gynkongress
Offizielle Kongresszeitung zum DGGG 2016
DGGG 2016
19.–22.10.2016 · Stuttgart

Vor vollbesetztem Auditorium mit reichlich gynäkologischer Prominenz präsentierte sich der 61. DGGG-Kongress in einer fulminanten Eröffnungsveranstaltung, die große Erwartungen weckte.

Großartige Perspektiven

Die Kongress-Eröffnung wartete mit einer Reihe von Highlights auf: die Ehrung des Nobelpreisträgers Harald zur Hausen bedachte das Publikum mit Standing Ovations, frenetischen Beifall gab es für Helga Hengge, die ihre Zuhörer auf ihre Everest-Besteigung mitnahm, und viel Applaus für die um ihre Verdienste in der Frauenheilkunde Ausgezeichneten.

Begeisterung für das Fach zu wecken, war das Anliegen von Kongresspräsidentin Prof. Sara Y. Brucker, Tübingen, in ihrer Eröffnungsrede zum 61. DGGG-Kongress, mit dem ein dreifaches Jubiläum gefeiert werden konnte: der 130. Geburtstagskongress der DGGG – 65 Jahre Berufsverband BVF – und 20 Jahre BLFG. Das Motto stehe für die Bandbreite des Fachs, zum ersten Mal waren alle Subdisziplinen im Programmkomittee vertreten, so dass es möglich wird, wichtige Themen übergreifend in den nächsten Tagen zu diskutieren.

DGGG-Präsident Prof. Diethelm Wallwiener rückte in seiner Rede das aktuelle Motto des Kongresses in den Mittelpunkt. Anhand von 10 Thesen formulierte er seine Vorstellungen zur Frauengesundheit und ihrer perspektivischen Zukunftssicherung, aber auch zur Verantwortung des Fachs. Er erinnerte an die Themen in den Reden der Past-Präsidenten, die nach wie vor aktuell seien: die Sorgen um die Einheit des Fachs, den Nachwuchs oder die bedrohte Freiheit von Wissenschaft und Forschung. Allerdings seien die Herausforderungen, die sich der Frauenheilkunde für die Zukunft stellen, vielfältiger und komplexer geworden.

Die Perspektive der Frauenheilkunde ist die Frauengesundheit

Prof. Sara Y. Brucker: Ich möchte, dass der Funke überspringt für unser großartiges Fach mit der Frau im Mittelpunkt und für die zukunftsweisenden Perspektiven, die uns und unserem Nachwuchs Motivation sein sollen.

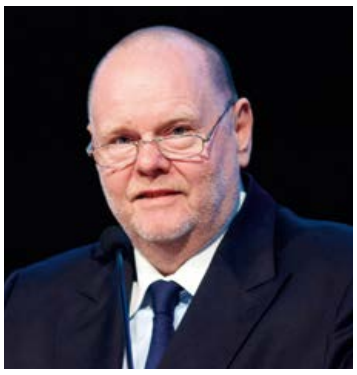
in ihrer Gesamtheit, in der die Frau ganzheitlich im Fokus steht. In einem sich wandelnden gesellschaftlichen Verständnis von Gesundheit, von einer kurativen, eher reagierenden Medizin zu einer präventiven, ganzheitlichen Medizin, ist die Frauenheilkunde bereits gut aufgestellt. Man denke nur an die gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen. Welches Fach könnte prädestinierter sein, aufgrund seiner Diversifikation einen präventionsmedizinischen Ansatz zu integrieren?

Frauengesundheit zu schützen bzw. zu erhalten, ist nicht denkbar ohne die operative Gynäkologie. Sie ist für Wallwiener „der Motor der Innovation“ und habe die Medizin weltweit revolutioniert, angefangen von der minimal-invasiven Chirurgie bis zu jüngsten Beispielen präventiver Operationsverfahren, etwa den Glandektomien bei Mutationsträgerinnen. Am medizinischen Fortschritt in der Frauenheilkunde lässt sich ablesen, wie sehr das Fach immer auch Spiegel der Gesellschaft ist, denn erst durch Antikonzeption bzw. Endokrinologie wurde die Möglichkeit der Selbstbestimmung für das eigene „Frau-Sein“ geschaffen und damit Emanzipation und ein modernes Rollenverständnis der Frau in der heutigen Gesellschaft ermöglicht. Im Umgang mit weiteren Entwicklungen in der Medizin, wie dem „Tourismus“ zur Umgehung des Embryonenschutzgesetzes oder der Leihmutterschaft, mahnte Wallwiener aber auch zu medizinischer Verantwortung.

Eine Spitzenposition zu halten, wie das im weltweiten Vergleich höchste gynäkologisch-geburtshilfliche Versorgungsniveau oder die wissenschaftliche Exzellenz des Fachs, ist nur durch Internationalisierung und Professionalisierung möglich. Weiterentwicklung schließt ein akademisches Um- und Weiterdenken zur interdisziplinären Frauengesundheit ein, wenn man sich einen Platz in der Förderung internationaler Spitzenforschung sichern wolle. Insbesondere die Europäisierung sei erforderlich im Hinblick auf die Vergabe von Forschungsgeldern oder der übergeordneten Rechtsnormengebung. Aber auch die Öffnung zur forschenden Industrie müsse vorangetrieben werden, um den Spitzenplatz zu halten.

Trotz der Errungenschaften, auf die die Frauenheilkunde mit Stolz zurückblicken könne, mangele es an Nachwuchs. Wallwiener betonte, wie wichtig es sei, die Meilensteine der Frauenheilkunde für die moderne Medizin ins Bewusstsein zu rufen, um den Nachwuchs zu motivieren. Als ein personifiziertes Signal an die Jüngeren können die in der Eröffnungsveranstaltung ausgezeichneten Forscherpersönlichkeiten gesehen werden, über die wir in der morgigen Ausgabe berichten.

Zum „kategorischen Imperativ“ erhob Wallwiener die Qualitätssicherung und die wissenschaftliche Abbildbarkeit des medizinischen Handelns und damit die Überführung in Evidenz und Leitlinien. Er verteidigte die Freiheit des Ärztestandes im Gegensatz zur „Staatsmedizin“. Um die freiheitliche Berufsausübung zu erhalten, müsse das Bild ärztlicher Tätigkeit wieder einen angemessenen Stellenwert bekommen.



Prof. Diethelm Wallwiener: Die wichtigste Maßnahme zur Zukunftssicherung des Fachs ist die Nachwuchsförderung.

Die Bandbreite des Fachs sei zugleich seine Stärke. Das breite Spektrum ruhe auf drei Säulen, der DGGG, dem BVF und dem BLFG. Die Einigkeit der Akteure in der gesamten deutschen Frauenheilkunde, als unabdingbare Voraussetzung für die Einheit des Fachs beschwor Wallwiener am Ende seiner Rede. Er betonte, dass nur gemeinsame Empfehlungen und politische Anhörungen im Schulterschluss der Frauenheilkunde Gehör verschaffen können. Das nächste Ziel sei es, ein „German Board of Obstetrics and Gynaecology“ als gemeinsames Dach von DGGG und BVF zu implementieren.

An Herausforderungen der besonderen Art ließ Extrembergsteigerin Helga Hengge das Publikum mit einem packenden Vortrag teilhaben, wobei sie überraschende Parallelen zu den Herausforderungen des täglichen Lebens zog: der Begeisterung für ein großes Ziel, dem Aufstieg in Etappen, dem Überwinden von Rückschlägen, der Bedeutung eines starken Teams und dem Vertrauen auf die innere Kraft.

Inhalt

Großartige Perspektiven 1
Die Uterustransplantation als erfolgreiche Therapie der absoluten uterinen Infertilität 2
Die schwangere Patientin in der Dysplasiesprechstunde 3
Haben Endokrinologie und Reproduktionsmedizin in der Gynäkologie eine Zukunft? 4
Adenocarcinoma in situ 4
State of the Art: Onkoplastik in der modernen Senologie 5
Ist die statistisch beste immer auch die optimale Therapie? 6
Pränatales Screening auf Chromosomenstörungen 6
Das nach einfacher Hysterektomie entdeckte Zervixkarzinom 7
Die operative Therapie des Zervixkarzinoms: State of the Art .. 8
Checkpoint-Inhibition 8
Auslegungssache EschG 9
Diagnostik und Therapie der zentralen Pubertas tarda 10
Kinderwunsch und Krebs 10
Welche Schlinge ist die Beste? 12
Hormonuntersuchungen 12
Aktuelle Aspekte der neoadjuvanten Systemtherapie des Mammakarzinoms 13
Netzgestützte Brustchirurgie 14
Kinderwunsch bei Kollagenosen ... 14
Funktionelle Anatomie: Das Fundament erfolgreicher Chirurgie 15
Nebenwirkungs- und Komplikationsmanagement in der onkologischen Systemtherapie 16
Der vaginale Zugang in der Beckenbodenchirurgie 16
Komplikationen bei der Reduktionsplastik vermeiden 17
Peripartale psychische Störungen schon in der Klinik erkennen und behandeln 18
Selbsthilfe-Organisation *Schatten & Licht* 18
Angst, Trauma, Depression: Prävention und Diagnose 19
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

Kontakt vor Ort in Stuttgart
Redaktion: Tel. (0175) 280 14 35
Tel. (0152) 34 11 72 37
Anzeigen: Tel. (0160) 678 01 01

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.

Infertilität

Die Uterustransplantation als erfolgreiche Therapie der absoluten uterinen Infertilität

Die absolute uterine Infertilität betrifft etwa 3 bis 5 % aller Frauen und galt bisher als praktisch unheilbar. Diese Frauen konnten sich bisher auf legale Weise den Wunsch nach einem genetisch eigenen Kind nicht erfüllen, denn in Deutschland ist die Leihmutterschaft verboten. Nun ist eine erste Uterustransplantation in Tübingen geplant.

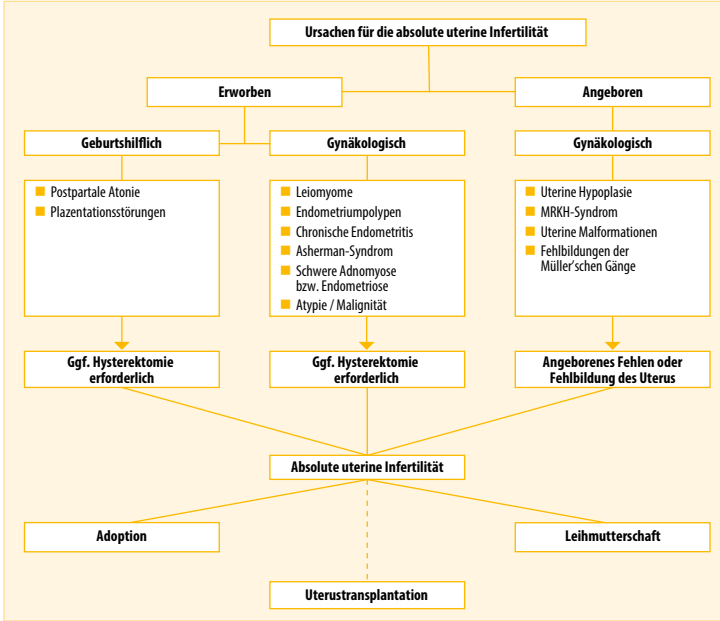
Die Ursachen der uterinen Infertilität reichen von geringfügigen Fehlbildungen oder gutartigen Veränderungen des Cavum uteri, die mittels operativer Therapie (Dissektion, Resektion) beseitigt werden können, bis hin zum kompletten Fehlen des Uterus, sei es von Geburt an (kongenitale Aplasie) oder nach notwendiger Entfernung aus benigner oder maligner gynäkologisch-geburtshilflicher Indikation (s. Abb.).

Einzige Alternative zum „Befruchtungstourismus"

Die absolute uterine Infertilität betrifft 3 bis 5 % aller Frauen und war bis vor kurzem eine praktisch unheilbare Ursache der weiblichen Unfruchtbarkeit. Die einzigen Möglichkeiten für diese Frauen, Mütter zu werden bzw. sogar genetisch eigene Kinder zu bekommen, waren die Adoption bzw. für letzteres die Leihmutterschaft, die wiederum in Deutschland nicht erlaubt ist. Die Kinderlosigkeit belastet die Psyche der betroffenen Frauen extrem. Vor dem Hintergrund der deutschen Gesetzgebung stellt die Uterustransplantation die einzig machbare und zukünftige Alternative zum sogenannten „Befruchtungstourismus" dar und ist eine Möglichkeit, die psychische Belastung der Patientinnen mit absoluter uteriner Infertilität zu mildern.

Am Department für Frauengesundheit Tübingen laufen die Planungen (experimentelle und klinische Vorarbeiten, technische Machbarkeit, psychosozialer und ethischer Hintergrund, klinisches Setting und Organisation) für eine erste Uterustransplantation seit mehreren Jahren, so dass diese in Kürze stattfinden kann.

Die Arbeitsgruppe um Prof. Mats Brännström konnte im Jahr 2014 erstmals erfolgreich zeigen, dass durch eine Uterustransplantation die absolute uterine Infertilität erfolgreich behandelt werden kann. In Schweden wurden seither neun Uterustransplantationen durchgeführt, sieben Frauen haben noch die Gebärmutter und bereits fünf Kinder sind nach Uterustransplantation geboren. Bislang wurde weltweit bei insgesamt zwölf Patientinnen eine Uterustransplantation durchgeführt. Bei den zwei Patientinnen, die außerhalb Schwedens (USA und Türkei) eine Post-mortem-Spende erhalten haben, war die Transplantation nicht erfolgreich (im ersten Fall musste der Uterus wegen einer exazerbierten Candidiasis entfernt werden, im zweiten Fall erlitt die Patientin zwei Fehlgeburten). Auch die erste berichtete Uterustransplantation in Saudi-Arabien im Jahr 2000 war nicht erfolgreich.



Die Ursachen der uterinen Infertilität reichen von geringfügigen Fehlbildungen oder gutartigen Veränderungen des Cavum uteri bis hin zum kompletten Fehlen des Uterus.

Vorteile der Lebendspende

Die hochrangig veröffentlichten Ergebnisse der schwedischen Arbeitsgruppe haben gezeigt, dass bei richtig ausgewählten Spenderinnen und Empfängerinnen und nach intensiver Vorbereitung bisher keine besonderen Risiken und Komplikationen aufgetreten oder zu erwarten sind. Beim Uterus scheinen sich Lebendspende-Transplantationen besser zu eignen als Post-mortem-Transplantationen. Die Vorteile sind die bessere Planbarkeit des Eingriffs, die Möglichkeit der genaueren Anamnese (z. B. Z. n. unkomplizierter Schwangerschaft und Spontangeburt) und präoperativen Diagnostik der Spenderin (v. a. hinsichtlich Morphologie des Uterus und Gefäßversorgung, mikrobieller Besiedlung der vaginalen Flora, Zytologie, HPV-Testung) sowie eine vorhandene starke immunologische Ähnlichkeit. Voraussetzung für dieses Verfahren ist es deshalb derzeit, dass es eine gesunde Verwandte (Mutter, Schwester, Tante) mit den entsprechenden Kriterien gibt, die bereit ist, ihre Gebärmutter zu spenden.

Neue ethische Herausforderungen

Die erfolgreiche Behandlung der absoluten uterinen Infertilität mittels Uterustransplantation eröffnet neue spannende Horizonte in der modernen Frauenheilkunde. Sie bringt allerdings auch eine Reihe von neuen medizinischen und ethischen Herausforderungen mit sich, welche im Rahmen anderer Transplantationsvorgänge nicht vollständig geklärt worden sind. Nichtsdestotrotz sind die Vorteile, die dadurch für unsere Patientinnen entstehen, gravierend.

Keynote Lecture
Uterus transplantation
Freitag, 21.10.16, 12.30 Uhr
Raum C1.1.1

Autorin

Prof. Dr. med. Sara Brucker
Department für Frauengesundheit
Universitätsklinikum Tübingen
sara.brucker@med.uni-tuebingen.de

www.gynkongress.com

Alle gynäkologischen Veranstaltungen im Blick

- alle wichtigen nationalen und internationalen Kongresse und Fortbildungsveranstaltungen
- mit thematisch eingrenzbarer Veranstaltungssuche
- laufend aktualisiert
- mit Erinnerungsfunktion für Termine
- kostenlos für alle Nutzer (Besucher und Veranstalter)
- mit erweiterter Suche nach
  - Themenstichwort
  - wissenschaftlicher Leitung
  - Veranstaltungsort
- mit Links zu Anmeldeformularen

Zervixkarzinom-Vorsorge

Die schwangere Patientin in der Dysplasiesprechstunde

Dysplastische Veränderungen der Zervix kommen auch in der Schwangerschaft vor. Welche Untersuchungen sind bei schwangeren Patientinnen möglich, was ist dabei zu beachten, und mit welchem Verlauf ist zu rechnen?

Eine Infektion mit dem humanen Papillomavirus (HPV) ist gerade bei jungen Frauen häufig und kommt in der Altersgruppe der 20–30-Jährigen in bis zu dreißig Prozent vor (1). Dysplastische Veränderungen sind etwa hundert Mal häufiger als das Zervixkarzinom und die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von hochgradigen Veränderungen liegt bei etwa einem Prozent (2). Die Häufigkeit von auffälligen zytologischen Befunden in der Schwangerschaft wird mit fünf bis sieben Prozent angegeben (3, 4). Daher stellt sich für den betreuenden Arzt immer wieder die Aufgabe, eine schwangere Patientin mit einer auffälligen Zytologie beraten und kontrollieren und ggf. auch eine Kolposkopie durchführen zu müssen, ohne dabei die Mutter oder die Schwangerschaft zu gefährden.

Das oberste Ziel bei der Beratung und Betreuung einer Schwangeren stellt der Ausschluss eines Karzinoms dar, um so eine Prolongation der Schwangerschaft bis zur Lebensreife des Kindes zu ermöglichen.

Kolposkopie und Gewebeprobe problemlos möglich

Grundsätzlich ist eine Kolposkopie in der Schwangerschaft gut möglich, da die Transformationszone aufgrund der physiologischen Eversion gut zu sehen ist. Jedoch muss beachtet werden, dass Ödeme, Inflammation, Vulnerabilität, vermehrte Schleimbildung und die veränderten anatomischen Gegebenheiten die Aussagekraft einer kolposkopischen Untersuchung in der Schwangerschaft einschränken können und auch ggf. zu einer Überbewertung der Veränderung führen können (5).

Prinzipiell unterscheidet sich eine kolposkopische Abklärung in der Schwangerschaft nicht von der Untersuchung bei einer nicht schwangeren Patientin (6). Außerdem scheint in der Schwangerschaft auch die kolposkopische Untersuchung mit Gewebeprobe zur Abklärung eines auffälligen zytologischen Befundes eine sichere Methode zu sein (7). Idealerweise erfolgt diese zwischen der 16.–20. Schwangerschaftswoche, da hier das Risiko für Aborte und vaginale Blutungen niedrig ist.

Invasive Interventionen vermeiden

Eine Intervention in der Frühschwangerschaft im Sinne z. B. einer Probenentnahme oder einer Konisation sollte nach Möglichkeit unterbleiben (1, 4). Wiederholte Biopsien sollten nur bei eindeutiger Verschlechterung des kolposkopischen Befundes zum Ausschluss einer Invasion erfolgen und eine kolposkopische sowie zytologische Kontrolle nach der Geburt sollte frühestens 6 Wochen postpartal erfolgen (8).

Zusammenfassend sollte eine Dysplasie in graviditate regelmäßig in einer Dysplasiesprechstunde mitbetreut werden, um so eine mögliche Invasion frühzeitig zu entdecken, wobei das Risiko für die Entwicklung einer Invasion insgesamt als gering eingestuft werden kann (9, 10). Wichtig bei der Betreuung von Schwangeren sind die ausreichende Information und Aufklärung der Patientin sowie eine gynäkologisch-kolposkopische Anbindung, vor allem auch postpartal.

Literatur bei der Autorin

Autorin

Dr. med. Melanie Henes

Schwerpunkt Hormon- und Kinderwunschsprechstunde und Dysplasieeinheit
Universitätsfrauenklinik Tübingen
Melanie.Henes@med.uni-tuebingen.de

Wissenschaftliche Sitzung
Herausforderungen in der Dysplasiesprechstunde
Donnerstag, 20.10.16, 14 Uhr
Raum Zürich 1

Advertorial

Calcium 500 mg und Vitamin D 1.000 I.E.:
Die sichere Dosierung

In Deutschland sind etwa sechs bis acht Millionen Menschen von Osteoporose betroffen.[1] Begleitend zum demographischen Wandel der Bevölkerung wird in der EU bis 2050 ein Anstieg der osteoporotisch bedingten Schenkelhalsfrakturen um die Hälfte erwartet.[2] Dass die sicher dosierte Basistherapie mit Calcium und Vitamin D zur Verringerung der Osteoporose- und Frakturrisiken beiträgt, ist anerkannt. Doch welche Dosierung ist sicher?

Nur ein Prozent – und doch ein Drama

83 % der an Osteoporose Erkrankten sind Frauen.[3] Die Prävalenz nimmt mit dem Alter zu.[1] Die Ursachen liegen im weiblichen Knochenstoffwechsel sowie der defizitären Versorgung mit Calcium und Vitamin D. Frauen verlieren ab dem 30. Lebensjahr im Durchschnitt ca. ein Prozent pro Jahr an Knochenmasse.[4] Bis zum Ende der statistischen Lebenszeit von 83 Jahren[5] für Frauen würde dies mindestens 50 Prozent der Knochenmasse ausmachen. Frauen sollten deshalb lebenslang gut mit Calcium und Vitamin D versorgt sein.

Vitamin D und Calcium – ein erfolgreiches Duo

Calcium und Vitamin D sind Teamplayer, wenn es um die Knochengesundheit geht. Ein aktueller Cochrane-Review mit einer Gruppe aus mehr als 91.000 postmenopausalen Frauen und Männern über 65 Jahren zeigt, dass die alleinige Gabe von Vitamin D das Frakturrisiko weniger verringert als Vitamin D plus Calcium.[6] Auch andere Studien bestätigen, dass die kombinierte Gabe beider Nährstoffe vertebrale Frakturen und Hüftfrakturen reduziert.[7, 8, 9] Wenn eine Supplementierung in der Osteoporose-Basistherapie nötig ist, sollten beide Nährstoffe zum Einsatz kommen.[10, 11]

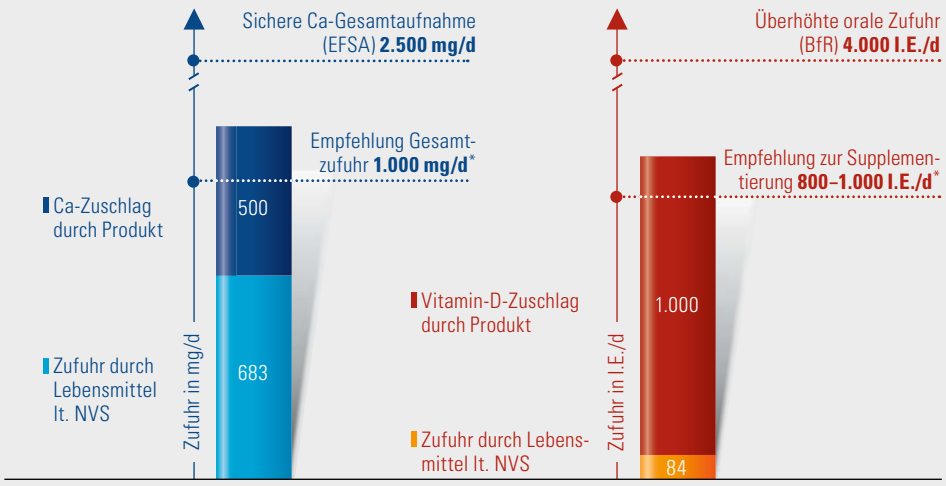
Calcium-Supplementierung – sicher in der richtigen Dosierung

Fachgesellschaften empfehlen für Erwachsene eine Calciumaufnahme von 1.000 mg pro Tag.[12, 13] Wird diese durch Lebensmittel nicht erreicht, tragen Supplemente in der üblichen Dosierung von 500 bis 1.000 mg/d dazu bei, die Empfehlung zu erfüllen. Da die durchschnittliche Calciumaufnahme durch Lebensmittel bei Frauen in Deutschland bei ca. 740 mg/d liegt,[14] reicht in der Regel eine zusätzliche Calciumdosis von 500 mg/d aus, um gute Versorgungsparameter zu erzielen. Damit lassen sich bereits signifikante Ergebnisse in der Osteoporose- und Frakturprophylaxe erzielen.[8, 9] Nach aktueller Studienlage beeinflussen Calcium-Supplemente in solch mäßiger Dosierung die kardiovaskulären Risiken weder positiv noch negativ.[9, 10, 11, 15, 16, 18] Die EFSA stuft eine Gesamtcalciumzufuhr – also Lebensmittel und Supplement zusammen – bis zu 2.500 mg/d als toxikologisch sicher ein.[17]

Calcium-Sandoz® D Osteo – unterstützt eine Verbesserung der Versorgungslage

Fazit: Jede zweite Frau in Deutschland nimmt laut Nationaler Verzehrsstudie II[19] zu wenig Calcium auf. Die Vitamin-D-Zufuhr über Lebensmittel bzw. Vitamin-D-Bildung durch Eigensynthese führt nicht zu ganzjährig empfohlenen 25(OH)D-Serumkonzentrationen von mindestens 50 nmol/l.[20] Die altersbedingt reduzierte Absorption von Calcium aus der Nahrung sowie eine zu geringe Eigensynthese von Vitamin D tragen zu einer defizitären Versorgungslage im Alter bei. Gegenmaßnahmen sind also gefragt: Calcium-Sandoz® D Osteo (Calcium 500 mg/ Vitamin D 1.000 I.E.) trägt als Basismaßnahme zur Prävention und Therapie der Osteoporose dazu bei, dass Patienten die von Fachgesellschaften empfohlene Zufuhr für Calcium und Vitamin D erreichen können.

Versorgungssicherheit bei einer 65-jährigen Frau durch Calcium 500 mg und Vitamin D 1.000 I.E.



*Quelle: DVO Leitlinie Osteoporose 2014

1 Hadji P et al., Dtsch. Ärztebl. Int. 2013, 110 (4):52-57. **2** European Commission: Report on osteoporosis in the European Community – action for prevention. http://ec.europa.eu/health/reports/publications/eu-report-1998.pdf. **3** Häussler B et al., Dtsch. Ärztebl. 2006, 103(39): A2542-A2548.) **4** Bartl R (2010): Osteoporose – Prävention Diagnostik Therapie. Thiem-Verlag. **5** Destatis: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/Tabellen/LebenserwartungDeutschland.html. **6** Avenell A, Mak JCS, O´Connell D., The Cochrane Collaboration 2014, Issue 4. **7** Tang BMP et al., Lancet 2007, 370: 657–666. **8** Bischoff-Ferrari et al., AJCN 2007 Dec, 86(6):1780-90. **9** Bischoff-Ferrari HA et al., Osteoporos Int. 2010 Jul, 21(7):1121-32. doi: 10.1007/s00198-009-1119-3. Epub 2009 Dec 3. Review. **10** Ströhle A. et al., Climacteric 2015, 18:702–14. **11** Ströhle A. et al., MMP 2016, 39,3: 123-128. **12** DVO Leitlinie Osteoporose. Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei Männern ab dem 60. Lebensjahr und bei postmenopausalen Frauen S3-Leitlinie des Dachverbands der Deutschsprachigen Wissenschaftlichen Osteologischen Gesellschaften e. V. http://www.dv-osteologie.org/dvo_leitlinien/osteoporose-leitlinie-2014. **13** Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE), Schweizerische Gesellschaft für Ernährungsforschung (SGE), Schweizerische Vereinigung für Ernährung (SVE). Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. Calcium. Neustadt a. d. Weinstraße: Neuer Umschau Buchverlag, 2015. **14** Max Rubner-Institut (2013): Nationale Verzehrsstudie II: Lebensmittelverzehr und Nährstoffzufuhr auf Basis von 24h-Recalls. 2013. http://www.mri.bund.de/fileadmin/Institute/EV/Lebensmittelverzehr_Naehrstoffzufuhr_24h-recalls-neu.pdf. **15** Wang L. et al., Am J Cardiovasc Drugs 2012, 12:105–16. **16** Michaëlsson K. et al., BMJ 2013, 346:f228. **17** EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (NDA), EFSA Journal 2012, 10: 2814. **18** American Society for Bone and Mineral Research Found et al., J Clin Densitom, 2012 Apr-Jun, 15(2):130-4. **19** Max Rubner-Institut (2008): Nationale Verzehrsstudie II. Ergebnisbericht Teil II. **20** Bundesinstitut für Risikobewertung: Ausgewählte Fragen und Antworten zu Vitamin D http://www.bfr.bund.de/de/ausgewaehlte_fragen_und_antworten_zu_vitamin_d-131898.html.

Calcium-Sandoz® D Osteo 500 mg/1.000 I.E. Kautabletten Wirkstoffe: Calciumcarbonat/Colecalciferol **Zusammensetz.:** Jede Kautbl. enth. 1.250 mg Calciumcarbonat (entspr. 500 mg Calcium), 10 mg Colecalciferol-Trockenkonz. (Plv-form), (entspr. 25 Mikrogr./1.000 I.E. Colecalciferol [Vit. D3]), Isomalt (E 953), Xylitol, Sorbitol (Ph.Eur.) (E 420), Citronensäure, Na-dihydrogencitrat, Mg-stearat (Ph.Eur.) [pflanzlich], Carmellose-Na (Ph.Eur.), Orangenaroma (enth. nat. Orangenöl-Konz., nat./naturident. Mandarinenöl, nat./naturident. Flüssigaroma Tropenfrucht, nat./naturident. Orangenöl, nat./naturident. Festaroma Multifrucht, Mannitol [Ph.Eur.], Maltodextrin, D-Glucono-1,5-lacton, Sorbitol (Ph.Eur.) [E 420]), Orangenaroma (enth. nat. Orangenöl, nat. Mandarinenöl, naturident. Orangenaroma-Plv., Mannitol [Ph.Eur.], D-Glucono-1,5-lacton, Sorbitol (Ph.Eur.) [E 420], mittelkett. Triglyceride), Aspartam (E 951), Acesulfam-K, Na-ascorbat, all-rac-α-Tocopherol, Stärke, modif. (Mais), Sucrose, mittelkett. Triglyceride, hochdisp. Siliciumdioxid, Siliciumdioxid-Hydrat. **Anwendungsgeb.:** Prophylaxe u. Behandl. v. Vit.-D- u. Ca-Mangelzust. b. ält. Menschen. Vit.-D- u. Ca-Supplement als Zusatz zu einer spezif. Osteoporosebehandl. v. Pat., b. denen ein Risiko f. einen Vitamin-D- u. Ca-Mangel besteht. **Gegenanz.:** Überempf. geg. Inhaltsst., Hyperkalzurie u. Hyperkalzämie u. Krankh., die diese z. Folge haben (z. B. Myelom, Knochenmetast., prim. Hyperparathyreoidismus, Langzeitimmobilisier. in Komb. m. Hyperkalzurie u. Hyperkalzämie), Nephrolithiasis, Nephrokalzinose, Vit.-D-Überdos., schwere Niereninsuff., Anw. b. Kdr. u. Jugendl. unter 18 J. **Nebenwirk.:** Überempf.-reakt. (z. B. Angioödem od. Larynxödem), Hyperkalzämie, Hyperkalzurie, Übelk., Erbrechen, Diarrhö, Abdominalschmerzen, Verstopf., Blähungen, abdomin. Spann.-gefühl, Hautausschlag, Pruritus, Urtikaria, Pat. m. eingeschr. Nierenfunkt. haben ein erhöh. Risiko, eine Hyperphosphatämie, Nephrolithiasis od. Nephrokalzinose zu entwickeln. Enth. Aspartam, Sorbitol, Isomalt, Sucrose. Weit. Einzelh. u. Hinw. s. Fach- u. Gebrauchsinfo. Apothekenpflichtig. **Mat.-Nr.:** 3/51009162 **Stand:** Februar 2015 Hexal AG, 83607 Holzkirchen, www.hexal.de Z: DE/PRE/CAL/0516/0027

Gynäkologische Endokrinologie

Haben Endokrinologie und Reproduktionsmedizin in der Gynäkologie eine Zukunft?

Die gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, immerhin die dritte Säule unseres Fachs, wird sträflich vernachlässigt. Es findet keine konsequente Weiterbildung an den Universitätsfrauenkliniken statt, die Zahl selbstständiger Abteilungen ist geschrumpft. Darunter leidet nicht nur die Patientenversorgung, sondern auch die Forschung.

Junge Gynäkologen müssen sich ihre Kenntnisse im Bereich Endokrinologie und Reproduktionsmedizin in mehrtägigen Intensivkursen aneignen, denn an den deutschen Universitätsfrauenkliniken findet eine Weiterbildung in gynäkologischer Endokrinologie und Reproduktionsmedizin nicht statt. Darunter leidet nicht nur die Patientenversorgung, sondern auch die Forschung.

Nach der Gründungsphase von Abteilungen für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin in den 60er und 70er Jahren hatten etwa elf der etwa 34 westdeutschen Universitätsfrauenkliniken selbstständige Abteilungen für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin. Diese Zahl ist heute geschrumpft auf vier. Zum Vergleich: In der Schweiz und in Österreich gibt es an fast allen Universitätsfrauenkliniken selbstständige Abteilungen, ebenso in den mehr als hundert US-amerikanischen Frauenkliniken. Auch fordert die EBCOG (European Board and College of Obstretics and Gynecology) eine gründliche Weiterbildung in diesem wichtigen Bereich und stellt die gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin als dritte Säule der Frauenheilkunde dar.

Keine Weiterbildung an Universitätsfrauenkliniken

Eine vorübergehende Tätigkeit in der Endokrinologie und Reproduktionsmedizin für Assistenten in der Weiterbildung fand an deutschen Universitätsfrauenkliniken nur selten und nur an einer oder zwei obligat statt.

Es gibt kaum einen Bereich in der Medizin, der sich in den letzten fünfzig Jahren so rapide entwickelt hat, wie die gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin. Einige Meilensteine in dieser Entwicklung:

- Hormonale Kontrazeption und Hormonersatztherapie, Stimulation mit Gonadotropinen, Clomifen- und GnRH-Pulstherapie;
- Radioimmunoassays zur Hormonbestimmung und Diagnostik der ovariellen Funktion und der gynäkologische Ultraschall;
- In-vitro-Fertilisation mit hormonellen Therapieverfahren;
- Präimplantationsdiagnostik;
- Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) zur Behandlung der schweren männlichen Subfertilität sowie interdisziplinäre Aspekte wie z. B. das Insulinresistenzsyndrom und PCO-Syndrom (polyzystisches Ovarsyndrom).

Auf die rasante Entwicklung der Forschung auf dem Gebiet der gynäkologischen Endokrinologie und Reproduktionsmedizin wurde an den deutschen Universitätsfrauenkliniken nicht entsprechend reagiert, und es wurden keine Perspektiven für die Jungforscher entwickelt. Statt eines Ausbaus der Abteilungen für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin wurde ihre Zahl reduziert.

In den 90er Jahren wurde dann das Drei-Säulen-Modell der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe publiziert – jedoch nicht umgesetzt. Dieser Perspektivenmangel trieb viele namhafte Experten und viele hoffnungsvolle junge Endokrinologen und Reproduktionsmediziner dazu, die Universitätsfrauenkliniken zu verlassen. Die gesamte ärztliche Community nimmt seit mehr als einem halben Jahrhundert wissend und billigend in Kauf, dass auf einem wichtigen Gebiet der ärztlichen Grundversorgung Frauen von unzureichend vorbereiteten Ärzten beraten werden.

Lösungsansätze

Auf dem Kongress werden nach Darstellung der Ursachen für die als unzureichend bis desolat beurteilte Lage offene Fragen an den Ordinarienkonvent formuliert, wünschenswerte Konsequenzen aufgezeigt sowie Konzepte und Lösungsansätze für berufspolitische Herausforderungen, Engagement im Gesundheitssystem und für intra- wie intersektorale Kooperationen vorgestellt.

Es muss etwas für die gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin getan werden, damit sie endlich den ihr zustehenden Platz an den Universitätsfrauenkliniken bekommt, und wie es uns bereits im Ausland vorgelebt wird. Wir können nicht diesen extrem wichtigen Bereich unseres Fachs vernachlässigen bzw. kampflos aufgeben. Wir hoffen, dass unsere Strukturanalyse als Basis für ein Konzept angenommen wird, mit dem wir die desolate Situation an deutschen Universitätsfrauenkliniken nachhaltig verbessern können.

Wissenschaftliche Sitzung
Neues aus der Gyn. Endokrinologie
Donnerstag, 20.10.16, 14 Uhr
Raum C4

Autor

Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Klaus Diedrich
Klinik für Frauenheilkunde
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
prof.diedrich@gmail.com

Co-Autor

Prof. Dr. med. Freimut Leidenberger
Hamburg

Dysplasiesprechstunde

AIS und Adenokarzinom der Zervix

Das Adenocarcinoma in situ (AIS) als glanduläre Präkanzerose ist diagnostisch von zervikalen intraepithelialen Neoplasien (CIN) abzugrenzen. Wegen der möglichen Progression zu einem Adenokarzinom ist nach gesicherter Diagnose eine Konisation angeraten.

Das Adenokarzinom der Cervix uteri nimmt mit 15–25 % der Zervixkarzinome bei jungen Frauen bis 40 Jahre an Häufigkeit zu, während das Plattenepithelkarzinom absolut und relativ abnimmt. In der Prävention ist die Sensitivität der Zytologie zur Detektion von glandulären Präkanzerosen geringer als die für CIN 2/3. Die zytologische Münchner Nomenklatur wurde in der Neufassung von 2013 (München III) u. a. aus diesem Grund um glanduläre Zellveränderungen erweitert.

Befunde der zytologischen Gruppen III-g, IVa-g, IVb-g und V-g werden nach den Empfehlungen der AG-CPC (Kühn und Gieseking 2015) kolposkopisch, durch Target-Biopsien und endozervikale Kürettage (ECC) histologisch abgeklärt. Die Histologie erfolgt nach der aktualisierten WHO-Nomenklatur von 2014. Die früheren drei Abstufungen dysplastischer glandulärer Läsionen (glanduläre Atypie, glanduläre Dysplasie, Adenocarcinoma in situ/AIS) sind weggefallen. Im Gegensatz zu den histologischen Vorstufen des Zervixkarzinoms, die jetzt LSIL und HSIL heißen, jedoch zusätzlich CIN1, 2 bzw. CIN 3 benannt werden sollten, gilt nur noch das AIS als glanduläre Präkanzerose.

Abgrenzung der CIN von Adenocarcinoma in situ

Das AIS zeigt kolposkopisch nicht die Kriterien der CIN nach der internationalen Kolposkopie-Nomenklatur (Rio 2011) – essigweißes Epithel, Mosaiken, Punktierungen bzw. „minor“ und „major changes“. Patho-anatomisch und biophysikalisch liegt das unter anderem daran, dass das AIS im Gegensatz zur CIN kein mehrschichtiges, zelldichtes Epithel und keine Papillengefäße aufweist, sondern kolposkopisch nur schlecht zu objektivierende und zu reproduzierende Merkmale. In 30–50% finden sich bei AIS Zellen einer CIN, häufig zwischen zwei drüsigen Atypieherden, was sowohl die zytologische als auch die kolposkopische Diagnose einer Präkanzerose erleichtert. In Kenntnis des zytologischen Abstrichergebnisses werden 50 % aller AIS durch die Kolposkopie erkannt. Ähnlich wie bei CIN 2/3 kommt es bei AIS erst ab einer bestimmten Größe zu invasivem Wachstum.

Bei zytologischen Gruppen mit dem Suffix „g“ ohne kolposkopisches Korrelat sind Random-Biopsien aus mehreren Quadranten und eine ECC, ggf. ein HPV-Test bzw. eine diagnostische oberflächliche Schlingenbiopsie indiziert.

Adenokarzinome sind mit 15 bis >30 % häufiger HPV-negativ als Plattenepithelkarzinome. Ursache ist, dass der HPV-Vermehrungszyklus eng an den Differenzierungsgrad des Plattenepithels gekoppelt ist und im Drüsenepithel des AIS mit nur wenigen Kopien der Virus-DNA der HPV-Test negativ ausfällt. Einige Subtypen von Adenokarzinomen weisen eine andersartige Genese auf und sind folglich HPV-negativ (WHO 2014).

AIS: Konisation angebracht

Im Gegensatz zur high grade CIN ist bei AIS ein abwartendes Verhalten mit Kontrollen nicht indiziert. Während die CIN2/3 bei jungen Frauen wegen der Gefahr der Frühgeburtlichkeit durch eine gewebeschonende Exzision behandelt wird, ist bei AIS wegen erhöhtem Rezidivrisiko eine großzügige Konisation zu empfehlen. Zudem kann kolposkopisch zwischen einem AIS und einem Adenokarzinom nicht sicher unterschieden werden.

Wissenschaftliche Sitzung
Herausforderungen in der Dysplasiesprechstunde
Donnerstag, 20.10.16, 14 Uhr
Raum Zürich 1

Die Kombination von Zytologie und HPV-Test (Co-Testing) ergibt in Präventionsstudien die besten Ergebnisse für die Detektion von CIN und AIS. Dies sollte bei zukünftigen Präventionsprogrammen berücksichtigt werden. Diagnostik, Abklärung und Therapie von auffälligen drüsigen Läsionen der Zervix in Dysplasiesprechstunden erfordern überdurchschnittlich gute Kenntnisse in Zytologie, Kolposkopie und Histopathologie der Erkrankungen der Cervix uteri.

Autor

Prof. Dr. med. Wolfgang Kühn
Vorstand DGZ und AG-CPC
Dysplasie, Zytologie, Gynäkologische Pathologie Prof. Dr. Menton;
Dr. S. Menton, Prof. Dr. W. Kühn
Berlin/Reutlingen/Tübingen
wolfgang.kuehn@charite.de

Mammakarzinom

State of the Art: Onkoplastik in der modernen Senologie

Die operative Therapie des Mammakarzinoms spielt trotz der raschen Weiterentwicklung der systemischen Therapie noch immer eine zentrale Rolle. Bei mehr als zwei Drittel aller Patientinnen kann brusterhaltend operiert werden, wobei neben der onkologischen Sicherheit auch das resultierende kosmetische Ergebnis eine wichtige Rolle für die Patientinnen spielt. Daher ist es für Brustoperateure unumgänglich, sich mit den verschiedenen Methoden der modernen Onkoplastik auseinanderzusetzen.

Erste Ansätze zur brusterhaltenden Behandlung des Mammakarzinoms kamen in den 1920er Jahren auf. Dennoch blieben radikale Mastektomien wie die Methode nach Rotter-Halsted bis weit in die 1970er Jahre weltweit vorherrschend. Aus der Erkenntnis, dass sich durch eine noch so radikale Operation keine Mortalitätsverbesserung erzielen lässt, wurde zunächst die modifizierte radikale Mastektomie, dann die brusterhaltende Therapie (BET) eingeführt.

Durch die Entwicklung der brusterhaltenden Operationsverfahren mit axillärer Lymphonodektomie sowie adjuvanter Radiotherapie leiteten Umberto Veronesi und Bernard Fisher einen Paradigmenwechsel ein. So konnten in den 1980er Jahren ca. 20 %, in den späten 1990er Jahren knapp zwei Drittel der Mammakarzinome brusterhaltend operiert werden, wenn auch bei etwa einem Drittel der Patientinnen mit unbefriedigenden kosmetischen und funktionellen Ergebnissen. Vor Einführung der onkoplastischen Techniken waren 30–50 % der Patientinnen mit dem kosmetischen Ergebnis unzufrieden.

Ableitung der Onkoplastik vom Rundstiellappen

Alle Eigengewebe-Lappenplastiken und Stielungen leiten sich historisch vom Rundstiellappen oder Röhrenlappen (engl. tube flap) ab. Filatow ersetzte 1916 erstmals ein fehlendes Augenlid mit der Rundstiellappenplastik und publizierte 1917 diese Methode.

Zunächst wird aus gesundem Gewebe ein Hautlappen abpräpariert und zu einem Stiel „gerollt". Die seitlichen Ränder werden miteinander vernäht, wobei an einer Seite die Gefäßverbindung erhalten bleibt. Die andere, offene Seite des so entstandenen Stiels wird in den zu deckenden Defekt eingenäht, damit dort neue Gefäßverbindungen entstehen. Nach dem Anwachsen des Rundstiellappens wird der Stiel an der Entnahmestelle abgetrennt und in den Defekt implantiert und einmodelliert. Ist der Defekt zu weit von der Entnahmestelle entfernt und daher eine direkte Implantation nicht möglich, können weitere Eingriffe mit interimistischen Implantationen erforderlich sein („Wanderlappen").

Weiterentwicklung zur modernen Onkoplastik

Bis in die „Neuzeit" mit der Entwicklung der gestielten oder freien Lappenplastiken dominierte der Mehrphasen-Rundstiel-/Paddel-Lappen die plastische Chirurgie. Der wesentliche Unterschied zwischen den „historischen" und den „modernen" (Rundstiel-)Lappen besteht darin, dass sie nicht mehr in mindestens drei Operationsschritten bzw. Phasen – d. h. Anlage, interimistische Implantation und Implantation/Modellierung am Ort – gebildet werden, sondern direkt und einphasig in einer einzigen Operation präpariert, transponiert und implantiert werden.

Zur intramammären, also internen Mammarekonstruktion wird die Lappenplastik ohne Epithel, also deepithelialisiert, eingepasst, bei externer Implantation hingegen mit Epithel, zum Ausgleich eines Hautdefizits. Auch die unten beschriebenen „Coriumlappen" haben sich zur internen Formstabilisierung bewährt.

Komplexe Kombinationen mehrerer Lappen zur einzeitigen Rekonstruktion

Komplexe Onkoplastiken beinhalten meist die Kombination mehrerer zur internen Brustrekonstruktion notwendiger Lappen wie glanduläre oder Haut-Fett-Drüsenlappen, dies zumeist epithelialisiert, in Form von Transpositions- oder Rotationslappen, in Kombination mit Mamillenstielungen vielfältiger Art. Beispiele hierfür sind tumoradaptierte Mastopexien oder Reduktionsplastiken bzw. die sogenannte B-Plastik als komplexe Lappenplastiken bzw. Kombinationen aus mehreren lokalen Gewebelappenplastiken. Dank der Weiterentwicklung unserer operativen Fähigkeiten ist es heute Standard, verschiedene Gewebeebenen eines Transfervolumens zu nutzen. Mit der Separierung des Coriums gelingt es, neben dem Volumentransfer von Fett und oder Muskulatur auch statische Aufgaben an der Brust zu lösen (s. Abb.).

Begründet in den Kenntnissen über die vaskuläre Kompetenz des zu verlagernden Gewebes ist es angewandte Realität, aus einer Gewebeformation mehrere Substrukturen zu separieren und diese für eine optimale Integration in der zu rekonstruierenden Brust anzuwenden. Zum Beispiel können mit einem solide geplanten gestielten oder auch freien Gewebetransfer nicht nur zu ersetzendes Brustvolumen rekonstruiert werden, sondern auch die phänotypisch unentbehrlichen Merkmale der Brust konzeptionell mitgestaltet werden, etwa ein nicht mehr vorhandener Mamillen-Areola-Komplex.

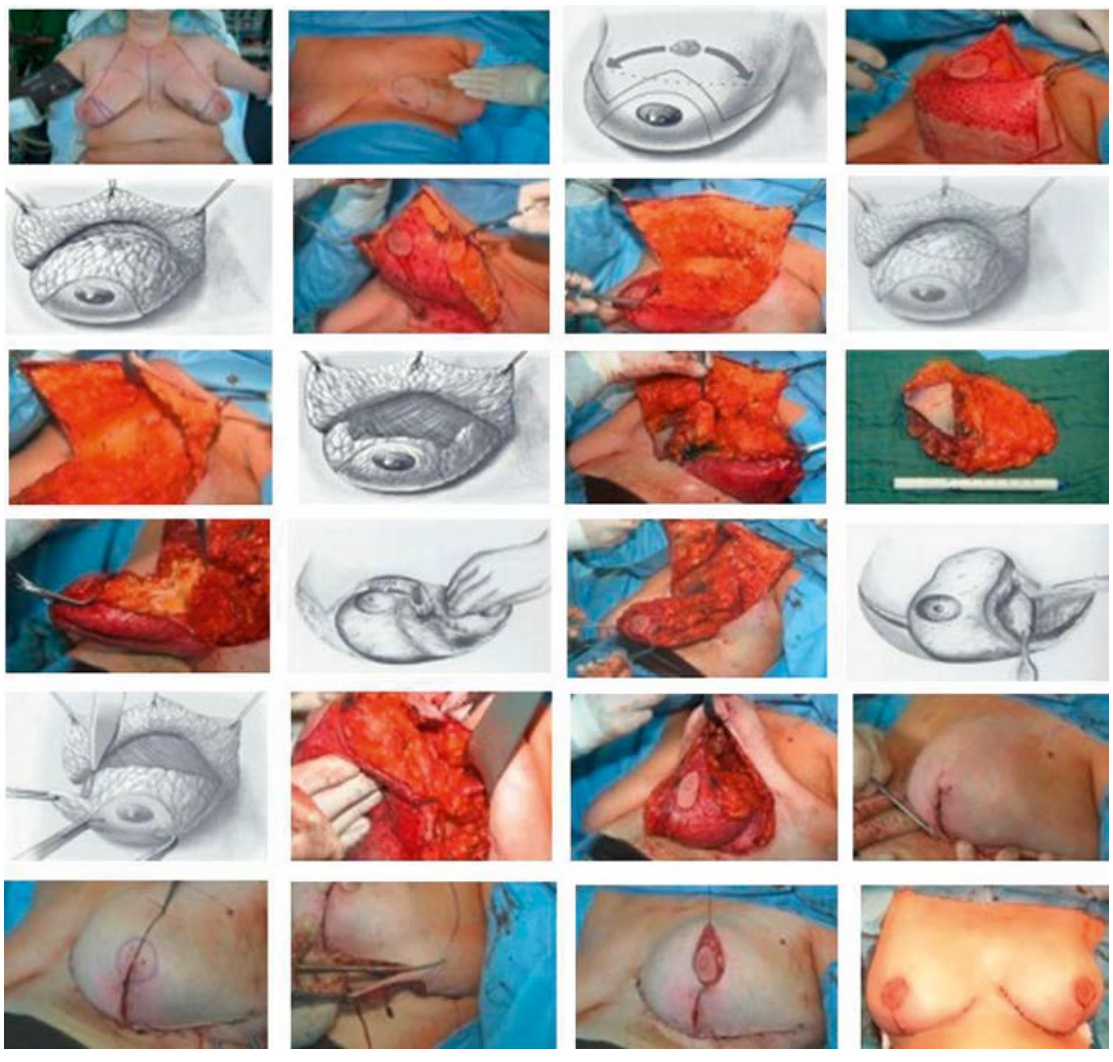
Interdisziplinäre Kooperation erforderlich

Im Umkehrschluss realisieren wir bei der Brustrekonstruktion mehrere operative Prozeduren unter der Subsumierung einer Methode. Oft sind zur internen Brustrekonstruktion Kombinationen aus bis zu oder mehr als drei bis fünf verschiedenen Lappen- oder Gewebebrückenbildungen notwendig. Gerade das macht das Verständnis der Nomenklatur, Definition und Klassifikation schwierig. Das moderne onkoplastische Spektrum beinhaltet zudem Fernlappen mit mikrovaskulären Anastomosen zur Rekonstruktion nach ablativen Operationsverfahren, für die eine interdisziplinär Kooperation erforderlich ist.

Live-Surgery
Donnerstag, 20.10.16, 8 Uhr
Raum C1.1.2

Präventive Brustdrüsenentfernung

In Deutschland werden bei BRCA1/BRCA2-Mutationsträgerinnen heutzutage bereits jährlich 8.000 Rekonstruktionen nach präventiver Brustdrüsenentfernung (hautsparende Mastektomie, Glandektomie) durchgeführt. Statt der klassischen Ablatio mammae oder subkutanen Mastektomie gilt hier derzeit die Glandektomie (vollständige Entfernung der Brustdrüse inklusive der intrapapillären Milchgänge) beidseits unter Belassung des Hautmantels und des Mamillen-Areola-Komplexes zur homologen (mikrovaskuläre Fernlappen) oder heterologen Brustrekonstruktion (Prothesenrekonstruktion) als State of the Art.



Komplexe onkoplastische brusterhaltende Operation mit zusätzlicher Volumenreduktion und angleichender Reduktionsplastik.

Literatur

1. Wallwiener D, Hahn M, Marx M, Renner SP, Brucker,SY and Hoffmann J. Plastische Chirurgie – Die Bedeutung der Onkoplastik in der modernen Senologie. Senologie – Zeitschrift für Mammadiagnostik und -therapie, 2016. 13(1): p. 7–19.
2. Fisher B, Anderson S, Bryant J, Margolese RG, Deutsch M, Fisher ER, Jeong JH and Wolmark N. Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. N Engl J Med, 2002. 347(16): p. 1233–41.
3. Veronesi, U, Cascinelli N, Mariani L, Greco M, Saccozzi R, Luini A, Aguilar M and Marubini E. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. N Engl J Med, 2002. 347(16): p. 1227–32.

Autor

Prof. Dr. med. Diethelm Wallwiener

Department für Frauengesundheit
Universitätsklinik Tübingen
diethelm.wallwiener@med.uni-tuebingen.de

Individualisierte Mammakarzinom-Therapie

Ist die statistisch beste immer auch die optimale Therapie?

Für jede Mammakarzinom-Patientin muss individuell abgewogen werden, ob die statistisch überlegene Therapie auch in ihrem Fall die beste ist: Manchmal ist weniger mehr.

Zur Optimierung von Diagnostik und Therapie dienen randomisierte Untersuchungen. An möglichst ähnlichen Kollektiven von Patienten werden eine bewährte und eine potenziell bessere innovative Maßnahme durchgeführt. Zeigt sich ein statistisch signifikanter Unterschied in einem Endpunkt – z. B. krankheitsfreies Überleben oder Gesamtüberleben – steht die neue optimale Behandlung fest. Diese Feststellung betrifft aber nur die untersuchte Gruppe; sie gilt nicht notwendigerweise für die einzelne Patientin. Für diese kann möglicherweise die zweitbeste Therapie die optimale sein.

Beispiel brusterhaltende Therapie vs. Mastektomie

Beispielsweise gehört zur brusterhaltenden Therapie die anschließende Bestrahlung. Wird auf diese verzichtet, steigt das Lokalrezidivrisiko gegenüber der Mastektomie deutlich an. Die fehlende Bereitschaft zur Radiotherapie vor allem bei älteren Patientinnen führt daher nicht selten zur Entfernung der Brust. Dabei verbessert die Strahlentherapie bei Patientinnen jenseits des 65. bis 70. Lebensjahres mit einem prognostisch günstigen Tumor nur die Rezidivrate, nicht die Mortalität. Ist unter diesem Aspekt die statistisch überlegene Mastektomie tatsächlich für die ältere Patientin immer besser als die Brusterhaltung ohne Bestrahlung unter Inkaufnahme des höheren Lokalrezidivrisikos?

Im Mammographiescreening liegt der Anteil von DCIS an allen Mammakarzinomfällen mittlerweile bei 20 %. Von diesen geht aber nur ein Teil in ein invasives Karzinom über. Eine Bestrahlung nach brusterhaltender Therapie vermindert das Rezidivrisiko, beeinflusst aber nicht das Überleben. Ist es unter diesen Umständen sinnvoll, bei der Mehrzahl auch älterer Patientinnen eine Strahlentherapie durchzuführen, oder wäre es auch akzeptabel, auf die Radiotherapie zu verzichten und ein höheres Lokalrezidivrisko in Kauf zu nehmen, welches die Sterblichkeit nicht erhöht?

Durch eine Kernspintomographie der Brust werden bei Frauen mit nachgewiesenem Mammakarzinom multifokale oder multizentrische Herde nachgewiesen, welche ohne diese Technik nicht auffallen würden. Ein routinemäßig durchgeführtes, präoperatives MRT erhöht daher die Mastektomierate. Allerdings vermindert es weder die Häufigkeit von Nachresektionen noch das Risiko von Lokalrezidiven und Fernmetastasen. Deshalb sollte ein MRT nicht routinemäßig, sondern nur dann durchgeführt werden, wenn eine spezifische Fragestellung abzuklären ist.

Die endokrine Therapie dauert fünf, möglicherweise auch zehn Jahre. Eine unzureichende Therapiecompliance durch vorzeitige Beendigung kann das Sterberisiko bis zum Vierfachen erhöhen.

Nebenwirkungen und der Erfolgsfaktor Compliance

Compliance hängt insbesondere auch von den Nebenwirkungen und deren Behandlung ab. Aktuelle Studienergebnisse legen nahe, dass junge Patientinnen mit rezeptorpositiven Tumoren und hohem Rezidivrisiko von einer Ovarialsuppression in Kombination mit Aromatasehemmern mehr profitieren als von Tamoxifen allein. Allerdings hat die Kombinationstherapie deutlich mehr Nebenwirkungen, was die Compliance negativ beeinflussen könnte. Eine tatsächlich durchgeführte Therapie mit eventuell etwas geringerer Wirkung kann onkologisch sinnvoller sein als eine prinzipiell wirksamere Behandlung, die aber nicht konsequent durchgeführt wird.

Die effektivste (neo)adjuvante Chemotherapie enthält Anthrazykline und Taxane. Mit zunehmend geringerem Risiko durch den Tumor wird für die einzelne Patientin der Vorteil dieser Kombination geringer gegenüber einer Therapie, die auf Anthrazykline verzichtet. Anthrazykline beinhalten das Risiko einer kardialen Spättoxizität, welche langfristig die kardiale Mortalität erhöht. Insbesondere bei Frauen mit kardialem Risiko kann daher der Verzicht auf Anthrazykline günstiger sein.

Bei der Indikationsstellung für diagnostische und therapeutische Maßnahmen muss daher immer geprüft werden, ob der für eine Gruppe statistisch nachgewiesene Vorteil tatsächlich auch für die individuelle Patientin gilt.

Wissenschaftliche Sitzung
Die Interdisziplinarität in der Onkologie
Donnerstag, 20.10.16, 10 Uhr
Raum C4

Autor

Prof. Dr. med. Anton Scharl
Frauenklinik
Klinikum St. Marien Amberg
scharl.anton@klinikum-amberg.de

Pränataldiagnostik

Pränatales Screening auf Chromosomenstörungen

Das Ersttrimesterscreening hat sich zu einer vielschichtigen Screening-Untersuchung für eine Vielzahl möglicher Komplikationen in der Schwangerschaft entwickelt. Das Aneuploidie-Screening ist derzeit durch die Möglichkeiten der Analyse der zellfreien fetalen DNA (cfDNA) im Wandel.

Die cfDNA-Analyse wird in den kommenden Jahren vermutlich zu einem festen Bestandteil des Screenings werden. Die Detektionsrate auf Trisomie 21 liegt bei etwa 99 % bei einer Falsch-Positivrate von 0,1 % und ist somit dem klassischen kombinierten Screening (Detektionsrate 90 %, Falsch-Positivrate 3–5 %) überlegen. Dennoch hat das Verfahren Nachteile: Bisher ist nur eine Analyse der gängigen Chromosomenstörungen wie Trisomie 21, 18 und 13 sowie gonosomaler Abberationen möglich. Das Spektrum möglicher Chromosomenstörungen bei einer erhöhten Nackentransparenz oder fetalen Fehlbildungen wird durch die cfDNA-Analyse nicht komplett abgedeckt. Zudem kann bei niedriger „Fetal Fraction" die Testgüte abnehmen und in etwa 2–3 % bleibt die Analyse ergebnislos. Daher ist ein kompletter Umstieg auf die cfDNA-Analyse nicht zu empfehlen.

Sonoanatomie bestimmt die weitere Diagnostik

Idealerweise ist die Analyse in ein Ersttrimester-Screening eingebettet, so dass zunächst die fetale Sonomorphologie und die Nackentransparenz beurteilt werden können. Zeigen sich Auffälligkeiten, so sollte weiterhin die invasive Diagnostik, gegebenenfalls mit einer Microarray-Analyse, empfohlen werden. Der Untersucher steht in der Verantwortung, die Sonoanatomie des Feten eingehend zu beurteilen, um über die weitere Diagnostik zu entscheiden. Entsprechend des Wunschs der Patientinnen, möglichst frühzeitig eine Risikoeinschätzung zu erhalten, kommt der frühen Feindiagnostik in der 12+ SSW eine weiter zunehmende Bedeutung zu.

Bei unauffälliger Sonoanatomie und normaler Nackentransparenz kann durch die zusätzliche cfDNA-Analyse das Risiko einer gängigen Chromosomenstörung weiter reduziert werden. Bei weiterem Preisverfall der Analyse könnte sie sogar in alle Ersttrimester-Screening-Untersuchungen eingebettet werden. Sollte dies aus logistischen oder ökonomischen Erwägungen nicht möglich sein, könnte ein klassisches kombiniertes Ersttrimester-Screening durchgeführt werden gefolgt von einer cfDNA-Analyse im mittleren Risikobereich, das je nach FMF im Bereich zwischen 1:50 und 1:1.000 oder 1:150 und 1:500 liegt.

Schlussendlich führen die unterschiedlichen Ansätze zu ähnlichen Testgüten. Durch das Kombinationsmodell bliebe aber die noch kostenintensive cfDNA-Analyse auf einen kleinen Teil der Patientinnen beschränkt. Dadurch würden auch die 2–3 % der ergebnislosen cfDNA-Untersuchungen in dem kleinen Subkollektiv mit einem intermediären Risiko für die Teststatistik bezogen auf die Gesamtbevölkerung nicht weiter ins Gewicht fallen.

cfDNA-Testung von Mikrodeletionssyndromen?

Neben dem Aneuploidie-Screening werden zahlreiche weitere pränatale Untersuchungen mit der cfDNA angeboten, die deutlich kritischer beurteilt werden müssen. So kann auf eine Reihe von Mikrodeletionssyndromen getestet werden, wie z. B. das DiGeorge-Syndrom oder das Cri-du-Chat-Syndrom. Die Prävalenz solcher Erkrankungen ist bis auf das DiGeorge-Syndrom eigentlich zu gering, um ein breites Screening zu rechtfertigen. Beim Cri-du-Chat-Syndrom liegt das Risiko bei etwa 1 zu 50.000. Zudem hat jeder der durchgeführten Tests auch eine eigene Falsch-Positivrate, die zusammen mit der Prävalenz und der Detektionsrate der Erkrankung den positiven Vorhersagewert des Tests definiert. Unter der Annahme, dass die Detektionsrate und die Falsch-Positivrate beim Cri-du-Chat-Syndrom bei 99 % und 0,8 % liegt, ergibt sich ein positiver Vorhersagewert eines auffälligen Testergebnisses von nur 0,2 %. Zu berücksichtigen ist auch, dass sich bei Durchführung mehrerer Tests die Gesamt-Falsch-Positivrate aufsummiert.

Weitere Testmöglichkeiten

Auch im Bereich der Einzelgenerkrankungen kommt die cfDNA zum Einsatz. Das Tem von Prof. Lyn Chitty aus London hat Tests für eine Vielzahl von Erkrankungen entwickelt. Diese sollten nicht im Screening, sondern zur Abklärung eines auffälligen Ultraschallbefunds oder bei auffälliger Familienanamnese Anwendung finden.

Weitere Indikationen sind die Bestimmung des Geschlechts und des Rhesusfaktors. Erstere ist bei x-chromosomal vererbten Erkrankungen oder beim androgenitalen Syndrom (AGS) von Bedeutung. Das Zeitfenster für eine Therapie gegen die Virilisierung bei Mädchen mit AGS liegt vor dem frühest möglichen Zeitpunkt einer sonografischen Geschlechtsbestimmung. Durch den Einsatz der cfDNA kann bereits ab der 8. SSW das Geschlecht bestimmt werden. Hinsichtlich des Rhesus-Faktors kann bei Rh-negativen Frauen die Anti-D-Gabe in der Schwangerschaft vom fetalen Rhesusstatus abhängig gemacht werden. Dieser kann problemlos bereits am Ende des ersten Trimenons ermittelt werden.

Wissenschaftliche Sitzung
Update Pränataldiagnostik
Donnerstag, 20.10.16, 10 Uhr
Raum C1.2.2

Autoren

Univ.-Prof. Dr. med. Karl Oliver Kagan
Pränatal-Medizin
Universitäts-Frauenklinik Tübingen
Karl.Kagan@med.uni-tuebingen.de

PD Dr. med. Markus Hoopmann
Pränatal-Medizin
Universitäts-Frauenklinik Tübingen
Markus.Hoopmann@med.uni-tuebingen.de

Gynäkologische Onkologie

„Oh! Die hat ja…!“ – das nach einfacher Hysterektomie entdeckte Zervixkarzinom

Die unerwartete Entdeckung eines Zervixkarzinoms ändert überraschend die Umstände für das ärtzliche Handeln. Jetzt gilt es, auch unter den durch die Erstoperation erschwerten Rahmenbedingungen für die Therapie des Zervixkarzinoms nicht vom therapeutischen Standard abzuweichen und alle Beteiligten proaktiv und professionell einzubeziehen.

Glücklicherweise dürfen wir Ärztinnen und Ärzte meist mit dem wohligen Gefühl nach Hause gehen, etwas Sinnvolles getan zu haben. Die operativ Tätigen unter uns genießen diese Befriedigung auch noch ganz unmittelbar: den Krebs entfernt, die Leidenszeit beendet, dem Kind aus unmöglicher Lage auf die Welt geholfen. Umso schwerer trifft uns das unerwartete Ereignis einer Komplikation oder falschen Indikation.

Der Prüfstein der operativen Tätigkeit ist oft die Pathologie, und so dokumentiert der feingewebliche Befund auch manchmal, dass wir bislang schlicht unter falschen Voraussetzungen gehandelt haben. Ein unerwartetes Zervixkarzinom nach einer einfachen Gebärmutterentfernung unter der Erwartung einer benignen Histologie ist ein solcher Fall. Die Reaktion auf unerwartete Ereignisse ist jedoch immer ähnlich: optimale Medizin für die uns anvertraute Patientin gepaart mit proaktiver und professioneller Kommunikation an alle Beteiligten.

Nicht vom therapeutischen Standard abweichen

Optimale Medizin heißt vor allen Dingen, auch unter schwierigen Rahmenbedingungen keine Absenkung der therapeutischen Standards zuzulassen. Lediglich im Stadium pT1a1 ohne Zusatzkriterien in der Pathologie ist ein Zervixkarzinom zufälligerweise durch einfache Hysterektomie stadiengerecht behandelt. Bereits ab einer Stromainvasion von mehr als 3 mm oder einer Oberflächenausdehnung von mehr als 7 mm oder bei Vorliegen von pathologischen Risikofaktoren soll ein operatives, pelvines und paraaortales Lymphknotenstaging erfolgen.

Immer dann, wenn eigentlich eine radikale Hysterektomie indiziert gewesen wäre, soll auch eine sekundäre Parametrektomie mit Entfernung einer Scheidenmanschette durchgeführt werden. Die große Herausforderung einer sekundären Parametrektomie verglichen mit einer radikalen Hysterektomie besteht in der Tatsache, dass keine Strukturen mehr bestehen, welche eine mediale Traktion bei der Präparation der Harnleiter aufbauen könnten. Hierzu gibt es jedoch etablierte operative Techniken, sodass der unbestreitbar hohe Aufwand einer sekundären Parametrektomie auf keinen Fall ein Grund sein darf, den operativen Standard bei der Behandlung des Zervixkarzinoms zu verlassen. Single-center-Studien belegen die sichere Durchführbarkeit und onkologische Wertigkeit eines solchen Vorgehens mit 5-Jahres-Gesamtüberlebensraten von über 95 %.

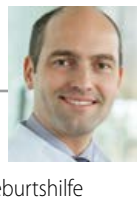
Proaktive Kommunikation

Reden ist Gold, dies gilt vor allem in der Reaktion auf unerwartete Ereignisse, die bei allen Beteiligten eine große Verunsicherung hervorrufen können. Eine überraschend notwendige Zweitoperation wirft bei der Patientin unweigerlich die Frage auf: „Konnte man das nicht vorher feststellen?“. Eine gegebenenfalls notwendige Behandlung in einem anderen operativen Zentrum macht eine präzise Kommunikation zum Thema „Was wurde bereits operativ dargestellt oder reseziert?“ sicherheitsrelevant. Ein professionelles arbeitsteiliges Handeln stellt sich offen und gemeinsam der Frage „Können wir einen solchen Fall in Zukunft verhindern?“.

Alles tun, um vor einer Operation Klarheit zu haben. Nicht zurückschrecken, wenn es schwierig wird. Zugeben, wenn die Herausforderung die eigenen Möglichkeiten überschreitet. Überprüfen, was man beim nächsten Mal besser machen kann. In diesem Zyklus bewegt sich gute operative Medizin. Ein überraschender Befund trifft dann ein Team zwar immer noch unerwartet, aber nicht unvorbereitet, und führt zu einem optimalen Ergebnis für unsere Patientinnen.

Wissenschaftliche Sitzung
Das zufällig entdeckte Karzinom
Donnerstag, 20.10.16, 10 Uhr
Raum Zürich 3

Autor



Prof. Dr. med. Christoph Scholz
Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Universitätsklinikum Ulm
christoph.scholz@uniklinik-ulm.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

Operative Verfahren

Die operative Therapie des Zervixkarzinoms: State of the Art

Die operative Therapie des Zervixkarzinoms ist stadienabhängig und sollte komplexen, aber exakt definierten Therapie-Algorithmen folgen. Dabei müssen der Allgemeinzustand der Patientin, der Tumortyp, die Tumorbiologie (und ggf. vorhandene morphologische Risikofaktoren) sowie die persönliche Lebens- und Familienplanung der Patientinnen berücksichtigt werden.

Obwohl die Staging-Laparoskopie/-Laparotomie mit pelviner, ggf. paaraortaler Lymphonodektomie als Entscheidungshilfe zwischen operativem Vorgehen versus primärer Radio-Chemotherapie inzwischen eine hohe Akzeptanz erfährt und in der neuen/aktualisierten S3-Leitlinie Einzug gefunden hat, findet das operative Staging für die Stadieneinteilung des Zervixkarzinoms noch keine flächendeckende Berücksichtigung.

Derzeitig kann nur das operative Staging exakte Informationen über eine mögliche intraabdominelle Tumorausbreitung, den Nachweis oder Ausschluss von Lymphknotenmetastasen sowie einen möglichen Befall der Nachbarorgane liefern. Im Rahmen der Stagingoperation sollte stadienabhängig (ab Stadium FIGO Ib1 > 2 cm bzw. mit assoziierten Risikofaktoren) mit der paraaortalen Lymphonodektomie begonnen werden.

Operative Therapie bei frühen Stadien

Patientinnen mit einem frühen Zervixkarzinom sollten, wenn möglich, immer minimalinvasiv therapiert werden, da die operativen wie auch onkologischen Ergebnisse im versierten Umgang mit minimalinvasiven Techniken denen der Laparotomie mindestens gleichwertig sind – bei einer deutlich geringeren peri- und postoperativen Morbidität.

Gegenwärtige fertilitätserhaltende operative Optionen sind:

- Stadium FIGO IA1 mit mindestens einem Risikofaktor: Konisation oder Trachelektomie (falls R1-Situation nach der Konisation);
- Stadium IA1 mit mindestens zwei Risikofaktoren und Stadium IA2 mit mindestens einem Risikofaktor: N0-Situation nach operativem Staging der pelvinen Lymphknoten, Möglichkeit Konisation oder Trachelektomie.

Deutlich niedrigere peri- und postoperative Morbidität durch SLNE

Das Konzept der Sentinellymphonodektomie (SLNE) wird beim Zervixkarzinom bereits seit mehreren Jahren evaluiert, mit vielversprechenden Sensitivitätsraten und negativen Vorhersagewerten, auch im Hinblick auf die verschiedenen Tracer (Tc, Blau, ICG).

Die Möglichkeit des adäquaten Lymphknotenstagings unter Verzicht auf eine radikale systematische Lymphonodektomie führt zu einer wesentlichen Reduktion der peri- und postoperativen Morbiditätsrate. Voraussetzungen für die Durchführung einer SLNE sind derzeit:

- Präoperative beidseitige Darstellung der pelvinen Sentinellymphknoten mittels Szintigrafie,
- beidseitige intraoperative Darstellung der pelvinen Sentinellymphknoten (Anfärbung mittels Patentblau und radioaktivem Tracer),
- Primärtumorgröße < 2 cm ohne Risikofaktoren,
- Entfernung aller bildgebend und makroskopisch dargestellten Sentinellymphknoten.

Die Entwicklung, Implementierung und Standardisierung der SLNE beim Zervixkarzinom ist ein komplexer Prozess und erfordert neben Multimodalität (Gynäkologe, Nuklearmediziner, Pathologe) eine besondere Qualitätskontrolle bei jedem Schritt der zugrundeliegenden Prozesskette.

Live-Surgery
Donnerstag, 20.10.16, 8 Uhr
Raum C1.1.2

Die komplexen operativen Interventionen beim Zervixkarzinom sollten nicht sporadisch durchgeführt werden, sondern nur in spezialisierten Zentren, die über eine komplette interdisziplinäre Infrastruktur verfügen. Nur in diesem Setting stellt sich gerade in der Primärchirurgie des Zervixkarzinoms die notwendige operative Expertise ein, die den kurativen Eingriff zu einem qualitativ hochwertigen Routine-Eingriff werden lässt.

Autorin

Prof. Dr. med. Sara Brucker
Department für Frauengesundheit
Universitätsklinikum Tübingen
sara.brucker@med.uni-tuebingen.de

Immunonkologie

Checkpoint-Inhibition

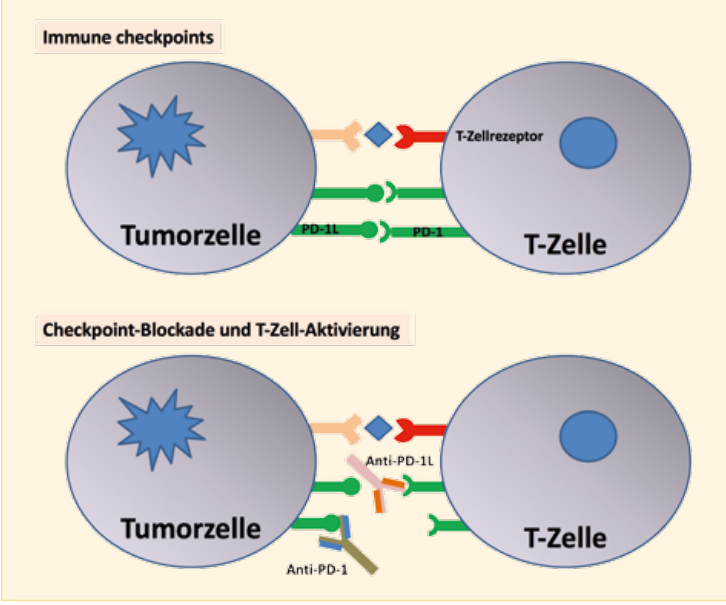
Das Tumormikromilieu und damit auch das Immunsystem sind in den wissenschaftlichen Fokus gerückt. Dabei zeigen sich neben wichtigen pathophysiologischen Zusammenhängen auch neue therapeutische Ansätze, die bei anderen Tumorentitäten wichtige Fortschritte gebracht haben.

Wir wissen, dass der Nachweis von peri- und intratumoralen Immunzellen insbesondere bei HER2 überexprimierenden und triple-negativen Mammakarzinomen eine prädiktive und prognostische Bedeutung besitzt. Die naheliegenden Fragen, ob diese Immunzellen aktiv Tumorzellen erkennen und zerstören bzw. ob und wie diese Zellen in therapeutischer Hinsicht genutzt werden können, sind eng verbunden mit dem zytotoxischen T-Lymphozyten-assoziierten Antigen 4 (CTLA-4) und dem programmed-cell-death- protein-1-Signalweg (PD-1/PD-L1). Die Aktivierung dieser Signalwege führt zu einer Hemmung des Immunsystems, und eine Blockade z. B. mittels Antikörpern führt zu einer gesteigerten Antitumorimmunität.

Checkpoint-Inhibition beim Mammakarzinom?

Eine wichtige Voraussetzung für die Antitumorimmunität ist die Tumorimmunogenität, die wiederum eng mit der Mutagenität verbunden ist. Je größer die Mutationshäufigkeit eines Tumors ist, umso häufiger werden Antigene exprimiert, die die Immunogenität des Tumors erhöhen und damit die Wahrscheinlichkeit, vom Immunsystem angegriffen zu werden.

So sind neue Substanzen, die gegen CTLA-4 oder PD-1/PD-L1 gerichtet sind und die Hemmung des Immunsystems aufheben, besonders bei Tumoren mit einer hohen Mutationsrate effektiv, z. B. Melanomen oder Lungenkarzinomen. In einer gepoolten Analyse konnte beim malignen Melanom gezeigt werden, dass durch die Therapie mit Ipilimumab bei etwa einem Fünftel aller Patientinnen nach 36 Monaten ein stabiles Langzeitüberleben erreicht werden kann.



Checkpoint-Inhibition: Die Hemmung der Signalwege von CTLA-4 und PD-1/PDL-1 mittels Antikörpern führt zu einer gesteigerten Antitumorimmunität.

Auch wenn die Mutationsfrequenz beim Mammakarzinom insgesamt eher niedrig erscheint, ist sie mit bis zu 150 Mutationen bei TPN- und HER2-positiven Subtypen im Vergleich zu den luminalen Tumoren deutlich erhöht. Somit scheinen diese Mammakarzinomsubtypen für den Einsatz von Anti-PD-1/Anti-PDL1-Antikörpern in besonderer Weise geeignet zu sein. Allerdings ist derzeit noch unklar, ob der Subtyp an sich, die Mutationsfrequenz, spezifische Mutationen, die Expressionshöhe von PD-1/PD-L1 oder der Nachweis von tumorinfiltrierenden Lymphozyten prädiktiv für das Ansprechen auf Checkpoint-Inhibitoren sind.

Welche Wirkstoffe sind zur Kombinationstherapie geeignet?

Des Weiteren ist unklar, wie der optimale Kombinationspartner einer Therapie mit Checkpoint-Inhibitoren aussieht (Zytostatikum, targeted therapy). Bei Kombination mit einer Chemotherapie muss berücksichtigt werden, dass Zytostatika auch die sich rasch teilenden Lymphozyten eliminieren. Spezifische Effekte von Zytostatika – wie die Absenkung von myeloid-derived suppressor cells oder ein priming des Immunsystems bedingt durch eine gesteigerte Antigenpräsentation an T-Zellen – machen sie zu interessanten Kombinationspartnern. Insbesondere beim Einsatz von Taxanen muss darauf geachtet werden, dass eine Prämedikation mit Kortikosteroiden aufgrund der immunsuppressiven Wirkung nicht sinnvoll ist. Daher ist nab-Paclitaxel als Kombinationspartner geeignet.

Wissenschaftliche Sitzung
Immunonkologie-Update
Donnerstag, 20.10.16, 8 Uhr
Raum C9.3

Unerwünschte Wirkungen wie Ausschlag, Juckreiz, Vitiligo, Diarrhoe, Colitis, Leberwerterhöhung, sowie eine Hypophysitis, die in einer Hypothyreose und/oder Nebennierenrindeninsuffizienz münden kann, sind unter einer Therapie mit Checkpoint-Inhibitoren zu beobachten.

Autor

Univ.-Prof. Dr. med. Achim Rody
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Campus Lübeck
achim.rody@uksh.de

Reproduktionsmedizin

Auslegungssache Embryonenschutzgesetz: Der „deutsche Mittelweg“

Als Reproduktionsmediziner möchte man der Patientin eine möglichst schonende Behandlung bieten und ihre reproduktiven Chancen optimal nutzen. Eine Möglichkeit, unter den gegenwärtigen rechtlichen Rahmenbedingungen beiden Ansprüchen gerecht zu werden, ist die Praktizierung des „deutschen Mittelwegs“.

Gemäß dem deutschen Embryonenschutzgesetz (EschG) aus dem Jahr 1990 dürfen bei einer künstlichen Befruchtung maximal drei Embryonen gleichzeitig übertragen werden und es dürfen nicht mehr Eizellen befruchtet werden, als der Frau übertragen werden sollen. Die doktrinäre Einhaltung dieser Annahme und der „Dreierregel“ führte in vielen Fällen dazu, dass bis zu drei Embryonen in die Gebärmutter übertragen wurden, ohne deren Lebensfähigkeit berücksichtigen zu können. Nach damaligem Stand der Wissenschaft war davon ausgegangen worden, jede imprägnierte Eizelle könne sich auch zu einem Embryo entwickeln.

Heute ist jedoch klar, dass altersabhängig durchschnittlich nur 20 % bis 30 % der Eizellen im Vorkernstadium überhaupt zu Blastozysten heranreifen und nur diese überhaupt ein realistisches Potenzial auf die Entstehung einer Schwangerschaft haben. Bei jedem einzelnen Behandlungszyklus sind diese Entwicklungsraten unterschiedlich und individuell zu prognostizieren. Auf Basis dieser Zahlen wurde in interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen Reproduktionsmedizinern und Medizinrechtlern schon vor über zehn Jahren der sogenannte „deutsche Mittelweg“ definiert.

Hierbei handelt es sich insofern um einen Mittelweg, als das Produzieren „überzähliger“ Embryonen weitgehend vermieden, gleichzeitig aber sichergestellt wird, dass mit einer dem Prognoseprofil der Kinderwunschpatientin angepassten Behandlung deren reproduktionsbiologisches Potenzial ausgeschöpft wird.

Es wird also individuell entschieden, wie viele Befruchtungsversuche in dem jeweiligen Behandlungszyklus nötig sind, um genau die Zahl an entwicklungsfähigen Embryonen zu erhalten, die im jeweiligen Zyklus übertragen werden sollen. Damit besteht zwar ein gewisses Risiko der ungewollten Entstehung überzähliger Embryonen, diese dürften jedoch kryokonserviert und für eventuell nachfolgende Behandlungen verwendet werden.

Dreierregel: Schutz der Embryonen geht vor

Die Befürworter der strikten „Dreierregel“ sind vor diesem Hintergrund der Meinung, der Gesetzgeber habe den Schutz des einzelnen Embryos gegenüber der Maximierung des Erfolgs einer reproduktionsmedizinischen Behandlung abgewogen und sich sodann für die Geltung der „Dreiergrenze“ entschieden. Der verfassungsrechtliche Schutz der Embryonen, der durch deren „übermäßige“ Erzeugung gefährdet werde, sei vorrangig vor dem Schutz der Frau.

Gerade dieser Punkt ist jedoch rechtswissenschaftlich umstritten. So ist es keineswegs zwingend, den Embryonenschutz als höherrangig anzusehen gegenüber der Möglichkeit, eine für die Frau möglichst schonende Behandlung durchführen zu können. Selbst das Abtreibungsstrafrecht, das im Vergleich zur Situation des EschG viel weiter entwickelte Embryonen bzw. Foeten betrifft, ermöglicht es der Frau, ihr körperliches und geistiges Wohl über den Lebensschutz des Nachkommen zu stellen.

Nur absichtliche Erzeugung überzähliger Embryonen ist strafbar

Auch bei einer liberalen Auslegung des deutschen Embryonenschutzgesetzes besteht die klare Notwendigkeit dazu, die Erzeugung überzähliger Embryonen zu vermeiden. Reproduktionsmediziner in verschiedenen europäischen Nachbarländern wie den Niederlanden, Belgien oder den skandinavischen Ländern kultivieren dagegen alle befruchteten Eizellen, um dann den kompetentesten Embryo für den Transfer auszuwählen. Ziel ist dabei, nach einer Auswahl möglichst nur einen optimalen Embryo zu transferieren, um höhergradige Mehrlingsgraviditäten zu vermeiden. Beim so genannten „elektiven Single-Embryo-Transfer“ werden die gegebenenfalls vorhandenen restlichen Embryonen der Kryokonservierung zugeführt.

Deutsche Reproduktionsmedizin mit dem Mittelweg erfolgreich

In Deutschland ist ein solches Vorgehen auch nach liberaler Auslegung des Embryonenschutzgesetzes verboten. Ein Argument für eine Therapie im Ausland sollte dies aber nicht sein. In Deutschland werden die Erfolgsraten einer künstlichen Befruchtung mit dem Deutschen IVF-Register in einer weltweit einzigartigen Qualität und Genauigkeit prospektiv erfasst und publiziert. Die Schwangerschaftsraten, ebenso wie die Sicherheit der Patientinnen, müssen den internationalen Vergleich nicht scheuen.

Während zu Beginn noch große Unsicherheit bezüglich der Rechtssicherheit bei der Anwendung des deutschen Mittelweges bestand, haben in den letzten Jahren auch mehrere Staatsanwaltschaften sich mit der Auslegung des EschG befasst. Übereinstimmend kamen auch sie zu dem Ergebnis, dass den bestehenden Gesetzen eine strikte „Dreierregel“ nicht zu entnehmen sei.

Ein Arzt, der ausgehend von der individuellen Veranlagung seiner Patientin innerhalb eines Zyklus mehr als drei Eizellen befruchtet, macht sich nur dann strafbar, wenn er von Anfang an die Absicht hat, „überzählige“ Embryonen herzustellen. Nachdem die bayrischen reproduktionsmedizinischen Zentren bereits 2007 den „deutschen Mittelweg“ offiziell deklariert und auch beim bayrischen Justizministerium angezeigt hatten, wird er mittlerweile in individuell abgestufter Form von einem großen Teil der Zentren in Deutschland erfolgreich praktiziert und ermöglicht auch in Deutschland eine erfolgreiche, mit internationalen Standards absolut vergleichbare Reproduktionsmedizin.

Wissenschaftliche Sitzung
Embryonenschutzgesetz und Familienplanung
Donnerstag, 20.10.16, 8 Uhr
Raum C6.2

Literatur

1. Taupitz J, Hermes B. Embryonenschutzgesetz: „Dreierregel“ oder „Deutscher Mittelweg“? Gynäkologe 2015;48:169–174 DOI 10.1007/s00129-014-3524-8.
2. Frommel M. Deutscher Mittelweg in der Anwendung des Embryonenschutzgesetzes (EschG) mit einer an den aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand orientierten Auslegung der für die Reproduktionsmedizin zentralen Vorschrift des § 1, Abs. 1, Nr. 5 EschG. J. Reproduktionsmed. Endokrinol 2007; 4 (1), 27–33.
3. Stellungnahme des deutschen Ethikrats zur Embryospende, Embryoadoption und elterlichen Verantwortung; 2016 Deutscher Ethikrat, Berlin; ISBN 978-3-941957-69-5.
4. Daunderer J; 2014. Reproduktionsmedizin in Deutschland – kein Grund sich zu verstecken; www.rpmed.de.

Autor

PD Dr. med. Volker Ziller

Schwerpunkt für Gyn. Endokrinologie, Reproduktionsmedizin und Osteologie
Universitätsfrauenklinik Marburg
ziller@med.uni-marburg.de

Hygiene-Flyer erhältlich am ICON-Stand C51

ICON
Zeichen setzen, Leben bewahren.

Kennen Sie eigentlich die häufigste Infektionskrankheit des ungeborenen Kindes?

Wie Sie Ihr Kind vor den möglichen dauerhaften Folgeschäden schützen können, erfahren Sie unter www.icon-cmv.de

Die Verantwortung des Frauenarztes

„Die neue AWMF-Leitlinie Nr. 093/001 empfiehlt für alle Schwangeren eine CMV-IgG-Bestimmung mit nachfolgender Hygieneberatung. Nutzen Sie den ICON-Flyer zur Information Ihrer Patientinnen über das Infektionsrisiko (fast 60% der Schwangeren sind seronegativ!) und über erforderliche Hygienemaßnahmen.

Dr. med. Michael Wojcinski

Prof. Dr. med. Meyer-Wittkopf

ICON - Initiative zur Prävention konnataler Cytomegalieinfektionen

www.icon-cmv.de Tel.: 07000-4266 268

Endokrinologie

Diagnostik und Therapie der zentralen Pubertas tarda

Eine verzögerte Pubertätsentwicklung kann auf eine endokrine Störung hinweisen. Die Diagnostik soll Aufschluss darüber geben, welche Instanz der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse betroffen ist, damit eine entsprechende Therapie eingeleitet werden kann.

Eine Pubertas tarda bei einem Mädchen liegt vor, wenn jenseits des chronologischen Alters von 13,5 Jahren noch keine Pubertätszeichen vorhanden sind, wenn der Zeitbedarf für das Durchlaufen der Pubertät fünf Jahre überschreitet oder wenn eine begonnene Pubertät länger als 18 Monate stagniert. Das erste Pubertätszeichen bei Mädchen ist die tastbare Brustdrüsenknospe, entsprechend einem Tannerstadium B1. Eine isoliert vorhandene Pubesbehaarung ist meist adrenalen Ursprungs und repräsentiert keine Aktivierung der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse.

Den meisten Fällen einer Pubertas tarda liegt die Normvariante einer konstitutionellen Entwicklungsverzögerung (KEV) zugrunde. Bei den krankhaften Formen der Pubertas tarda unterscheidet man eine zentrale Form (hypogonadotroper Hypogonadismus), die durch Störungen im Bereich von Hypothalamus und/oder Hypophyse entsteht, von einer peripheren Form (hypergonadotroper Hypogonadismus), die durch eine primär gonadale Störung bedingt ist.

Was liegt vor – KEV, hypo- oder hypergonadotroper Hypogonadismus?

Für alle Formen des Hypogonadismus gilt, dass die Erkrankungen neben einer kompletten Form auch in einer inkompletten Form auftreten können, bei der eine Teilfunktion des hypothalamisch-hypophysären-gonadalen Regelkreises mit einer meist inkompletten äußeren Pubertätsentwicklung vorliegt. Die Abgrenzung zur KEV ist in Einzelfällen schwierig.

Neben einer ausführlichen Anamnese unter besonderer Berücksichtigung der Familienanamnese und einer genauen klinischen Untersuchung steht am Anfang der Diagnostik die Unterscheidung zwischen der Laborkonstellation eines hypogonadotropen und eines hypergonadotropen Hypogonadismus durch die Messung der basalen Konzentrationen von LH, FSH und Östradiol. Mit dem GnRH-(Agonist)-Test lässt sich bei Vorliegen eines hypogonadotropen Hypogonadismus eine KEV abgrenzen.

Der GnRH-Agonist (z. B. Buserelin) stimuliert die hypophysäre LH-Sekretion maximal und auch prolongiert. Es kommt nachfolgend zu einem Östradiol-Anstieg. Bei Patienten mit einem hypogonadotropen Hypogonadismus fällt die hypophysäre und damit die ovarielle Reaktion geringer aus als bei Gesunden oder Patienten mit KEV. Von den meisten Autoren wird ein LH-Anstieg nach 4 h um mehr 4 IU/l als normal angesehen. Mit dem Buserelin-Test steht damit ein einfacher und praktikabler Test für die Differenzialdiagnose zwischen KEV und hypogonadotropem Hypogonadismus zur Verfügung.

Wissenschaftliche Sitzung
Wenn die biologische Uhr nicht anspringt: Die zentrale Pubertas tarda
Donnerstag, 20.10.16, 10 Uhr Seminarraum

Im Falle eines hypogonadotropen Hypogonadismus ist die Durchführung einer Schädel-MRT mit besonderer Darstellung von Hypothalamus und Hypophyse angezeigt. Ein pathologischer Riechtest deutet auf ein Kallmann-Syndrom hin. In bestimmten Fällen ist eine molekulargenetische Untersuchung zweckmäßig. Bei hypergonadotropem Hypogonadismus ist eine Chromosomenanalyse angezeigt.

Einleitung der Pubertät

Bei Vorliegen einer KEV und gleichzeitiger psychischer Belastung lässt sich über die Gabe von niedrigdosierten natürlichen Estrogenen über drei Monate ein Reifungssignal induzieren, so dass danach die Pubertätsentwicklung selbstständig abläuft.

Bei gesicherter Diagnose eines persistierenden Hypogonadismus sollte bei einem Mädchen ab einem chronologischen Alter von 12 bis 13 Jahren die Pubertät eingeleitet werden. Empfohlen wird die anfängliche Gabe von natürlichen Estrogenen, wie z. B. Estradiolvalerat, in Tropfen- oder Tablettenform für die ersten 6 bis 12 Monate. Ab dem zweiten Therapiejahr wird ein Gestagen dazugegeben. Neben dem Erreichen einer maximalen Knochenmasse hat die adäquate psychosoziale und psychosexuelle Entwicklung eine große Bedeutung.

Autorin

Dr. med. Désirée Dunstheimer
Schwerpunkt pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie
I. Klinik für Kinder und Jugendliche
Klinikum Augsburg
desiree.dunstheimer@klinikum-augsburg.de

Reproduktionsmedizin

Kinderwunsch und Krebs

Für junge Krebspatientinnen muss die Familienplanung nicht notwendigerweise abgeschlossen sein. Mehrere Maßnahmen zum Fertilitätserhalt stehen zur Verfügung, und an weiteren Möglichkeiten wird stetig geforscht.

Fertilitätsprotektive Behandlungen werden aufgrund der Fortschritte in der Onkologie und Reproduktionsmedizin bei onkologischen, aber auch bei nicht-onkologischen Erkrankungen zunehmend durchgeführt. In den letzten zehn Jahren wurden Einfriertechniken entwickelt, die die Kryokonservierung von unfertilisierten Oozyten erlauben, zunehmende Erfolge bei der Transplantation von zuvor kryokonserviertem Ovargewebe verzeichnet und Studien durchgeführt, die einen fertilitätsprotektiven Effekt von GnRH-Agonisten vermuten lassen. Auch werden derzeit Techniken entwickelt, die die Generierung von Oozyten und von Spermien aus kryokonserviertem Ovar- und Hodengewebe versprechen.

Praktikable Maßnahmen zur Fertilitätsprotektion

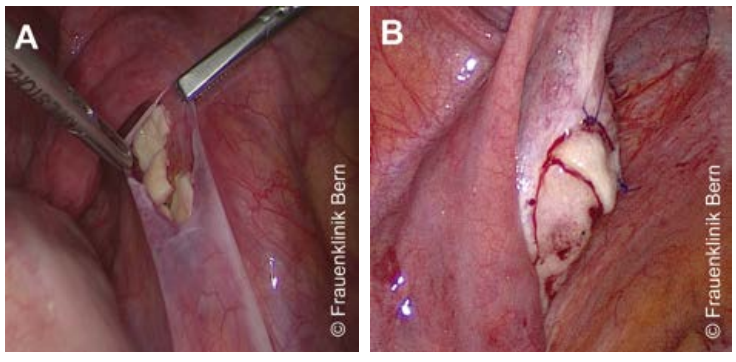
In der täglichen Praxis können bei Frauen inzwischen vier fertilitätsprotektive Maßnahmen erwogen werden:

1. Chemotherapie-begleitend können GnRH-Agonisten verabreicht werden. Gemäß von Metaanalysen reduzieren GnRH-Agonisten signifikant das Risiko einer prämaturen Ovarialinsuffizienz (POI). Allerdings ist zum einen die Datenlage heterogen, zum anderen ist der Mechanismus der protektiven Wirkung unklar, so dass der fertilitätsptotektive Effekt von GnRH-Agonsisten noch nicht abschließend bewiesen wurde. Inzwischen ist seitens der AGO der DGGG die Verwendung von GnRH-Agonisten auch bei einem hormonrezeptorpositiven Mammakarzinom nicht mehr ausgeschlossen.

2. Vor einer Strahlentherapie des Beckens können die Ovarien laparoskopisch lateralisiert oder in den Oberbauch verlagert werden, um die gonadale Strahlenexposition zu reduzieren.

3. Vor der gonadotoxischen Therapie kann eine Gonadotropin-Stimulation unabhängig von der Phase des Menstruationszyklus (Random start Stimulation) gestartet werden, um nach einer etwa zweiwöchigen Stimulation Oozyten transvaginal zu entnehmen und unfertilisiert oder fertilisiert per Vitrifikation zu konservieren. Eine hormonelle Stimulation kann durch die zeitgleiche Verwendung von Aromatasehemmern zur Reduzierung der Östrogenbildung auch bei einem Mammakarzinom erwogen werden. Die neuen Stimulationsprotokolle führen zu einem nur kurzzeitigen Östrogenanstieg und nur noch sehr selten zu einer Überstimulation.

4. Vor einer gonadotoxischen Therapie kann Ovargewebe laparoskopisch entnommen und – meist zentral in den Kryobanken des FertiPROTEKT-Netzwerk e. V. (www.fertiprotekt.de) – kryokonserviert werden. Eine Transplantation des Gewebes ist bei POI und einem Kinderwunsch laparoskopisch subperitoneal in die Beckenseitenwand, in das Ovar oder auf das Ovar möglich (s. Abb.). Inzwischen wurden weltweit etwa 40 bis 50 Kinder nach diesem Verfahren geboren. 16 Geburten wurden allein im Netzwerk FertiPROTEKT dokumentiert und publiziert (Van der Veen et al., Hum Reprod, 2016). Welche Transplantationstechnik angewendet werden sollte, ist noch unklar. Derzeit wird dahingehend eine von FertiPROTEKT initiierte multizentrische Studie durchgeführt.



Transplantation von zuvor kryokonserviertem Ovargewebe subperitoneal in die Beckenwand (A) oder auf das Ovar (B).

Indikationsempfehlungen

Neben der Etablierung und Weiterentwicklung dieser Techniken ist die Entwicklung von Indikationsempfehlungen für oder gegen die Wahl einer fertilitätsprotektiven Technik wesentlich. Insbesondere eine invasive Technik sollte nur dann angewendet werden, wenn ein relevantes Risiko für eine POI gegeben ist, die onkologische Therapie nicht relevant verschoben werden muss und die fertilitätsprotektive Technik gefahrlos durchgeführt werden kann.

Wissenschaftliche Sitzung
Krebs und Schwangerschaft
Donnerstag, 20.10.16, 10 Uhr Raum Zürich 2

Da diese Entscheidungen stark von der Tumorentität und dem Tumorstadium abhängen, hat FertiPROTEKT einen Ratgeber in Form eines Buchs entwickelt, das kostenfrei als Printversion bezogen oder elektronisch auf der Website von FertiPROTEKT abgerufen werden kann. Auch ist eine S2k-Leitlinie in Entwicklung.

Autor

Prof. Dr. med. Michael von Wolff
Abteilung für Gyn. Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
Universitäts-Frauenklinik
Inselspital Bern, Schweiz
Michael.vonWolff@insel.ch

B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

AESCULAP® *EinsteinVision®*

DAS ORIGINAL

Das 3D Full HD System **EinsteinVision®** begeistert neben der brillianten 3D Bildqualität durch ein praktisches Sterilbereitstellungskonzept. Das multifunktionale **Caiman®** System bietet eine zuverlässige, nahezu rauchlose Gefäßversiegelung bei geringer thermischer Ausbreitung.

Nicht ohne Grund entscheiden sich viele Anwender für **EinsteinVision®** und **Caiman®**. Eine Entscheidung mit Herz und Verstand. Überzeugen Sie sich selbst!

Aesculap AG | www.aesculap.de | endoskopie@aesculap.de

A-ST16023

Operative Therapie der Belastungsinkontinenz

Welche Schlinge ist die Beste?

Goldstandard in der chirurgischen Behandlung der weiblichen Belastungsinkontinenz bei (hyper)mobiler Urethra ist die spannungsfreie Vaginalschlinge (TVT). Mittlerweile ist eine Fülle an weiterentwickelten Schlingen auf dem Markt. Können diese einen größeren Nutzen als das TVT nachweisen?

Das vor 20 Jahren von Ulmsten und Petros eingeführte Tension-free Vaginal Tape TVT (1) revolutionierte die operative Therapie der weiblichen Belastungsinkontinenz. Seither verfügen wir im chirurgischen Armamentarium über eine standardisierte, minimal invasive Schlingentechnik, die in Lokalanästhesie und Analgosedation im kurzstationären Setting durchgeführt werden kann und intraoperativ die Überprüfung einer Überkorrektur gestattet (Hustentest).

Mittlerweile unterstreichen 17-Jahres-Daten mit objektiven Kontinenzraten von über 90 % den Stellenwert des TVT (2). Als ideales biokompatibles, nicht resorbierbares synthetisches Schlingenmaterial hat sich locker gewebtes oder gestricktes monofilamentäres und makroporöses Polypropylen (Amid-Klassifikation I) klinisch durchgesetzt (3, 4). Das TVT wird durch eine 1 cm lange suburethrale Kolpotomie auf Höhe der Midurethra mittels Spezialnadeln retropubisch hochgeführt und über zwei suprasymphysäre Stichinzisionen ausgeleitet. Es verstärkt die geschwächte pubourethrale Verankerung und stabilisiert die Urethra midurethral, ohne diese zu elevieren oder zu obstruieren.

Komplikationen der TVT-Technik

Mit der raschen Verbreitung der TVT-Technik wurden zunehmend intraoperative Komplikationen, die bei der retropubischen Bandpassage auftreten können (Blasenperforationen in 3 %, Hämorrhagien in 1,5 %, Darmverletzungen in < 1 %), sowie Blasenentleerungsstörungen und De-novo Drangbeschwerden in etwa 5 bis 7 % der Fälle bekannt (5). Die transobturatorische (TO) outside-in-Technik von De Leval und das inside-out-TVT-O von Delorme bezweckten eine Reduktion solcher Komplikationen bei vergleichbaren Kontinenzraten (6, 7). Denn auch die TO-Technik fußt auf der Stabilisierung der Midurethra.

Fülle an Produkten und Publikationen

In den 20 Jahren seit der Einführung des TVT überschwemmten Dutzende innovativer Schlingen oder Nachahmerprodukte den Markt: Retropubische „bottom-up"- und „top-down"-Schlingen, präpubische, „outside-in"- und „inside-out"-TO-Schlingen, gefolgt von Mini-Schlingen, die über eine einzige Inzision („single incision") von suburethral nur wenige Zentimeter weit nach retrosymphysär oder TO gelegt werden (wogegen die klassischen „full-length"-Schlingen das Cavum retzii oder die Foramina transobturatoria komplett passieren), und nicht zuletzt adjustierbare Schlingen zogen eine wahre Publikationsflut nach sich.

Was sagt die Literatur?

Das Gros der heute gebräuchlichen Schlingen behebt die Inkontinenz effektiv und weist ein gutes Sicherheitsprofil auf (8). Die Aufarbeitung der Nuancen unter den verschiedenen Schlingen ist allerdings wegen der extensiven, aber inhomogenen Studienlage erschwert und bietet dem Kliniker (noch) keinen wegweisenden Konsensus.

Retropubische Schlingen verursachen eher Blasenentleerungsstörungen und Blasenperforationen (die jedoch – intraoperativ erkannt – gleich behoben werden können), wogegen TO-Schlingen neurologische Beschwerden (Adduktorenmuskeln), Dyspareunien und – gerade bei hohen Vaginalsulci – Banderosionen und schmerzhaften Geschlechtsverkehr für den Partner (Hispareunie) verursachen können. „Full-length"-Schlingen sind vermutlich wirksamer als Mini-Schlingen. Unterstützt durch eigene Untersuchungen der langfristigen Kontinenzraten und des Komplikationsprofils legen wir an unserer Klinik fast immer ein TVT (9, 10).

Wissenschaftliche Sitzung
Belastungsinkontinenz der Frau
Donnerstag, 20.10.16, 8 Uhr Raum C4

Eine Differenzialindikation für die verschiedenen Schlingentechniken in Abhängigkeit von Faktoren wie Urethralruheverschlussdruck und -mobilität (intrinsic sphincter deficiency), Rezidiv-Inkontinenz, konstitutionelle oder anatomische Verhältnisse (z. B. Adipositas, hohe Vaginalsulci) kann in ausgewählten Fällen sinnvoll sein, doch bleiben korrekte Diagnostik und Indikation, nämlich die (hyper) mobile Urethra, und die Erfahrung des Operateurs das A und O für die Patientinnenzufriedenheit. Nicht zuletzt hängt die Komplikationsrate vom Operateur ab.

Literatur beim Autor

Autor

Dr. med.
David A. Scheiner
Urogynäkologie
Klinik für Gynäkologie
UniversitätsSpital Zürich
david.scheiner@usz.ch

Gynäkologische Endokrinologie

Hormonuntersuchungen: Grenzen der Analysetechnik, Indikationen, Uhrzeiten

Im Rahmen der gynäkologisch-endokrinologischen Analytik kann mit einem überschaubaren Profil an Hormonuntersuchungen eine Vielzahl der klinischen Fragestellungen abgeklärt werden. Bei einigen Hormonen ist nicht nur ein bestimmter Zeitpunkt im Zyklus, sondern auch die Uhrzeit für die korrekte Ermittlung der Werte ausschlaggebend.

Die Nachweisgrenzen und die Messgenauigkeit der modernen automatisierten Analysesysteme entsprechen heute fast durchweg den Anforderungen an die Parameter von klinischer Seite. Eine Ausnahme stellt die Messung von Estradiol dar: Hier sind bislang nur wenige immunologische Messsysteme in der Lage, auch Konzentrationen unterhalb von etwa 20 ng/l ausreichend präzise zu analysieren.

Welche Indikationen zur Hormonanalyse gibt es?

Die Abklärung der Ovarfunktion erfolgt am dritten bis fünten Zyklustag mittels Bestimmung von FSH, LH und Estradiol, eventuell ergänzt um den aussagekräftigsten Einzelmarker der ovariellen Funktionsreserve, AMH (Anti-Müller-Hormon). Nachdem AMH seit nunmehr drei Jahren vollautomatisiert untersucht werden kann und die Ursachen von Fehlmessungen erkannt und beseitigt werden konnten, ist der Marker heute methodisch sicher messbar und allgemein verfügbar. AMH-Werte über 1,0 bis 1,3 µg/l zeigen eine ausreichende Ovarfunktion mit vermutlich ausreichender Fertilität an. Erhöhte AMH-Spiegel (über etwa 7 – 8 µg/l) sind ein Hinweis auf das Vorliegen eines PCO-Syndroms.

Die Abklärung der Corpus-Luteum-Funktion sollte optimalerweise mittels mehrfacher, z. B. zwei- bis dreimaliger Bestimmung von Progesteron in der zweiten Zyklushälfte erfolgen. Um Kosten zu sparen, können für die Beurteilung der Corpus-Luteum-Funktion die an mehreren Tagen gewonnenen Serumproben gepoolt werden, und anschließend kann aus dieser einen Probe Progesteron analysiert werden. Der Progesteronspiegel in dieser gepoolten Probe sollte über 9 µg/l (nach LCMS-Standardisierung) liegen.

Der häufig erforderliche Ausschluss einer Hyperandrogenämie, z. B. bei Verdacht auf ein PCO-Syndrom im Rahmen der Abklärung von Zyklusstörungen, Sterilität oder Androgenisierungserscheinungen, erfolgt durch eine kombinierte Untersuchung der Parameter Gesamt-Testosteron, SHBG und DHEA-S, ggf. ergänzt um Androstendion. Da Testosteron zu etwa 99 % an Transportproteine gebunden und somit klinisch unwirksam ist, errechnet das Labor aus dem Verhältnis von Testosteron und SHBG den sogenannten „Freien Androgenindex", der ein gutes Maß für das frei verfügbare und somit wirksame Testosteron darstellt. Dieser errechnete Index erfasst das freie Testosteron deutlich zuverlässiger als es mittels der relativ aufwändigen und störanfälligen direkten Analyse des freien Testosterons möglich ist. Die Kenntnis des SHBG-Spiegels gibt zusätzliche diagnostische Hinweise. So weist z. B. ein erniedrigter Wert unter etwa 30 nmol/l auf das Vorliegen einer Insulinresistenz hin.

Wissenschaftliche Sitzung
Neues aus der Gynäkologischen Endokrinologie
Donnerstag, 20.10.16, 14 Uhr Raum C4

Androgene und TSH: Uhrzeit beachten

Wurde eine Hyperandrogenämie nachgewiesen, empfiehlt sich eine weitere Abklärung mittels 17-OH-Progesteron zum Ausschluss eines (late-onset-)AGS. Da die Sekretionsrate der Androgene zyklusabhängig ist, sollte deren Abnahme standardisiert am dritten bis fünften Zyklustag erfolgen. Aufgrund der relativ ausgeprägten zirkadianen Rhythmik mit höchsten Werten morgens empfiehlt sich weiterhin deren Abnahme gegen 8 Uhr morgens.

Da eine Hyperprolaktinämie nicht selten die Ursache von Zyklusstörungen oder einer Infertilität darstellt, sollte eine gynäkologisch-endokrinologische Abklärung auch die Bestimmung von Prolaktin mit einschließen.

Die Schilddrüsenfunktion spielt in dem komplexen System der gynäkologischen Endokrinologie eine maßgebliche Rolle. Daher sollte im Rahmen einer gynäkologisch-endokrinen Abklärung in der Regel auch eine Schilddrüsenfunktionsstörung mittels einer einfachen TSH-Bestimmung ausgeschlossen werden. Bei der Blutentnahme für TSH ist der Abnahmezeitpunkt ebenfalls zu beachten: Dieser sollte möglichst zwischen 9 und 20 Uhr liegen, da ansonsten zu hohe TSH-Werte (bis zum Doppelten) gemessen werden.

Autor

Dr. med.
Kai-J. Lüthgens
Arzt für Labormedizin
Labor Prof. Enders und Kollegen
Stuttgart
luethgens@labor-enders.de

Gynäkologische Onkologie

Aktuelle Aspekte der neoadjuvanten Systemtherapie des Mammakarzinoms

Innovationen in der Therapie des primären Mammakarzinoms zielen auf die Reduktion der operativen und strahlentherapeutischen Radikalität sowie die Ausnutzung neuer molekularer Targets. Zu diesem Zweck werden neoadjuvante und postneoadjuvante Therapiekonzepte in einer Vielzahl von Studien erforscht.

Die klassische Sequenz Operation gefolgt von adjuvanter systemischer Therapie bei primärem Mammakarzinom wurde in den letzten 20 Jahren zur Erforschung neoadjuvanter Therapiekonzepte umgekehrt. Mittlerweile ist die deutsche AGO-Leitlinienempfehlung, bei aggressiven Formen des Mammakarzinoms wie dem triplenegativen Mammakarzinom (triplenegative breast cancer, TNBC) bzw. bei Patientinnen mit HER2-neu-Überexpression im Primärtumor die neoadjuvante Therapie gefolgt von der Operation durchzuführen. Dies ist der Tatsache geschuldet, dass wir mittlerweile bei über 50 % der Patientinnen histologisch komplette Remissionen (pCR) erzielen. Insbesondere bei diesen Pa-tientinnen ist im Rahmen von großen Metaanalysen gezeigt worden, dass die hohe pCR-Rate mit einem ausgezeichneten Überleben korreliert.

Verbessert eine höhere pCR das Überleben?

Mittlerweile sind bereits neoadjuvante Konzepte durch die amerikanische Zulassungsbehörde FDA für Medikamentenzulassungen berücksichtigt worden, so z. B. die doppelte Kombination Trastuzumab + Pertuzumab in der NeoSphere- und in der Tryphena-Studie. Es wurde eine deutlich höhere pCR demonstriert verglichen mit der Standard-Kombination Chemotherapie plus Trastuzumab. Die kritische Frage, die durch das IQWiG gestellt wird und auch durch den gemeinsamen Bundesausschuss beurteilt werden muss, ist, ob eine deutlich höhere pCR tatsächlich einen Mehrnutzen für die Patientin bedeutet im Sinne von verbessertem Überleben. Die Antwort darauf wird im kommenden Jahr durch die Daten der adjuvante Aphinity-Studie gefunden werden.

Das am häufigsten in Deutschland eingesetzte Schema in der neoadjuvanten Behandlung von Brustkrebspatientinnen ist 4 x EC in drei Wochen gefolgt von 12 x Paclicataxel wöchentlich. Diese Kombination wurde in der GeparSepto-Studie verglichen mit der Sequenz mit wöchentlichem nabPaclitaxel. Die Daten der prospektiv randomisierten GeparSepto-Studie zeigten eine signifikant höhere pCR bei Patientinnen, die mit nabPaclitaxel behandelt wurden verglichen mit Paclitaxel. Bei Patientinnen mit TNBC stieg der absolute Benefit in der pCR von 31 % auf 50 %. Im nächsten Jahr werden diese Daten mit dem Überleben abgeglichen werden. Es ist zu erwarten, dass die deutlich höhere Remission auch mit einem höheren Überleben korreliert.

Bereits die GeparSixto-Studie konnte bei Patientinnen mit TNBC nicht nur eine höhere pCR, sondern auch eine höhere Überlebensrate durch Platin zeigen. Mittlerweile wird Platin neoadjuvant von der AGO-Leitlinie bei TNBC-Patientinnen als Standard empfohlen.

Weitere offene Fragen

Es bleiben noch folgende große Themengebiete im Rahmen von Studien zu bearbeiten:

- Die Hinzunahme von Parp-Inhibitoren bei Patientinnen mit BRCA-mutiertem Mammakarzinom (Olympia-Studie mit Olaparib, Brightness-Studie mit Veliparib),
- der Vergleich von dosisdichter, dosisintensivierter Therapie mit der platinhaltigen Chemotherapie bei TNBC-Patientinnen im Rahmen der Gepar-Octo-Studie, deren Ergebnisse Ende 2016 auf dem San Antonio Breast Cancer Symposium präsentiert werden.
- Die Hinzunahme von Substanzen, die die sogenannte T-Zell-Checkpoint-Signalübertragung beeinflussen, wird im Rahmen der Gepar-Nuevo-Studie überprüft bzw. im Rahmen der Immuno-Boost-Studie (Pembrolizumab, Durvalumab).
- Ein sehr wichtiges Gebiet, das im Rahmen aktueller Studien evaluiert wird, ist die Integration postneoadjuvanter Konzepte bei Patientinnen, die nach standardisierter neoadjuvanter Behandlung einen residualen Tumor in der Brust und/oder in den Lymphknoten haben: zum Beispiel die Katherine-Studie, die abgeschlossen wurde und bei der im Rahmen der postneoadjuvanten Behandlung TDM1 eingesetzt wurde. Ebenso die PenelopeB-Studie, bei der zur Zeit bei Patientinnen mit HER2-neu-negativem, Hormonrezeptor-positivem Mammakarzinom und residualen Tumorzellen in der Brust und/oder in den Lymphknoten der CDK4/6-Inhibitor Palbociclib postneoadjuvant eingesetzt wird.

Neuerungen in der operativen Therapie

Das operative Konzept beinhaltet die Einführung der Sentinel-Lymphknoten-Untersuchung nach neoadjuvanter Therapie bei Patientinnen mit unauffälligem Axillastatus vor der neoadjuvanten Behandlung sowie die histologische Sicherung verdächtiger axillärer Lymphknoten durch Biopsie mit Clipmarkierung vor der neoadjuvanten Therapie, sodass man im Falle von bildgebender und palpatorischer Remission und unauffälligen Sentinel-Lymphknoten bei der histologischen Untersuchung nach neoadjuvanter Therapie auf die komplette Axilladissektion zunehmend verzichten kann.

Moderne Studienkonzepte beinhalten auch die Integration neuer bildgebender Verfahren, z. B. PET/CT im Rahmen der Gepar-PET-Studien sowie die Deeskalation der lokoregionalen Strahlentherapie bei Patientinnen mit histologischer kompletter Remission (NSABP B51-Konzept). Damit werden mit modernen neoadjuvanten und postneoadjuvanten Konzepten zwei Ziele erreicht: Die Reduktion der operativen und strahlentherapeutischen Radikalität und die zielgerichtete medikamentöse Therapie und Ausnutzung der neuen molekularen Targets.

Autor

Prof. Dr. med. Michael Untch

Interdisziplinäres Brustzentrum
Frauenklinik
HELIOS Klinikum Berlin-Buch
michael.untch@helios-kliniken.de

Wissenschaftliche Sitzung
Primäres Mammakarzinom: State of the Art
Donnerstag, 20.10.16, 14 Uhr
Raum C1.1.2

Natürlich gepflegt und sanft geschützt

Deumavan® Intimpflege Salbe Natur unterstützt die natürlichen Hautfunktionen der Vulva. Sie ist frei von Zusätzen wie Konservierungsstoffen, Emulgatoren und Duftstoffen und nahezu ohne allergenes Potenzial.

Zur Reinigung bietet die Produktlinie zusätzlich die Deumavan® Waschlotion sensitiv Natur an.

Nur in der Apotheke.

Kaymogyn GmbH, 65203 Wiesbaden

www.deumavan.com

Deumavan®
Intimpflege auf neuem Niveau

Brustrekonstruktion

Netzgestütze Brustchirurgie

Die Neuentwicklung azellulärer dermaler Matrices und textiler Netze zur Implantation ermöglicht die Brustrekonstruktion bei einem erweiterten Patientinnenkollektiv. Zu den verfügbaren Materialien sowie zu Komplikationsraten werden valide Daten benötigt.

Die nachhaltigsten und besten ästhetischen Ergebnisse lassen sich bei richtiger Indikationsstellung bei der Brustrekonstruktion mit Eigengewebe erzielen, wenn keine postoperative Strahlentherapie erforderlich ist. Trotzdem macht mit 50–70 % die wiederherstellende Chirurgie mit Implantaten, Netzen und azellulärer dermaler Matrix (ADM) den Großteil der Brustrekonstruktion aus. Neben Kontraindikationen zur autologen Rekonstruktion oder dem Wunsch der Patientin liegen die Gründe dafür in verbesserten OP-Verfahren, der Weiterentwicklung der Silikonimplantate und der Entwicklung „moderner" Medizinprodukte wie ADMs und Netze.

Unübersichtliches Angebot an Materialien

In den letzten Jahren kam es zu einer Zunahme an heterologen Brustrekonstruktionen mit ADMs und Netzen, was kontrovers zu diskutieren ist. Zwar werden diese Materialien in Deutschland weitläufig eingesetzt, klinische Daten liegen jedoch für die wenigsten Produkte vor (s. Abb.). Durch die Einführung von ADMs und Netzen ist es heute möglich, auch jenen Frauen eine Brustrekonstruktion mit Implantaten anzubieten, die früher dafür nicht geeignet waren oder die eine autologe Rekonstruktion wegen des hohen Aufwands ablehnten. Die zur Verfügung stehenden ADMs und Netze variieren allerdings signifikant, was ihre Herstellung, den Level der Sterilisation, biomechanische Eigenschaften, die Dicke, der Methodik der Präparation und die Kosten angeht.

Indikationen für ADM und Netze

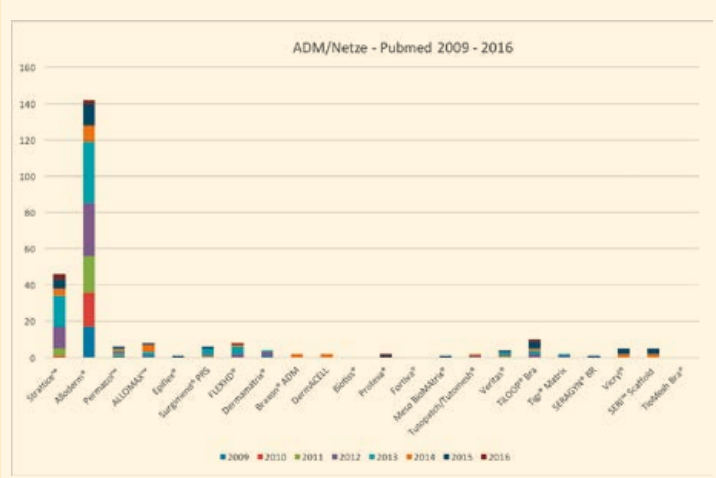
Anwendungsziel aller zur Verfügung stehenden Produkte ist, einer „Kranialisierung" des Pektoralismuskels vorzubeugen. Durch die Fixation des Muskels mit ADM/Netz soll diese verhindert und eine spannungsfreie Adaptation gewährleistet werden. Daraus resultiert eine breitflächigere Abdeckung des Implantats im kranialen Bereich, eine Stabilisierung der Implantatloge sowie eine verbesserte Rekonstruktion der inframammären Falte. Bei größerem lokalem Defekt kommt es ohne ADM/Netz zu einer Kranialisierung des Implantats, und die neue Brustprojektion verliert sich. Weitere Indikationsstellungen für ADMs/Netze enthält die Tabelle.

Valide Daten zu Komplikationen fehlen

Da es so gut wie keine prospektiven Vergleichsstudien (wie in der Onkologie üblich) gibt, können retrospektiv durchgeführte Studien häufig nur wenig Aufschluss geben. Komplikationsraten bei ADM/Netz-Rekonstruktionen werden mit bis zu 46 % angegeben. Allerdings muss angemerkt werden, dass diese Patientinnen per se ein Risikokollektiv darstellen, da ohne die Hilfsmittel ADM/Netz eine Rekonstruktion schwierig bis unmöglich gewesen wäre.

Im Rahmen der Primärrekonstruktion können diese Produkte eine Ergänzung darstellen, um ein besseres ästhetisches Resultat zu erzielen. Allerdings konnten wir in der weltweit größten Studie zur heterologen Brustrekonstruktion mit einem titanbeschichteten Polypropylennetz zeigen, dass die Anwendung im Rahmen der Sekundärrekonstruktion oder nach modifiziert-radikaler Mast-

Wissenschaftliche Sitzung
Brustchirurgie: Fehlervermeidung und Komplikationsmanagement
Donnerstag, 20.10.16, 10 Uhr
Raum C1.2.1



Der überwiegende Teil der verfügbaren ADMs und Netze ist bisher nur ungenügend wissenschaftlich untersucht.

Indikationen für Netze und ADMs zur Brustrekonstruktion

Indikationen	Netze	ADMs
Haut-/Nippelsparende Mastektomie	++	++
Angeborene Fehlbildungen	+	++
Implantat-assoziierte Deformitäten	+	++
Implantatwechsel	++	++
Fixation des M. pectoralis major	++	++
Kontrolle der Implantatposition	++	++
Implantatabdeckung	—	++
Weichteilabdeckung	—	++
Brustrekonstruktion nach Radiatio	—	+
Reduktion der Kapselfibroserate (allgemein sowie protektiv vor Bestrahlung)	unbekannt	unbekannt

Indikationsstellung für die Anwendung von textilen Netzen und azellulären Matrices bei der Brustrekonstruktion.

Schwangerschaft und rheumatische Erkrankungen

Zu krank, um schwanger zu werden? Kinderwunsch bei Kollagenosen

Patientinnen mit rheumatischen Erkrankungen und Kinderwunsch benötigen eine ausführliche Beratung, um die Entscheidung für oder gegen eine Schwangerschaft treffen zu können. Zu beachten sind das Risiko für das Auftreten von Krankheitsschüben während der Gravidität sowie das erhöhte Risiko von Schwangerschaftskomplikationen.

Frauen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen haben seltener Kinder als Frauen der Normalbevölkerung. Es gibt Hinweise dass die ovarielle Reserve bei rheumatischen Erkrankungen im Vergleich zu altersgleichen gesunden Frauen reduziert ist. Zudem kann sich eine entzündliche Systemerkrankung negativ auf die Fertilität auswirken. Oft ist aber der Grund für die Kinderlosigkeit die Sorge um die eigene Gesundheit bzw. die des Kindes.

Zweifellos sind Schwangerschaften bei Rheumatikerinnen mit einem erhöhten Risiko für Komplikationen verbunden. Neben der Systemerkrankung selbst spielt dabei auch eine Rolle, dass die Patientinnen in der Erstgravidität oft bereits älter sind und Begleiterkrankungen (Hypertonie, Nierenerkrankung, Diabetes, Übergewicht, pulmonale Hypertonie) haben.

Systemischer Lupus erythematodes

Ein Teil der Erkrankungen neigt zur Exazerbation in der Schwangerschaft. Dies gilt speziell für Frauen mit systemischem Lupus erythematodes (SLE). Bei SLE-Schwangerschaften treten zudem Komplikationen besonders häufig auf: Schwangerschaftskomplikationen (Spätaborte, Frühgeburten, intrauterine Wachstumsretardierungen, Präeklampsien) sowie Thrombosen und Infektionen. Schwangerschaften bei SLE-Patientinnen sind daher als Risikoschwangerschaften einzuordnen. Der größte Risikofaktor für Schübe und Komplikationen ist eine aktive Erkrankung vor der Konzeption bzw. eine ungeplante Schwangerschaft ohne vorangegangene Identifikation individueller Risikofaktoren (wie Aktivität und Schwere der Erkrankung und einer eventuell vorhandenen Thrombophilie im Sinnne eines Antiphospholipidsyndroms).

2015 wurde die bisher größte prospektive Untersuchung zur Häufigkeit von Schwangerschaftskomplikationen bei Frauen mit inaktivem (!) SLE zum Zeitpunkt der Konzeption publiziert (1). Über 80 % dieser Schwangerschaften verliefen ohne Komplikationen. Ein schwerer Schub trat in weniger als 5 % auf, dann erhöhte sich das Risiko eines ungünstigen Schwangerschaftsausgangs gegenüber stabilen Patientinnen allerdings auf das etwa 6-Fache.

Wissenschaftliche Sitzung
Zu krank, um schwanger zu werden?
Donnerstag, 20.10.16, 8 Uhr
Seminarraum

Rheumatoide Arthritis

Bei der Rheumatoiden Arthritis (RA) vermindert sich die Krankheitsaktivität während einer Schwangerschaft bei etwa der Hälfte der Frauen. Umgekehrt folgt auch bei RA einer höheren Aktivität vor der Konzeption oft eine persistierende Krankheitsaktivität, was das Risiko für Komplikationen und postpartale Schübe vergrößert. Eine Strategie mit dem Ziel der Remission wird heute daher (auch) für RA-Patientinnen mit Konzeptionswunsch verfolgt. Der Trend geht dazu, sichere Basistherapeutika durchgehend zu geben oder auch neu einzusetzen – individuell abgestimmt auf das Risikoprofil der Frauen.

Erschwert wird eine „evidenzbasierte" Beratung durch ungenügende Daten zur Pharmakotherapie bei Schwangeren. Dies betrifft insbesondere die rasant zunehmenden neuen Therapiemöglichkeiten.

Pharmakotherapie – viele Optionen, wenig Evidenz

TNF-α-Inhibitoren sind die einzigen in der Schwangerschaft bereits gut untersuchten Biologika; die verfügbaren Daten zeigen kein erhöhtes Risiko für spezifische Fehlbildungen (2). Diskutiert wird ein erhöhtes Infektionsrisiko nach der Geburt, wenn TNF-α-Inhibitoren in der späten Schwangerschaft gegeben werden. Zu anderen Biologika wächst die Datenlage langsam an.

Zur weiteren Beurteilung der Sicherheit sollte der Ausgang von möglichst allen Expositionen dokumentiert werden – nicht nur die positiven oder negativen Folgen. Seit 2015 ist das deutschlandweite Schwangerschaftsregister *Rhekiss* („Rheuma – Kinderwunsch und Schwangerschaft", www.rhekiss.de) online. Das Register ist ein Gemeinschaftspro-

ektomie mit einem signifikant höheren Risiko für Komplikationen einhergeht.

Um eine bessere wissenschaftliche Grundlage zu den auf dem Markt verfügbaren Produkten zu gewinnen, sollte jede Anwendung von ADMs und Netzen dokumentiert und im Implantatregister der AWOgyn erfasst werden (www.awogyn-implantatregister.de).

Mit der Weiterentwicklung von supportiven alloplastischen Materialien besteht für ein selektioniertes Patientengut die Möglichkeit, die Indikationsstellung zur Implantatrekonstruktion nach Mastektomie zu erweitern. Es bleibt allerdings anzumerken, dass diese Produkte keine Lösung für alle Probleme darstellen und dementsprechend nur reflektiert eingesetzt werden dürfen. Eine Ausbildung zum Brustoperateur der AWOgyn ist allgemein zu empfehlen (www.awogyn.de).

Literatur beim Autor

Autor

Dr. med. Max Dieterich

Brustzentrum
Universitätsfrauenklinik Rostock
am Klinikum Südstadt
max.dieterich@kliniksued-rostock.de

jekt des Rheumazentrums Rhein-Ruhr und des Deutschen Rheumaforschungsinstituts Berlin. Frauen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen werden prospektiv eingeschlossen und der Verlauf der Schwangerschaft sowie die Entwicklung der Kinder bis zum zweiten Lebensjahr erfasst – diese Daten werden unsere Beratung in Zukunft hoffentlich erleichtern.

Literatur

1. Buyon JP et al. Predictors of Pregnancy Outcomes in Patients With Lupus: A Cohort Study. Ann Intern Med. 2015;163(3):153–63.
2. Gotestam Skorpen C et al. The EULAR points to consider for use of antirheumatic drugs before pregnancy, and during pregnancy and lactation. Ann Rheum Dis. 2016;75(5):795–810.

Autorin

PD Dr. med. Rebecca Fischer-Betz

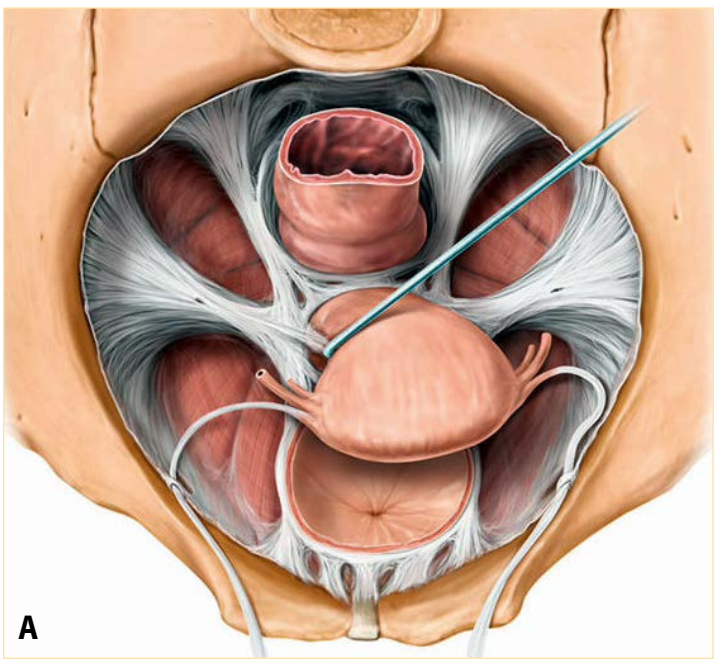
Sprecherin des DGRh-Arbeitskreises „Schwangerschaft und rheumatische Erkrankungen“
Poliklinik für Rheumatologie
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Rebecca.Fischer@med.uni-duesseldorf.de

Operative Urogynäkologie

Funktionelle Anatomie: Das Fundament erfolgreicher Chirurgie

Anatomische Grundlagen bilden den vielleicht wichtigsten Bestandteil der operativen Ausbildung. Mit zunehmender Technisierung von Instrumenten, Operationstechniken und Trainingsmöglichkeiten steigen auch die Ansprüche an den Operateur. Das Basiswissen Anatomie kann im entscheidenden Moment den Unterschied machen und ist unabdingbare Voraussetzung für erfolgreiches Operieren.

Die klassische chirurgische Ausbildung fand früher überwiegend im OP zwischen Lehrer und Schüler statt. Diese Form des Lernens war immer schon ethisch problematisch, zeitaufwändig, kostenintensiv und mit einer langen und flachen Lernkurve verbunden. Vor allem mit der Einführung und Etablierung technischer Fortschritte wie der minimalinvasiven Chirurgie und zuletzt der Roboterchirurgie ist ein erheblicher zusätzlicher Trainingsbedarf entstanden, um neben den operativen auch die technischen Hürden zu überwinden. Ferner erfordert der Einsatz von Fremdmaterial (wie beispielsweise Netzimplantate) ein individualisiertes, hochpräzises Operationskonzept, um dem ärztlichen Ethos zu entsprechen und der Juridifizierung in unserem Fachbereich sinnvoll entgegenzutreten. Dadurch kann beispielsweise eine zunehmende Defensivmedizin vermieden werden. Abnehmende Fallzahlen und die Spezialisierung von Operationstechniken – die oft nur durch erfahrene Operateure eingesetzt werden – machen es für die kommenden Generationen von Operateuren zwingend erforderlich, ihre Ausbildung auf innovative Trainingskonzepte und die Rückbesinnung auf die Anatomie aufzubauen.



A) Anatomische Zeichnung mit Blick von cranial. Dargestellt sind die drei Kompartimente (vorderes, mittleres und hinteres Kompartiment) sowie der die Zervix umschließende Bandapparat (cervical ring), dessen Schädigung durch Belastung oder operative Eingriffe mit Senkungsproblematiken einhergehen kann. B) Blick von kaudal auf den illuminierten Beckenboden eines weiblichen Körperspenders. Eindrücklich sind die nur noch marginal vorhandenen Muskelfasern als Teile des Diaphragma pelvis, die auch als muscular gaps bezeichnet werden.

Anatomiekenntnis – Basis für den Operationserfolg

Bereits 1930 formulierten Peham und Amreich, dass gut entwickeltes anatomisches Hintergrundwissen die Bedingung für erfolgreiche operative Tätigkeit ist. Hiervon bildet die Urogynäkologie keine Ausnahme. Nicht zuletzt durch die zunehmende Rate an Adipositas wird die Inzidenz von Beckenboden- und Organsenkungen weiter steigen. Anatomisches Grundwissen dient als Voraussetzung der urogynäkologischen Wiederherstellungschirurgie, da in der vaginalen, der offenen und auch in der endoskopischen Chirurgie anatomische Strukturen exakt identifiziert und rekonstruiert werden müssen (mit und ohne Fremdmaterial). Außerdem können bei vielen urogynäkologischen Operationstechniken mit modernen Instrumenten aufwändige anatomische Präparationen vollständig umgangen werden.

Beispiel Kolposuspension

Beispiel Kolposuspension nach Burch: Der abdominelle „Burch“ galt lange als Goldstandard der Stressinkontinenz-Behandlung. 1991 übertrug Vancaillie den Burch auf die Laparoskopie. Heute hat er, ob abdominell oder laparoskopisch, weitgehend durch die deutlich weniger invasiven und OP-Zeit sparenden suburethralen Schlingenverfahren an Bedeutung verloren. Basis ist jedoch das exakte anatomische Hintergrundwissen. Aber auch Verfahren zur Versorgung eines Lateraldefekts, eines apikalen Defekts oder anterior/posterioren Defekts stellen identisch hohe Ansprüche an den Operateur.

Wissenschaftliche Sitzung
Laparoskopie versus vaginale OP-Techniken in der Beckenboden-Chirurgie
Donnerstag, 20.10.16, 14 Uhr
Raum C.1.2.1

Neue Wege in der Ausbildung

In den letzten Jahren konnten sich hochqualitative Kursmodule durchsetzen, die die Ansprüche der funktionellen operativen Anatomie auf dem Boden des technischen Fortschritts bedienen. Fortgeschrittene Körperspenderpräparationen, die die operativen Anforderungen in den Vordergrund stellen, gehören ebenso zu einem solchen Ausbildungskonzept wie das klassische Theatrum Anatomicum. Besonderen Stellenwert besitzt das momentan authentischste verfügbare Trainingskonzept, das das laparoskopische Erlernen und die Weiterentwicklung komplexer Operationstechniken am speziell fixierten Körperspender erlaubt (Programm unter: www.endo-kiel.de).

So erlebt die Symbiose aus Anatomie und Gynäkologie eine Renaissance, die die Anatomie auf die wesentlichen klinischen Belange fokussiert und neben der Zufriedenheit der Operateure dem Wohl unserer Patientinnen dient.

Autor

PD Dr. med. Ibrahim Alkatout, M.A.

Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel
ibrahim.alkatout@uksh.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

Gynäkologische Onkologie

Nebenwirkungs- und Komplikationsmanagement in der onkologischen Systemtherapie

In der Systemtherapie der gynäko-onkologischen Malignome kommen immer mehr neue Medikamente zum Einsatz. Bei Weitem handelt es sich nicht mehr nur um endokrine Therapien oder klassische Chemotherapeutika. Wir wünschen uns zielgerichtete Therapien, die wenig „Flurschaden" anrichten und eine hohe Effektivität aufweisen.

Erste Schritte in diese Richtung gehen wir bereits im klinischen Alltag. Doch mit diesen neuen Substanzen ändert sich auch das Nebenwirkungsspektrum, was von großer Bedeutung in der Betreuung der fast ausschließlich ambulanten Patientinnen ist. Entscheidend ist die ausführliche Information der Patientin über die zu erwartenden Nebenwirkungen sowie ein entsprechendes klinisches Monitoring.

Neue Substanzen – neue Nebenwirkungen

Der Einsatz des m-TOR-Inhibitors Everolimus ist ein Beispiel. In Kombination mit Exemestan ist er seit 2012 beim metastasierten Hormonrezeptor-positiven Mammakarzinom zugelassen. Die orale Therapieform impliziert ein unkompliziertes Behandlungsregime. Doch im Vergleich mit einer reinen endokrinen Therapie zeigt sich ein völlig verändertes Nebenwirkungsspektrum: Hinzu kommen in über 60 % Schleimhautveränderungen mit Aphtenbildung, die in vier Schweregrade eingeteilt werden. Die Ausprägung reicht von leichten Symptomen bis hin zur völligen Unmöglichkeit der Nahrungsaufnahme und der Notwendigkeit intensivmedizinischer Behandlung.

Ein frühzeitiges Erkennen sowie ein adäquates Management mit Dosisreduktion, Therapiepause oder Therapieabbruch sind von entscheidender Wichtigkeit. Ebenso verhält es sich beim Auftreten einer nicht-infektiösen Pneumonitis, die ebenfalls Teil des Nebenwirkungsspektrums von Everolimus ist. Bei entsprechendem Verdacht sind eine radiologische Abklärung sowie die Therapie mit Steroiden unerlässlich.

Doch Everolimus nimmt keine Sonderstellung ein. Auch andere neue Therapien weisen ein spezielles Nebenwirkungsspektrum auf. Beim Einsatz von CDK4/6-Inhibitoren, bei denen eine zeitnahe Zulassung erwartet wird, wurden vermehrt laborchemische Veränderungen wie Leukopenien oder Thrombopenien beobachtet.

Auch beim Her-2 positiven Mammakarzinom kommen neuere Substanzen zum Einsatz. Bei der Gabe von TDM-1 zeigt sich ein ähnliches kardiotoxisches Potenzial wie bei der Gabe von Herceptin, hinzu kommt noch in knapp 30 % das Risiko einer höhergradigen Thrombopenie. Der Tyrosinkinaseinhibitor Lapatinib hingegen verursacht in bis zu 60 % Diarrhoen, die ein entsprechendes Monitoring und ggf. eine entsprechende Therapie erfordern.

Reagieren auf verändertes Nebenwirkungsspektrum

Die genannten Beispiele zeigen, dass auch die neuen zielgerichteten Substanzen mit speziellen Nebenwirkungen assoziiert sein können. Wichtig sind ein entsprechend der Therapie angepasstes klinisches Therapiemonitoring (Routinekontrollen, weitere Diagnostik bei Symptomen) im Hinblick darauf sowie die Kenntnis der zugehörigen Konsequenzen wie symptomatischer Support, Dosisreduktion, Therapiepause oder -abbruch. So können schwerwiegende Komplikationen oftmals verhindert und neue Substanzen sicher eingesetzt werden.

Seminar
Nebenwirkungs- und Komplikationsmanagement in der onkologischen Systemtherapie
Donnerstag, 20.10.16, 8.30 Uhr
Raum C5

Autorin

PD Dr. med. Christina Barbara Walter
Department für Frauengesundheit
Universitätsklinik Tübingen
Christina-Barbara.Walter@med.uni-tuebingen.de

Operative Urogynäkologie

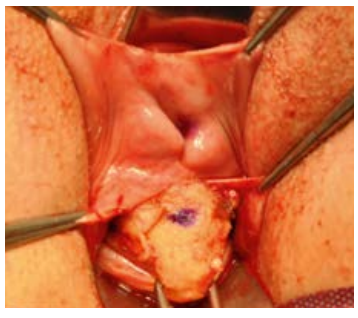
Der vaginale Zugang in der Beckenboden-Chirurgie

Der vaginale Zugang ermöglicht umfassende chirurgische Lösungen der typischen komplexen pathoanatomischen Beckenbodenstörungen. Er hat zahlreiche Vorteile für die Qualität des Operationsergebnisses und beinhaltet ein verringertes Risiko von Verletzungen und Adhäsionen.

„Der Introitus ist die Visitenkarte des Urogynäkologen" – dessen plastische Rekonstruktion kann nur vom vaginalen Zugang aus erfolgen. Ausgehend von der Introitus- und Dammrekonstruktion erschließen sich die zentrale und laterale vaginale Faszienrekonstruktion der Scheidenvorder- und -hinterwand und schließlich die apikale Fixierung des Scheidengrundes sowie die Inkontinenzchirurgie in einem „Einhöhleneingriff":

Welche Möglichkeiten bietet der vaginale Zugang?

- Von vaginal kann weiterführend die Kontinenz durch eine „distale Erweiterung der Kolporraphia anterior" oder den Goldstandard TVT erreicht werden.
- Auch die anale Schließmuskelverletzungen kann, wenn auch mit eingeschränktem Erfolg, durch eine schichtgerechte „Sphinkterrekonstruktion" chirurgisch saniert werden.
- Der laterale Defekt wird durch eine „vaginale paravaginale Vaginopexie" unter Darstellung des Arcus tendineus fascia pelvis und des lateralen Fasziendefekts korrigiert.
- Bei einem zentralen Defekt vorne oder hinten wird die „endopelvine Faszie" respektive „Fascia pelvina visceralis anterior oder posterior" bzw. das „Septum rectovaginale" oder „Septum vesicovaginale" präparatorisch dargestellt und „site to site" korrigiert. Eine Anmerkung zum Mirakel der „endopelvinen Faszie": Die aufgeführten Begriffe sind alle synonym, eine Faszie existiert hier anatomisch dennoch nicht. Tatsächlich handelt es sich um Spalthaut der vaginalen Dermis. Unabhängig davon muss diese Schicht präpariert werden, um effizient zu operieren.



„Posteriore vaginale suprazervikale Hysterektomie": Oben ist die Ektozervix, unten der Isthmus uteri mit dem Blau markierten Zervikalkanal zu sehen.

- Führt ein apikaler Defekt zum Deszensus des Uterus oder des Scheidengrundes, so kann durch eine „Fixatio sacrotuberale" höchst achsengerecht und spannungsfrei korrigiert werden (Fixierung mit 7 cm „Luftikus" am craniomedialen Kreuzungspunkt von Lig. sacrouterinum – Lig. sacrospinale – Lig. sacrotuberale) mit anschließendem Verschluss des iatrogenen, präparationsbedingt dextrolateral-pararektalen Defekts des Septum rectovaginale cranial des Rektumpfeilers (A. rectalis inferior).
- Alternativ kann bei der „vaginal assistierten laparoskopischen Sacropexie" von vaginal ein Band retroperitoneal zwischen Rektum und Urether bis zum Promotorium vorgeschoben werden und dann in einem kurzen laparoskopischen Eingriff dort am Lig. longitudinale angenäht oder mit PDS-Ankern befestigt werden. Der große Vorteil: Die Nähte können vice versa extrem weit distal im Stroma der Portiohinterwand bzw. (nach Hysterektomie) an der kranialen Scheidenvorderwand erfolgen (siehe unten)!
- Fixierungspunkt distal sollte, wenn immer möglich, die Portio sein. Sie ist ein Garant für die Achsengerechtigkeit des Operationsergebnisses und stellt ein brauchbares fibromyogenes Konstrukt dar, das als Fixierungsstruktur für Fäden und Bänder höchst haltbar ist. Besteht eine Indikation zur suprazervikalen Hysterektomie, so bieten sich vaginal zwei Zugänge an: Die „Anteriore vaginale suprazervikale Hysterektomie" (Martius 1949) oder die in der Tagesklink Altonaer Straße entwickelte „Posteriore vaginale suprazervikale Hysterektomie" (Jürgens 2007; siehe Abbildung). Die Methode ist nur bei Deszensus uteri möglich, sie eignet sich auch für den größeren Uterus myomatosus. Ein Morcellement ist, im Gegensatz zur LASH, nicht erforderlich!

Viele Vorteile, gutes Sicherheitsprofil

Durch den vaginalen Zugang, und nur durch den vaginalen Zugang, ist eine umfassende chirurgische Lösung der typischen komplexen pathoanatomischen Beckenboden-Störungen der Frau möglich. Als „Einhöhleneingriff" erlaubt er zudem eine enorme Reduzierung des Risikos von Darm-, Blasen- und Harnleiterverletzungen sowie von Adhäsionen. Eine solide Facharztaus- und -weiterbildung in der gynäkologischen Chirurgie muss mit der vaginalen Chirurgie als Basis beginnen und wird fortgesetzt in der abdominalen bzw. laparoskopischen Chirurgie.

Beide Zugänge sind die „Plicht" in der Frauenheilkunde. Die wahre Meisterschaft, die „Kür", bildet die freie Kombination von vaginalem und laparoskopischem Zugang. Meine Empfehlung wäre, primär einen vaginalen Zugang zu wählen und die Laparoskopie im Sinne einer „modularen Chirurgie", wenn erforderlich, sekundär hinzuzunehmen.

Ein „no no" sollten die „Levatorplastik", die „häutige Übernähung" des Introitus, die „Fixatio sacrospinalis nach Amreich-Richter" und alle Formen der „großflächigen Netzchirurgie" sein. Eine Kolpektomie stufe ich als verstümmelnden Eingriff ein.

Wissenschaftliche Sitzung
Laparoskopie vs. vaginale Operationstechniken in der Beckenboden-Chirurgie
Donnerstag, 20.10.16, 14 Uhr
Raum C1.2.1

Literatur

Jürgens, Sven: Der weibliche Beckenboden – Inkontinenz, Deszensus, Sexualität; UNI-MED 2007.

Autor

PD Dr. med. Sven Jürgens
Beckenbodenklinik
Tagesklinik Altonaer Straße, Hamburg
juergens@tka-hh.de

Mammachirurgie

Komplikationen bei der Reduktionsplastik vermeiden

Eine operative Brustverkleinerung ist mit einem Gesamt-Risiko für Komplikationen von etwa 20 % behaftet. Zur Vermeidung von Komplikationen kann der Operateur durch eine sorgfältige OP-Planung und die Beachtung verschiedener Maßnahmen entscheidend beitragen.

Schaut man in die neueste Auswertung einer Patientenbefragung der Deutschen Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie (DGÄPC) von 2015, an der bundesweit über 1.000 Patientinnen teilnahmen, so steht die Brustverkleinerung mit gerade mal 3,9 % auf Platz 10 der beliebtesten kosmetischen Eingriffe (Unangefochtene Nummer 1 ist die Brustvergrößerung mit 17,8 %, www.dgaepc.de/wp-content/uploads/2015/09/DGAEPC-Magazin_2015.pdf). Das Durchschnittsalter der Frauen, die sich für eine Reduktionsplastik entschieden, lag 2015 bei ca. 40,3 Jahren. Anwendung findet die Reduktionsplastik jedoch nicht nur in der ästhetischen, sondern auch in der Tumor- und Rekonstruktionschirurgie.

Mit einer Reduktionsplastik soll eine hypertrophe Brust (Makromastie) nicht nur in ihrem Volumen reduziert, sondern in eine ästhetisch proportionierte Form – idealerweise mit guter Symmetrie beider Mammae – gebracht werden. Dabei müssen der vertikale Hautüberschuss und die Brustbasis reduziert, die Position der Mamille angepasst und die Relation zwischen Brustbasis und Projektion hergestellt werden. Nach Möglichkeit wünschen sich Patientin und Operateur einen vollen Brustansatz, kurze Narben und ein stabiles Langzeitergebnis ohne erneute Ptosis.

In der Literatur findet man eine unübersichtliche Fülle an publizierten Reduktionstechniken mit vielfältigen Modifikationen, und gerade junge Kolleginnen und Kollegen fragen sich: Wann nehme ich denn welche Technik?

Maßnahmen zur Komplikations-Vermeidung

Zur Vermeidung von Komplikationen ist Folgendes zu beachten:

- Für eine erfolgreiche Operation ist die präoperative Anzeichnung in Kenntnis der „Idealmaße“ der Brust und deren individuelle Anpassung an die vorliegenden Verhältnisse maßgebend. Die am häufigsten angewandten Techniken für eine Mamillenstielung sind die inferiore oder zentro-inferiore Stielung, da sie eine gute Durchblutung des Nipple-Areola-Komplexes sichern. Die genaue anatomische Kenntnis der Blutversorgung der Mamma ist unerlässlich.
- Eine perioperative Antibiotikaprophylaxe reduziert das Risiko für Infektionen. In der Literatur liegt es bei 0,3–4,1 %.
- Zur Vermeidung von Hämatomen und Nachblutungen sollte eine sorgfältige elektrochirurgische Blutstillung durchgeführt werden.
- Ein umsichtiger Umgang vor allem mit den Schnitträndern und ein spannungsfreier mehrschichtiger Wundverschluss tragen zur Reduktion von Komplikationen im Nahtbereich bei. Dennoch stellen Nahtdehiszenzen und Wundheilungsstörungen im Bereich der Dreiecksnähte beim umgekehrten T-Schnitt (dort wo die vertikale Naht auf die Mamille und die horizontale Naht treffen) die häufigsten Komplikationen dar. In der Regel verheilen diese jedoch sekundär ohne weitere chirurgische Intervention. Partielle Mamillennekrosen treten in bis zu 2 % und ein vollständiger Verlust der Brustwarzen in ca. 0,5 % aller Fälle auf.

Risikofaktoren erheben und dokumentieren

Zur Planung einer Reduktionsplastik ist eine sorgfältige Risikoanamnese notwendig. Ein Hauptrisikofaktor ist die Adipositas, die das Auftreten von Komplikationen etwa verzehnfacht. Faktoren, die die Mikrozirkulation beeinflussen, wie Nikotin oder ein Diabetes mellitus, sind zu berücksichtigen. Das gleiche gilt für Störungen im Gerinnungssystem oder eine Antikoagulation. Patientinnen nach einer Brustbestrahlung, die sich zur Reduktionsplastik vorstellen, sind für jeden Operateur eine Herausforderung. Bei ihnen ist das Gesamtrisiko von Komplikationen verdoppelt von etwa 20 % auf 30–50 %.

Um sich vor juristischen Konsequenzen zu schützen, sollten Aufklärungen für eine Reduktionsplastik > 24 h vor dem operativen Eingriff erfolgen. Die Inhalte des Gesprächs sowie ein Foto vor und nach der Operation sollten sorgfältig dokumentiert werden.

Wissenschaftliche Sitzung
Plastisch-Ästhetische Brustchirurgie
Donnerstag, 20.10.16, 10 Uhr
Raum Zürich 1

Autor

Prof. Dr. med. Christine Solbach
Senologie und Brustzentrum
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Universitätsklinikum Frankfurt
christine.solbach@kgu.de

Pränatal- und Geburtsmedizin

Peripartale psychische Störungen schon in der Klinik erkennen und behandeln

Ängste über das normale Maß hinaus, Zwänge, Depressionen, Traumatisierungen – Ärzte und Hebammen sollten bereits erste Anzeichen einer psychischen Störung rund um die Geburt ernst nehmen und abklären. Optimalerweise kann einer therapiebedürftigen Pathologie, die auch die psychische Gesundheit des Kindes beeinträchtigen kann, dadurch vorgebeugt werden – oder die Betroffenen erfahren zumindest frühzeitig Hilfe.

In Zeiten von Selbstoptimierung, Rollenvielfalt und Kontrollzwängen nehmen Ambivalenzen rund um die Elternschaft zu. Entsprechend mehren sich peripartale psychischen Störungen, welche insbesondere Angst, Depression und Traumatisierung beinhalten.

Gynäkologen rechnen nicht mit psychischen Störungen

In der angloamerikanischen Literatur findet man hierzu hohe Prävalenzdaten. Inwieweit diese wirklich therapiebedürftige Pathologien definieren, ist umstritten. Andererseits hat eine Studie der psychologischen Fakultät der Universität Hamburg ergeben, dass insbesondere Gynäkologen dazu neigen, die Häufigkeit dieser Störungen zu unterschätzen. Unabhängig davon lassen sowohl neurobiologische, bindungspsychologische wie auch epigenetische Forschungsergebnisse vermuten, dass peripartale psychische Störungen eine erhebliche Auswirkung auch auf die psychische Gesundheit der Neugeborenen haben.

Daher ist es sowohl im ambulanten, vor allem aber auch im klinischen Bereich essenziell, diagnostische und therapeutische Sensibilität zu entwickeln und damit auch primäre Prävention zu betreiben.

Die Sensibilisierung beginnt schon bei der Gestaltung eines Informationsabends der Klinik für werdende Eltern. Auch bei der Geburtsanmeldung – im Rahmen einer niederschwellig organisierten Hebammensprechstunde – lassen sich psychische Vorbelastungen erkennen. Aktuelle Störungen können sogar in der Schwangerschaft noch therapiert werden. Am besten leistet die Geburtsklinik eine integrierte Psychosomatik: Im Rahmen von

Wissenschaftliche Sitzung
Peripartale psychische Störungen
Donnerstag, 20.10.16, 14 Uhr
Raum Zürich 2

Kurzzeittherapie können dabei nicht nur Geburtsängste und Traumatisierungen, sondern auch leichte Depressionen, vor allem aber auch alle Formen von Ambivalenzkonflikten behandelt werden.

Geburt und Wochenbett sorgfältig planen

Insbesondere die Geburtsplanung sollte dann auch unter psychosomatischen Gesichtspunkten erfolgen. Dabei sind Angst und Trauma Grund zur Therapie und keineswegs zwangsläufig für einen Kaiserschnitt!

Im Wochenbett gilt es dann, Bindung zu fördern, Erschöpfung zu vermeiden und gerade bei oft zu hohen Selbsterwartungen den Druck herauszunehmen und zu entlasten. Eine postpartale Depression lässt sich am besten durch eine generelle Anwendung des EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) vorhersagen. Entsprechende Betreuung und Therapie sind dann einzuleiten.

Betroffenen weiterführende Hilfsangebote vermitteln

An dieser Stelle muss auch die Bedeutung von Selbsthilfegruppen (z. B. *Schatten & Licht*) sowie von „Frühen Hilfen" (in Hamburg z. B. das Babylotsen-System) erwähnt werden. Zur Vermeidung von Spätschäden ist es hilfreich, grundsätzlich für alle Beteiligten Nachbesprechungen der Geburt anzubieten. Dies dient der Prophylaxe, hat aber auch oft schon in einem einstündigen Setting einen nachweisbaren Therapieeffekt.

Mit solchen „radikalen" (an die Wurzel gehenden) integrierten psychosomatischen Konzepten könnten alle psychischen Störungen frühzeitig erkannt, behandelt, mitunter sogar vermieden werden. Dies fördert insbesondere die Eltern-Kind-Interaktion, verhindert oft psychische Spätschäden

Patientenselbsthilfe bei perinatalen psychischen Störungen

Selbsthilfe-Organisation unterstützt Betroffene und vernetzt Fachleute

Eine aus dem Mangel an adäquaten Hilfsangeboten hervorgegangene Initiative versorgt betroffene Mütter und auch Fachleute mit Informationen rund um peripartale psychische Störungen.* Schatten & Licht – Krise rund um die Geburt e. V. *berät präventiv, hilft beim Überwinden der Isolation und vermittelt Kontakt zu Therapiemöglichkeiten.

Schatten & Licht wurde 1996 als bundesweiter, gemeinnütziger Verein von betroffenen Frauen als Selbsthilfe-Organisation zum Problemfeld der postpartalen Depression und Psychose gegründet und versteht sich mittlerweile als eine Initiative zu allen peripartalen psychischen Erkrankungen. Er ist dem weltweiten Selbsthilfe-Netzwerk zu dieser Thematik *Postpartum Support International* mit Sitz in Santa Barbara/USA und der *Marcé-Gesellschaft für peripartale psychische Erkrankungen bei Frauen* angeschlossen. Unter den Mitgliedern finden sich neben ehemals betroffenen Frauen viele Fachleute, von denen einige auch den wissenschaftlichen Beirat stellen.

Da das Problemfeld der peripartalen psychischen Erkrankungen in Deutschland stark vernachlässigt wird, finden betroffene Mütter und ihre Familien oft keine oder nur unzureichende Hilfe. Dies zu ändern, ist das Ziel des Vereins. Dazu werden Broschüren, Plakate und Flyer verteilt, auf denen die betroffenen Frauen erste Erläuterungen zum Krankheitsbild, Angebote zu Informationsmaterial und Kontaktadressen zur Geschäftsstelle, zu telefonischer Beratung oder zur Website finden können. Eine Möglichkeit für Ärzte, Betroffenen zu helfen, ist, auf das Angebot von *Schatten & Licht* hinzuweisen – zum Beispiel durch ein Plakat im Wartezimmer oder die Auslage von Flyern.

Umfassendes Netzwerk von Ansprechpartnern

Des Weiteren wird ein Netz von Selbsthilfegruppen angeboten, in denen Erfahrungen und Informationen ausgetauscht werden. Das Gespräch mit anderen betroffenen Müttern, die aufgrund ihrer eigenen Erfahrung entsprechend glaubwürdig und hilfreich sind, ist sehr entlastend. Auch können in diesem Rahmen Zwangs- und Suizidgedanken leichter geäußert und Ängste vor Ärzten und Medikamenten abgebaut werden.

Außerdem wird eine fast flächendeckende Kontaktliste mit ehemals betroffenen Frauen geführt, die bereit sind, sich mit erkrankten Müttern auszutauschen, um diesen mit ihren eigenen Erfahrungen beizustehen. Eine Angehörigen-Liste, in die sich Partner, Geschwister und Eltern von Betroffenen haben aufnehmen lassen, gibt Angehörigen geeignete Gesprächspartner an die Hand. Das Informationsblatt mit Tipps für Angehörige zum Umgang mit den erkrankten Müttern hilft, die familiäre Situation zu erleichtern.

Um gute professionelle Anlaufstellen zu vermitteln, führt der Verein eine Liste, in der über 550 Fachleute verschiedenster Berufsgruppen aufgeführt sind, die sich mit der Problematik der peripartalen Erkrankungen näher auseinandergesetzt haben.

Darüber hinaus stellt der Verein ausführliche Informationen zur räumlichen, personellen und therapeutischen Ausstattung der Mutter-Kind-Einheiten an den psychiatrischen Kliniken in Deutschland zusammen, an denen die postpartal erkrankten Frauen mit ihren Kindern aufgenommen werden können. Eine Literaturliste umfasst Bücher zu peripartalen Erkrankungen, zur Psychiatrie und Psychologie, zu Medikamenten, zu Therapieformen und sonstige hilfreiche Literatur.

Betroffene finden hier Hilfe – Flyer und Plakate für das Wartezimmer sind erhältlich unter info@schatten-und-licht.de.

Wissenschaftliche Sitzung
Peripartale psychische Störungen
Donnerstag, 20.10.16, 14 Uhr
Raum Zürich 2

Information, präventive Beratung und Vorträge

Außerdem kann der Verein auch immer häufiger und mit großem Erfolg präventiv beraten, wozu auch Informationsmaterial zu vorbeugenden Therapieformen herausgegeben wird.

Die dreisprachige Website www.schatten-und-licht.de vermittelt zahlreiche Informationen zu Krankheitsbildern, Ursachen, Hilfsangeboten, Medikamenten, Therapieformen, Prophylaxe, Selbsthilfegruppen- und Fachleutelisten. Erfahrungsberichte sowie Forum und Chat runden das Angebot ab. Für viele Betroffene ist dieser anonyme Erfahrungsaustausch ein wichtiger Einstieg, sich

bei den Kindern, unterbindet Einschränkungen bei der Familienplanung und erhöht insgesamt die Zufriedenheit und Akzeptanz der Elternschaft.

Solche zeit- und ressourcenaufwändigen Konzepte finden derzeit im Gesundheitswesen keinerlei Re-Finanzierung. Vor dem Hintergrund der doch enormen Auswirkungen für die Solidargemeinschaft muss man sich politisch Gedanken machen, auch die Geburtskliniken noch finanziell besser auszustatten, damit sie die dringend gebotene integrierte Psychosomatik auch auf hohem fachlichen Niveau umsetzen und anbieten können.

Autor

Dr. med. Wolf Lütje

Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus
Hamburg
W.Luetje@amalie.de

die Erkrankung einzugestehen und sich Hilfe zu holen. Für Fachleute wird ein geschlossenes Forum zum Informationsaustausch angeboten.

Der Verein bietet Vorträge und Fortbildungen sowohl für die breite Öffentlichkeit als auch für Experten der verschiedensten Fachrichtungen an und verwebt die vielfältigen Hilfsangebote für die betroffenen Mütter zu einem hoffentlich immer enger werdenden und die Mütter immer besser tragenden Netz, auf dass sie aus ihrer Isolation heraus- und den zahlreichen Hilfsmöglichkeiten und damit der Heilung zugeführt werden können.

Wir freuen uns, wenn Sie Patientinnen auf unser Angebot aufmerksam machen. Flyer und Plakate für das Wartezimmer sind erhältlich unter info@schatten-und-licht.de.

Autorin

Sabine Surholt, M.A.

1. Vorsitzende
Schatten & Licht e. V.
Krise rund um die Geburt
Welden
sabine.surholt@t-online.de

Rolle der Hebammen bei der Prävention und Diagnose peripartaler Störungen

Angst, Trauma, Depression: Rechtzeitiges Erkennen und traumasensible Geburtshilfe

Die geburtshilfliche Betreuung von Frauen mit traumatischen Vorerfahrungen ist eine besondere Herausforderung. Um eine Retraumatisierung zu verhindern und betroffenen Gebärenden optimal zu begegnen, ist zunächst das Erkennen möglicher Hinweise auf traumatische Erfahrungen wichtig. Nach der Geburt gilt es, die Bindung zu fördern.

Wissenschaftliche Sitzung
Peripartale psychische Störungen
Donnerstag, 20.10.16, 14 Uhr, Raum Zürich 2

Hinweise auf traumatische Vorerfahrungen können in der Schwangerschaft vermehrte Anspannung und Schmerzen bei vaginaler Untersuchung und vaginalem Ultraschall sein, Alpträume und erhebliche Ängste vor der Geburt sowie ein ausgeprägter Wunsch nach PDA oder primärer Sectio.

Begleiten vor der Geburt

In der Vorsorge ist eine sorgfältige Anamnese wichtig, denn bei Zustand nach Trauma sollten individuelle Strategien für die weitere Begleitung miteinander erarbeitet werden z. B. Hebammenvorsorge, individuelle Geburtsvorbereitung, Beleghebamme, Hinzuziehen einer Doula u. a.. In der Geburtsvorbereitung kommt es darauf an, die Ressourcen und Eigenkompetenzen der Schwangeren zu stärken, z. B. durch Körperarbeit oder Yoga.

Traumasensible Geburtshilfe

Vom geburtshilflichen Team erfordert das Erkennen traumatisierter Gebärender Sensibilität, da sich in der Anamnese häufig kein Hinweis findet. Mögliche Anzeichen für Traumatisierung sind Angst, ein dezidierter Gebärplan, ausgeprägtes Misstrauen oder kompletter Rückzug, Nicht-Erreichbarkeit, wenig Körperempfinden oder verstärkte Scham und Verspannung bei vaginaler Untersuchung, geringe Schmerztoleranz, erheblicher Kontrollverlust, Sprachlosigkeit oder Panik, eine erhöhte Komplikations- und Notsectio-Rate.

Ein paar Grundregeln helfen betroffenen Frauen ungemein: Der Patientin Sicherheit geben, sich Vorstellen mit Namen und Zuständigkeit, Erklären aller Untersuchungen und Abläufe, klarer Kontakt, Grenzen beachten, Privatsphäre und Würde achten in mitfühlender Präsenz.

Extrem wichtig ist für Frauen mit traumatischen Vorerfahrungen Klarheit im Umgang mit Nähe und Distanz, was bedeutet, besonders vor körperlichen Berührungen das Einverständnis abzuwarten und ein „Nein" und besondere Bedürfnisse zu respektieren.

Jeder Frau gebührt Respekt für ihre Bewältigungsmethoden und Verständnis für ihre Ängste. Jede braucht das Signal, dass Hebamme und Arzt/Ärztin ganz auf ihrer Seite sind und sie ihren Bedürfnissen möglichst entgegenkommen. Weiter ist es hilfreich, die Eigenkompetenz der Frau unter der Geburt zu stärken, eine aufrechte Gebärhaltung zu fördern, Handlungsfreiheit zu erhalten und positive Rückmeldungen zu geben.

Posttraumatische Belastungsreaktion?

Falls das Miteinander während der Geburt so nicht gelang, ist es erleichternd für die Frau, bei einem Nachgespräch ein: „Es tut mir leid!" zu hören. Nach einem schweren Geburtserlebnis ist die erste Reaktion oft: „Nie wieder!". Es ist wichtig, auf Anzeigen einer posttraumatischen Belastungsreaktion zu achten. Mögliche Hinweise sind: Hürden beim Bonding, Stillprobleme, ein belastetes Gemüt, Überforderung, Hyperarousal, Ängste, emotionale Leere und das Gefühl, „nur zu funktionieren", Schlaflosigkeit, Alpträume. Diese Symptome erscheinen eventuell auch beim Neugeborenen als Schreckhaftigkeit, untröstliches Weinen sowie Ein- und Durchschlafprobleme und verstärken die Not der belasteten Mutter.

Hilfe für Mutter und Kind

Die Bindung für das Neugeborene und seine Mutter wird durch das Babyheilbad (nach B. Meissner) und durch die Schmetterlings-Babymassage (nach E. Reich) gefördert. Ruhe für das übererregte Nervensystem (Hyperarousal) bringen: Schlafförderung für Mutter und Kind, Tipps für sicheres Handling, Pucken und ein Beruhigungsritual für ein häufig schreiendes Kind (nach M. Fries).

Für die Wöchnerin gilt es, die Kontrolle zurückzugewinnen: Dabei können ein Wochenplan, die Organisation von Hilfe für Zeiten ohne Kind und Zeiten zum Schlafen und das Vermeiden von „Stillzwang" sinnvoll sein.

Das Erzählen und Aufschreiben des Geburtsverlaufs helfen beim Verarbeiten des Erlebten. Eine Kopie des Geburtsberichts kann beim Geburtsort angefordert werden. Beim gemeinsamen Durchsprechen mit viel Raum für alle Fragen können nachträglich Abläufe verständlich werden und Sinn machen. Trauer und Wut können ausgedrückt und losgelassen werden und das „Entschulden" beginnt. Kreative Methoden können zur Integration des Erlebten in die Lebensgeschichte eingesetzt werden. Körperarbeit hilft, Kontraktionen zu lösen und die Körperwahrnehmung zurückzuerlangen. Sie kann auch dabei unterstützen, den Rhythmus von Aktivität und Entspannen wieder zu finden, die eigenen Grenzen zu spüren und Ausdehnung im Sinne von Entfaltung, „sich seinen Raum nehmen", zu fördern.

Traumasensibel begleiten durch Schwangerschaft, Geburt und Postpartalzeit

	während der Geburt	nach der Geburt	in der Schwangerschaft
„Erkennen" mögliche Hinweise auf traumatische Erfahrungen	*Anamnese häufig ohne Hinweis!* Angst, dezidierter Gebärplan, viel Misstrauen oder kompletter Rückzug, Nicht-Erreichbarkeit, wenig Körperempfinden oder mehr Scham und Verspannung bei VU, geringe Schmerztoleranz, erheblicher Kontrollverlust, Panik oder Sprachlosigkeit, erhöhte Komplikations- und Notsectio-Rate	„Nie wieder!" Hürde beim Bonding, Stillprobleme, belastetes Gemüt, Überforderung, Hyperarousal, Ängste, emotionale Leere und „nur Funktionieren", Schlaflosigkeit, Alpträume schreckhaftes, untröstlich weinendes, schlecht in den Schlaf findendes Baby	Anspannung/Schmerzen bei VU und vag. US, Alpträume und erhebliche Ängste vor der Geburt, Wunsch nach PDA oder primärer Sectio
„Verhindern" traumasensibel begleiten	**Sicherheit geben** Vorstellen mit Namen und Zuständigkeit, Erklären aller Untersuchungen und Abläufe, klarer Kontakt **Grenzen beachten** Privacy und Würde achten in mitfühlender Präsenz, klar im Umgang mit Nähe und Distanz, besonders bei körperlichen Berührungen Einverständnis abwarten, „Nein" und besondere Bedürfnisse respektieren, Respekt ausdrücken, ganz auf der Seite der Frau sein, Verständnis für Ängste aufbringen, Bedürfnissen möglichst entgegen kommen **Eigenkompetenz stärken** Aufrechte Haltung fördern, Handlungsfreiheit erhalten, positive Rückmeldungen **Entschuldigen**, wenn das Miteinander nicht gut gelang		**In der Vorsorge und Geburtsvorbereitung** *sorgfältige Anamnese!* Bei Zustand nach Trauma: Herausarbeiten von Ressourcen und individuellen Strategien, z. B. Hebammenvorsorge, indiv. Geburtsvorbereitung, Beleghebamme, Doula. Eigenkompetenz stärken: Körperarbeit, Yoga
„Behandeln" Heilungsweg achtsam unterstützen		**Für das Neugeborene** Babyheilbad (B. Meissner), sicheres Handling, pucken, Schmetterlings-Babymassage (E. Reich), Schlaf fördern für Mutter und Kind, Beruhigungsritual (M. Fries) **Für die Wöchnerin** Kontrolle zurückgewinnen: Wochenplan, Zeiten ohne Kind, Hilfen und Schlaf organisieren, kein „Stillzwang". Geburtsverlauf erzählen und aufschreiben lassen. Geburtsbericht vom Geburtsort anfordern und gemeinsam durchsprechen, Abläufe verständlich machen. Raum für Fragen, Trauer und Wut geben. Ent-schulden. Kreative Methoden (Malen, Töpfern, Märchen-Schreiben) zur Integration des Erlebten in die Lebensgeschichte. Körperarbeit: Kontraktionen lösen, Körperwahrnehmung zurückerlangen, Rhythmus finden von Aktivität und Entspannen, Grenzen spüren und Ausdehnung fördern.	

Autorin

Viresha J. Bloemeke

Hebamme, Körper- und Traumatherapeutin (HP), Hamburg
viresha.bloemeke@viva-wandelzeiten.de

Visanne® (2 mg Dienogest)

- Gezielt entwickelt und zugelassen zur Endometriosetherapie
- Reduziert Läsionen signifikant[1]
- So wirksam wie GnRH-Analoga*, dabei besser verträglich[2]
- 1 x tgl. 1 Tablette

Visanne®
Raus aus der SchmerzHaft.

*Bezogen auf die Schmerzreduktion
1 Köhler G. et al. Int J Gynecol Obstet 2010; 108: 21–25. 2 Strowitzki T. et al. Hum Reprod 2010; 25(3): 633–641.

Visanne® 2 mg Tabletten Zusammensetzung: Wirkstoff: 1 weiße bis cremefarbene Tbl. enth. 2 mg Dienogest. Sonst. Bestandteile: Lactose-Monohydrat, Mikrokristalline Cellulose, Kartoffelstärke, Povidon K 25, Magnesiumstearat, Talkum, Crospovidon. **Anwendungsgebiete:** Behandlung der Endometriose. **Gegenanzeigen:** Best. venöse thromboembolische Erkrankungen, vorausgeg. / best. arterielle und kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes mellitus m. Gefäßbeteiligung, best. / vorausgeg. schw. Lebererkrankung, solange Leberfunktionswerte nicht normal, best./vorausgeg. Lebertumoren, bekannte/vermutete sexualhormonabh. maligne Tumoren, diag. nicht abgeklärte vag. Blutungen, Überempfindlichkeit gg. Wirkstoff od. sonst. Bestandteile. **Warnhinweise:** Bei Anwendung von Visanne od. Gestagen-Monopräparaten: schwerw. uterine Blutungen, Veränd. d. Blutungsmusters, venöse / arterielle Thromboembolien, Diagnosehäufigkeit von Brustkrebs geringfügig erhöht, Lebertumoren, Estradiolspiegel moderat erniedrigt, Verringerung d. Knochendichte mögl. (insbesondere bei Adoleszentinnen und Frauen mit erhöhtem Osteoporoserisiko), persist. Ovarialzysten. Besondere Überwachung / besondere Maßnahmen: Depression, Hypertonie, Diabetes, Chloasma, rez. cholestat. Ikterus / Pruritus, Extrauteringrav. i. d. Anamnese. Enthält 62,8 mg Lactose pro Tbl. Pat. m. hereditärer Galactose-Intoleranz, Lactase-Mangel od. Glucose-Galactose-Malabsorption, die auf einer lactosefreien Diät sind, sollten diese Menge beachten. **Nebenwirkungen:** Häufig: Gewichtszunahme, depressive Stimmung, Schlafstörungen, Nervosität, Libidoverlust, Stimmungswandel, Kopfschmerzen, Migräne, Übelkeit, abdominelle Schmerzen, Flatulenz, geblähtes Abdomen, Erbrechen, Akne, Alopezie, Rückenschmerzen, Brustbeschwerden, Ovarialzysten, Hitzewallungen, Uterine / vag. Blutungen inkl. Schmierblutungen, asthenischer Zustand, Reizbarkeit. Geleg.: Anämie, Gewichtsabnahme, Zunahme d. Appetits, Angst, Depression, Stimmungsschwankungen, Ungleichgewicht d. autonomen Nervensystems, Aufmerksamkeitsstörung, Augentrockenheit, Tinnitus, unspez. Kreislaufstörungen, Palpitationen, Hypotonie, Dyspnoe, Diarrhoe, Obstipation, Bauchbeschwerden, gastrointestinale Entzündung, Gingivitis, trockene Haut, Hyperhidrose, Pruritus, Hirsutismus, Onychoklasie, Schuppen, Dermatitis, abn. Haarwachstum, photosen. Pigmentierungsstörung, Knochenschmerzen, Muskelkrämpfe, Schmerzen / Schweregefühl i. d. Extremitäten, Harnwegsinfektion, vag. Candidose, vulvovag. Trockenheit, genitaler Ausfluss, Beckenschmerzen, atroph. Vulvovaginitis, Gewebeveränd. i. d. Brust, fibrozyst. Brusterkrankung, Brustverhärtung, Ödeme. Verringerung d. Knochendichte bei Adoleszentinnen. Verschreibungspflichtig. Stand: FI / 7, 09 / 2015 Jenapharm GmbH & Co. KG, Otto-Schott-Str. 15, D-07745 Jena

Jenapharm

L.JPH.COM.WH.11.2015.0360