DGGG 2024 Kongress Journal

1

Mittwoch
16.10.2024

Offizielle Kongresszeitung zum DGGG 2024

Prof. Dr.
Barbara Schmalfeldt
Präsidentin der DGGG e.V.

Prof. Dr.
Jens-Uwe Blohmer
Kongresspräsident

Dr.
Katrin Schaudig
Kongresspräsidentin

PD Dr.
Dietmar Schlembach
Kongresspräsident

Sehr geehrte, liebe Kolleginnen und Kollegen,

auf dem 65. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) heißen wir Sie in diesem Jahr in Berlin herzlich willkommen. Der alle zwei Jahre stattfindende Fortbildungsgipfel der DGGG ist eindrucksvolles Zeugnis der Verantwortung, die unsere Fachgesellschaft für die Frauengesundheit wahrnimmt.

Unsere Aufgabe als Frauenärztinnen und Frauenärzte ist es, kontinuierlich am Wissensfortschritt teilzuhaben, um unsere Fachkompetenz stetig zu verbessern und damit unsere Arbeit mit Blick auf die Patientinnen in hoher Qualität ausführen zu können. Es bleibt enorm wichtig, dass wir uns angesichts der aktuellen Strukturveränderungen im Gesundheitswesen als starke Gemeinschaft wissenschaftlich fundiert Gehör verschaffen. Mit ihren mehr als 10.000 Mitgliedern ist die DGGG dafür auch im Rahmen ihres Kongresses ein maßgeblicher Impulsgeber.

Der Dank der Gesellschaft gilt Ihnen allen, die sich persönlich aktiv in die Kongressgestaltung eingebracht haben und einbringen.

Der 65. DGGG-Kongress ist eine hervorragende Plattform, um Ihr wissenschaftliches Engagement vorzustellen und zum Wissenszuwachs in unserem Fach beizutragen. Gerade auch die jungen Kolleginnen und Kollegen sind aufgerufen, 2024 in der Hauptstadt eigene Akzente zu setzen.
Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erwartet an vier Tagen ein reichhaltiges Kongress-Programm: hochkarätig besetzte wissenschaftliche Sitzungen, Spitzenreferate, Keynote Lectures, Seminare und Hands-on-Kurse.

Dabei wird die große Bandbreite unseres Fachs widergespiegelt: Gynäkologische Onkologie, Pränatal- und Geburtsmedizin, Urogynäkologie, Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Allgemeine Gynäkologie sowie übergreifende Themen. Diese Vielfalt, die auch von der Kongresspräsidentschaft abgebildet wird, macht unser Fachgebiet so faszinierend und bietet zahlreiche Optionen für Spezialisierung und Weiterbildung.

Während der vier Kongresstage im CityCube Berlin haben Sie Gelegenheit, sich mit Ihren Kolleginnen und Kollegen, mit Frauenärztinnen und Frauenärzten sowie an der Frauenheilkunde und Geburtshilfe Interessierten aus der gesamten Bundesrepublik sowie weiteren Ländern zu den aktuellsten Aspekten unseres Berufs auszutauschen.

Wir freuen uns auf Sie!

Ihre

Prof. Dr. Barbara Schmalfeldt
Präsidentin der DGGG e.V.

Prof. Dr. Jens-Uwe Blohmer
Kongresspräsident

Dr. Katrin Schaudig
Kongresspräsidentin

PD Dr. Dietmar Schlembach
Kongresspräsident

Grußwort des BVF

Dr. Klaus Doubek

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

„Frauengesundheit am Puls der Zeit“: immer über die neuesten Entwicklungen informiert zu sein, immer zu wissen, was gerade aktuell ist. Ein Kongressmotto, welches sich viel vorgenommen hat, uns als Frauenärztinnen und Frauenärzten viel abverlangt und gleichzeitig aufzeigt, dass die Medizin heute viel mehr als noch vor Jahrzehnten leisten kann.

Bereits zum 65. Mal lädt die DGGG zu ihrem Jahreskongress und stellt mit dem gewählten Motto die Dynamik der Medizin generell und unseres Fachgebiets im Speziellen in den Mittelpunkt. Im umfangreichen Programm werden Sie sehen, was im Fachgebiet der Gynäkologie und Geburtshilfe heute bereits möglich ist.

Auf der anderen Seite des technischen Fortschritts stehen wir als Ärztinnen und Ärzte. Zum einen durch unsere kontinuierliche Fortbildung, durch die wir bei der medizinischen Entwicklung am Puls der Zeit bleiben, zum anderen durch die Gespräche mit unseren Patientinnen, die den Puls der Lebensrealität jeden Tag in unseren Klinik- und Praxisalltag bringen.

Dieser Dreiklang aus Fortschritt, Fortbildung und Austausch ist unser Erfolgsrezept. Mit den richtigen Rahmenbedingungen, die nur durch die Politik gestaltet werden können, könnten wir noch erfolgreicher sein.

Ich wünsche Ihnen eine gute Zeit auf dem 65. DGGG-Kongress in Berlin.

Ihr

Dr. Klaus Doubek
Präsident des BVF e.V.

Inhalt

Grußwort der Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. und der KongresspräsidentInnen
B. Schmalfeldt, J.-U. Blohmer, K. Schaudig, D. Schlembach ... 1

Grußwort des Präsidenten des Berufsverbands der Frauenärzte e.V.
K. Doubek 1

Polypharmazie – Einfluss auf die Behandlung der überaktiven Blase
C. Mörgeli 2

Kryokonservierung und Transferzyklus – Ein Paradigmenwechsel in der Reproduktionsmedizin
F. von Versen-Höynck 3

Was kann die Geburtsmedizin der Hebammenwissenschaft bieten?
S. Striebich 4

Die neue FIGO-Klassifikation des Zervixkarzinoms (Update 2018) – Implikationen für die Praxis
M. W. Beckmann 6

PASE: die Pan-Afrikanische Gesellschaft für Endometriose
H. Krentel 6

Rekordzahl hochwertiger Abstracts für den 65. DGGG-Kongress
B. Schmalfeldt, J.-U. Blohmer, K. Schaudig, D. Schlembach 7

Impressum 2

Urogynäkologie

Polypharmazie – Einfluss auf die Behandlung der überaktiven Blase

Wissenschaftliche Sitzung
Pharmakologie und Laser in der Urogynäkologie
Mittwoch, 16.10.24, 17 – 18 Uhr, Raum M4/5

Die Problematik der gleichzeitigen und dauerhaften Einnahme mehrerer Wirkstoffe gegen verschiedene Krankheiten betrifft auch die medikamentöse Behandlung der OAB. Es gilt, das Risiko von Nebenwirkungen zu besprechen und abzuwägen.

Symptome einer überaktiven Blase (OAB) wie Pollakisurie, Nykturie, imperativer Harndrang bis hin zur Dranginkontinenz nehmen in höherem Alter immer mehr zu. Mit steigendem Lebensalter kommt es zu immer mehr körperlichen Einschränkungen, Multimorbidität und physiologischen Veränderungen (z. B. erhöhte Permeabilität der Blut-Hirn-Schranke), was die Therapieplanung einer OAB vor große Herausforderungen stellt.

Ursachenanalyse: Symptom oder Nebenwirkung?

Zunächst sollte auch an reversible Ursachen einer Harninkontinenz gedacht werden. Neben einer Infektion, einer atrophen Kolpitis/Urethritis, einer Obstipation und einer exzessiven Urinproduktion sollen Medikamente, die beispielsweise eine Dranginkontinenz fördern, überprüft werden. Hierzu zählen Cholinesterasehemmer, Cholinergika, Betablocker, Digitalis, Prostaglandin E1 und E2 sowie Diuretika wie Furosemid [1].

Unerwünschte Nebenwirkungen von Medikamenten werden mitunter als Symptome verkannt und medikamentös behandelt (z. B. die Behandlung einer Dranginkontinenz aufgrund von Cholinesterasehemmer-Einnahme mit einem Anticholinergikum), was eine Polypharmazie unterstützt [2]. Polypharmazie wird häufig als die gleichzeitige und andauernde Einnahme von fünf oder mehr Wirkstoffen definiert. Nach Literaturangaben sind 42 % der über 65-Jährigen betroffen [3]. Mit Interaktionen bei der Einnahme von sechs Präparaten ist in ca. 70 % der Fälle zu rechnen [4].

In der Behandlung der OAB kommen neben veränderten Lebensgewohnheiten (Reduktion/Verzicht auf den Konsum von Kaffee, Tee, Süßstoffen, Nikotin, Alkohol), Trinkmengen-Adjustierung in Menge bzw. Tageszeitverschiebung, Physiotherapie (Aushalten des Harndrangs, um anschließend geordnet die Toilette zu erreichen) sowie Elektrostimulation vor allem die lokale Östrogenisierung und die medikamentöse Therapie zum Einsatz.

Risiko Demenz

Die medikamentöse Therapie der OAB besteht aus der großen Gruppe der Anticholinergika (Muskarin-Rezeptor-Antagonisten) sowie dem β3-Adrenozeptor-Agonisten (Mirabegron/BetmigaTM). M1–2 sind zentrale Acetylcholinrezeptoren und wichtig für höhere kognitive Leistungen. Ihre Blockade kann eine kognitive Verschlechterung verursachen. Die Langzeiteinnahme von Anticholinergika kann das Risiko für eine kognitive Dysfunktion / Demenz erhöhen [5].

Verschiedene Medikamente tragen zu einer Anticholinergen-Last bei. Je höher diese ist, desto höher das Risiko für zentralnervöse Nebenwirkungen (sowie eine daraus resultierende erhöhte Sturzneigung) [6]. Hinsichtlich der Polypharmazie stehen zudem Tools wie die PRISCUS-Liste zur Verfügung. Hier sind für ältere Patienten potenziell inadäquate Medikamente (PIM) aufgelistet. Schaut man in diese Listen, finden sich dort alle für die OAB angewandten Medikamente.

Welche Medikamente bei überaktiver Blase?

Entsprechend der Leitlinie für „Harninkontinenz bei geriatrischen Patienten" gibt es einen klaren Konsens, Oxybutynin aufgrund der kognitiven Nebenwirkungen zu vermeiden. Fesoterodin und Trospiumchlorid (quartäres Amin, kann die Blut-Hirn-Schranke schlecht passieren) erhielten die besten Bewertungen im Hinblick auf die Anwendung bei älteren Patienten. Mirabegron trägt nicht zur Erhöhung der anticholinergen Last bei und scheint keinen Einfluss auf die Kognition zu haben. Aufgrund der kardialen Nebenwirkungen ist die Verordnung nur bei gut eingestelltem Hypertonus unter ambulanten Kontrollen in Erwägung zu ziehen.

Sind Elektrostimulation und medikamentöse Therapie nicht umsetzbar bzw. wirkungslos, dann sollte niederschwellig eine intravesikale Onabotulinumtoxin-Injektion angeboten werden [4]. Allerdings zeigen sich auch hierfür bei geriatrischen Patienten weniger günstige Behandlungsergebnisse sowie ein erhöhtes Risiko der Restharnbildung [7].

Der Einsatz einer medikamentösen Therapie bei zugrunde liegender Multimorbidität und Polypharmazie sollte sorgfältig abgewogen werden. Das Risiko einer möglichen kognitiven Beeinträchtigung sollte mit den Patienten und auch den Angehörigen besprochen werden.

Literatur bei der Autorin

Autorin

Dr. Claudia Mörgeli
Fachärztin an der Klinik für Urogynäkologie / Deutsches BeckenbodenZentrum (DBBZ) Berlin
Alexianer St. Hedwig-Krankenhaus
c.moergeli@alexianer.de

65. KONGRESS Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.
FRAUENGESUNDHEIT AM PULS DER ZEIT
ERÖFFNUNGS-VERANSTALTUNG
Mittwoch, den 16. Oktober 2024
15:00–16:45 Uhr · Raum A6

Impressum

Verlag/Produktion
Akademischer Verlag München GmbH
dm druckmedien
Lindberghstraße 17
80939 München
Tel. (089) 51 61 61-51, Fax (089) 51 61 61-99
avm@avm-dm.de
www.avm-dm.de
Geschäftsführung: Berthold Clewing

Redaktion
Simone Rath (verantwortlich)
Tel. (089) 51 61 61-51

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

Kontakt vor Ort während des Kongresses
Damian Binger
Tel. (0160) 678 01 01

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 mitunter maskuline Personenbezeichnungen wie „Arzt" oder „Gynäkologe" verwendet, womit gleichermaßen Personen jeden Geschlechts gemeint sein können.

Spitzenreferat Reproduktionsmedizin

Kryokonservierung und Transferzyklus – Ein Paradigmenwechsel in der Reproduktionsmedizin

Wissenschaftliche Sitzung
Spitzenreferate Reproduktionsmedizin
Mittwoch, 16.10.24, 17 – 18 Uhr, Raum A6

Auftauzyklen nehmen weltweit zu – die Optionen dafür werden durch die Einführung flexiblerer Behandlungsmöglichkeiten in ovulatorischen Zyklen erheblich erweitert. Die Erfolgsraten sind mit jenen bei Frischzyklen vergleichbar. Neben offensichtlichen Vorteilen gibt es klare Unterschiede bzgl. des Geburtsverlaufs zwischen Auftau- und Frischzyklen. Viele wichtige Fragen hinsichtlich der Risiken sowie des Nutzens sind noch nicht beantwortet und Gegenstand internationaler Studien.

Der weltweite Trend zur Zunahme von Auftauzyklen ist in den vergangenen Jahren auch in Deutschland zu beobachten. Damit tragen die Auftauzyklen wesentlich zur Anhebung der kumulativen Schwangerschaftsrate bei. Zahlreiche Studien belegen deutliche Unterschiede der perinatalen und peripartalen Verläufe nach Auftauzyklen im Vergleich zu Frischzyklen, unter anderem mit höheren Raten an makrosomen Kindern [1–7]. Auch die Rate an hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen [1, 6, 8–11] ist nach Kryozyklen erhöht, insbesondere bei artifiziellen Auftauzyklen im Vergleich zur Behandlung im modifiziert natürlichen bzw. stimulierten Zyklus [12, 13].

Trotz zunehmender Anwendung sind noch viele Fragen offen

Trotz dieser Risiken werden artifizielle Auftauzyklen aufgrund ihrer vermeintlich besseren Planbarkeit weiterhin auch bei Frauen mit regelmäßigen Zyklen gerne eingesetzt. Derzeit finden neue, flexiblere Protokolle Eingang in die klinische Praxis, die in einem ovulatorischen Zyklus durchgeführt werden können (siehe Abb.). Trotz der zunehmenden Anwendung von Auftauzyklen bleiben noch viele Fragen offen, die wissenschaftlich geklärt werden müssen, um nicht nur die Erfolgsraten, sondern auch die Sicherheit der Behandlungen weiter zu verbessern.

Frischzyklus versus Auftauzyklus

Die Einführung der Kryokonservierung Mitte der 1980er-Jahre stellte für die Reproduktionsmedizin und -biologie einen entscheidenden Meilenstein dar. Das Indikationsspektrum hat sich dadurch deutlich erweitert und umfasst mittlerweile auch medizinische (z. B. Fertilitätsprotektion) und soziale Indikationen (z. B. „social freezing") sowie die Anwendung nach geplanter Präimplantationsdiagnostik. Mit der Nutzung der Vitrifikation seit Anfang der 2000er-Jahre stiegen die Überlebensraten nach Auftauen. Für Embryonen liegen diese in Deutschland laut einer Sonderauswertung des Deutschen IVF-Registers (D·I·R) aktuell bei 97,1 % im Vergleich zur herkömmlichen Slow-freezing-Methode mit Überlebensraten von 81,4 %.

Weltweit nimmt der Anteil an Kryozyklen stetig zu und die Anzahl an gestarteten Auftauzyklen stieg in Deutschland von 16.770 im Jahr 2009 auf 42.157 im Jahr 2022 mit einer anteiligen Zunahme an allen Zyklen auf 34 % [14]. Im gleichen Zeitraum verbesserte sich auch die Geburtenrate pro Behandlung von 12 % auf 30,6 % und ist damit mit den Erfolgsraten bei Frischzyklen vergleichbar [14]. Durch an Frischzyklen anschließende Auftauzyklen kann die kumulative Lebendgeburtenrate auf > 50 % erhöht werden. Erwähnenswert ist weiterhin, dass der Anteil der Freeze-all-Zyklen mit und ohne Eizellbehandlung an allen gestarteten Frischzyklen mittlerweile 15,1 % beträgt [14].

Auftauzyklus: Die Qual der Wahl

Trotz der offensichtlichen Vorteile haben Studien wie zuvor erwähnt klare Unterschiede der perinatalen und peripartalen Verläufe nach Auftauzyklen im Vergleich zu Frischzyklen aufgezeigt. Hier scheint die Nutzung anovulatorischer Behandlungsprotokolle zur Endometriumvorbereitung besonders problematisch zu sein. Das Fehlen von Gelbkörperhormonen ist möglicherweise ein entscheidender Aspekt, der zu den erhöhten Risiken beiträgt.

Diese Erkenntnisse haben in den letzten Jahren zu einem Umdenken und zur zunehmenden Anwendung natürlicher oder modifiziert natürlicher Protokolle bei Frauen mit regelmäßigem Zyklus geführt. Aber auch Frauen mit Oligomenorrhoe profitieren von einer Ovulationsinduktion mit Clomifen, Letrozol oder Gonadotropinen. Die klinischen Erfolgsraten sind vergleichbar [15] oder sogar besser [14] bei einem geringeren Risiko für Schwangerschaftskomplikationen. Auch die Abbruchraten scheinen nach aktueller Datenlage vergleichbar zu sein.

Die Kosten für natürliche und modifiziert natürliche Zyklen sind durchschnittlich niedriger als für artifiziell durchgeführte Behandlungen [16], die eine Verabreichung von Östradiol und Progesteron bis zur 12. Schwangerschaftswoche erforderlich machen. Die dabei entstehenden Kosten sind in diesen anovulatorischen Zyklen in etwa vergleichbar mit den Kosten bei Frauen, die eine Ovulationsinduktion mit Gonadotropinen benötigen [16].

Ovulatorische Zyklen – geht es etwas flexibler?

Dennoch bieten die artifiziell durchgeführten Auftauzyklen eine höhere Flexibilität und bessere Planbarkeit, da sich der Zeitpunkt des Embryotransfers an die organisatorischen Bedürfnisse von Patientin und Kinderwunschzentrum anpassen lässt. Neuere Protokolle zur Endometriumvorbereitung wurden daraufhin entwickelt, die die Vorteile der ovulatorischen Zyklen und die Flexibilität der anovulatorischen Zyklen vereinen.

Im Natural Proliferative Phase (NPP) Protokoll orientiert man sich nun nicht mehr allein an der Größe des Leitfollikels, sondern insbesondere an der Endometriumdicke [17]. So kann die Gabe von mikronisiertem Progesteron zur Endometriumumwandlung bereits ab einer Endometriumdicke von mindestens 7 mm und einem Follikeldurchmesser von mindestens 14 mm gestartet werden.

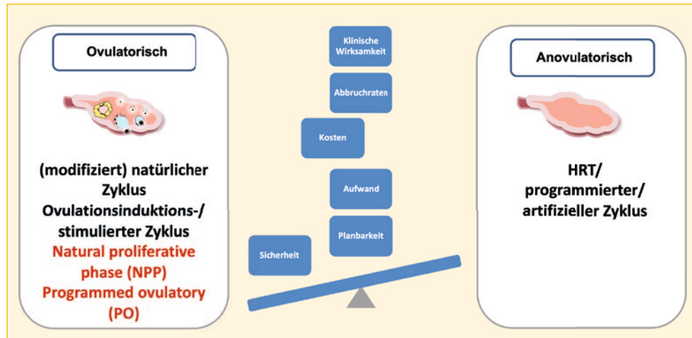
Eine andere Möglichkeit ist das durch das Team um Prof. Griesinger aus Lübeck entwickelte Programmed ovulatory (PO) Zyklusprotokoll [18]. Hierbei orientiert man sich ebenfalls an der Endometriumproliferation und startet bei einer Endometriumdicke ≥ 6 mm und einem Leitfollikeldurchmesser ≥ 16 mm sowie einer Östradiolkonzentration von ≥ 180 pg/ml mit der oralen Einnahme von Dydrogesteron. Der Vorteil liegt bei diesem Protokoll in der Möglichkeit, die Corpus-luteum-Aktivität durch Messung des Progesterons bestimmen zu können. Sowohl die Behandlung im NPP- als auch im PO-Protokoll bietet eine deutlich größere Flexibilität und Planbarkeit.

Wir sind noch nicht am Ziel!

Die Einführung flexiblerer Behandlungsmöglichkeiten in ovulatorischen Zyklen erweitert die Optionen für Auftauzyklen erheblich. Dennoch besteht weiterer Forschungsbedarf, insbesondere hinsichtlich der Qualität des Corpus luteum und der Konzentration seiner Sekretionsprodukte bei Anwendung dieser Methoden. Ob hier Einschränkungen bestehen, die Risiken in der Schwangerschaft bedingen können, ist noch unklar.

Ebenso ist noch nicht geklärt, ob die Schwangerschafts- und Lebendgeburtraten in größeren Patientinnengruppen mit denen anderer Behandlungsoptionen vergleichbar sind. Der mögliche Nutzen einer Ovulationsauslösung mit hCG oder die Individualisierung der Lutealphasenunterstützung bei den verschiedenen Behandlungsoptionen werden derzeit in internationalen Studien untersucht. Viele wichtige Fragen, insbesondere im Bereich der Auftauzyklen, werden die reproduktionsmedizinische Forschung auch in den kommenden Jahren weiter beschäftigen.

Literatur bei der Autorin



Übersicht zu den Optionen für die Durchführung eines Auftauzyklus und Faktoren, die bei der Auswahl des Behandlungsprotokolls von Bedeutung sind

Autorin

Prof. Dr. Frauke von Versen-Höynck, MSc.
Medizinische Hochschule Hannover
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Vorstandsvorsitzende der AG Universitärer Reproduktionsmedizinischer Zentren
Mitglied im erweiterten Vorstand der DGGG
vonversen-hoeynck.frauke@mh-hannover.de

Geburtsmedizin

Was kann die Geburtsmedizin der Hebammenwissenschaft bieten?

Die junge Disziplin der Hebammenwissenschaft steht vor vielfältigen Herausforderungen, um als Profession wachsen zu können. Wie kann die Geburtsmedizin dabei unterstützen, ein gemeinsames Versorgungsverständnis zu entwickeln? Welche organisatorischen Veränderungen an Kliniken werden dem Versorgungsbedarf von Patientinnen gerecht?

Hebammen haben eine Schlüsselstellung im Gesundheitssystem: Gut ausgebildet, optimal ins Gesundheitssystem integriert und in interprofessionellen Teams tätig, erbringen Hebammen eine unentbehrliche primäre Gesundheitsversorgung der Gesundheitsförderung und Prävention – niedrigschwellig, wohnort- und bedarfsnah, mit messbaren Verbesserungen wesentlicher gesundheitsbezogener Outcomes bei Frauen und ihren Kindern [1].

Die Hebammenwissenschaft ist ein Teilgebiet der Gesundheitswissenschaften mit Bezugswissenschaften wie Geburtsmedizin, Pädiatrie, Pflegewissenschaften, Psychologie sowie Versorgungsforschung. Die Hebammenwissenschaft beinhaltet die systematische Generierung von wissenschaftlichem Wissen zur Betreuung von schwangeren Frauen sowie gender-diversen Personen und Müttern mit ihren un-/neugeborenen Kindern inklusive deren Familien sowie den Transfer dieses Wissens in die Praxis, Politik und Gesellschaft.

Wissenschaftliche Sitzung
Was kann die Medizin der Hebammenwissenschaft bieten?
Mittwoch, 16.10.24, 13.45 – 14.45 Uhr, Raum M1

Internationaler Vergleich: Deutschland hat großen Entwicklungsbedarf

In Deutschland besteht im internationalen Vergleich für die Hebammenwissenschaft in Forschung und wissenschaftlicher Karrierebildung großer Entwicklungsbedarf; aktuell sind an zehn Universitäten Lehrstühle für Hebammenwissenschaft mit W2-/W3-Professuren besetzt, bei 46 Studienstandorten für primärqualifizierende Hebammenstudiengänge insgesamt, davon 27 HAWs (Hochschulen für Angewandte Wissenschaften). Professuren für Hebammenwissenschaft sind bisher im Bereich Lehre und Forschung verortet. Es fehlt der Zugang zum Forschungsfeld und zur klinischen Praxis – auch unter dem Aspekt der praktischen Anleitung von Studierenden.

Herausforderungen im Gesundheitssystem

Demografische Entwicklungen und der epidemiologische Wandel mit der Zunahme chronischer Erkrankungen sowie gesellschaftliche Veränderungen – wie veränderte Familienstrukturen, Digitalisierung und Technisierung – bedingen heute qualitativ veränderte und komplexere Versorgungsbedarfe bei Frauen und Familien sowie einen erhöhten Bedarf an angepassten Versorgungsleistungen.

Der Ausbau der wissenschaftlichen Disziplinbildung in den Gesundheitsberufen wird als ein Element gesehen, den Herausforderungen zu begegnen, die sich daraus für das Gesundheitssystem ergeben, etwa durch die Entwicklung innovativer Versorgungskonzepte sowie Qualitäts- und Methodenstandards [2]. Gleichzeitig erfordern die knappen personellen Ressourcen – nicht nur, aber insbesondere an Kliniken – eine effektive und effiziente Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe. Dabei sollte ein gemeinsames Versorgungsverständnis entwickelt sowie die Chance genutzt werden, die beruflichen Aufgaben und Verantwortungen in Kliniken neu zu verteilen, um eine optimale interprofessionelle Zusammenarbeit zu erreichen [3].

Neue Chancen durch die Akademisierung

Hebammen praktizieren als eigenständiger Gesundheitsberuf nach dem „allgemein anerkannten Stand hebammenwissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse auf Grundlage einer Berufsethik" und sind für die „selbständige und umfassende Hebammentätigkeit im stationären sowie im ambulanten Bereich qualifiziert" (Hebammengesetz (HebG) 2019, Studienziel § 9) [4]. Die akademische Bildung soll Hebammen in die Lage versetzen, evidenzbasiert zu arbeiten, als „reflektierende Praktiker*innen" ihr Handeln kritisch zu durchdenken, eigene Forschungsaktivitäten und wissenschaftliche Karrierewege zu entwickeln sowie eine verantwortungsvolle interprofessionelle Zusammenarbeit zu gestalten [4].

In Kliniken arbeiten die ärztliche und Hebammen-Disziplin Hand in Hand, um die Gesundheit von Frauen und ihren Kindern zu erhalten und zu fördern, Erkrankungen oder Komplikationen vorzubeugen, möglichst früh zu erkennen und ggf. zu behandeln, um chronische Folgen oder Schäden für Mutter, Kind und Familie zu verhüten.

Die Nachfrage nach ambulanten Hebammenleistungen übersteigt vielerorts das Angebot – insbesondere in ländlichen Regionen. Besonders Frauen mit gesundheitlichen Risiken erhalten aktuell oft keine oder keine ausreichende Hebammenbetreuung. Gesundheitsförderndes und präventives Potenzial bleibt dadurch ungenutzt – mit kurz- und langfristigen nachteiligen gesundheitlichen Folgen für diese Frauen und ihre Familien.

Einrichtung hebammengeleiteter Organisationseinheiten in Kliniken

In Kliniken sollten nach Empfehlung des Wissenschaftsrats neue disziplinäre Strukturen eingerichtet und ausgebaut werden, um wissenschaftliche Disziplinen der Gesundheitsberufe in der notwendigen Eigenständigkeit zu verankern [2]. Für ambulante Angebote an Universitätskliniken sind Hochschulambulanzen (HSA) geeignete Organisationseinheiten. An HSA werden Patientinnen und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf oder im Rahmen von Forschung und Lehre betreut. Sozialrechtlich ist eine HSA bislang ärztlich zu leiten (§ 117 SGB V).

Die Einrichtung von hebammengeleiteten Hochschulambulanzen an Universitätskliniken ist ein Kernelement für die Strukturbildung der Hebammenwissenschaft. Insbesondere in Perinatalzentren Level 1, wo sowohl Frauen mit geringen Geburtsrisiken als auch mit komplexen Versorgungsbedarfen betreut werden, eröffnen Hebammen-Hochschulambulanzen die Chance, ein evidenzbasiertes ambulantes Versorgungsangebot an Hebammenleistungen für Frauen und Familien zu schaffen, die bislang keine Hebammenversorgung erhalten oder einen Bedarf an spezialisierter, auch interprofessioneller Hebammenversorgung haben.

Hochschulambulanz als Schlüssel zur Praxis

Eine HSA bietet der Lehrstuhlinhaberin zudem einen Zugang zum Forschungsfeld zur Durchführung klinischer Studien. Als neuer hochschulgeleiteter Einsatzort für Studierende der Hebammenwissenschaft ist eine HSA der Schlüssel zu praktischen Lehrangeboten auf Hochschulniveau und einem optimalen Theorie-Praxis-Transfer. Auch die gesetzlich geforderten interprofessionellen Lehrangebote mit der Humanmedizin können dort realisiert werden, was Synergieeffekte generiert.

Um die Hebammenwissenschaft auch im stationären Bereich eigenständig zu verankern, sollten im nächsten Schritt Lehrstuhlinhaberinnen die Leitung der Wochenstation als bettenführende Abteilung erhalten. Solche Neuerungen können nur mit Unterstützung der Klinikleitung sowie der Geburtsmedizin erfolgreich an einem Universitätsklinikum umgesetzt werden.

Versorgungsangebot komplettieren

Medizinische Fakultäten sollten klinische Professuren einrichten; Klinikleitungen und die Abteilungen für Geburtsmedizin sollten die Einrichtung eigenständiger Organisationseinheiten der Hebammenwissenschaft mit eigenen Leistungsgruppen unterstützen und fördern, da dies die Voraussetzung für eine entwicklungsfähige Strukturbildung der Hebammenwissenschaft darstellt, um das Wachstum hebammenwissenschaftlicher Forschung, Lehre und Disziplinentwicklung voranzubringen. Fachärztinnen und -ärzte sollten bereit sein, die Einrichtung von Hebammen-Hochschulambulanzen in leitender Funktion zu unterstützen, etwa indem sie die Umsetzung der allgemeinen Qualitätssicherung übernehmen und in den Verhandlungen mit den Kostenträgern verantworten.

Der Entwurf der hebammenspezifischen und interprofessionellen Gesundheitsangebote an der HSA und deren professionsübergreifende Konsentierung bietet die Gelegenheit, die beruflichen Rollen und Zuständigkeiten im Versorgungsverlauf zu diskutieren und optimal zu planen, wie vom „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege" in seinem Gutachten 2024 [3] angeregt.

Niedergelassene vor Ort einbinden: Überweisung Schwangerer an HSA

Niedergelassene Frauenärztinnen und -ärzte in der Region sollten an der bedarfsorientierten Ausgestaltung dieses Versorgungsangebots beteiligt werden, sodass sie die Innovation unterstützen und geeignete Schwangere aus ihren Praxen regelmäßig an die HSA überweisen. Hebammen-Hochschulambulanzen tragen zur Komplettierung des geburtshilflichen Versorgungsangebots an Universitätskliniken bei, sodass eine hochqualifizierte interprofessionelle Versorgung realisiert werden kann.

Literatur bei der Autorin

Autorin
Prof. Dr. Sabine Striebich
Hebamme/Diplom-Medizinpädagogin
Studiengangsleitung B. Sc. Hebammenwissenschaft
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
Medizinische Fakultät der Universitätsmedizin Halle an der Saale
sabine.striebich@uk-halle.de

© MLU

LYNPARZA® Pflichttext

IMFINZI® Pflichttext

* Erstlinienbehandlung von erwachsenen Patientinnen mit primär fortgeschrittenem oder rezidivierendem Endometriumkarzinom, die für eine systemische Therapie infrage kommen. dMMR-Patientinnen erhalten laut Zulassung eine Therapie mit Carboplatin, Paclitaxel und IMFINZI®, gefolgt von einer Erhaltungstherapie mit IMFINZI® (IMFINZI® Regime). pMMR-Patientinnen erhalten laut Zulassung eine Therapie mit Carboplatin, Paclitaxel, IMFINZI® und eine anschließende Erhaltungstherapie mit LYNPARZA® plus IMFINZI® (LYNPARZA® + IMFINZI® Regime). Die Erhaltungstherapie wird dann gegeben, wenn die Erkrankung während der Therapie mit Carboplatin, Paclitaxel und IMFINZI® nicht progredient war. | # LYNPARZA® + IMFINZI® Regime: Carboplatin, Paclitaxel und IMFINZI®, gefolgt von einer Erhaltungstherapie mit LYNPARZA® und IMFINZI® bei Patientinnen mit pMMR-Tumoren. IMFINZI® Regime: Carboplatin, Paclitaxel und IMFINZI®, gefolgt von einer Erhaltungstherapie mit IMFINZI® bei Patientinnen mit dMMR-Tumoren. | **1.** Fachinformation LYNPARZA® 100mg/ 150mg Filmtabletten (Stand Q3/2024). | **2.** Fachinformation IMFINZI® 50 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung (Stand Q3/2024).

Weitere Informationen finden Sie auch auf astrazeneca.de

AstraZeneca

DE-74900/24

Gynäkologische Onkologie

Die neue FIGO-Klassifikation des Zervixkarzinoms (Update 2018) – Implikationen für die Praxis

Eine frühestens 2026 angedachte Synchronisierung der beiden Tumorklassifikationen von FIGO und UICC soll weltweit die Qualität der Diagnostik und Therapie von Patientinnen mit Zervixkarzinom verbessern. Doch wie die Behandlung bis dahin gestalten?

Das Zervixkarzinom ist weiterhin weltweit die Nummer 4 der inzidenten Karzinome, trotz verbesserter Früherkennung und Implementierung von Impfprogrammen. Die FIGO sieht ihre zentrale Aufgabe darin, deshalb Klassifikationen zu implementieren, die weltweit genutzt werden können.

Nicht erfolgte Synchronisierung verwirrt

Die FIGO-Klassifikation aus dem Jahr 2009 ist jetzt mit einem Update 2018 überarbeitet worden. Problematisch ist, dass keine Synchronisierung mit der UICC-TNM-Klassifikation 2017 erfolgt ist. Somit besteht nicht nur auf klinischer, sondern auch auf wissenschaftlicher Ebene Verwirrung bei der klinischen Darstellung der Befunde bzw. der Übertragung der Ergebnisse in den pathologischen Befund.

Nachfolgend werden die in die FIGO-Klassifikation 2018 eingebrachten Veränderungen dargestellt:

- Bildgebende Verfahren und pathologische Informationen zur Beurteilung des Stadiums sind erlaubt. Die Methoden Ultraschall, CT, MRT, PET-CT und operatives Staging werden integriert wie auch die pathologische Klassifikation, die Typologie bzw. das Vorhandensein von lymphovaskulärer Invasion.
- Im Stadium IA entfällt die horizontal gemessene Karzinomausbreitung. Es ist nur noch die Infiltrationstiefe < 3 beziehungsweise < 5 mm relevant.
- Im Stadium IB sind drei Kategorien als größter Karzinomdurchmesser aufgeführt: < 2 cm, bis 4 cm und > 4 cm.
- Im Stadium IIA mit Ausdehnung über den Uterus hinaus werden AI und AII nach dem größten Durchmesser mit < 4 cm bzw. > 4 cm unterschieden.
- Das Stadium IIB umfasst den parametranen Befall, der nicht bis zur Beckenwand reicht.
- Das Stadium III betrifft den Befall des unteren Drittels der Scheide und/oder die Ausbreitung bis zur Beckenwand und/oder das Vorhandensein einer Hydronephrose oder funktionslosen Niere und/oder betroffene pelvine und/oder paraaortale Lymphknoten. In der FIGO-Klassifikation 2009 sowie in der aktuellen UICC-TNM-Klassifikation werden die paraaortalen Lymphknoten als M = Metastasen gewertet. Dies ist jetzt in N = lokoregionäre Lymphknoten geändert worden, was die Intensität der Therapie verändert. Hierzu werden drei Stadien A, B und C im Hinblick auf die oben genannten Unterpunkte definiert. Das Stadium IIIC1 ist bei alleinigem pelvinen Lymphknotenbefall, das Stadium IIIC2 bei paraaortalem Lymphknotenbefall zu benennen.
- Das Stadium IV ist in beiden Klassifikationen identisch.

Prospektiv randomisierte Studien mit neuer Klassifikation abwarten

Auch wenn sich in retrospektiven Studien in den verschiedenen Stadien der neuen Klassifikation Behandlungs- und somit Überlebensunterschiede gezeigt haben, so müssen prospektiv randomisierte Studien unter Nutzung der neuen Klassifikation abgewartet werden, um beurteilen zu können, ob diese Strukturierung, insbesondere im Abgleich mit der UICC-TNM-Klassifikation, valide ist.

Wissenschaftliche Sitzung
Stadiengerechte Therapie des Zervixkarzinoms
Mittwoch, 16.10.24, 12 – 13 Uhr, Raum A1

Routineeinsatz frühestens 2027 oder 2028 möglich

Diese Synchronisierung ist frühestens 2026 angedacht, sodass mit Umsetzung der FIGO-Klassifikation 2018 beziehungsweise der dann neuen UICC-TNM-Klassifikation frühestens 2027 beziehungsweise 2028 ein klinischer Routineeinsatz möglich ist. Aus meiner Sicht ist das nicht im Sinne der Patientinnen, die behandelt werden.

Zusammenfassend beinhaltet die neue FIGO-Klassifikation Aspekte, die bereits im letzten Jahrzehnt von vielen Experten diskutiert worden sind. Unglücklich ist die fehlende Synchronisierung zwischen der UICC-TNM-Klassifikation und der FIGO-Klassifikation 2018. Da zur neuen FIGO-Klassifikation keine prospektiv randomisierten Studienergebnisse – sowohl für Diagnostik als auch Therapie – vorliegen, hat sich die Leitliniengruppe der S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientin mit Zervixkarzinom" dazu entschlossen, die FIGO-Klassifikation des Jahres 2018 zunächst nicht umzusetzen, sondern erst nach der Überarbeitung und hierzu vorliegenden Studien.

Unter Berücksichtigung einer retrospektiven Validierung der SEER-Daten wird es eher so sein, dass mehr Patientinnen im Stadium IB operiert werden, was auch bei fehlendem Lymphknotenbefall und damit Aussicht auf Heilung durch die alleinige Operation gerechtfertigt ist. Im Stadium IIIC1 zeigt sich, dass dieses in der Validierung ein besseres Überleben hat als das Stadium IIIA beziehungsweise B.

Dies ist ein ungewöhnlicher Befund, weil normalerweise mit einem höheren Stadium ein schlechteres Überleben einhergeht. Dies kann aber darauf zurückgeführt werden, dass die Patientinnen im Stadium IIIC1 bei betroffenen pelvinen Lymphknoten wahrscheinlich eine zusätzliche adjuvante Therapie bekommen, wohingegen die Patientinnen im Stadium IIIA und IIIB, falls die Lymphknoten nicht betroffen sind und eine ausreichende Exstirpation vorhanden ist, keine adjuvante Therapie erhalten.

Literatur beim Autor

Autor
Prof. Dr. Matthias W. Beckmann
Klinikdirektor der Frauenklinik
Universitätsklinikum Erlangen
fk-direktion@uk-erlangen.de

Endometriose

PASE: die Pan-Afrikanische Gesellschaft für Endometriose

Endometriose ist eine der häufigsten gynäkologischen Erkrankungen und wurde jahrzehntelang unterschätzt – auch in Afrika. Um der Thematik zu mehr Aufmerksamkeit zu verhelfen sowie Forschung und Ausbildung zu fördern, wurde 2023 die PASE gegründet.

Die Bedeutung der Endometriose wurde in afrikanischen Ländern lange falsch eingeschätzt – einhergehend mit mangelhafter Aufklärung, inadäquater Diagnostik und fehlenden medikamentösen und operativen Therapiekonzepten. Die wenigen hierzu vorliegenden Daten zeigen, dass Endometriose im Sinne der Symptomatik sehr wohl auch in afrikanischen Ländern eine vergleichbare Rolle spielt wie in anderen Regionen der Welt [1, 2]. Selbstverständlich bestehen bezüglich der Entwicklung im Bereich der Diagnostik und Therapie erhebliche lokale und regionale Unterschiede.

Wissenschaftliche Sitzung
Globale Frauengesundheit aus der Perspektive der De-Kolonialisierung
Mittwoch, 16.10.24, 12 – 13 Uhr, Raum M4/5

Durch gemeinsame internationale Anstrengungen gelang es im vergangenen Jahr, die Pan African Society of Endometriosis (PASE) zu gründen. Ziel dieser Gesellschaft ist es, die zahlreichen Aktivitäten in den verschiedenen afrikanischen Ländern zu bündeln, die internationalen Beziehungen zu pflegen und letztlich die Versorgung der betroffenen Frauen auf dem afrikanischen Kontinent im Sinne der Forschung, Ausbildung und Awareness zu verbessern.

Awareness & Ausbildung: nationale Aktivitäten

Beispielsweise finden in Marokko und Ägypten seit vielen Jahren regelmäßige internationale Konferenzen statt, die sich auch dem Thema Endometriose mit entsprechenden Kursen für Operationstechniken widmen. In Kenia wurde der sogenannte „Live Surgical and Ultrasound Marathon" entwickelt. Bei dieser Veranstaltung werden über mehrere Tage zahlreiche betroffene Frauen mit tief-infiltrierender Endometriose durch ein internationales Team sonographiert und operiert sowie gleichzeitig junge Kolleginnen und Kollegen ausgebildet.

In Nigeria wurde ein Awareness-Programm entwickelt. Dieses bietet über eine Website und lokale Veranstaltungen die Möglichkeit, sich über Endometriose und Adenomyose zu informieren. Weitere vergleichbare Aktivitäten finden in Südafrika, Uganda und Kamerun statt.

Internationale Beziehungen und Gründung

Im Rahmen der genannten Aktivitäten kam es auch zu einem zunehmenden internationalen Austausch nationaler Gesellschaften und der Europäischen Endometriose Liga (EEL) – verbunden mit dem Wunsch, sich auch offiziell zu affilieren. Zu diesem Zeitpunkt entstand folgerichtig der Gedanke, die gesamten Aktivitäten zu bündeln und dem afrikanischen Kontinent einen funktionellen Überbau für das Thema Endometriose zu geben.

Im Februar 2025 findet der erste afrikanische Kongress für Endometriose in Kapstadt statt.

Weitere Informationen
www.pase.africa

Nach ersten digitalen Meetings mit Vertreterinnen und Vertretern aus Kenia, Ägypten, Marokko, Nigeria, Südafrika, Uganda und Europa folgte die Gründung der PASE. Das besondere Engagement von Herrn Prof. Hans-Rudolf Tinneberg und Herrn Alin Constantin muss an dieser Stelle erwähnt werden. Seit Jahresbeginn finden nun verschiedene Aktivitäten der PASE statt. Neben regelmäßigen Webinaren und lokalen Veranstaltungen wird gerade der erste inaugurierende Kongress in Kapstadt geplant, der im Februar 2025 stattfinden wird.

Neben der Ausbildung in der operativen Versorgung wird ein besonderer zukünftiger Schwerpunkt auf der sonographischen Diagnostik der Endometriose und Adenomyose als Grundlage eines individualisierten Therapiekonzeptes liegen. Erst kürzlich wurde hierzu ein Konsensus mit Beteiligung von acht internationalen Fachgesellschaften publiziert [3]. Wünschenswert wäre, hier zukünftig auch die PASE und damit die Interessen der Patientinnen des afrikanischen Kontinents zu involvieren.

Die Gründung der PASE zeigt einmal mehr, welche große Bedeutung die professionale und persönliche internationale Vernetzung hat und welche Möglichkeiten der gegenseitigen Ausbildung sich im internationalen Setting bieten. Die PASE wird zukünftig den Weg der Aus- und Weiterbildung in den afrikanischen Ländern ebnen.

Literatur beim Autor

Autor
Dr. Harald Krentel
Chefarzt der Klinik für Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Gynäkologische Onkologie
Bethesda Krankenhaus Duisburg
harald.krentel@evkln.de

Rekordzahl hochwertiger Abstracts für den 65. DGGG-Kongress

KONGRESS Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.
FRAUENGESUNDHEIT AM PULS DER ZEIT

Insgesamt wurden im Rahmen des aktuellen Kongresses 735 Abstracts zu wichtigen klinischen und grundlagenwissenschaftlichen Fragestellungen der Gynäkologie und Geburtshilfe zur Begutachtung eingereicht.

Unter der bewährten Koordination von Prof. Dr. Matthias W. Beckmann (Erlangen) wurden die Vorschläge von 51 GutachterInnen online nach standardisierten Kriterien bewertet. So wurde jedes Abstract akribisch begutachtet und mit Punkten versehen. Auf Basis der Bewertung erfolgte dann die Auswahl zur Präsentation. Über dieses Verfahren konnte ein vielseitiges Programm unter Berücksichtigung aller Aspekte unseres Fachs zusammengestellt werden.

75 besonders relevante Beiträge wurden für freie Vorträge im Rahmen thematisch passender wissenschaftlicher Sitzungen ausgewählt. Wir freuen uns bereits sehr auf die Präsentation!

Auf diesem Wege nochmals ganz herzlichen Dank an alle beteiligten GutachterInnen für deren Einsatz und vor allem an Prof. Matthias W. Beckmann für die hervorragende Koordination des Bewertungsverfahrens!

Prof. Dr. Barbara Schmalfeldt
Präsidentin der DGGG e.V.

Prof. Dr. Jens-Uwe Blohmer
Kongresspräsident

Dr. Katrin Schaudig
Kongresspräsidentin

PD Dr. Dietmar Schlembach
Kongresspräsident

Gutachterinnen und Gutachter

Prof. Dr. Christian Bamberg
Prof. Dr. Dirk O. Bauerschlag
Prof. Dr. Richard Berger
PD Dr. Michaela Bossart
PD Dr. Stefanie Burghaus
Prof. Dr. Nina Ditsch
Prof. Dr. Ralf Dittrich
PD Dr. Julius Emons
Prof. Dr. Christian Enzensberger
Prof. Dr. Florian Faschingbauer
Prof. Dr. Ariane Germeyer
Dr. Maren Goeckenjan
Prof. Dr. Tanja Groten
Prof. Dr. Andreas Hartkopf
Prof. Dr. Sebastian Häusler
Prof. Dr. Alexander Hein
Prof. Dr. Markus Hoopmann
Prof. Dr. Markus Hübner
PD Dr. Elisabeth C. Inwald
PD Dr. Anna Jaeger
Prof. Dr. Sven Kehl
Prof. Dr. Rüdiger Klapdor
Prof. Dr. Maximilian Klar
Prof. Dr. Cornelia Kolberg-Liedtke
Prof. Dr. Angela Köninger
PD Dr. Elena Laakmann
Prof. Dr. Holger Maul
PD Dr. Anke Mothes
Prof. Dr. Volkmar Müller
Prof. Dr. Patricia G. Oppelt
Prof. Dr. Ulrich Pecks
Prof. Dr. Gohar Rahimi
Dr. Monika Rehn
Prof. Dr. Stefan P. Renner
Prof. Dr. Nina Rogenhofer
Prof. Dr. Georg Walter Sauer
Prof. Dr. Sven Schiermeier
PD Dr. Dietmar Schlembach
Prof. Dr. Ralf Schmitz
Prof. Dr. Christoph Scholz
PD Dr. Andreas Schröer
Prof. Dr. Vanadin Seifert-Klauss
PD Dr. Stephan Seitz
Prof. Dr. Thomas Strowitzki
Prof. Dr. Florin-Andrei Taran
Prof. Dr. Bettina Toth
Prof. Dr. Constantin von Kaisenberg
Prof. Dr. Markus Wallwiener
Prof. Dr. Jan Weichert
Prof. Dr. Linn Wölber
Prof. Dr. Wolfgang Würfel

ÜberLEBEN reden

Lynparza in der 1L-Erhaltung (PAOLA-1 & SOLO1)

Einziger PARP-Inhibitor mit klinisch relevantem OS-Vorteil[1,2] in der 1L-Erhaltungstherapie des fortgeschrittenen HRD-positiven[a] und *BRCA1/2*-mutierten[b] Ovarialkarzinoms[c,d]

Lynparza® in der Adjuvanz (OlympiA)

Einzige zielgerichtete Therapie mit statistisch signifikantem OS-Vorteil[e,3] in der adjuvanten Behandlung des frühen HER2-negativen Mammakarzinoms mit hohem Rezidivrisiko und g*BRCA1/2*m[f]

a PAOLA-1: Unter Lynparza® & Bevacizumab erreichten HRD-positive Patientinnen ein mOS von 75,2 Monaten (instabil, <50 % Datenreife) vs. 57,3 Monate unter Placebo & Bevacizumab (HR 0,62; 95 %-KI 0,45–0,85). Das OS war einer der sekundären Endpunkte und die Studie nicht darauf ausgelegt, einen statistischen Unterschied innerhalb von Subgruppen zu ermitteln.[1] **b** SOLO1: Unter Lynparza® wurde das mOS noch nicht erreicht vs. 75,2 Monaten unter Placebo (HR 0,55; 95 %-KI 0,40–0,76; p=0,0004 (p=0,0001 für statistische Signifikanz benötigt)).[2] **c** Lynparza® Filmtabletten in Kombination mit Bevacizumab werden angewendet zur Erhaltungstherapie von erwachsenen Patientinnen mit einem fortgeschrittenen (FIGO-Stadien III und IV) *high-grade* epithelialen Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primären Peritonealkarzinom, die nach einer abgeschlossenen platin-basierten Erstlinienchemotherapie in Kombination mit Bevacizumab ein Ansprechen (vollständig oder partiell) haben und deren Tumor mit einem positiven Status der homologen Rekombinations-Defizienz (HRD) assoziiert ist. Der Status HRD-positiv ist definiert entweder durch eine *BRCA1/2*-Mutation und/oder genomische Instabilität.[4] Die Zulassung für Lynparza® in Kombination mit Bevacizumab ist in Deutschland in dieser Indikation auf Patientinnen mit positivem HRD-Status beschränkt und erfolgte auf Basis einer präspezifizierten Subgruppenanalyse. **d** Lynparza® wird angewendet als Monotherapie für die Erhaltungstherapie von erwachsenen Patientinnen mit einem fortgeschrittenen (FIGO-Stadien III und IV) *BRCA1/2*-mutierten (in der Keimbahn und/oder somatisch), *high-grade* epithelialen Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primären Peritonealkarzinom, die nach einer abgeschlossenen Platin-basierten Erstlinienchemotherapie ein Ansprechen (vollständig oder partiell) haben.[4] **e** Das OS war einer der sekundären Studienendpunkte. Als primärer Studienendpunkt war das invasive krankheitsfreie Überleben (iDFS) definiert entsprechend den STEEP-Kriterien. 4-Jahres-OS-Rate unter Lynparza® vs. Placebo: 89,8 % vs. 86,4 % (HR 0,68; 98,5 %-KI 0,47–0,97; p=0,009).[3] **f** Lynparza® wird angewendet als Monotherapie oder in Kombination mit einer endokrinen Therapie für die adjuvante Behandlung von erwachsenen Patient:innen mit *BRCA1/2*-Keimbahnmutationen, die ein HER2-negatives Mammakarzinom im Frühstadium mit hohem Rezidivrisiko haben und zuvor mit neoadjuvanter oder adjuvanter Chemotherapie behandelt wurden.[4]

1L: Erstlinie; ***BRCA1/2***: Brustkrebs-Gen 1 und/oder 2; **FIGO**: International Federation of Gynecology and Obstetrics; **gBRCA1/2m**: *BRCA1/2*-Keimbahnmutation; **HER2**: Humaner epidermaler Wachstumsfaktor-Rezeptor-2; **HR**: Hazard Ratio; **HRD**: Homologe Rekombinations-Defizienz; **iDFS**: invasives krankheitsfreies Überleben; **KI**: Konfidenzintervall; **mOS**: Medianes Gesamtüberleben; **OS**: Gesamtüberleben; **PARP**: Poly(ADP-Ribose)-Polymerase; **STEEP**: Standardized Definitions for Efficacy End Points

1. Ray-Coquard I et al. Ann Oncol 2023; 34(8): 681–692.
2. DiSilvestro P et al. J Clin Oncol 2023; 41(3): 609–617.
3. Geyer CE et al. Ann Oncol 2022; 33(12): 1250–1268 (inkl. ergänzendem Anhang).
4. Fachinformation Lynparza® 100 mg/150 mg Filmtabletten, Stand August 2024.

Lynparza® 100 mg/150 mg Filmtabletten
Wirkstoff: Olaparib. Verschreibungspflichtig. **Zus.:** Jede 100-mg-Filmtablette enth. 100 mg Olaparib. Jede 150-mg-Filmtablette enth. 150 mg Olaparib. **Sonst. Bestandt.:** Tablettenkern: Copovidon, Hochdisperses Siliciumdioxid, Mannitol (Ph.Eur.), Natriumstearylfumarat (Ph.Eur.). Tablettenüberzug: Hypromellose, Macrogol (400), Titandioxid (E171), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H_2O (E172), Eisen(II,III)-oxid (E172) (nur 150 mg Tabletten). **Anw.:** *Ovarialkarzinom:* Lynparza wird angewendet als Monoth. für d.: - Erhaltungsth. v. erw. Patientinnen mit e. fortgeschritt. (FIGO-Stadien III u. IV) *BRCA1/2*-mutierten (in d. Keimbahn u./od. somatisch), high-grade epithelialen Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom od. primären Peritonealkarzinom, d. nach e. abgeschl. Pt-basierten Erstlinien-Chemoth. e. Ansprechen (vollst. od. partiell) haben. – Erhaltungsth. v. erw. Patientinnen mit e. Pt-sensitiven Rezidiv e. high-grade epithelialen Ovarialkarzinoms, Eileiterkarzinoms od. primären Peritonealkarzinoms, d. auf e. Pt-basierte Chemoth. ansprechen (vollst. od. partiell). Lynparza in Komb. mit Bevacizumab wird angewendet für d.: - Erhaltungsth. v. erw. Patientinnen mit e. fortgeschritt. (FIGO-Stadien III u. IV) high-grade epithelialen Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom od. primären Peritonealkarzinom, d. nach e. abgeschl. Pt-basierten Erstlinien-Chemoth. in Komb. mit Bevacizumab e. Ansprechen (vollst. od. partiell) haben u. deren Tumor mit e. positiven Status d. homologen Rekombinations-Defizienz (HRD) assoziiert ist. D. Status HRD-positiv ist definiert entweder durch e. *BRCA1/2*-Mutation u./od. genomische Instabilität. *Mammakarzinom:* Lynparza wird angewendet als: - Monoth. od. in Komb. mit e. endokrinen Therapie für d. adjuvante Behandl. v. erw. Patienten mit Keimbahn-*BRCA1/2*-Mutationen, d. e. HER2-negatives Mammakarzinom im Frühstadium mit hohem Rezidivrisiko haben u. zuvor mit neoadjuvanter od. adjuvanter Chemoth. behandelt wurden. – Monoth. für d. Behandl. v. erw. Patienten mit *BRCA1/2*-Mutationen in d. Keimbahn, d. e. HER2-negatives, lokal fortgeschritt. od. metastasiertes Mammakarzinom haben. D. Patienten sollten zuvor mit e. Anthrazyklin u. e. Taxan im (neo)adjuvanten od. metastasierten Setting behandelt worden sein, es sei denn, d. Patienten waren für d. Behandl. nicht geeignet. Patienten mit Hormonrezeptor (HR)-positivem Mammakarzinom sollten außerdem e. Krankheitsprogression während od. nach e. vorherigen endokrinen Therapie aufweisen od. für e. endokrine Therapie nicht geeignet sein. *Adenokarzinom d. Pankreas:* Lynparza wird angewendet als Monoth. für d. Erhaltungsth. v. erw. Patienten mit Keimbahn-*BRCA1/2*-Mutationen, d. e. metastasiertes Adenokarzinom d. Pankreas haben u. d. Erkrank. nach e. mind. 16-wöchigen Pt-haltigen Behandl. im Rahmen e. Erstlinien-Chemoth. nicht progredient war. *Prostatakarzinom:* Lynparza wird angewendet: - als Monoth. für d. Behandl. v. erw. Patienten mit mCRPC u. *BRCA1/2*-Mutationen (in d. Keimbahn u./od. somatisch), d. Erkrank. nach vorheriger Behandl., d. e. neue hormonelle Substanz umfasste, progredient ist. - in Komb. mit Abirateron u. Prednison od. Prednisolon für d. Behandl. v. erw. Patienten mit mCRPC, bei denen e. Chemoth. nicht klinisch indiziert ist. *Endometriumkarzinom:* Lynparza in Komb. mit Durvalumab wird angewendet für d. Erhaltungsth. v. erw. Patientinnen mit primär fortgeschritt. od. rezidivierendem Endometriumkarzinom mit Mismatch-Reparatur-Profizienz (pMMR), deren Erkrank. während d. Erstlinienbehandl. mit Durvalumab in Komb. mit Carboplatin u. Paclitaxel nicht progredient war. **Gegenanz.:** Überempfindlichkeit gegen d. Wirkstoff od. e. sonstig. Bestandt.. Stillen während d. Behandl. u. 1 Monat nach Einnahme d. letzten Dosis. **Nebenw.:** Lynparza als Monoth.: Möglicherweise dringend ärztl. Behandl. ist erforderlich bei folgenden Nebenw.: *Sehr häufig:* Anämie. *Gelegentl.:* Allergische Reakt., Dermatitis, myelodysplastisches Syndr. od. akute myeloische Leukämie. Andere Nebenw. sind: *Sehr häufig:* Übelkeit, Erbrechen, Fatigue (einschließlich Asthenie), Dyspepsie, vermind. Appetit, Kopfschmerzen, Dysgeusie, Schwindel, Husten, Dyspnoe, Diarrhö, Leukopenie, Neutropenie. *Häufig:* Hautausschl., Stomatitis, Schmerzen im Oberbauch, venöse Thromboembolie, Lymphopenie, Thrombozytopenie, Anstieg d. Kreatininwertes im Blut, Transaminasen erhöht. *Gelegentl.:* Erhöhung d. mittleren korpuskulären Volumens. *Selten:* Angioödem, Erythema nodosum. *Nicht bekannt:* Arzneimittelbedingter Leberschaden. Darüber hinaus bei Lynparza in Komb. mit Durvalumab Nebenw. häufiger als bei Lynparza-Monoth.: *Sehr häufig:* Thrombozytopenie, Hautausschl. *Häufig:* Allergische Reakt. Zusätzliche Nebenw. bei Lynparza in Komb. mit Durvalumab: *Häufig:* Aplasie der roten Zelllinie. **Weitere Hinw.:** s. Fachinformation. **Pharmazeutischer Unternehmer:** AstraZeneca GmbH; Friesenweg 26, 22763 Hamburg, E-Mail: azinfo@astrazeneca.com, www.astrazeneca.de, Servicehotline für Produktanfragen: 0800 22 88 660. **Stand:** Q3/2024. DE-72934/2024

DE-64080/24

AstraZeneca MSD