwerwiegende Komplikationen zur Folge. Wenn die jungen Frauen überleben (nach WHO sterben etwa 25 % nach dieser Tortur), leiden sie ihr Leben lang an den Folgen.

Fistelbildungen nach Geburten führen vor allem in medizinisch unterversorgten Regionen zu massiven gesundheitlichen Problemen mit Harn- und Stuhlinkontinenz und allen sich daraus ergebenden sozialen Folgen. Die Betroffenen werden häufig als „stinkende Frauen" stigmatisiert und an den Rand des Dorfes ausgewiesen, wo sie dann in Isolation leben müssen.

Genitalverstümmelung hinterlässt schwerwiegende, unauslöschbare körperliche und seelische Traumata. Sie kann die Ursache für Verhaltensstörungen sein. Eine erfüllte Sexualität bleibt diesen Frauen für immer verschlossen. Eine weitere schwerwiegende Folge ist der Vertrauensverlust der Mädchen in ihre Bezugsperson, z. B. die Mutter ,und das Gefühl, keine richtigen Frauen sein zu können.

Ihre Patientinnen können für ihr Baby sorgen, bevor sie wissen, dass sie schwanger sind.

Erfahren Sie mehr auf **www.elevit.de**

Nur 1 Tablette täglich.
Elevit® 1 ist laktose- und glutenfrei.

Elevit® 1 ist auf den besonderen Nährstoffbedarf von Kinderwunsch bis zur 12. Schwangerschaftswoche ausgerichtet.

Metafolin® und **Folsäure** zur Senkung des Risikos von Neuralrohrdefekten.

Zink trägt zu einer normalen **Fruchtbarkeit** bei. Vitamin B_6 trägt zur Regulierung der **Hormontätigkeit** bei.

Selen unterstützt den Schutz der Zellen vor oxidativem Stress.

Eisen, Vitamine B_6 und B_{12} tragen zur **Verringerung von Müdigkeit bei.**

Elevit®. Für das Wunder des Lebens. Von Anfang an.

Metafolin® ist eine eingetragene Marke der Merck KGaA, Darmstadt, Germany

Assistenzsysteme im OP

Thermofusion – vom Experiment zur praktischen Bedeutung

In den letzten Jahrzehnten hat die Bedeutung von elektrochirurgischen Verfahren stark zugenommen. Inzwischen sind sie in der Operationslehre fachübergreifend zu einer Selbstverständlichkeit geworden. Die Konzeption wissenschaftlicher Fragestellungen zu diesem Bereich ist aufwändig und basiert einerseits auf der operativen Expertise und andererseits auf dem Verständnis und der Bewertung physikalisch-elektrischer Parameter.

Mit der zunehmenden Bedeutung von elektrochirurgischen Verfahren haben sich insbesondere die minimal-invasiven Techniken in der Gynäkologie positiv in den Vordergrund gedrängt. Das gilt nicht nur für benigne Standardeingriffe wie die Hysterektomie (vaginal und laparoskopisch) und die Zystenentfernung, sondern auch für komplexe onkologische Operationen (z. B. OP nach Wertheim, modifiziert radikale Hysterektomie beim Korpuskarzinom, pelvine und paraaortale Lymphonodektomie), urogynäkologische Techniken und die tief infiltrierende Endometriose. Auch im Bereich des äußeren Genitale haben sich beispielsweise durch die Lasertechnologie breitere Anwendungsmöglichkeiten ergeben.

Besonders bei den minimal-invasiven OPs stehen hinsichtlich der Elektrochirurgie folgende Fragestellungen immer wieder im Fokus:

- Qualität der Versiegelung mit möglichst geringem thermischem Lateralschaden,
- Klemmenergonomie zur optimalen Präparation mit oder ohne gleichzeitige Schneidefunktion (Gewebedurchtrennung),
- Entwicklung neuer, möglichst „intelligenter“ Modes, die den Stromfluss quasi automatisch regeln,
- Ergonomie der Griffe für eine leichte und sichere Anwendung bei verschiedenen Handgrößen.

Hieraus wird deutlich, dass die Anwendung von nur einem Instrument im Sinne eines „one size fits all“ eher unwahrscheinlich sein sollte, sondern der Gebrauch sich in erster Linie an der Indikation, aber auch an Kosten-Nutzen-Abwägungen in der täglichen Routine zu orientieren hat.

Elektrochirurgische Parameter vergleichen

Ziel von experimentell-wissenschaftlichen Projekten muss folglich die teilweise vergleichende Untersuchung elektrochirurgischer Parameter unter möglichst realen Gewebebedingungen (z. B. Großtierexperiment) und die Translation der Ergebnisse in den praktischen Alltag sein. Auf diese Weise lässt sich die Verwendung verschiedener Instrumente, die derzeit auch kompetitiv auf dem Markt sind, durch Daten fundiert rechtfertigen, was natürlich letztlich über eine unreflektierte, „gewohnheitsmäßige“ Verwendung hinausgeht.

Zweigleisiges Vorgehen in der Erforschung

Die Konzeption wissenschaftlicher Fragestellungen zu diesem Bereich ist aufwändig und muss einerseits auf der operativen Expertise und andererseits auf dem Verständnis und der Bewertung physikalisch-elektrischer Parameter basieren.

Grundsätzlich hat sich hier ein zweigleisiges Design bewährt: Im Tierexperiment werden bewusst traumatisierte oder thermofusionierte Areale bestimmt, die nach einer definierten Überlebenszeit entnommen werden. Makroskopisch und histologisch wird dann der thermische Lateralschaden am Explantat genau gemessen. Messungen zum Berstdruck (burst pressure) lassen einen Rückschluss zur Versiegelungsqualität zu, die Bestimmung von Nervenleitgeschwindigkeiten im präparierten bzw. fusionierten Areal reflektieren die (kurz- bis mittelfristigen) Auswirkungen des Stroms auf das umliegende Gewebe. Im Humansitus lassen sich insbesondere Parameter wie OP-Zeit, Blutverlust und Präparation vergleichen.

Die praktische Bedeutung für den Nutzer besteht in der Definition und Kenntnis von Entscheidungskriterien für oder gegen die Verwendung eines bestimmten Instruments bzw. einer bestimmten Stromform:

- die Kenntnis des thermischen Lateralschadens und der nervalen Stimulation in der Umgebung,
- die Kenntnis des Berstdrucks bei bestimmtem Gefäßdurchmesser,
- die Kenntnis der optimalen Stromeinstellung/Stromform/Strommodes in Abstimmung zum operierten Gewebe.

Autor

PD Dr. med. Bernhard Krämer

Department für Frauengesundheit
Universitätsfrauenklinik Tübingen
bernhard.kraemer@med.uni-tuebingen.de

Kontrazeption

Entwicklung von Zykluscomputern

Hinter Zykluscomputern oder entsprechenden Apps steht die Idee, einer Frau bei der Beurteilung ihres Zyklus zu helfen. Bei der Entwicklung sollte man bereits bekannte Tatsachen (rational) berücksichtigen und möglichst ressourcenschonend (rationell) vorgehen.

Die Tabelle unten zeigt in zeitlicher Reihenfolge die notwendigen Einzelschritte bei der Entwicklung von Zykluskomputern oder Apps. Zeichen und Symptome im Zyklus wie BBT, Schleimsymptom, Hormonausscheidungen im Urin, Schleimkristallbildung, elektrischer Widerstand des Scheidensekrets und CO_2-Konzentrationsänderungen in der Atemluft lassen sich in Zykluscomputern oder in Apps verwenden. Bei der Entwicklung lassen sich Geld und Zeit sparen, wenn man sich zuerst über die Potenziale einer Entwicklung informiert, indem man in Vortestungen die Möglichkeiten abschätzt. Wir haben 2003 (1) dazu einen geeigneten Vorschlag gemacht. Man kann das zu testende Gerät oder Programm auch mit heute üblichen Tests zur Bestimmung der fertilen Zeit oder nach NFP-Methoden vergleichen. Effizienzzahlen und kontrazeptive Sicherheit lassen sich aus solchen Untersuchungen aber nicht herleiten.

Vorgehen bei der Entwicklung von Zykluskomputern oder Apps

Pos.	Zeitlicher Ablauf	Konkrete Maßnahmen im Hinblick auf das Ziel der Entwicklungen
1.	Persönlichen Bedarf definieren	Körperverständnis/Zyklusmonitoring? Kinderwunsch unterstützen? Verhütung ermöglichen?
2.	Zyklusindikatoren festlegen	Kalender Basaltemperatur Zervikalschleim und Portiostand Brustsymptom Hormone in Urin oder Speichel (E3G, PDG, LH, andere) Physikalische Phänomene von CM oder Speichel (Kristallisation, elektrischer Widerstand) CO_2-Spannung Atemluft
3.	Realisation	Überprüfung von Zykluscomputer oder App entsprechend den geschätzten maximalen Fehlerraten im Hinblick auf die tägliche Konzeptionswahrscheinlichkeit. Information über die Sinnhaftigkeit einer Investition. Dazu können auch orientierende Studien dienen (siehe Pos. 6.)
4.	Überprüfung	Prospektive Kohortenstudien als Effektivitätsstudien (pES) mit dem entwickelten Gerät oder Programm
5.	Goldstandard für Zulassung	Prospektive randomisierte Kohortenstudien mit einer akzeptierten Verhütungsmethode
6.	Orientierende Studien, ev. vor Pos. 3. Nicht nötig, wenn bereits Pos. 4. und 5. vorliegen	Direkte und indirekte Vergleichsstudien mit dem fertilen Fenster, bestimmt mittels Hormonmessungen und Ultraschall („direkt EFS“) oder mit einer akzeptierten NFP-Methode („indirekte EFS“)

Notwendige Einzelschritte bei der Entwicklung von Zykluscomputern oder -Apps

Prospektive Effektivitätsstudien

Erst bei Geräten oder Programmen, die diese relativ preiswerten Schritte positiv durchlaufen haben, rentieren sich dann im Hinblick auf den später angestrebten Verwendungszweck prospektive Effektivitätsstudien. Voraussetzung für solche Studien sind prospektiv in Datenbanken erhobene Daten.

Forderungen der SNF

Die Sektion Natürliche Fertilität (SNF) der DGGEF hat bereits in einer 2011 publizierten Empfehlung folgende Forderung erhoben: „Um festzustellen, mit welcher Sicherheit eine Schwangerschaft vermieden werden kann bzw. in welche Sicherheitskategorie eine Familienplanungsmethode eingeordnet werden kann, sind prospektive Kohortenstudien notwendig, in denen reale Schwangerschaftsraten für definierte Kollektive erhoben werden“ (s. a. (2)).

Die Berechnung der Gebrauchssicherheit (Gesamtrate der ungeplanten Schwangerschaften pro Jahr) erfolgt heute nach dem *Life table* (actuarial curve nach Kaplan Meier (3)). Die Berechnung der Methodensicherheit sollte heute nach der *perfect use*-Methode von Trussel et al. (4) erfolgen. Die Sektion Natürliche Fertilität (SNF) kann nur aufgrund von prospektiven Effektivitätsstudien Aussagen über die Sicherheit einer Familienplanungsmethode treffen (5, 6).Geht man nach den Empfehlungen der FDA vor, so wird man prospektive randomisierte Effektivitätsstudien fordern, wo die Neuentwicklung mit einer bereits bekannten Methode der Kontrazeption verglichen wird.

Apps und Messgeräte

Mit der Weiterentwicklung der Smartphones ist zu erwarten (7), dass Sonden für bestimmte Signale der Frau für Smartphones entwickelt werden, für deren Messergebnisse dann geeignete Auswertprogramme (Apps) geschrieben werden. Gerade im App-Bereich sieht man derzeit bereits täglich Neuentwicklungen, die Aussagen zum fertilen Fenster im Zyklus machen, über deren Qualität jedoch keinerlei Informationen vorliegen.

Literatur beim Autor

Autor

Prof. Dr. med. Günter Freundl

Sektion Natürliche Fertilität
freundlg@uni-duesseldorf.de

Frühes Mammakarzinom

MammaPrint verhindert Chemo-Übertherapien

Patientinnen mit frühem Brustkrebs LN0 oder 1-3 LN+ werden bei einem geringen klinischen Risiko für einen Krankheitsrückfall adjuvant mit einer alleinigen endokrinen Therapie und bei hohem Risiko mit einer zusätzlichen Chemotherapie behandelt. Der genomische Test MammaPrint *identifiziert Patientinnen, denen eine Chemotherapie erspart werden kann. Bei einem Satellitensymposium im Rahmen des DGGG 2016 führten Expertinnen den großen Nutzen des neuen Testsystems an.*

Der genomische Test *MammaPrint* wurde anhand einer unvoreingenommenen Auswahl an Genen und den Therapieerfolgen der untersuchten Patientinnen entwickelt. Dabei wurden 70 Gene identifiziert, die signifikant mit einem hohen Rezidivrisiko assoziiert sind. Die 70 Gene erstrecken sich über alle sieben Schritte der Metastasierungs-Kaskade, erklärte Prof. Dr. Eva-Maria Grischke, Tübingen: Wachstum und Proliferation, Angiogenese, Lokalinvasion, Intravasation, Überleben im Kreislauf, Extraversation sowie Anpassung an die Mikroumgebung an der sekundären Stelle. Jedes Gen wurde ohne Beeinflussung durch klinische Faktoren gleich gewichtet. Der Test bietet binäre Ergebnisse zur Therapieentscheidung.

46 % der Hochrisikopatientinnen wird die Chemotherapie erspart

MINDACT ist die bisher einzige prospektive Phase-III-Interventionsstudie mit medizinischem Evidenzlevel 1 A, die einen Genexpressionstest mit klinisch-pathologischen Risikostratifizierungskriterien verglich. Sie wurde von der Breast International Group und der EORTC initiiert und von der Westdeutschen Studiengruppe in Deutschland national koordiniert. Bei 6.693 Patientinnen mit frühem Mammakarzinom wurde das Risiko einer Fernmetastasierung mithilfe klinisch-pathologischer Standardkriterien sowie dem genomischen Test *MammaPrint* abgeschätzt (1).

Es konnte in der Studie gezeigt werden, dass mit MammaPrint 46 % der Patientinnen mit klinisch hohem Risiko eine Chemotherapie erspart werden kann, kommentierte Prof. Dr. Ulrike Nitz, Mönchengladbach, die Studienergebnisse. 4.551 Patieninnten wurden konkordant laut beiden Testsystemen in eine Niedrig- oder Hochrisikogruppe eingeordnet. Die übrigen, diskordanten 2.142 Patientinnen erhielten randomisiert entweder eine Behandlung entsprechend der klinischen Risikobewertung oder entsprechend der Risikobewertung mit *MammaPrint*. 94,7 % der Patientinnen mit genomisch niedrigem Risiko überlebten ohne Chemotherapie wenigstens 5 Jahre fernmetastasenfrei, womit das geplante Primärziel der Studie von 92 % erreicht war. In Bezug auf die Gesamtpopulation konnte die Chemotherapie bei 14 % der Patientinnen vermieden werden.

Als Zielgruppe für den Einsatz von *MammaPrint* eignen sich prä- und postmenopausale Patientinnen jeden Alters mit frühem ER-positivem/HER2-negativem Brustkrebs und 0 bis 3 positiven Lymphknoten. Die analytische Validität von *MammaPrint* wurde für frisches Gewebe und Formalin-fixiertes Paraffin-eingebettetes Gewebe (FFPE) in hoher Übereinstimmung für die Gewebetypen (93 %) und die klinischen Ergebnisse (99 %) bestätigt (2). Das bedeutet, dass Ergebnisse aus den klinischen Studien mit Frischgewebe auf die klinische Routinepraxis mit FFPE übertragen werden können, so Prof. Dr. Eva-Maria Grischke, Tübingen.

Zusätzlich zu *MammaPrint* gibt *BluePrint*, ein Test zur Ermittlung des funktionellen molekularen Subtyps, Informationen zur Einteilung in die Brustkrebstypen Luminal A, Luminal B, Basal und HER2.

Die *PRIMe Decision Impact*-Studie untersuchte die Auswirkungen von *MammaPrint* und *BluePrint* auf die adjuvante Behandlung bei Patientinnen mit HR-positivem/HER2-negativem Brustkrebs. Studienleiterin Prof. Dr. Nadia Harbeck, München, zeigte, dass *MammaPrint* und *BluePrint* klinische Therapieentscheidungen bei frühen Brustkrebspatientinnen mit bis zu drei beteiligten Lymphknoten stark beeinflusst haben. Eine Änderung der Chemotherapie-Entscheidung betraf knapp 30 % aller Patientinnen. Die Veränderung der Entscheidung von ‚Chemotherapie' zu ‚keine Chemotherapie' erfolgte für etwa 13 % der Patientinnen und vice versa für etwa 15 %. Es gab eine erhebliche Diskrepanz zwischen klinischen und molekularen luminalen Subtypen: Etwa 33 % der Luminal-A- und Luminal-B-Subtypen änderten sich nach funktionalen molekularen Subtypisierungen mit *BluePrint*.

Vertrauen in die Therapientscheidung mit *MammaPrint* und *BluePrint*

Die Ärzte hielten sich weitestgehend an die Testergebnisse. Das Vertrauen in ihre Therapieentscheidung war nach Einbeziehung von *MammaPrint* und *BluePrint* deutlich erhöht, bemerkte Harbeck.

Da Genexpressionstests derzeit kein Bestandteil der Regelleistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen sind, bietet Agendia mit dem BRIDGE-Progamm einen kostenfreien Zugang für Patientinnen zu den *MammaPrint*-Ergebnissen und dem behandelnden Arzt entscheidende Zusatzinformationen für die Abstimmung des individuellen Behandlungsplans.

Quelle: Agendia-Satellitensymposium „Chemotherapie-Entscheidung beim frühen Mammakarzinom? Prospektive MINDACT-Studiendaten bringen Klarheit!", im Rahmen des 61. Kongresses der DGGG, 20.10.2016, Stuttgart

Bericht: Dr. Ine Schmale, Westerburg

Referenzen

1. Cardoso F et al. N Engl J Med 2016; 375: 717–729.
2. Beumer I et al. Breast Cancer Res Treat 2016; 156: 279–287.

Dieser Beitrag wurde erstellt mit freundlicher Unterstützung von Agendia, 1098 XH Amsterdam.

Die im *New England Journal of Medicine* **publizierte, prospektive klinische Phase III Studie** belegt den klinischen Zusatznutzen des Genexpressionstests **MammaPrint** bei der Entscheidung für oder gegen eine adjuvante Chemotherapie beim primären Mammakarzinom.

MINDACT zeigt, dass bei 46% aller Patientinnen LN0 oder 1-3 LN + und klinisch hohem Risiko auf eine Chemotherapie verzichtet werden kann.

Zusammen mit anderen klinischen Faktoren können die Ergebnisse von MammaPrint dazu beitragen, Übertherapien zu vermeiden.

DIE DATEN SIND EINDEUTIG
Ihre Chemotherapie-Entscheidungen können es jetzt auch sein.

Medizinisches Evidenzlevel 1A | 6.693 eingeschlossene Patientinnen | 112 Institutionen
Direkter Vergleich des Genexpressiontests MammaPrint mit klinisch-pathologischen Standardkriterien

agendia®
mammaprint®
70-Gene Breast Cancer Recurrence Assay

www.mammaprint.de

Agendia, Science Park 406, 1098 XH Amsterdam, Niederlande Tel:+31 20 462 1510
Deutschland: 0800-0061950 **Österreich,Schweiz:** 0800-006195 customerservice@agendia.com www.agendia.com © 2016

Mamma- und Ovarialkarzinom

Late Breaking News: Neue Einschlusskriterien für die BRCA1/2-Genanalyse

Das Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs Köln als Zentrum des Deutschen Konsortiums und die KEM Essen als Kooperationspartner und AGO-Studienzentrum haben in einer Pilot-Kooperation ein neues Versorgungsmodell entwickelt. Mittlerweile wurde dieses auch vom VdEK akzeptiert und kann nun bundesweit ausgerollt werden. Des Weiteren hat die Kooperation mit den beiden Studiengruppen AGO (Ovar) und GBG (Mamma) dazu geführt, dass die Einschlusskriterien erweitert werden konnten und z. B. für das singuläre Ovarialkarzinom bis zum Alter von 80 Jahren keine Familienanamnese mehr notwendig ist, um eine Risikoberatung und ggf. Testung zu ermöglichen.

Es gibt Hinweise darauf, dass die BRCA1/2-Mutationsprävalenz (= Mutationsnachweisrate) bei Frauen mit triple negativem Mammakarzinom (TNBC) bzw. Ovarialkarzinom (OC) höher liegt als zunächst erwartet. Bisherige Untersuchungen bezogen sich jedoch im Wesentlichen auf unselektierte Kohorten, d. h. es blieb unklar, wie hoch die Mutationsprävalenz in jenen Fällen ist, bei denen die etablierten Einschlusskriterien (EK) nach EBM nicht gelten, d. h. insbesondere bei Frauen mit einem TNBC oder OC ohne eine weitere Betroffene in der Familie (= singuläre TNBC/OC). Dieser Frage ist das Konsortium unter Federführung des Kölner Zentrums im Rahmen zweier Studien in Zusammenarbeit mit der AGO-Studiengruppe Ovar (AGO-TR1, Leiter PD Dr. Harter, KEM Essen), der German Breast Group (Prof. Loibl) und der Kooperationspartner nachgegangen.

Die Ergebnisse haben dazu geführt, dass VdEK-Versicherten mit singulärem TNBC bis zum 49. Lebensjahr oder OC bis zum 79. Lebensjahr in Kooperation mit dem Konsortium zukünftig eine BRCA1/2-Testung im Rahmen einer Krankheitsverlaufsbeobachtung, die die noch offenen Fragen klären soll, angeboten werden kann.

Mammakarzinom

Es konnten > 800 konsekutive Fälle mit singulärem TNBC zusammen mit kooperierenden Zentren und der GBG rekrutiert werden. Dabei wurden auch die EK routinemäßig mittels der zusammen mit der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der DKG entwickelten Checkliste erfasst. Die Ergebnisse wurden ferner im Rahmen einer Kooperation mit Prof. Dr. Engel mit Daten des Tumorregisters München abgeglichen, um die altersabhängigen TNBC-Raten mit in die Berechnung einfließen zu lassen. Die Ergebnisse belegen (a) eine deutliche Altersabhängigkeit der Mutationsprävalenzen und (b) eine mittlere Mutationsprävalenz von 10 % bis zum 50. Lebensjahr.

Ovarialkarzinom

Einen ähnlichen Ansatz verfolgte die quasi-epidemiologische Studie zur Prävalenz von somatischen und Keimbahnmutationen beim Ovarialkarzinom in Deutschland, die AGO-TR1-Studie der AGO-Studiengruppe. In dieser Untersuchung wurden in analoger Weise > 500 primäre und rezidivierte Ovarialkarzinome untersucht und die Mutationsprävalenzen sowie die EK erfasst. Diese Ergebnisse belegen (a), dass beim Ovarialkarzinom bis zum 80. Lebensjahr keine deutliche Altersabhängigkeit der Mutationsprävalenz besteht, und (b) die mittlere Mutationsprävalenz erst ab dem 81. Lebensjahr abfällt.

Beide Ergebnisse wurden intensiv diskutiert und führten nach ebenso intensiven Verhandlungen von Prof. Schmutzler für die Konsortialzentren und Prof. du Bois für die AGO-Studiengruppe und die Kooperationszentren mit dem VdEK zu einer Akzeptanz angepasster und erweiterter Einschlusskriterien für die genetische Beratung und Testung – auch bei singulären Krankheitsfällen ohne Familienanamnese.

Sektorenübergreifende Zusammenarbeit

Nach einer mehr als zwei Jahre bestehenden modellhaften Kooperation zwischen dem Konsortialzentrum Köln und dem Kooperationszentrum an den KEM und der nun deutlich besseren Datenlage konnte somit eine Anpassung der Verträge zur besonderen Versorgungnach § 140a zwischen den Konsortialzentren und dem VdEK erreicht werden. Diese sind ebenfalls in den Unterverträgen der Konsortialzentren mit den Kooperationszentren abgebildet und ermöglichen nun eine Übergabe eines Teils der Leistung in die Flächenversorgung an zertifizierte und speziell geschulte Zentren.

Damit wird die Checkliste exklusiv für das kooperative und Sektorenübergreifende Versorgungsmodell erweitert. Es geht nun darum, möglichst flächendeckend den Pilot Köln-Essen auszurollen und Verträge zwischen weiteren Konsortial-und Kooperationszentren zu schließen. Hierzu ist in NRW zwischenzeitlich ein Netzwerk mit > 60 Kooperationspartnern entstanden. Seit dem 1.10.2016 kann bei Umsetzung der oben genannten Voraussetzungen daher allen Patientinnen mit einem singulären TNBC bis zum vollendeten 49. Lebensjahr oder einem singulären Ovarialkarzinom bis zum vollendeten 79. Lebensjahr eine BRCA1/2-Analyse angeboten werden. Eine gemeinsame prospektive Datenerfassung und Auswertung ist obligat.

Diese Entwicklungen belegen beispielhaft den Nutzen und Mehrwert der Sektorenübergreifenden Zusammenarbeit, die seit 2015 in den Verträgen zur besonderen Versorgung abgebildet ist. Erstmals ist eine vertraglich abgesicherte Zusammenarbeit bei der Aufklärung zur genetischen Untersuchung möglich, die auch eine Vergütung der Leistungen der kooperierenden Zentren vorsieht.

Mit der Einführung der Genpanelanalyse in 2015 im Konsortium (*TruRisk*-Genpanel) stellen sich weitere kliniknahe und versorgungsrelevante Fragen, wie z. B. nach Mutationsprävalenzen und Phänotypen der neuen Gene, Anteil und Umgang mit unklaren genetischen Varianten, risikoab-

Zervixkarzinom

Ist laparoskopisches Staging vorteilhaft?

2009 hat die FIGO entschieden, das klinische Staging bei Patientinnen mit einem Zervixkarzinom weiterhin beizubehalten (1). Damit sind die Stadienfestlegung und die sich daraus ergebenden Therapieentscheidungen maßgeblich von der Erfahrung des untersuchenden Gynäkologen abhängig. Zudem können therapierelevante Informationen wie eine intraabdominale Tumoraussaat, ein Lymphknotenbefall oder eine Tumorausbreitung in die Nachbarorgane nicht erfasst werden. Die AGO prüft die Vorteile des operativen Stagings.

Insbesondere der Nachweis einer lymphogenen Metastasierung ist entscheidend. Histologisch gesicherte pelvine Lymphknotenmetastasen indizieren eher eine primäre Radiochemotherapie (RCTX) als eine radikale operative Therapie. Patientinnen mit nachgewiesener paraaortaler Lymphknotenmetastasierung (pL) haben eine deutlich schlechtere Prognose (trotz extended field RCTX – overall survival 35–50 %) als solche mit lymphogener Metastasierung, die auf das Becken beschränkt ist (2).

Umgekehrt werden alle Patientinnen mit nicht bekannter und damit nicht therapierter pL einen Tumorprogress erleiden. Patientinnen mit einer intraperitonealen Tumoraussaat haben a priori eine sehr schlechte Prognose und sollten eine palliative Chemotherapie erhalten.

MRT und CT nicht präzise

Zunehmend werden MRT und CT zusätzlich zum Staging eingesetzt, trotz der enttäuschenden Sensitivität und Spezifität hinsichtlich einer parametranen Infiltration, eines Lymphknotenbefalls, des Befalls von Nachbarorganen und einer exakten Stadieneinteilung (3, 4). In Reviews und gepoolten Analysen betrug die Sensititvität für CT und MRT in der Detektion von Lymphknotenmetastasen bei Patientinnen mit fortgeschrittenem Zervixkarzinom 15–50 % und 25–56 % bei einer Spezifität von 85–92 % bzw. 86–91 % (5). Die Hoffnungen, dass das PET-CT diese Limitation überwinden kann, haben sich leider nicht erfüllt mit beschriebenen Sensitivitäten zwischen 33 % und 78 % im Vergleich zum histologischen Befund entfernter paraaortaler Lymphknoten (6–11).

In einer retrospektiven Analyse von 336 Frauen mit einem Zervixkarzinom der Stadien IB2-IVA wurden paraaortale Lymphknoten in 8 % histologisch bewiesen – trotz negativem PET-CT, obwohl die paraaortale Lymphonodektomie nur inframesenterisch ausgeführt wurde und im Mittel nur fünf Lymphknoten gewonnen wurden (12). Zudem wird das PET-CT nicht von den gesetzlichen Kassen übernommen.

Morbidität und Upstaging

Obwohl allein das operative Staging die wichtigen prognostischen und therapeutisch relevanten Faktoren wie den Lymphknotenstatus, die Beziehung des Tumors zu den Nachbarorganen und eine peritoneale Tumoraussaat eindeutig verifizieren kann, wird seine Wertigkeit seit mehr als 40 Jahren kontrovers diskutiert (13, 14, 15). Dies hat insbesondere zwei Gründe:

1. Das Staging kann verbunden sein mit einer operative Morbidität, besonders wenn es als offenchirurgischer Eingriff durchgeführt wird (10–48 %) im Vergleich zum laparoskopischen (trans- oder retroperitonealen) oder roboterassistierten Verfahren (0–7 %). Komplikationen können die primäre RCTX verzögern und daher eventuell die Prognose der Patientinnen verschlechtern (16–19). Daher sollte das operative Staging beim Zervixkarzinom heute nur noch minimal-invasiv (Laparoskopie, Roboter) ausgeführt werden (9, 11, 14, 20–24).

2. In vielen retrospektiven Studien konnte gezeigt werden, dass das operative Staging zu einer signifikante Rate des Upstaging im Vergleich zur alleinigen klinischen Stadieneinteilung führte. Ob jedoch die Therapieänderung mit einem Überlebensvorteil verbunden ist, wird international widersprüchlich beurteilt (14, 25). Die einzige bisher zu dieser Thematik veröffentlichte Studie konnte keinen onkologische Vorteil darstellen (26), ist jedoch in ihrer Aussage limitiert durch die kleine Zahl der eingeschlossenen Patientinnen, die vorzeitige Beendigung der Studie und erhebliche Probleme mit der angewandten (veralteten) Strahlentherapietechnik.

AGO-Studie prüft Überlebensvorteil

Daher wurde die Uterus-11-Studie der AGO initiiert. Innerhalb dieser prospektiv randomisierten zweiarmigen Studie erfolgte bei einem Zervixkarzinom der Stadien FIGO IIB-IVA eine primäre RCTX, entweder nach operativem (Arm A) oder nach klinischem Staging (Arm B), einschließlich eines abdominalen CT. Nahezu alle Patientinnen im operativen Arm der Uterus-11-Studie konnten laparoskopisch gestaged werden mit minimaler perioperativer Morbidität und einer konsekutiven Rate des Upstagings in

hängigem Angebot präventiver Maßnahmen, etc.

Die geschaffenen Strukturen und Verträge bilden – in Zusammenarbeit mit der AGO-Ovar-Studiengruppe und den deutschen Mammakarzinom-Studiengruppen – eine ideale Basis zur Klärung dieser Fragen und zur unmittelbaren Translation der Ergebnisse in die Klinik zum Nutzen der Patientinnen. Wir möchten daher alle Kolleginnen und Kollegen der zertifizierten Brust- und gynäkologischen Krebszentren motivieren, an diesem qualitätsgesicherten und zukunftsfähigen Versorgungsangebot teilzunehmen.

Autoren

Prof. Dr. med. Rita Schmutzler
Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs, Universitätsklinikum Köln
rita.schmutzler@uk-koeln.de
stellvertretend für das Deutsche Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Andreas du Bois
Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie
Kliniken Essen Mitte
gynaekologie@kliniken-essen-mitte.de
stellvertretend für die Kooperationszentren und die AGO-Studiengruppe

mehr als 30 %. Wie Köhler et al. zeigen konnten, kam es durch das operative Staging zu keiner Verzögerung der primären RCTX (27). Auch die behandlungsbedingte Toxizität der sich anschließenden RCX war in beiden Armen ähnlich und insgesamt sehr niedrig im Vergleich zu anderen Studien, wie von Marnitz et al. analysiert (28).

Die onkologischen Ergebnisse der Uterus-11-Studie werden 2018 vorliegen. Dann muss der Stellenwert des laparoskopischen Stagings bei Patientinnen mit einem Zervixkarzinom neu bewertet werden, da andere randomisierte Studien zu dieser wichtigen onkologischen Fragestellung international nicht initiiert werden konnten (LILAC).

Literatur beim Autor

Autor

Prof. Dr. med. Christhard Köhler
Spezielle operative und onkologische Gynäkologie
Aklepios Klinikum Hamburg
ch.koehler@asklepios.com

Stammzellforschung

Brustmilch-Stammzellen

Stammzellen spielen eine wichtige Rolle bei der Entwicklung und Umbauprozessen der Brustdrüse während Schwangerschaft und Stillzeit. Auch Muttermilch enthält Stammzellen.

Die Deregulierung von Mamma-Stammzellen (Mammary Stem Cells (MaSCs)) ist an der Initiierung und Progression des Mammakarzinoms beteiligt. Wissenschaftliche Studien zeigten, dass menschliche Muttermilch auch Zellen enthält, die als multipotente Stammzellen charakterisiert wurden. Diese werden als Brustmilch-Stammzellen (BSCs) bezeichnet.

Multipotente Stammzellen in der Muttermilch?

Dabei stellen sich zwei essenzielle Fragen: Enthält Muttermilch multipotente Stammzellen? Was könnte ihre Funktion sein? Zur Beantwortung dieser Fragestellungen wurden Zellen aus der Muttermilch isoliert und die Expression der Stammzell-Marker OCT4, SOX2, NANOG, SSEA-4, TRA-1-60 und TRA-1-81 analysiert. Dabei zeigten wir, dass BSCs aktiv verschiedenste Zytokine sezernieren und fähig sind, sich zu Brustepithel, Myoepithel und Laktozyten zu differenzieren. Des Weiteren sind sie fähig, die Proliferation von Brustkrebs-Zellen wie MCF-7 zu inhibieren, indem sie Apoptose induzieren.

Darüber hinaus induzieren BSCs die eptiheliale-mesenchymale Umwandlung von MCF-7-Zellen durch die Aktivierung verschiedener Signalwege. Daher sind weitere Untersuchungen nötig, um zu klären, wie diese Zellen reguliert und erneuert werden und welche Funktionen sie bei Neugeborenen haben.

Autorin

Prof. Dr. med. Juping Yuan
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Uniklinikum Frankfurt
yuan@em.uni-frankfurt.de

ANZEIGE

PCOS

Polyzystisches Ovarsyndrom – Diagnostik, Therapie und Prävention

Das polyzystische Ovarsyndrom (PCOS) führt zu Sterilität und relativem Gestagenmangel. Mit einer Inzidenz von 10 % bei allen jungen Frauen ist es eine der häufigsten hormonellen Auffälligkeiten. Bei der PCOS-Diagnostik ergaben sich in den letzten Jahren neue Aspekte, die Beachtung finden sollten.

Das Polyzystisches Ovarsyndrom (PCOS) als definiertes und somit auch in Studien abbildbares Krankheitsbild ist „jünger" als man denkt: 1990 fand erstmals ein Expertenkonsensus zur Diagnosestellung statt (sog. NIH-Kriterien: Hyperandrogenämie und Anovulation); 2003 erfolgte dann eine zweite Konsensusfindung in Rotterdam. Die daraus hervorgehende Definition, dass zwei der folgenden drei Kriterien vorhanden sein müssen, ist bis heute gültig: Oligo-/Anovulation, sonografisch polyzystische Ovarien und klinische oder biochemische Hyperandrogenämie.

Hinsichtlich der Diagnostik ergaben sich in den letzten Jahren jedoch neue Aspekte: Die vaginale Anwendung hochauflösender Ultraschallgeräte eröffnete eine neue Diskussion über die Grenzwerte eines pathologisch erhöhten Follikelcounts, so dass derzeit 25 (statt 10) Follikel als unterer Grenzwert diskutiert werden.

Definitionssache: Wann liegt eine Hyperandrogenämie vor?

Die Hyperandrogenämie ist nach wie vor schwierig zu definieren, da diverse Androgene und auch Bestimmungsmethoden zur Verfügung stehen. Pathophysiologisch wird zudem eine intrinsische intraovarielle Hypersensitivität der Insulin-Androgen-Interaktion angenommen, welche nicht immer mit einer im peripheren Blut messbaren Hyperandrogenämie einhergehen muss. Das Anti-Müller-Hormon rückt als einfach zu bestimmender Biomarker für das PCOS folglich zunehmend in den Vordergrund; Grenzwerte von 3,5 ng/dl stehen zur Diskussion, hängen aber auch von der Ethnizität der Betroffenen ab.

Besondere Aufmerksamkeit verdienen Begleitsymptome wie Adipositas und Glukosetoleranzstörungen.

Insulinresistenz nicht untertherapieren

Die Insulinresistenz betrifft nicht nur adipöse, sondern auch schlanke PCOS-Patientinnen und wird nicht selten unterdiagnostiziert. In jungen Jahren auftretende Folgen sind erhöhte Abortraten und Schwangerschaftskomplikationen wie Gestationsdiabetes; Spätfolgen sind die enorm hohen Konversionsraten zum Diabetes mellitus.

Der „biologische" Beweis einer intrinsischen ovariellen Hypersensitivität gegenüber Insulin wird durch die Wirksamkeit von Insulin-Sensitizern auf alle PCOS-Symptome erbracht, auch bei Frauen ohne messbare Glukosetoleranzstörung. Die DGGG hat 2015 eine Stellungnahme zum Einsatz von Metformin bei PCOS-Patientinnen vor und in der Schwangerschaft herausgegeben. Siehr hierzu auch das Update von Prof. Ute Schäfer-Graf, gyn*kongress* DGGG 2016 Ausgabe 3, S. 12.

Frühzeitige Intervention empfohlen

Die Ovulationsstörung führt nicht nur zur Sterilität, sondern zu einem relativen Gestagenmangel mit östrogeninduzierten Folgen wie dem Endometriumkarzinom und seinen Präkanzerosen. Die Therapie der Ovulationsinduktion hingegen stellt eine Herausforderung für sich dar. Detaillierte Kenntnisse über die Wirkungsweise diverser Antiöstrogene (Clomifencitrat, Tamoxifen, Aromatasehemmer) optimieren das Outcome.

Ist dann eine Schwangerschaft eingetreten, warten neue Herausforderungen auf die PCOS-Patientin, insbesondere wenn sie zugleich adipös ist. Die Hyperinsulin-/Glukosämie kann teratogenen Charakter haben und der mit einer Glukosetoleranzstörung verbundene oxidative Stress erklärt assoziierte Risiken wie Früh-, Spätborte und Plazentationsstörungen.

Frühzeitige Screening- und Interventionsansätze können an dieser Stelle die Frauengesundheit enorm positiv beeinflussen.

Literatur bei der Autorin

Autorin

PD Dr. med. Angela Köninger
Frauenklinik
Universitätsklinikum Essen
angela.koeninger@uk-essen.de

Nachbetreuung onkologischer Patientinnen

Die Last mit der Lust: Sexuelle Funktionsstörungen und Langzeitfolgen bei gynäkologischen Karzinomen

Über die Konfrontation und Auseinandersetzung mit der Diagnose Krebs hinaus sind viele Frauen speziell nach gynäkoonkologischen Erkrankungen zusätzlich in ihrer weiblichen Identität, ihrem Selbstwertgefühl und ihrer Sexualität betroffen. Betreuende Ärzte sollten einen Weg finden, das Thema anzusprechen und Therapiemöglichkeiten anzubieten.

Die Wahrnehmung der eigenen Attraktivität ist durch die Krebserkrankung nicht selten zutiefst erschüttert. Viele Patientinnen trauen sich nicht, darüber zu sprechen, und bleiben mit ihrem Problem allein. Welchen Ausweg gibt es?

Sexualität ist ein wichtiges Thema im Rahmen der Nachsorge, wie es auch in der aktuellen S3-Leitlinie zur Behandlung maligner Ovarialkarzinome betont wird. Gerade bei Frauenärzten spielt kommunikative und soziale Kompetenz eine große Rolle, da sie häufig mit den somatischen wie auch den psychosozialen Aspekten der Erkrankung ihrer Patientinnen konfrontiert sind.

Wie kann der Einstieg ins Gespräch gelingen?

Der folgende Einstieg in das Thema Sexualität im Rahmen der Nachsorge bei Patientinnen mit gynäkologischen Karzinomen hat sich bewährt: „Ich weiß, dass es bei Frauen in Folge einer Krebserkrankungen häufig sexuelle Probleme gibt. Viele Frauen in meiner Praxis haben mir darüber berichtet. Ist das auch für Sie ein Anliegen?" Die Patientin hat so die Möglichkeit, aus ihrer Perspektive zu antworten – oder auch mit einem „Nein" zu signalisieren, dass sie nicht darüber sprechen möchte.

Aufgabe der behandelnden Ärzte ist, die Patientin darin zu unterstützen, die sexuellen Veränderungen richtig einzuordnen. Die Information darüber, ob eine Veränderung passageren oder dauerhaften Charakters ist, sowie darüber, welche Erleichterungen es geben könnte, wirken entlastend und geben oftmals den Impuls, über die sexuellen Bedürfnisse zu sprechen. Sexuelle Veränderungen sollten keineswegs als persönliches Versagen gewertet werden. Betroffene fühlen oft den gesellschaftlichen Druck, sich einfach nur dankbar für das Überstehen ihrer Krankheit zeigen zu müssen – und alle weiteren Ansprüche zurückzustellen.

In einer großen Studie am US-amerikanischen MD-Anderson-Tumorzentrum gab fast die Hälfte der befragten 250 Patientinnen mit Ovarialkarzinom an, dass ihre Libido deutlich eingeschränkt sei – bei 28 % dieser Frauen war dies auch ohne Therapie der Fall. Die sexuell aktiven Patientinnen der Studie klagten zu 80 % über eine trockene Vagina, 62 % über zum Teil starke Schmerzen und 75 % der Frauen hatten Schwierigkeiten beim Orgasmus. Spezifische Therapievorschläge sollten konkret und individuell sein: z. B. Verwenden von Gleitgel oder Dilatatoren, ggf. lokale Östrogenapplikation.

Eine weitere Studie bei Patientinnen mit Ovarialkarzinom, die über zwei Jahre ohne Therapie und Rezidiv überlebt hatten, ergab Ähnliches: Von den im Mittel 55-jährigen Frauen hatten 84 % eine Chemotherapie erhalten. Gut die Hälfte (53 %) gab aktuell noch Schmerzen und Beschwerden an, die ihre Sexualität beeinträchtigten. Sexuelle Funktionsfähigkeit ist nicht gleichbedeutend mit sexueller Zufriedenheit. Dies sollte Beachtung finden in der Forschung und auch im klinischen Alltag, wo häufig die sexuelle Funktion als Outcome gewertet wird.

Beeinträchtigtes Körperbild stört Sexualität

Die Zufriedenheit mit dem Körperbild ist bei langzeitüberlebenden Brustkrebs-Patientinnen schlechter als bei gesunden Frauen im vergleichbaren Alter. Dies ergab eine weitere Studie aus den USA. Die Patientinnen dieser Studie, im Median sieben Jahre nach Erstdiagnose, waren insgesamt in einem guten Allgemeinzustand. Dennoch war die Rate an sexueller Dysfunktion (77 %) höher als bei gesunden Frauen im vergleichbaren Alter. Im Vergleich zur Kontrollgruppe war die sexuelle Aktivität dieser Frauen deutlich geringer: Die Patientinnen hatten weniger Interesse, waren häufiger müde und gaben vermehrt an, beim Geschlechtsverkehr unter körperlichen Problemen zu leiden. Speziell Lustlosigkeit und Dyspareunie wurden signifikant häufiger genannt. Patientinnen sollten folglich über das Risiko informiert werden, auch längerfristig an sexueller Dysfunktion zu leiden.

Ärzte sind Vorbild

Fazit: Die sexualmedizinische und psychoonkologische Betreuung gehört zur patientengerechten Nachsorge. Ärzte haben durch das Ansprechen therapiebedingter sexueller Veränderungen eine wichtige Vorbildfunktion, indem sie Sexualität als einen selbstverständlichen Teil der Lebensqualität ansehen. Sexuelle Probleme nach einer (gynäko)onkologischen Erkrankung sollten aktiv angesprochen und behandelt werden.

Autor

Dr. med. Susanne Ditz
Psychoonkologie und Psychosomatik
Universitäts-Frauenklinik
Universitätsklinikum Heidelberg
susanne.ditz@med.uni-heidelberg.de

Party mit Marie!

Jetlag

Magendarm

Zeit zu wechseln

NuvaRing®, eine unkomplizierte Alternative bei vielen Pillenproblemen.

- Nur 1x monatlich
- Geringe Hormondosis[1]
- Hohe Patientenzufriedenheit[2]

NUVARING®

1 Van den Heuvel MW et al. Comparison of ethinylestradiol pharmacokinetics in three hormonal contraceptive formulations: the vaginal ring, the transdermal patch and an oral contraceptive.
2 Novák A et al. Contraception. 2003; 67 (3): 187 -194.

MSD

NuvaRing®

NuvaRing® vaginales Freisetzungssystem, 0,120 mg/0,015 mg pro 24 Stunden
Wirkstoff: Etonogestrel und Ethinylestradiol. **Zus.:** *Arzneil. wirks. Bestandt.:* 1 NuvaRing® enth. 11,7 mg Etonogestrel u. 2,7 mg Ethinylestradiol u. setzt üb. e. Zeitraum v. 3 Wo. üb. 24 h im Durchschnitt 0,120 mg Etonogestrel u. 0,015 mg Ethinylestradiol frei. *Sonst. Bestandt.:* Poly(ethylen-*co*-vinylacetat) (72 : 28), Poly(ethylen-*co*-vinylacetat) (91 : 9), Magnesiumstearat (Ph.Eur.). **Anw.:** Kontrazeption b. Frauen im gebärf. Alter. Verträglichk. u. Wirksamk. zw. 18 u. 40 J. nachgewiesen. **Gegenanz.:** Vorliegen/Risiko für e. VTE: besteh. (auch unter antikoag. Ther.) od. vorausgeg. VTE (z. B. TVT od. Lungenembolie); bek. erbl. od. erworb. Prädisp. für VTE, wie APC-Resistenz (einschl. Faktor-V-Leiden), Antithrombin-III-, Protein-C- od. Protein-S-Mangel; größere OP mit läng. Immobilisier. (siehe „Vorsicht bei"); Vorliegen mehrerer Risikofakt. (siehe „Vorsicht bei"). Vorliegen/Risiko für e. ATE: besteh./vorausgeg. od. Prodromalstadium einer ATE (z. B. Myokardinfarkt bzw. Angina pectoris); zerebrovask. Erkrank. (besteh./vorausgeg. Schlaganfall od. vorausgeg. prodromale Erkrank. [z. B. TIA]); bek. erbl. od. erworb. Prädisp. für ATE, wie Hyperhomocysteinämie u. Antiphospholipid-AK (Antikardiolipin-AK, Lupusantikoagulans); anamn. bek. Migräne mit fok. neurolog. Sympt.; Vorliegen mehrerer Risikofakt. (siehe „Vorsicht bei") od. e. schwerwieg. Faktors (wie Diabetes mellitus mit Gefäßschäd., schw. Hypertonie; schw. Dyslipoproteinämie). Folgende besteh./vorausgeg. Erkrank.: Pankreatitis mit schw. Hypertriglyzeridämie; schw. Lebererkrank. (solange abnorme Leberfunkt.-parameter bestehen); benigne od. maligne Lebertumoren. Besteh./vermut. sexualhormonabhäng. maligne Erkrank. (z. B. d. Genitale od. d. Mammae). Nicht abgeklärte vag. Blutungen. Überempf.-keit gg. d. Wirkstoffe od. e. d. sonst. Bestandt.; Schwangersch. **Vorsicht bei:** Akuten/chron. Leberfunkt.-stör.; Risikofakt. f. VTE (zunehm. [> 35 J.] Alter, pos. Familienanamn., längerer Immobilisier., größerer OP, jede OP an Beinen od. Hüfte, neurochirurg. OP, schw. Trauma; vorübergehende Immobilisier. einschl. Flugreise > 4 h, insb. b. Vorliegen weiterer Risikofakt.; Adipositas [BMI > 30 kg/m^2], and. Erkrank. [Krebs, SLE, HUS, chron. entzündl. Darmerkrank. (M. Crohn od. Colitis ulcerosa) u. Sichelzellenkrankh.], möglicherw. Varizen u. oberfl. Thrombophlebitis) od. ATE od. apoplekt. Insult (zunehm. [> 35 J.] Alter; Rauchen; Hypertonie; Adipositas [BMI > 30 kg/m^2]; fam. Vorbelastung; Migräne; and. mit unerwünschten Gefäßereignissen assoziierte Erkrank. [Diabetes mellitus, Hyperhomocysteinämie, Erkrank. d. Herzklappen u. Vorhofflimmern, Dyslipoproteinämie, SLE]); Wochenbett; besteh./fam. Hypertriglyceridämie; Diabetes mellitus; anamn. bek. Chloasma gravidarum/Chloasmaneigung. Uterusprolaps; Cysto- u./od. Rectocele; schw./chron. Obstipation. *Nicht empf.:* Stillzeit. **Nebenw.:** *Häufig:* Vag. Infekt. Depression; vermind. Libido. Kopfschm.; Migräne. Bauchschm.; Übelk. Akne. Brustspannen; genital. Pruritus b. d. Anwenderin; Dysmenorrhö; Schm. i. Beckenber.; vag. Ausfl. Gewichtszunahme. Ausstoßung d. Rings; Unbehagen b. Tragen d. Rings. *Gelegentlich:* Zervizitis; Zystitis; Infekt. d. Harnw. Appetitzunahme. Affektlabilität; Stimmungsänd.; Stimmungsschwank. Schwindel; Hypästhesie. Sehstör. Hitzewall. Bauchbläh.; Diarrhö; Erbr.; Obstipation. Alopezie; Ekzem; Pruritus; Ausschl. Rückenschm.; Muskelkrämpfe; Schm. i. d. Extremitäten. Dysurie; Harndrang; Pollakisurie. Amenorrhö; Brustbeschw.; Vergröß. d. Brüste; Brustgewebsveränd.; zervikale Polypen; Blutungen währ. d. Geschlechtsverkehrs; Dyspareunie; Ektropion d. Zervix; fibrozyst. Mastopathie; Menorrhagie; Metrorrhagie; Beschw. i. Beckenber.; PMS; Gebärmutterkrampf; Gefühl v. Brennen i. d. Vagina; vag. Geruch od. Schm.; vulvovag. Beschw. od. Trockenh. Müdigk.; Reizbark.; Unwohlsein; Ödeme; Fremdkörpergefühl. Blutdruckerhöh. Komplikationen b. d. Anw. d. Rings; Brechen d. Rings. *Selten:* Ven. Thromboemb.; arterielle Thromboemb. Galaktorrhö. *Nicht bekannt:* Überempf.-keit. Chloasma; Urtikaria. Penisbeschw. Außerdem: Sehr selten versehentl. Einführ. in d. Harnröhre od. Anhaftung an Vaginalhaut. Gelegentl.: Vaginitis. Unregelmäß. Blutungen (Schmier- u. Durchbruchblut.); Akute/chron. Leberfunkt.-stör. *Außerdem unter KHK:* Hormonabh. Tumoren (z. B. Lebertumoren, Brustkrebs). Sehr selten Thrombosen in and. Blutgefäßen (Venen u. Arterien v. Leber, Mesenterium, Nieren od. Retina); ATE/VTE (einschl. Myokardinfarkt, Schlaganfall, transitorische ischämische Attacken, Venenthrombose u. Lungenembolie). *Außerdem unter horm. Kontrazept.:* Verschlecht. v. M. Crohn u. Colitis ulcerosa. Erhöh. Risiko f. Pankreatitis b. Pat. mit besteh. od. fam. Hypertriglyzeridämie mögl. *Außerdem b. Schwangersch. u. unter horm. Kontrazept. (ohne gesicherten Kausalzusammenh.):* Auftr./Aggr. v. cholest. Ikterus u./od. Pruritus, Cholelithiasis, Porphyrie, SLE, HUS, Chorea minor, Herpes gestationis, Otosklerose-bedingter Hörverlust, (heredit.) Angioödem. *Weitere Nebenw. b. Einn. v. KOK:* Selten gutartige, noch seltener bösartige Lebertumoren, in Einzelfällen mit lebensbedrohlichen intraabdominalen Blutungen. Leicht erhöh. relat. Risiko für Brustkrebs. *Außerdem unter oralen Kontrazeptiva:* Risiko für Zervixkarzinom b. Langzeitanw. b. HPV-infizierten Frauen mögl. **Warnhinw.:** Vor Verschreibung aktuelle, individ. Risikofakt. (insb. hins. VTE) berücksichtigen u. mit and. KHK vergleichen. **Verschreibungspflichtig.** Stand: 02/2016

Bitte lesen Sie vor Verordnung von NuvaRing® die Fachinformation!

Pharmazeutischer Unternehmer:
MSD SHARP & DOHME GMBH, Lindenplatz 1, 85540 Haar

Mitvertrieb:
DIECKMANN ARZNEIMITTEL GMBH, 85530 Haar

MSD Infocenter

Tel. 0800 673 58 38
Fax 0800 673 673 329
E-Mail infocenter@msd.de

WOMN-1189705-0000 07/16

Fertilität

Die Lutealinsuffizienz: eine vermeidbare Fehldiagnose

Die Diagnose der Lutealinsuffizienz wird dadurch erschwert, dass auch 67 Jahre nach der Erstbeschreibung noch keine einheitliche Definition vorliegt. Für eine eindeutige Diagnosestellung sollten mindestens 12 Zyklen ausgewertet werden.

Bei Durchsicht der Literatur fallen die unterschiedlichsten Umschreibungen der Lutealinsuffizienz auf. Allen gleich ist der Ansatz, den weibliche Zyklus in zwei Phasen zu unterteilen: die Follikelphase und die Lutealphase. Ihr Übergang ist dadurch gekennzeichnet, dass die Ovulation stattgefunden hat. Doch dann treten schon die ersten Unterschiede in der Definition auf:

- Welchen Tag definiere ich als den Beginn der Lutealphase?
- Welche Faktoren kennzeichnen die Lutealphase?
- Hat eine Patientin, die einmalig Zeichen einer Lutealinsuffizienz zeigt, rezidivierend Zyklen mit einer möglichen Lutealinsuffizienz?
- Ist das Auftreten einer insuffizienten Lutealphase Folge einer gestörten Follikelreifungsphase?
- Wie wirkt sich eine mögliche Lutealinsuffizienz auf die Konzeptionswahrscheinlichkeit aus?

Wie kann nun die Lutealphase bestimmt werden?

Faktoren zur Beurteilung der Lutealphase

Durchgesetzt haben sich folgende Faktoren: die Bestimmung des Progesteronwerts in der zweiten Zyklushälfte als Anhaltspunkt, nicht als Beweis für eine Störung in der Lutelaphase. Diese Bestimmung erfolgt idealerweise 6–8 Tage nach der Ovulation. Zu beachten ist, dass das Progesteron von Zyklus zu Zyklus schwanken kann und somit ein Wert nicht repräsentativ für alle Zyklen ist. Auch die Beurteilung der Lutealphasenqualität durch eine Endometriumbiopsie kann zur Beurteilung der Lutelaphase herangezogen werden. Eine Abweichung von mindestens zwei Tagen vom erwarteten Reifungsstadium kann ein Anhaltspunkt für eine Störung der Lutealphase sein. Als klinische Begleiterscheinungen treten hierbei häufig prämenstruelle Schmierblutungen auf.

Betrachtung von mind. 12 Zyklen nötig

Zur Klärung und kritischen Betrachtung dieser Fragen haben wir als Grundlage Daten aus unserer deutschen Datenbank mit über 30.000 Zyklen herangezogen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es für die Lutealinsuffizienz weiterhin keine einheitliche Definition gibt. Aus diesem Grund ist es nicht möglich, die Diagnose pauschal nach Auftreten eines Faktors, der zu einer Lutealinsuffizienz passt, zu stellen. Unsere Empfehlung ist die Betrachtung möglichst vieler Zyklen einer Frau, mindestens aber 12, um eine verlässliche Aussage treffen zu können.

Autorin

Dr. Tanja Freundl-Schütt

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Universitätsklinikum Düsseldorf
tanja.freundl-schuett@med.uni-duesseldorf.de

Uterusmyome

Verantwortungsvoller Einsatz von MRgFUS und UAE bei Uterusmyomen

Die Uterusarterienembolisation und die MR-gesteuerte fokussierte Ultraschallwellentherapie sind minimal- bzw. nicht-invasive Verfahren zur Therapie symptomatischer Uterusmyome. Die Indikationsstellung erfolgt interdisziplinär zwischen Radiologen und Gynäkologen, die mit den Verfahren vertraut sind.

Um den Stellenwert der Uterusarterienembolisation (UAE) und der MR-gesteuerten fokussierten Ultraschallwellentherapie (MRgFUS) gegenüber den medikamentösen Therapien, der Myomektomie und Hysterektomie verantwortungsvoll einordnen zu können, bedarf es der Kenntnisse über den Ablauf der Therapie, die potenziellen Komplikationen und über den Verlauf des Genesungsprozesses der betroffenen Frauen.

Ablauf der Therapie durch UAE und MRgFUS

Bei der UAE handelt es sich um eine Katheterangiografie, bei der über die Leiste die Arteria uterina sondiert wird. Über einen Mikrokatheter werden kallibrierte Partikel injiziert, die eine Thrombose der Gefäße induzieren, die die Myome arteriell versorgen. Effizient wird die Therapie erst, nachdem in der gleichen Sitzung auch die Gegenseite embolisiert wurde. Die UAE induziert eine Ischämie und nachfolgende Nekrose der Myome (s. Abb.).

Die Behandlung ist für die Patientin meist schmerzhaft; deshalb kommt regelhaft ein Schmerzkatheter zum Einsatz, mit dem die UAE für die Patientin wenig belastend ist. Innerhalb weniger Tage wird die Patientin schmerzfrei und kann aus der kurzstationären Behandlung entlassen werden.

Die MRgFUS erfolgt in einem Hochfeld-MRT; dazu liegt die Patientin in Bauchlage auf einem Ultraschallfenster, das in den MR-Tisch integriert ist. Die über mehr als 200 Elemente emittierten Ultraschallwellen werden im Myom gebündelt und erzeugen dort eine thermische Nekrose. Die MRT dient der Darstellung der Myome sowie der Therapiesteuerung durch Einsatz thermosensitiver Sequenzen. So kann in Echtzeit verfolgt werden, wie die Temperaturverteilung im Myom verläuft.

Da die einzelnen Sonikationen nur wenige Millimeter umfassen, ist die Behandlung eines definierten Myomvolumens zeitintensiv, bis dieses thermisch destruiert ist. Die MRgFUS erfolgt unter Analgosedierung, ist nicht-invasiv und für die Patientin wenig belastend. Nach der Behandlung ist die Patientin zudem weitestgehend beschwerdefrei.

Interdisziplinäre Planung der Behandlung

Die Indikationsstellung, ob eine UAE oder MRgFUS angeboten wird, erfolgt im Rahmen einer interdisziplinären Myomkonferenz. Zur Planung der Behandlung bedarf es einer kontrastangehobenen MRT des Beckens. Die individuellen Risikofaktoren und Anamnese der Patientinnen einbeziehend, existieren grundsätzliche Limitationen für die Durchführung einer UAE und MRgFUS. Von Bedeutung sind die Größe, Zahl und Lage der zu behandelnden Myome, wie diese durchblutet sind und ob potenziell Malignität vorliegt.

Die UAE kommt nicht bei Frauen mit Kinderwunsch zum Einsatz, während diese Indikation für die MRgFUS ideal ist. Demgegenüber kann eine Narbenbildung im Ultraschallfenster eine MRgFUS unmöglich machen. Es gibt weitere anatomisch-morphologische Aspekte für die Indikationsstellung MRgFUS zu berücksichtigen, so dass nur etwa 20 % aller symptomatischen Myomträgerinnen für eine derartige Therapie in Frage kommen.

Hohe Zufriedenheit der Patientinnen

UAE und MRgFUS sind hocheffiziente Behandlungsmethoden symptomatischer Uterusmyome. Die induzierten Nekrosen werden vom Körper verstoffwechselt oder gehen vaginal ab. Es kommt zu einer signifikanten Größenreduktion der Myome, die Symptome der Patientinnen werden in mehr als 90 % der Fälle dauerhaft beherrscht. Die Zufriedenheit behandelter Patientinnen ist mit Blick auf die 3–6-Monatsergebnisse ausgesprochen hoch.

Stark durchblutete Uterusmyome vor der Behandlung

Nekrose der Myome nach Uterusarterienembolisation (UAE)

Autor

Prof. Dr. med. Markus Düx

Radiologie
Krankenhaus Nordwest, Frankfurt/Main
duex.markus@khnw.de

Nährstoffversorgung in der Schwangerschaft

Umfangreiche Nahrungsergänzung für jede Phase der Schwangerschaft

In der Schwangerschaft kann eine unzureichende Versorgung mit Vitaminen und anderen Mikronährstoffen negative Effekte auf Mutter und Kind haben. Die neue Kombination von Elevit® 1 und 2 *versorgt Frauen bereits ab Kinderwunsch mit den Vitaminen und Mineralien, die sie für die gesunde Entwicklung ihres Babys benötigen.*

Ein Mangel an Mikronährstoffen in Schwangerschaft und Stillzeit kann sich negativ auf die kurz- und langfristige Entwicklung des Kindes auswirken. Folgen können beispielsweise ein erhöhtes Risiko für Fehlbildungen, Übergewicht oder eine eingeschränkte kognitive Leistungsfähigkeit sein. Studien zeigen, dass die Supplementierung durch eine Kombination von Multivitaminen, Eisen und Folsäure den Ausgang einer Schwangerschaft signifikant verbessern kann.[1]

„Zur Entwicklung eines gesunden Kindes bedarf es einer ausreichenden Versorgung mit hochwertigen Fetten, Kohlenhydraten, Eiweiß, Mineralstoffen und Vitaminen. Wir wissen, dass Unterversorgung an hochwertigen Fetten, um nur ein Beispiel zu nennen, in der Entwicklung des Kindes zu Hyperaktivität führen kann. Entscheidend ist eine ausgewogene Ernährung", erklärte der Gynäkologe Dr. Helmut Mallmann im Rahmen des DGGG-Kongresses vom 19.–22. Oktober 2016 in Stuttgart.

Doch trotz des hierzulande reichhaltigen Angebots an Lebensmitteln in hoher Qualität starten viele junge Frauen mit einer Unterversorgung an Mikronährstoffen in eine Schwangerschaft (s. Abb.). So erreicht z. B. nur etwa ein Drittel der Frauen im Alter zwischen 25 und 34 Jahren die D-A-CH-Referenzwerte für die empfohlene tägliche Aufnahme von Vitamin B12 und Magnesium. Besonders dramatisch ist die Unterversorgung bei Vitamin D, Folsäure und Eisen: Nur 10 % der Frauen nehmen ausreichend Vitamin D auf, nur 14 % ausreichend Folsäure und nur 42 % genügend Eisen.[2]

Ausreichende Folatversorgung in der Frühschwangerschaft

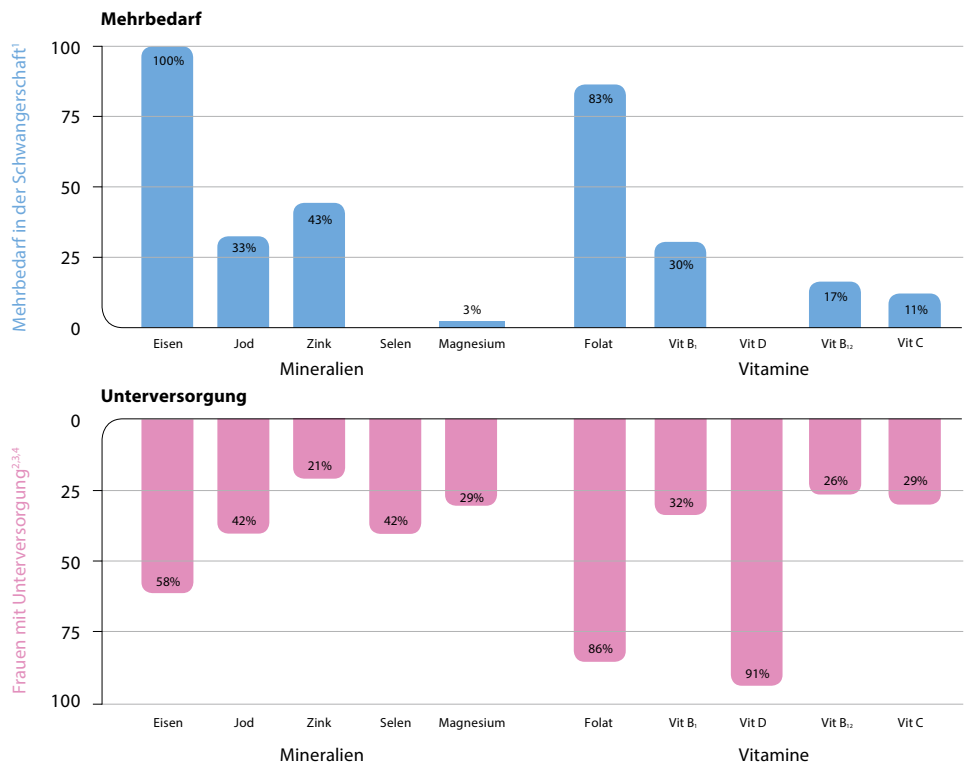
Insbesondere mit Blick auf Folate, zu denen auch Folsäure gehört, wird die Bedeutung des Versorgungsstatus in der Frühschwangerschaft deutlich: Bereits in den ersten Wochen der Schwangerschaft ist eine ausreichende Versorgung mit Folat entscheidend für die Entwicklung des Kindes. Studien haben gezeigt, dass die präkonzeptionelle Folat-Supplementierung das Risiko für Neuralrohrdefekte um 70 % reduziert.[3] Frauen mit Kinderwunsch sollten daher mindestens vier Wochen vor der geplanten Schwangerschaft das wichtige Vitamin zusätzlich zur folatreichen Ernährung zu sich nehmen.[4] Das neue *Elevit 1* enthält pro Kapsel 800 µg Folat (in Form von Folsäure und *Metafolin*®*), um diesen Bedürfnissen schnell gerecht zu werden. „Die zusätzliche Gabe von Folat hat zu einer deutlichen Reduzierung von Neuralrohrdefekten geführt, wenn die Einnahme vor der Schwangerschaft begonnen wurde. Dazu fordern wir die Frauen frühzeitig bei unserer Beratung auf", unterstrich Mallmann.

Das neue *Elevit 1* enthält neben 800 µg Folat pro Kapsel auch Eisen, Selen und Zink. Zink trägt zu einer normalen Fruchtbarkeit und einer normalen Reproduktion bei. Eisen ist in der Schwangerschaft wichtig, da sich das Blutvolumen während der Gravidität erhöht und der Eisenbedarf deutlich ansteigt. Selen unterstützt die Schilddrüsenfunktion und schützt als Antioxidans die Zellen vor oxidativem Stress. *Elevit 1* wird daher als Ergänzung ab dem Zeitpunkt des Kinderwunschs bis Ende des ersten Trimesters empfohlen.

Omega-3-Fettsäuren für die zweite Schwangerschaftsphase

Im Verlauf der Schwangerschaft gewinnen weitere Nährstoffe an Bedeutung. Mit Beginn des zweiten Trimesters der Schwangerschaft spielen für die Entwicklung von Augen und Gehirn vor allem Omega-3-Fettsäuren wie Docosahexaensäure (DHA) eine Rolle.

Mikronährstoffe in der Schwangerschaft



Quellen: 1) D-A-CH-Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr 2015; 2) Vit. B1, B12, Folsäure, C, D, Eisen, Zink, Magnesium: NVS II (2008): % Frauen, die nicht die empfohlene Zufuhr erreichen; 3) Jod:„Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland" (DEGS 2012/13): % Frauen im gebärfähigen Alter (Mittelwert der 18–39-Jährigen), die nicht die empfohlene Zufuhr erreichen; 4) Selen: Schweizer et al, 2014.

In der Schwangerschaft besteht ein deutlicher Mehrbedarf bei zahlreichen Vitaminen und Mineralstoffen (oben). Viele Frauen starten aber bereits unterversorgt in eine Schwangerschaft (unten). Eine Supplementierung mit einem Multivitamin-/Multimineral-Präparat ist daher eine sinnvolle Maßnahme.

Mit 800 µg Folat rasch relevanten Folsäurespiegel erreichen

Für einen optimalen Schutz vor Neuralrohrdefekten sollte der Erythrozyten-Folat-Spiegel mindestens 906 nmol/l betragen.[5, 6] Eine aktuelle Studie zeigt, dass dieser Spiegel mit der Einnahme eines Multivitamin-/Multimineral-Präparats mit 800 µg Folat bereits innerhalb von 4 Wochen erreicht werden kann.[7]

Die randomisierte plazebokontrollierte Doppelblind-Studie schloss 40 fertile gesunde Frauen ein, die über 16 Wochen einmal täglich ein Multivitamin-/Multimineral-Präparat mit 800 µg Folat (400 µg Folsäure, 451 µg *Metafolin*) oder Plazebo einnahmen. Die demographischen Daten waren in beiden Gruppen (n= jeweils 20 Frauen) vergleichbar, der mittlere Erythrozyten-Folat-Spiegel lag zur Baseline bei nur etwa 500 nmol/l. In Woche 4 erreichten alle Teilnehmerinnen der 800-µg-Folat-Gruppe, in der Plazebogruppe jedoch nur eine Teilnehmerin Folatspiegel von ≥ 906 nmol/l und konnten diese bis zum Studienende aufrechterhalten (800-µg-Folat-Gruppe 100 % vs. 5 % Plazebogruppe, p<0,001). Einzige weitere Veränderung unter Plazebo im Studienverlauf war ein Rückgang des Vitamin-B12-Spiegels um 10 %. In der Gruppe des Multivitamin-/Multimineral-Präparats mit 800-µg-Folat stieg neben dem Folatspiegel auch der Vitamin-B6-Spiegel an, die Homocystein-Werte gingen dagegen signifikant zurück.[7]

Fazit: Eine Supplementierung mit einem Multivitamin-/Multimineral-Präparat, das 800 µg Folat in Form von 400 µg Folsäure und 451 µg *Metafolin* enthält, ist eine sinnvolle Maßnahme, um bei fertilen Frauen innerhalb von 4 Wochen die Folatspiegel auf Werte anzuheben, die mit Blick auf Neuralrohrdefekte als präventiv gelten.[7]

Elevit auf einen Blick

Elevit 1 und Elevit 2 sind speziell auf die Bedürfnisse von Frauen mit Kinderwunsch, Schwangeren und Stillenden abgestimmt. Die Hälfte des enthaltenen Folats besteht aus Calcium-L-Methylfolat (*Metafolin*) , damit auch Frauen versorgt werden, die Folsäure nur unzureichend in bioaktives Folat umwandeln können. Die Einnahme von *Elevit 1* sollte mindestens einen Monat vor der Schwangerschaft begonnen werden.

***Elevit 1* „Kinderwunsch & Schwangerschaft"**: 1 Tablette pro Tag enthält: 800 µg Folat (davon 451 µg *Metafolin*), 150 µg Jod, 14 mg Eisen, 11 mg Zink, 60 µg Selen sowie die Vitamine B1, B2, B6, B12, C, D, E und Vitamin A; Kupfer, Mangan, Calcium, Pantothensäure, Biotin, Niacin und Magnesium.

***Elevit 2* „Schwangerschaft"**: 1 Kapsel pro Tag enthält 400 µg Folat (davon 226 µg *Metafolin*), 150 µg Jod, 14 mg Eisen, 10 mg Zink, 60 µg Selen, 200 mg DHA und 80 mg EPA sowie die Vitamine B1, B2, B6, B12, C, D, E und Provitamin A; außerdem Niacin, Kupfer, Magnesium, Pantothensäure und Biotin.

Schwangere sollten daher zweimal in der Woche Fisch in ihren Speiseplan integrieren. Doch viele Frauen finden keinen Geschmack an Fisch, reagieren allergisch darauf oder haben Vorbehalte wegen einer Belastung mit Schwermetallen. Hier kann *Elevit 2* einen wichtigen Beitrag leisten: Es enthält 200 mg DHA und 80 mg EPA. Hinzu kommen 400 µg Folat, Eisen, Zink und Selen für den Bedarf ab der 13. Schwangerschaftswoche. *Elevit 2* ist damit die sinnvolle Supplementierung ab dem 2. Trimester bis zur Stillzeit.

Frauen nehmen Empfehlungen ihres Gynäkologen ernst

Mit dem neuen *Elevit 1 und 2* geht das Unternehmen *Bayer* auf die verschiedenen Phasen während der Schwangerschaft ein und versorgt zukünftige Mütter bedarfsgerecht mit den für sie und das Kind sinnvollen Vitaminen, Mineralstoffen und Spurenelementen. Die Zwei-Phasen-Kombination ist auf die individuellen Bedürfnisse von Mutter und Kind abgestimmt. Neben einer umfangreichen und bedarfsgerechten Zusammensetzung an Mikronährstoffen haben *Elevit 1 und 2* noch weitere Vorteile für Mutter und Kind. Mit nur einer Tablette bzw. Kapsel täglich ist das Präparat einfach einzunehmen. Mit *Metafolin* werden auch Frauen mit Folat versorgt, die aufgrund ihrer genetischen Disposition Folsäure nur unzureichend metabolisieren können. Und: *Elevit 1 und 2* sind laktose- und glutenfrei, enthalten keine Schweinegelatine und schmecken nicht nach Fisch.

„Ernährung ist ein spannendes Thema, an dem Frauen und Paare sehr interessiert sind. Das Feedback bei der ersten Schwangerschaftsvorsorge ist meist positiv. Die meisten Frauen halten sich an unsere Empfehlungen", erklärt Mallmann.

Quellen

1. Haider BA, Bhutta ZA, Cochrane Database Syst.Rev. 2015;11:CD00490.
2. NVS II 2008; www.mri.bund.de/ Nationale Verzehrsstudie.
3. EFSA Journal 2013;11(7);3328.
4. https://www.dge.de/wissenschaft/referenzwerte/folat/
5. Daly LE et al., JAMA 1995; 274:1698–1702.
6. Cordero AM et al., WHO Guideline, MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2015; 64:421-423.
7. Schaefer E et al., Vitam Miner 2016, 5:1 doi.org/10.4172/2376-1318. 1000134.

* *Metafolin* ist eine eingetragene Marke der Merck KGaA, Darmstadt.

Dieser Beitrag wurde erstellt mit freundlicher Unterstützung von Bayer Vital GmbH, 51368 Leverkusen.

EINE FÜR ALLE*

Wenn Pille, dann Maxim®*

AKNE** ZULASSUNG | PATENT-GESCHÜTZT LAKTOSE FREI | GLUTEN FREI

* Bei der Entscheidung, Maxim® zu verschreiben, sollten die aktuellen, individuellen Risikofaktoren der einzelnen Frauen, insbesondere im Hinblick auf VTE, berücksichtigt werden. Das Risiko für eine VTE bei Anwendung von Maxim® sollte mit dem anderer kombinierter hormonaler Kontrazeptiva verglichen werden.

** Behandlung von Frauen mit mittelschwerer Akne, die keine Gegenanzeigen für eine Therapie mit oralen Kontrazeptiva aufweisen, und nach Versagen von geeigneten lokalen Behandlungen.

Valette®/Maxim® Zusammensetzung: 1 überzogene Tablette enthält 0,03 mg Ethinylestradiol und 2 mg Dienogest. *Sonstige Bestandteile: Mikrokristalline Cellulose, Maisstärke, vorverkleisterte Maisstärke, Maltodextrin, Magnesiumstearat (Ph.Eur.), Sucrose, Glucose-Sirup (Ph.Eur.), Calciumcarbonat, Povidon K90, Povidon K25, Macrogol 35.000, Macrogol 6.000, Talkum, Carnaubawachs, Titandioxid (E 171).* **Anwendung:** Hormonale Kontrazeption; Behandlung von Frauen mit mittelschwerer Akne, die keine Gegenanzeigen für eine Therapie mit oralen Kontrazeptiva aufweisen, und nach Versagen von geeigneten lokalen Behandlungen. **Gegenanzeigen:** Vorliegen oder Risiko einer venösen Thromboembolie (VTE), z. B.: bestehende VTE oder VTE in der Vorgeschichte (tiefe Venenthrombose, Lungenembolie), erbliche oder erworbene Prädisposition für VTE, größ. Operationen mit längerer Immobilisierung, hohes Risiko für eine venöse Thromboembolie aufgrund mehrerer Risikofaktoren. Vorliegen einer oder Risiko für eine arterielle Thromboembolie (ATE), z. B.: bestehende ATE oder ATE in der Vorgeschichte (z.B.Herzinfarkt) o. Erkrankung im Prodomalstadium (z.B. Angina pectoris); bestehender Schlaganfall, oder transitorische ischämische Attacke in der Vorgeschichte; erbliche oder erworbene Prädisposition für eine ATE; Migräne mit fokalen neurologischen Symptomen in der Vorgeschichte; hohes Risiko für ATE aufgrund von schwerwieg. Risikofaktoren wie: Diabetes mellitus mit Gefäßschädigung, schw. Hypertonie, schw. Dyslipoproteinämie, bestehende oder vorausgegangene Pankreatitis (wenn diese mit schwerer Hypertriglyzeridämie verbunden ist), bzw. Lebererkrankungen (solange Leberfunktionswerte noch nicht normalisiert) oder Lebertumoren (benigne oder maligne), bekannte oder vermutete sexualhormonabhängige maligne Tumoren, diagnostisch nicht abgeklärte vaginale Blutungen, Überempfindlichkeit gegen Wirkstoffe od. sonst. Bestandteile. **Nebenwirkungen:** In klinischen Studien wurde häufig berichtet über: Kopf- und Brustschmerzen. Gelegentlich traten auf: Vaginitis/Vulvovaginitis, vaginale Candidiasis oder vulvovaginale Pilzinfektionen, erhöhter Appetit, depressive Verstimmung, Schwindel, Migräne, Hypertonie, Hypotonie, Abdominalschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe, Akne, Alopezie, Ausschlag, Pruritus, irreguläre Abbruchblutung, Zwischenblutungen, Brustvergrößerung, Brustödem, Dysmenorrhoe, vaginaler Ausfluss, Ovarialzyste, Beckenschmerzen, Müdigkeit, Gewichtszunahme. Selten traten auf: Salpingo-Oophoritis, Harnwegsinfektionen, Zystitis, Mastitis, Zervizitis, Pilzinfektionen, Candidiasis, Lippenherpes, Influenza, Bronchitis, Sinusitis, Infektionen der oberen Atemwege, virale Infektionen, uterines Leiomyom, Brustlipom, Anämie, Überempfindlichkeit, Virilismus, Anorexie, Depression, mentale Störungen, Schlaflosigkeit, Schlafstörungen, Aggression, ischämischer Schlaganfall, zerebrovaskuläre Störungen, Dystonie, trockenes Auge, Augenirritationen, Oscillopsie, Verschlechterung der Sehfähigkeit, plötzlicher Hörsturz, Tinnitus, Vertigo, Verschlechterung der Hörfähigkeit, kardiovaskuläre Störungen, Tachykardie, venöse Thromboembolie (VTE), arterielle Thromboembolie (ATE), Lungenembolie, Thrombophlebitis, diastolische Hypertonie, orthostatische Dysregulation, Hitzewallungen, Venenvarikose, Venenbeschwerden, Venenschmerzen, Asthma, Hyperventilation, Gastritis, Enteritis, Dyspepsie, allergische oder atopische Dermatitis/ Neurodermitis, Ekzem, Psoriasis, Hyperhidrose, Chloasma, Pigmentstörungen/Hyperpigmentation, Seborrhoe, Kopfschuppen, Hirsutismus, Hautveränderungen, Hautreaktionen, Orangenhaut, Spidernävus, Rückenschmerzen, muskuloskeletale Beschwerden, Myalgie, Schmerzen in den Extremitäten, zervikale Dysplasie, Schmerzen und Zysten der Adnexa uteri, Brustzysten, fibrozystische Mastopathie, Dyspareunie, Galaktorrhoe, Menstruationsstörungen, Brustkorbschmerzen, periphere Ödeme, influenzaähnliche Erkrankungen, Entzündung, Pyrexie, Reizbarkeit, Erhöhung der Bluttriglyzeride, Hypercholesterolämie, Gewichtsabnahme, Gewichtsveränderung, Manifestation einer asymptomatischen akzessorischen Brust. Häufigkeit aufgrund der verfügbaren Daten nicht abschätzbar: Stimmungsveränderungen, Libidoab- und -zunahme, Kontaktlinsenunverträglichkeit, Urtikaria, Erythema nodosum bzw. multiforme, Brustsekretion, Flüssigkeitsretention . Über folgende unerwünschte Wirkungen im Allgemeinen wurde darüber hinaus berichtet: Hypertonie, Hypertriglyzeridämie, Änderung der Glukosetoleranz oder Beeinflussung der peripheren Insulinresistenz, Lebertumore, Leberfunktionsstörungen, Chloasma, Auslösung oder Verstärkung eines Angioödems, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Zervixkarzinom, Auftreten oder Verschlechtern von Erkrankungen, deren Zusammenhang mit der Anwendung nicht geklärt ist: Ikterus und/oder Pruritus im Zusammenhang mit Cholestase; Gallensteinbildung; Porphyrie; systemischer Lupus erythematodes; hämolytisch-urämisches Syndrom; Chorea Sydenham; Herpes gestationis, otosklerosebedingter Hörverlust.
Die Häufigkeit der Diagnose von Brustkrebs ist geringfügig erhöht. **Warnhinweis:** Bei der Entscheidung, Valette/Maxim zu verschreiben, sollten die aktuellen, individuellen Risikofaktoren der einzelnen Frauen, insbesondere im Hinblick auf venöse Thromboembolien (VTE), berücksichtigt werden. Auch sollte das Risiko für eine VTE bei Anwendung von Maxim mit dem anderer kombinierter hormonaler Kontrazeptiva (KHK) verglichen werden. Enthält Sucrose und Glucose. **Verschreibungspflichtig.** Jenapharm GmbH & Co. KG, Otto-Schott-Str. 15, 07745 Jena. Stand FI/20, 02/2016

Jenapharm

L.JPH.MKT.WH.08.2015.0327