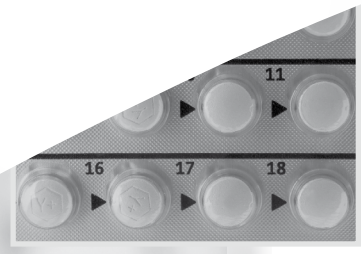
Ab 2019 in neuem Layout

6/2018

GynDepesche

Schnellinformationen: Evidenzbasiertes Wissen für Gynäkologen



Prämenstruelles Syndrom PMS

Nicht nur die Pille hilft

Am J Obstet Gynecol 11

Postmenopausaler Harnsäure-Check

Wichtig vor allem bei Übergewicht und hohem Blutzucker

Mol Cell Biochem 22

Onkologie

Zertifizierte Continuous Medical Education CME Gyn-Depesche Fortbildung

Mammakarzinom

Nicht zu wenig, sondern zu viel Jod erhöht das Risiko

J Int Med Res 28

Neue Lappenplastik

Schluss mit Inkontinenz bei postpartalen Fisteln?

BJOG 33

Eisprung ...

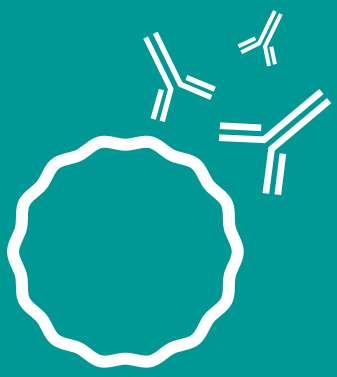
und Männerhormone

J Sex Med 14

Ärztemuster ANGEBOTE im Heft

ferro sanol® duodenal

www.ferro-sanol.de



Unsere Vision: Nicht der Tumor wächst, sondern die **Überlebenschancen.**

Als eines der führenden Gesundheitsunternehmen gehen wir in der Krebstherapie auch einen neuen, personalisierten Weg – mit der Immunonkologie. Dabei stärken wir das Immunsystem in der Fähigkeit, Krebszellen zu entdecken und zu bekämpfen. Unser Ziel ist es, mit dieser innovativen Therapie möglichst viele Tumorarten zu behandeln und dem Leben so neue Perspektiven zu ermöglichen.

Weitere Informationen finden Sie auf: immunonkologie.de

© 2017 MSD SHARP & DOHME GMBH, Lindenplatz 1, 85540 Haar. www.msd.de

MSD

CORP-1211504-0002 04/18

Ab 2019 in neuem Layout

2019

GynDepesche

Schnellinformationen: Evidenzbasiertes Wissen – Internationale Studien – Kommentare – Kongresse

Liebe Leserinnen und Leser,

ab der kommenden Ausgabe erscheint die ***Gyn****Depesche* in einem neuen, frischeren Layout. Seien Sie gespannt!

Zertifizierte Continuous Medical Education CME Gyn-Depesche Fortbildung

ONKOLOGIE

Mammakarzinom
Nicht zu wenig, sondern zu viel Jod erhöht Risiko 28

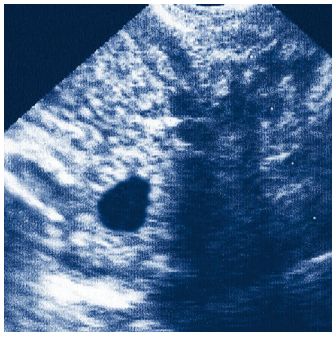
PMS
Die Pille ist nicht das einzige Mittel 11

Harnsäure-Check
Wichtiger Parameter in der Postmenopause 22

Neue Lappenplastik
Schluss mit Inkontinenz bei postpartalen Fisteln? 33

Fetale Bronchoskopie
Lösung bei fetaler Lungenobstruktion 20

Der weibliche Zyklus
lässt Testosteron beim Mann nicht schwanken 14



Schwangerschaft mit unbekannter Lokalisation – wann wird es brenzlig?

16

Bobdiwala S et al.: Diagnostic protocols for the management of pregnancy of unknown location ... BJOG 2018; Epub Aug 21; doi: 10.1111/1471-0528.15442

Sorgt eine geschlechtsangleichende Hormontherapie für ein erhöhtes Krebsrisiko?

27

Joint R et al.: Breast and reproductive cancers in the transgender population: a systematic review. BJOG 2018; Epub Feb 21; doi: 10.1111/1471-0528.15258

DIE DRITTE SEITE

Geburtshilfe in Österreich: Zählt Erfahrung? 6

Alternativmedizin in Norwegen: Frauen lieben CAM 6

Wenn die Ernährung krank macht: Zur Gesundheit zwingen? 6

KONTRAZEPTION

Adipositas-Chirurgie: Mehr Beratung über postoperative Verhütung gewünscht 8

Kombinierte Kontrazeptiva: Bei unreiner Haut auf Gestagen achten 10

MENSTRUATION

▶ **CME:** Prämenstruelle Beschwerden – PMS: Pille, SRI oder Diät? 11

Dysmenorrhoe: Spielt die Ernährung eine Rolle? 12

SEXUALMEDIZIN

Menstruationszyklus: Eisprung lässt Männerhormone kalt 14

Nur ein Mythos? Schwangerschaft bremst sexuelle Erregung 14

GRAVIDITÄT

▶ **CME:** Schwangerschaft mit unbekannter Lokalisation – Wie schätzt man die Prognose ab? 16

NEONATOLOGIE

Kontinuierliches Glucosemonitoring bei Neugeborenen 18

Genu varum bei Kindern: Normal oder pathologisch? 18

PRÄNATALDIAGNOSTIK

Fetale Bronchoskopie ist möglich und hilft 20

Fetale Anomalien: Die Rolle der Exom-Sequenzierung 21

MENOPAUSE

Plötzlicher Hormonentzug fördert Schlafapnoe 22

Übergewicht und hoher Blutzucker? Harnsäure checken! 22

Perimenopausale Depression: Elektroakupunktur macht Laune 22

UROGYNÄKOLOGIE

▶ **CME:** Harnwegsinfektionen – Symptome und Eigendiagnose der Patientin 24

Spontane Blasenruptur: Die Diagnose kann schwierig sein 25

ONKOLOGIE

▶ **CME:** Tumoren der Brust und der Geschlechtsorgane – Unklare Risikolage bei Transgender 27

Ovarialkarzinom: Entzündung fördert Tumorausbreitung 28

Mammakarzinom: Höhere Iodausscheidung bei Brustkrebs? 28

CHIRURGIE

Myomtherapie mit Uteruserhalt: Welche Methode? 32

Endometriumkarzinom: Laparotomie oder Laparoskopie? 32

Postpartale Vesikovaginalfistel: Lappenplastik verbessert Kontinenz 33

IM FOKUS 8

STENO 28

MED-INFO 34

IMPRESSUM 33

▶ **CME:** Zertifizierte Fortbildung: Fragebogen 35

DAS BEDEUTEN DIE SYMBOLE AM ANFANG DER QUELLE

- **A** Anwendungsbeobachtung
- **C** Fall-Kontroll-Studie
- **F** Fallbericht
- **K** Kohortenstudie
- **M** Metaanalyse
- **R** Randomisiert-kontrollierte Studie
- **S** Sonstige Studienarten
- **Ü** Übersicht

Titelbild: mauritius images, Africa Studio - fotolia.com, Alexander Raths - fotolia.com; Fotos auf dieser Seite: yourphototoday, Matthias Stolt - fotolia.com

©GFI. Der Medizin-Verlag

„Auftrags-“ und „Kindsmörder“

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen!

Sexueller Missbrauch von Kindern ist ein schreckliches Vergehen. Die Dunkelziffer ist groß, denn häufig sprechen die betroffenen Menschen nie über das, was ihnen angetan wurde – nicht im Kindesalter und auch nicht als Jugendliche oder Erwachsene. Manchen Betroffenen erscheint der Suizid als einziger Ausweg. Über den Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch in der Kindheit und einer späteren Suizidalität scheint es mittlerweile keine Zweifel mehr zu geben – einige aktuelle Veröffentlichungen konnten dies klar belegen: „Sexueller Missbrauch in der Kindheit erhöht das Risiko spätererer suizidaler Gedanken und von Suizidversuchen um das 1,4- bis 2,7-fache“ (*Thompson MP* et al., Child Care Health Dev 2018); „Emotionale Misshandlungen erhöhen das Suizidversuch-Risiko um fast das Dreifache, körperliche immerhin um fast das Doppelte“ (*Raleva M*, Psychiatr Danub 2018).

Am 10. Oktober dieses Jahres verglich Papst Franziskus Abtreibungen mit der „Inanspruchnahme von Auftragsmördern, um ein Problem zu lösen“. Diese in einer Generalaudienz bemühte Analogie wurde in der Öffentlichkeit, aber auch in gynäkologischen Fachkreisen heftig diskutiert. Wenn nun aber „in urbi et orbi“ ein Schwangerschaftsabbruch einem Auftragsmord gleichzusetzen wäre, welchem zusätzlichen Straftatbestand entspräche dann wohl – zuvor genannte Studien im Hinterkopf behaltend – ein klerikaler Kindsmissbrauch? Man wünschte sich hier weniger Unter-den-Teppich-Kehren und dafür mehr ebenso deutliche Worte und Analogien aus den Reihen der katholischen Kirche, wie sie zuletzt für den Schwangerschaftsabbruch gefunden wurden ...

Ihr

Dr. med. Christian Bruer
Chefredakteur
bruer@gfi-online.de

Diese Anzeige ist in der PDF-Version nicht verfügbar.

Anzeigenverwaltung:
Herr Alfred Neudert
Tel.: 089/436630-30
neudert@gfi-online.de

Geburtshilfe in Österreich

Zählt Erfahrung?

Auch geburtshilfliche Klinikabteilungen sind nur während der „Bürozeiten" voll besetzt. Nachts, an Wochenenden und Feiertagen stehen nur kleinere Teams bereit. Die Wehen Schwangerer kommen aber wann sie wollen.

Geburtshelfer aus der Steiermark wollten wissen, ob die asymmetrische Besetzung der Kliniken Einfluss auf das neonatale Outcome hat. Hierfür stellten zehn Krankenhäuser aus der Region Daten von 87 065 zwischen 2014 und 2015 entbundenen Neugeborenen zur Verfügung. Man ermittelte das Risiko für einen (sehr) ungünstigen kurzfristigen Geburtsverlauf, abhängig von der Zeit der Entbindung, dem Geburtendurchsatz und dem Alter des beteiligten Personals.

Die Wahrscheinlichkeit für sehr ungünstige postnatale Ereignisse war nachts (22 bis 7.30 Uhr) um 35% erhöht. Beim Vergleich von Werk- versus Wochenendtagen und Normal- versus Schichtdienst fand man keine signifikanten Unterschiede. Abteilungen mit 500 bis 1000 Entbindungen pro Jahr wiesen das niedrigste Risiko für schlechte Ergebnisse auf. Schwere und sehr schwere Komplikationen waren am seltensten bei Entbindungen, die von einer Hebamme geleitet wurden. Sie wurden seltsamerweise häufiger, je mehr Erfahrung die beteiligten Ärzte hatten. Handelte es sich allerdings um Babys mit a priori hohem Risiko, ging das Risiko für negative Ergebnisse zurück, wenn das Personal älter, also erfahrener, war und wenn in einem tertiären (höchstqualifizierten) Zentrum entbunden wurde.

Um die nächtlichen Defizite in der Versorgungsqualität auszugleichen, sollte aus Sicht der Autoren vor allem die Personalstärke über den Tagesverlauf ausgeglichen werden. **WE**

K Reif R et al.: Do time of birth, unit volume, and staff seniority affect ... BJOG 2018; 125: 884-91
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181340

Alternativmedizin in Norwegen

Frauen lieben CAM

Komplementäre und alternative Medizin (CAM) beinhaltet medizinische Maßnahmen, Praktiken und Produkte, die nicht zur klassischen Schulmedizin gehören. In Europa finden diese Methoden vor allem bei Frauen Anklang, so auch in Norwegen.

Befürworter von CAM machen nach Literaturangaben zwischen 2% und 49% der Patientenklientel aus (bezogen auf zwölf Monate). Typischerweise handelt es sich um gebildete junge bis mittelalte Frauen.

Im Rahmen einer gesundheitspolitischen „Marktanalyse" in Norwegen (TNS Gallup Health policy Barometer) befragte man 3702 Personen, ob sie CAM-Methoden ablehnten bzw. einsetzten, ggf. ausschließlich oder zusätzlich zu einem Kontakt mit einem Arzt. Für die Auswertung der Fragebögen blieben 1240 Männer und Frauen übrig. Das Alter reichte von 16 bis 92 Jahren.

90,2% der Teilnehmer würden im Falle einer behandlungsbedürftigen chronischen Erkrankung einen Dr. med. aufsuchen. Nur 9,8% würden zusätzlich einen Anbieter von CAM-Leistungen in Anspruch nehmen.

Diejenigen, die einen klassischen Arzt und zusätzlich einen CAM-Verteter aufsuchen würden, waren überwiegend Frauen im Alter unter 60 Jahren. Die Teilnehmer der Befragung vertrauten darauf, dass CAM nur von professionellen, gut geschulten Heilern angeboten wird. Sie waren außerdem der Meinung, dass Menschen, die sich an CAM-Provider wenden, ernsthaft krank sind und darauf hoffen, geheilt zu werden. Viele hatten von anderen gehört, dass andere Leute gute Erfahrungen mit einer solchen Behandlung gemacht hätten. **WE**

S Kristoffersen AE et al.: Prevalence and reasons for intentional use of complementary and alternative medicine as an adjunct to future visits to a medical doctor for chronic disease. BMC Complement Altern Med 2018; 18(1): 109
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181341

Neueste Studienergebnisse
tagesaktuell per E-Mail
Jetzt registrieren:
www.gyn-depesche.de/newsletter

Burger und Softdrink – ein gefährliches Duo

Wenn die Ernährung krank macht

Zur Gesundheit zwingen?

Die Fettsucht hat in den USA in 2015/2016 einen Rekordstand erreicht – 39,6% bei Erwachsenen, 18,5% bei Jugendlichen. Experten suchen nach Wegen, diese Entwicklung zu stoppen.

Experten zufolge stellen ernährungsbezogene Faktoren heute die häufigste Todesursache in den USA dar. Drei Experten machten angesichts dieser Sachlage im *JAMA* Vorschläge, wie die Politik reagieren sollte.

Der Faktor zuckersüße Getränke könnte angegangen werden, indem man diese mit einer Zuckersteuer belegt. Die FDA könnte auch einen hohen Zuckergehalt offiziell als gesundheitsschädlich erklären und eine Obergrenze vorschreiben. Beim Natrium ist die Lage ähnlich. Freiwillige Begrenzungen wurden in anderen Ländern wenig beachtet. Auch hier sollte es gesetzliche Obergrenzen in Fertigprodukten geben. Lebensmittel sollten leicht verständliche Etiketten mit den Ingredienzien tragen. Für Produkte, die für Kinder besonders schädlich sind, sollte die Werbung untersagt werden. Menschen mit geringem Einkommen sollten Beihilfen zum Kauf von Obst und Gemüse bekommen. In Restaurants sollten bekömmlichere Gerichte angeboten werden. Über die Massenmedien sollte eine gesunde Ernährung propagiert werden.

Die Autoren sind sich darüber im Klaren, dass die Lebensmittelindustrie gegen solche Vorschläge opponieren würde. Den Politikern sollte es dennoch ein Anliegen sein, sie in die Tat umzusetzen. **WE**

S Jacobson MF et al.: Potential policy approaches to address diet-related diseases. JAMA 2018; 320, 341-2
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181269

Foto: mostockfootage - fotolia.com

©GFI. Der Medizin-Verlag

HOLOGIC®
The Science of Sure

Endlich.

Die Co-Testung für Frauen ab 35 Jahren kommt!

Co-Testung zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs: Denn Frauen brauchen Sicherheit.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat einen wegweisenden Entschluss gefasst: Zukünftig haben Frauen ab 35 Jahren alle 3 Jahre Anspruch auf eine Co-Testung im Rahmen des Gebärmutterhalskrebs-Screenings. Dies beinhaltet eine zytologische Untersuchung und einen Test auf genitale Infektionen mit humanen Papillomaviren (HPV).

Eine gute Nachricht für alle Frauen, wie wir finden.

hologic.de | **germany@hologic.com**

ADS-01774-DEU-DE Rev.001 ©Hologic 2016. Inc. Hologic, Science of Sure und zugehörige Logos sind Marken oder eingetragene Marken von Hologic, Inc. und/oder verbundenen Unternehmen in den Vereinigten Staaten und/oder anderen Ländern. Alle anderen Marken gehören dem jeweiligen Eigentümer. Diese Informationen sind für Mediziner in den USA und anderen Märkten bestimmt und dienen, wo derartige Aktivitäten untersagt sind, nicht der Bewerbung von Produkten. Da Materialien von Hologic über Websites und eBroadcasts sowie auf Fachmessen verbreitet werden, ist eine Kontrolle, wo diese Materialien erscheinen, nicht immer möglich. Für detaillierte Informationen, welche Produkte im jeweiligen Land angeboten werden, wenden Sie sich bitte an Ihren zuständigen Hologic-Repräsentanten oder senden Sie uns eine E-Mail an germany@hologic.com.

LBC + HPV mRNA

Als Anti-Sturz-Training eignet sich nach einer randomisiert-kontrollierten Studie ein spezifisch auf die Sturzprophylaxe ausgerichtetes Tai-Chi-Training einmal pro Woche über eine Stunde besonders gut. Die im Median 77 Jahre alten Teilnehmer waren im vorausgegangenen Jahr gestürzt und nur eingeschränkt mobil. Nach sechs Monaten war die Sturzinzidenzrate in der Tai-Chi-Gruppe um 58% und in einer zweiten Interventionsgruppe mit einem multimodalen Training mit aeroben und Kraftelementen um 40% geringer als in einer Stretching-Kontrollgruppe. Tai Chi reduzierte die Sturzinzidenz gegenüber dem multimodalen Training noch einmal um 31%.

S *Li F et al.: Effectiveness of a therapeutic Tai Ji Quan intervention vs a multimodal exercise intervention to prevent falls among older adults at high risk of falling. A randomized clinical trial. JAMA Intern Med 2018; Epub Sept 1; doi: 10.1001/jamainternmed.2018.3915.*

Ein Rauchstopp gelingt Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) mit einer Nikotinersatztherapie etwa ebenso häufig wie mit einer Standardintervention mit Beratung und einer unterstützenden Hotline. In einer randomisiert-kontrollierten Studie hatten nach zwölf Monaten 12,2% der Patienten mit COPD bei Nikotinersatztherapie und 11,7% bei der Standardintervention dauerhaft mit dem Rauchen aufgehört. Bei denjenigen, die unter Nikotinersatz weiter rauchten, ließ sich allerdings keine verringerte Exposition mit Karzinogenen und Rauch feststellen.

R *Ellerbeck EF et al.: Effect of long-term nicotine replacement therapy vs standard smoking cessation for smokers with chronic lung disease. A randomized clinical trial. JAMA Network Open 2018; 1: e181843*

Schwere Arzneimittelnebenwirkungen an der Haut lassen sich teilweise vermeiden. Französische Wissenschaftler analysierten retrospektiv über 14 Jahre aufgetretene Fälle von Stevens-Johnson-Syndrom (SJS), toxischer epidermaler Nekrolyse (TEN) und Arzneimittelreaktionen mit Eosinophilie und systemischen Symptomen (DRESS) aus einem nationalen Krankenhausregister. Mehr als 50% der Fälle resultierten aus einer Therapie mit Antibiotika, Antikonvulsiva und Allopurinol. 23,9% der Fälle führten die Autoren auf eine ungeeignete Anwendung zurück – eine falsche Indikationsstellung oder die erneute Therapie mit einem Medikament oder einer Medikamentenklasse, bei dem bereits einmal eine Arzneimittelreaktion aufgetreten war. 14 dieser Patienten verstarben.

K *Chaby G et al.: Severe cutaneous adverse reactions due to inappropriate medication use. Br J Dermatol 2018; 179: 329-36*

PRAXIS-TIPP

Adipositas-Chirurgie

Mehr Beratung über postoperative Verhütung gewünscht

Nach einem bariatrischen Eingriff sollten Frauen mindestens ein Jahr nicht schwanger werden. Viele fühlen sich über die Risiken aber nicht ausreichend aufgeklärt.

Es wurden 363 Frauen zwischen 18 und 45 Jahren rekrutiert, die sich innerhalb der letzten zwei Jahre einer bariatrischen Operation in den USA unterzogen hatten. Jede Vierte gab an, in Zusammenhang mit dem Eingriff nicht über die Notwendigkeit einer effektiven Verhütung oder Vermeidung einer Schwangerschaft informiert worden zu sein. Von denen, die eine solche Aufklärung erhalten hatten, hätten sie sich 41% ausführlicher gewünscht. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle hatte der Chirurg das Thema angesprochen, bei jeweils gut einem Viertel der Frauen auch der Gynäkologe oder Hausarzt.

Zwei Drittel hatten in den ersten zwölf Monaten nach OP verhütet – die meisten mit Kondomen und/oder oralen Kontrazeptiva oder IUD. Vom Rest war nur jede Dritte nicht sexuell aktiv. Eine perioperative Beratung über Verhütung und Schwangerschaftsrisiken steigerte die Wahrscheinlichkeit einer Kontrazeption auf mehr als das Doppelte.

Kritisch beurteilten die Studienautoren den relativ hohen Anteil der Frauen (34%), die nach einem Roux-en-Y-Magenbypass die Pille einnahmen. Da orale Kontrazeptiva aufgrund der Malabsorption an Wirksamkeit einbüßen könnten, raten viele Experten von ihrem Einsatz nach entsprechenden Eingriffen ab. Nur ein Drittel der betroffenen Frauen konnte sich daran erinnern, dass dies im Beratungsgespräch diskutiert wurde. **CW**

S Mengesha BM et al.: Perioperative pregnancy interval, contraceptive counseling experiences ... Am J Obstet Gynecol 2018; 219: 81.e1-9

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181170

Pille im Langzyklus

Bei Anwenderinnen beliebt

Die monatlichen Entzugsblutungen bei Einnahme kombinierter oraler Kontrazeptiva (COC) empfinden viele Frauen als lästig und unangenehm. Ohne Pillenpause kommen sie oft besser zurecht, wie eine US-amerikanische Umfrage belegte.

In die repräsentative Umfrage flossen Daten von insgesamt 3876 COC-Anwenderinnen in den USA ein. 6,7% nahmen die Pille kontinuierlich über drei Monate ein, der Rest im normalen 21/7-Tage-Zyklus. Die Frauen, die nur vier Pillenpausen im Jahr einhielten, zeigten eine signifikant höhere Therapiezufriedenheit (6,1 vs. 5,8 Punkte auf einer Skala von 1 bis 7). Auch die Adhärenz war besser. Über starke Entzugsblutungen klagten beim Langzyklus 8,6% der Anwenderinnen, aber 13,0% bei monatlichen Unterbrechungen der Pilleneinnahme. Dysmenorrhoe und PMS-Beschwerden kamen bei der kontinuierlichen Administration ebenfalls tendenziell seltener vor.

Andere gesundheitliche Probleme wie Kopfschmerzen oder Schlafstörungen wurden bei den Langzyklus-Anwenderinnen häufiger diagnostiziert als in der Vergleichsgruppe. Dies führen die Autoren darauf zurück, dass die kontinuierliche Pilleneinnahme in solchen Fällen eher empfohlen wird. Auch das Fehlen signifikanter Unterschiede bei der Arbeitsproduktivität und bei gesundheitlich bedingten Aktivitätseinschränkungen lässt sich nach Ansicht der Autoren dadurch erklären.

Bei der Kontrazeptionsberatung sollte auch auf die COC-Administration im Langzyklus eingegangen werden, fordern die Autoren. Mögliche Vorteile für die Patientin sind seltenere Entzugsblutungen und die Reduktion von Menstruationsbeschwerden.

S Nappi RE et al.: Real-world experience of women using extended-cycle vs monthly-cycle combined oral contraception in the United States: ... BMC Womens Health 2018; 18(1): 22

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181177

©GFI. Der Medizin-Verlag

Diese Anzeige ist in der PDF-Version nicht verfügbar.

Anzeigenverwaltung:
Herr Alfred Neudert
Tel.: 089/436630-30
neudert@gfi-online.de

Endometriose

Schmerzbehandlung mit COC

Das Management von Endometriose wird kontrovers diskutiert. Kombinierte orale Kontrazeptiva (COC) werden in Leitlinien gegen Schmerzen bei Endometriose empfohlen und häufig als empirische Therapie eingesetzt.

Als Evidenz für diesen Behandlungsansatz identifizierten Autoren in einer Literaturrecherche 18 klinische Studien, die prospektiv waren, einen Arm mit ausschließlicher COC-Behandlung hatten und bei denen COC nicht als ergänzende Behandlung eingesetzt wurde.

Die Datenqualität war niedrig: Nur neun Studien waren randomisiert und kontrolliert: In zwei Studien führten COC zu einer signifikanten und klinisch relevanten Schmerzreduktion gegenüber Plazebo. Drei Studien berichteten unter zyklischen COC und GnRH-Analoga eine Schmerzlinderung ohne Angabe der Signifkanz, eine vierte Studie fand keine signifikanten Unterschiede. Eine weitere Arbeit ergab eine signifikante Schmerzlinderung unter beiden Therapien an, zeigte aber keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Regimen. In zwei weiteren Studien linderten kontinuierliche COC-Therapie und orales Progestin die Schmerzen. Beobachtungsstudien bestätigten die schmerzlindernde Wirkung von COC.

Insgesamt scheint eine zyklische oder kontinuierliche COC-Behandlung den Schmerz durch Endometriose also signifikant zu lindern und, wie die meisten Studien zeigten, auch die Lebensqualität zu steigern. Klinisch relevant waren die Verbesserungen bei Dysmenorrhoe, Beckenschmerzen sowie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr. Die Therapie mit COC wird auch in den neuen Leitlinien der European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) als First-line-Option empfohlen. **MR**

U Jensen JT et al.: Use of combined hormonal contraceptives for the treatment of endometriosis-related pain: ... Fertil Steril 2018; 110(1): 137-52

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181037

Verhütungsberatung

Beziehungsdauer wichtiger als Stabilität

Im Rahmen einer britischen Umfrage gaben 4456 sexuell aktive Frauen Auskunft über ihre Verhütungsgewohnheiten. Ziel war es, herauszufinden, welche Zusammenhänge zwischen der Kontrazeption und dem Alter sowie dem Beziehungsstatus bestehen.

Mit 26% waren hormonelle Methoden am beliebtesten. Bei den 16- bis 24-Jährigen verwendete fast jede zweite Frau die Pille, Hormonpflaster oder -injektionen. Mit zunehmendem Alter ging dieser Anteil zurück, während gleichzeitig mehr Frauen mit weniger sicheren Methoden oder überhaupt nicht verhüteten. Auf die Sterilisation als Kontrazeptionsmethode setzten bevorzugt reifere Frauen.

Bei den Jüngeren waren Barrieremethoden vor allem zu Beginn einer Beziehung beliebt, verloren aber mit zunehmender Dauer und Stabilität der Partnerschaft gegenüber der Pille an Bedeutung. Im Alter zwischen 25 und 34 Jahren stieg der Anteil der hormonellen Kontrazeptiva mit der Dauer der Partnerschaft, sank aber mit deren zunehmender Stabilität und bei zusammenwohnenden Paaren. Die Anwendung von Intrauterinsystemen zur Verhütung erwies sich bei Frauen zwischen 35 und 49 Jahren kurz nach dem Kennenlernen eines Partners am wahrscheinlichsten. In den anderen Altersgruppen hing der Gebrauch der Spirale dagegen nicht von der Art oder Dauer der Beziehung ab.

Insgesamt zeigte sich, dass die Beziehungsdauer von größerer Bedeutung für die Wahl des Verhütungsmittels war als deren Stabilität. Aus Sicht der Autoren lohnt es sich, diese Beziehungsparameter auch im Rahmen der Kontrazeptionsberatung zu berücksichtigen. **CW**

S Firman N et al.: Contraceptive method use among women and its association with age, relationship status and duration ... BMJ Sex Reprod Health 2018; 44: 165-74

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181182

PRAXIS-TIPP

Kombinierte Kontrazeptiva

Bei unreiner Haut auf Gestagen achten

Für viele Frauen ist es ein angenehmer Nebeneffekt der Pille, dass sie Akne und Menstruationsbeschwerden mildert. Entscheidend scheint dabei die Gestagenkomponente zu sein.

In einem Familienplanungszentrum der Universität von Bangkok bekamen 180 Frauen, die an Akne und Dysmenorrhoe litten, randomisiert ein orales Kontrazeptivum: Neben Ethinylestradiol (EE; 30 µg) enthielt es entweder 2 mg Chlormadinonacetat (CMA) oder 3 mg Drospirenon. Nach einem, drei und sechs Monaten wurde die Wirkung auf das Hautbild und die Menstruationsschmerzen beurteilt.

Sowohl die Anwenderinnen als auch ihre Behandler schätzten den Effekt der CMA-enthaltenden Pille besser ein. Nach einer sechsmonatigen Einnahme hatte sich die Zahl der Akneläsionen um 72,2% reduziert, mit dem Vergleichspräparat nur um 64,5%. Bei drei Viertel der Patientinnen klassifizierten die Mediziner das Hautbild nach der EE/CMA-Behandlung als sehr gut. In der EE/Drospirenon-Gruppe wurde dies nur bei jeder zweiten Frau erreicht. Von den Patientinnen selbst empfanden 66,3% versus 48,3% die Verbesserung als exzellent.

Hinsichtlich der Dysmenorrhoe berichteten fast alle Frauen beider Gruppen von einer Verbesserung. Unter dem EE/CMA-Präparat gaben sie aber im Schnitt früher eine deutliche Schmerzverbesserung und häufiger eine komplett schmerzfreie Blutungsphase zu Protokoll. **CW**

R Jaisamrarn U et al.: A comparison of combined oral contraceptives ... Contracept Reprod Med 2018; 3: 5

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181180

©GFI. Der Medizin-Verlag

Prämenstruelle Beschwerden

PMS: Pille, SRI oder Diät?

Die Ausprägung des prämenstruellen Syndroms (PMS) variiert von leichten Befindlichkeitsstörungen bis hin zu schweren, die Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit erheblich beeinträchtigenden Beschwerden. Der Katalog der therapeutischen Maßnahmen reicht von diätetischen und Verhaltensmaßnahmen über psychotrope Medikamente oder Hormone bis hin zur Chirurgie.

In einer großen Kohortenstudie wurden als häufigste Symptome des PMS Blähgefühl, Stimmungsschwankungen, Lethargie, Reizbarkeit, Brustspannen, Angstzustände und vermindertes Selbstwertgefühl genannt. Typischerweise beginnen die Beschwerden in der Lutealphase und klingen nach Beginn der Blutung ab. Die schwerste Form des PMS, die prämenstruelle dysphorische Störung (PMDS), gilt als eigenständige psychische Erkrankung.

Die Prävalenz des PMS wird mit 20 bis 30% aller Frauen im reproduktionsfähigen Alter angegeben, die der PMDS mit 1,2 bis 6,4%. Frauen mit weißer Hautfarbe sind häufiger betroffen als zum Beispiel Afroamerikanerinnen. In den verschiedenen Altersstufen bis zur Prämenopause ist die Prävalenz etwa gleichmäßig verteilt.

Belastung durch Aufgeblähtheit, Lethargie und Reizbarkeit u. a.

Hormonelles Ungleichgewicht

Obwohl klar ist, dass zyklische Veränderungen des Hormonspiegels etwas mit der Erkrankung zu tun haben, ist die genaue Ätiologie bisher unklar. Eine Theorie geht von einer pathologischen Antwort auf den Entzug oder auf den Anstieg von **Allopregnanolon** aus – einem Progesteron-Metaboliten und GABA-Agonisten. In Studien führte eine Blockade der Allopregnanolon-Produktion zur Linderung der PMS-Symptome.

Wahrscheinlich spielt auch ein veränderter **Serotoninstoffwechsel** eine Rolle – ähnlich wie bei Depressionen und Angststörungen. Dafür spricht u. a., dass der Entzug von Tryptophan, einer Vorstufe von Serotonin, Symptome provozieren kann.

RISIKOFAKTOREN

In Studien wirkte eine hohe Aufnahme von Thiamin, Riboflavin, Eisen pflanzlicher Herkunft und Zink protektiv, während Kalium das PMS-Risiko vergrößerte. Adipositas und das metabolische Syndrom erhöhten das Risiko ebenfalls, besonders ab einem BMI ≥27,5 kg/m². Auch früher sexueller Missbrauch, Traumata und Nikotinkonsum steigern die Erkrankungswahrscheinlichkeit. Eine familiäre Häufung wurde beobachtet. Die Komorbidität mit Depressionen und Angststörungen ist hoch.

Zahlreiche Therapie-Optionen

Oft wird **Sport** zur Besserung sowohl der psychischen als auch der physischen Beschwerden empfohlen. Die Evidenz hierfür ist allerdings mager. Studien weisen darauf hin, dass sich eine **Diät mit komplexen Kohlenhydraten in der Lutealphase** symptomlindernd auswirkt – vermutlich, weil sie die Konzentration an zentral verfügbarem Serotonin erhöht. Eine **kognitive Verhaltenstherapie** kann helfen, mit psychischen Problemen besser umzugehen. In einer randomisierten Studie fanden sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen mit Verhaltens- oder Fluoxetin-Therapie oder beidem.

Die Wirksamkeit von **Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern (SRI)** bei PMDS ist durch zahlreiche Studien belegt. Auch bei Frauen mit PMS-Beschwerden, die nicht die Kriterien einer PMDS erfüllen, können SRI hilfreich sein. Aufgrund ihres raschen Wirkeintritts kann die Administration kontinuierlich erfolgen oder auf die zweite Zyklushälfte beschränkt werden.

Kombinierte orale Kontrazeptiva (COC) werden häufig zur Behandlung des PMS eingesetzt. Es gibt jedoch bemerkenswert wenige klinische Studien, die ihre Wirksamkeit stützen. Verlässliche Daten existieren nur für die Kombination von 3 mg Drospirenon und 20 µg Ethinylestradiol (EE), die sich bei einer 24-tägigen Einnahme mit viertägiger Pause als wirksam zur Behandlung der PMDS erwies. Das verkürzte hormonfreie Intervall scheint dabei von entscheidender Bedeutung zu sein, da das gleiche Präparat bei der üblichen 21-tägigen Gabe keine signifikante Wirkung zeigte. Die kontinuierliche Einnahme von 90 µg Levonorgestrel/20 µg EE linderte die Symptome ebenfalls. Andere Studien mit Levonorgestrel brachten dagegen keine überzeugenden Ergebnisse. Ob weitere Kombinationspräparate für die Therapie von PMS und PMDS geeignet sind, lässt sich derzeit nicht sicher beurteilen. Auch für den Einsatz von Östrogenen oder Progesteron alleine gibt es wenig Evidenz.

Die kontinuierliche Administration von **GnRH-Analoga** – typischerweise als monatliche Injektion von 3,75 mg Leuprorelin-Acetat – erwies sich in Studien ebenfalls als wirksam. Wegen der mit dem Östrogenentzug verbundenen Nebenwirkungen und den hohen Kosten bleibt diese Möglichkeit jedoch besonders schweren Fällen vorbehalten. Empfohlen wird ein Therapieversuch mit GnRH-Analoga außerdem vor einer geplanten Hysterektomie und bilateraler Salpingo-Oophorektomie zur endgültigen Ausschaltung des Hormonzyklus.

Komplementäre Maßnahmen

Aus dem Bereich der komplementären Therapieansätze gibt es ebenfalls gute Evidenz für die Wirksamkeit einiger Substanzen. Am besten untersucht ist der Einsatz von **Vitamin B6 (Pyridoxin)**, das in einem Review in Dosierungen von bis zu 100 mg pro Tag einen Benefit zeigte. Allerdings war die Qualität der meisten Studien gering. Sicherheitsbedenken bestehen bei Dosierungen >200 mg pro Tag, da das Risiko peripherer Neuropathien besteht.

Mönchspfeffer-Extrakt (Vitex agnus-castus) erwies sich in Dosierungen von 20 bis 40 mg pro Tag in 17 Studien als wirksamer als Plazebo. Auch diese waren jedoch überwiegend von geringer Qualität.

Johanniskraut (Hypericum perforatum) zu 900 mg/Tag konnte in einer Doppelblindstudie mit 36 Patientinnen Beschwerden wie Blähungen, Abgeschlagenheit und Kopfschmerzen signifikant verringern. Andere Symptome blieben dagegen unbeeinflusst.

Auch **Ginkgo-biloba-Extrakt** reduzierte bei einer dreimal täglichen Einnahme in der Lutealphase bereits im ersten Zyklus die Beschwerden signifikant stärker als Plazebo.

Foto: Africa Studio - fotolia.com

Erfolgversprechend scheint auch der Einsatz von **Kalzium**. Studien belegen, dass PMS-Patientinnen einen geringen Kalziumspiegel aufweisen und möglicherweise an sekundärem Hyperparathyroidismus leiden. Die Supplementierung von mindestens 500 mg täglich bewirkte bei Frauen mit mittelschwerem bis schwerem PMS eine signifikante Reduktion der Symptome. In einer kleineren Studie zeigte es aber eine geringere Wirkung als Fluoxetin.

Wann hilft was?

Als PMS-Erstlinientherapie empfehlen die Autoren Sport, Vitamin B6 (100 mg/Tag), Kalzium (1000 mg/Tag), eine Diät mit vielen komplexen Kohlenhydraten in der Lutealphase und kognitive Verhaltenstherapie. Bei stärkeren Symptomen raten sie zu oralen Kontrazeptiva mit verkürzter Einnahmepause – bevorzugt Drospirenon/EE. Wenn diese nicht zum Erfolg führen oder die Patientin keine Verhütung wünscht, können SRI verordnet werden. Bei einem regelmäßigen Zyklus kann man sie intermittierend mit dem Beginn der Symptome oder nach der Ovulation einsetzen. Frauen mit starken Beschwerden profitieren aber offenbar eher von einer dauerhaften Einnahme. **CW**

Ü Yonkers KA et al.: Premenstrual disorders. Am J Obstet Gynecol 2018; 218: 68-74

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/180989

Frage 1: Risikofaktor für PMS ist

- ☐ **A** ein BMI <27,5 kg/m²
- ☐ **B** regelmäßige Zink-Einnahme
- ☐ **C** Nikotinkonsum
- ☐ **D** Untergewicht
- ☐ **E** keine Aussage trifft zu

Frage 2: Bei Gabe von COC sollte

- ☐ **A** die Pillenpause verkürzt werden
- ☐ **B** das Präparat östrogenfrei sein
- ☐ **C** kein Drospirenon enthalten sein
- ☐ **D** die Pillenpause verlängert werden
- ☐ **E** Levonorgestrel bevorzugt werden

Frage 3: Eine hilfreiche Maßnahme

- ☐ **A** ist Sport
- ☐ **B** ist die Supplementation von Vit.-B6
- ☐ **C** ist die Gabe von Kalzium
- ☐ **D** ist die Therapie mit Mönchspfeffer
- ☐ **E** alle Aussagen treffen zu

Bitte vermerken Sie Ihre Antworten auf Seite 35 im Heft oder unter www.gyn-depesche.de/cme.

Dysmenorrhoe

Spielt die Ernährung eine Rolle?

Die Mehrzahl junger Frauen klagt über Schmerzen während der Menstruation. Prostaglandine, die in den Uterus abgegeben werden, spielen dabei eine wichtige Rolle. Zur Linderung werden NSAR eingesetzt; auch die orale Kontrazeption ist ein Mittel dagegen.

Risikofaktoren für Menstruationsschmerzen sind Alter <30 Jahre, ein BMI <20 kg/m², eine frühe Menarche, abnorme Blutungen, lange Menstruationszyklen, Dysmenorrhoe in der Familienanamnese und Stress. Man nimmt an, dass viel Fisch, Obst und Ballaststoffe zu einer Minderung der Beschwerden beitragen.

Genaueres über den Zusammenhang zwischen der Ernährungsweise und den Menstruationsbeschwerden versuchten iranische Forscher in einer Fall-Kontroll-Studie herauszufinden. Hierfür erfassten sie das Ernährungsmuster von 46 Frauen mit mäßiggradigen bis schweren Menstruationsbeschwerden und 54 Teilnehmerinnen ohne Dysmenorrhoen. Die Frauen folgten im Wesentlichen einer lakto-vegetarischen Ernährung oder einer durch Snacks dominierten Ernährungsweise oder einer mit gemischten Ingredienzien.

Frauen, die viele Snack-Produkte aßen, hatten ein um den Faktor 4,23 bzw. 3,41 erhöhtes Risiko für schwere oder sehr schwere Dysmenorrhoe, verglichen mit geringerem Snack-Verzehr innerhalb dieses Ernährungsmusters. Mit den beiden anderen Ernährungskategorien wurden keine Assoziationen zu den Menstruationsbeschwerden hergestellt. Das galt auch für die lakto-vegetarische Gruppe, obwohl in einer anderen Arbeit ein lindernder Effekt einer fettarmen vegetarischen Ernährung registriert wurde. In der iranischen Studie war die lakto-vegetarische Kost allerdings fettreich, da sie Milchprodukte und Nüsse enthielt. **WE**

K Najafi N et al.: Major dietary patterns in relation to menstrual pain: a nested case control study. BMC Womens Health 2018; 18: 69

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181353

PRAXIS-TIPP

Prämenstruelles Syndrom

Fitnesstraining lindert Beschwerden

Viele Frauen leiden wiederkehrend am prämenstruellen Syndrom (PMS). Sportliche Betätigung kann die Beschwerden bessern.

Die Symptomatik des PMS ist vielfältig und umfasst Unterbauch-, Brust-, Kopf-, Rücken-, Gelenk- und Muskelbeschwerden, Gewichts- und Appetitschwankungen, Verdauungsstörungen sowie psychische Manifestationen. Iranische Forscher untersuchten, inwiefern ein achtwöchiges aerobes Training die Symptomatik lindern kann.

Die Teilnehmerinnen waren 65 Studentinnen mit regelmäßigem Zyklus und PMS-Beschwerden. Eine Schwangerschaft, die Teilnahme an anderen Sportaktivitäten, chronische Erkrankungen, eine dauerhafte Medikamenteneinnahme, eine Hormontherapie sowie neurologische, endokrinologische und psychiatrische Erkrankungen stellten Ausschlusskriterien dar. Etwa die Hälfte der Frauen führten nach Anleitung dreimal pro Woche ein jeweils 30-minütiges aerobes Gymnastikprogramm durch. Während der Intervention protokollierten die Frauen die Trainingsintensität und ihre PMS-Symptome. Die Frauen der Kontrollgruppe nahmen an keinem sportlichen Training teil, sondern zeichneten lediglich ihre täglichen Aktivitäten sowie ihre Symptomatik auf.

Nach Ende der achtwöchigen Phase berichteten die sportlich aktiven Probandinnen eine signifikante Verbesserung verschiedener körperlicher PMS-Beschwerden wie Kopfschmerzen, Übelkeit, Obstipation und Diarrhoe. Auch Brustbeschwerden, Flushes, Appetitsteigerung und abdominales Blähgefühl gingen durch das Training zurück. **LO**

R Mohebbi Dehnavi Z et al.: The effect of 8 weeks aerobic exercise on severity of physical symptoms of premenstrual syndrome: a clinical trial study. BMC Womens Health 2018; 18(1): 80

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181346

®GFI. Der Medizin-Verlag

Kinderwunsch

Männer können mehr beitragen

Die Schlafdauer Erwachsener hat in den USA in den letzten Jahren beträchtlich abgenommen. Bis zu 30% der Bürger schlafen weniger als sieben Stunden. Das wirkt sich ungünstig auf Körpergewicht, KHK-Risiko und Mortalität aus.

Epidemiologische Daten sprechen dafür, dass Schlafmangel bei Männern mit einer verminderten Spermienzahl einhergeht. Studien zufolge sind Schlafstörungen mit verminderter Spermienkonzentration und einem verringertem Anteil normaler Spermatozoen assoziiert.

In einer Online-Erhebung untersuchte man nun die Auswirkungen der Schlafdauer von Männern bei Paaren aus den USA und Kanada, die einen Kinderwunsch realisieren wollten. Dazu erfragte man die mittlere Schlafdauer der Männer und erfasste alle acht Wochen den Schwangerschaftsstatus, bis zu zwölf Monate lang oder bis zur Konzeption.

Die mittlere Wahrscheinlichkeit einer Konzeption in einem Menstruationszyklus (fecundity ratio) sank verglichen mit acht Stunden Nachtschlaf bei <6 h Schlaf um 38% und um 27% bei >9 h. Die Zusammenhänge waren bei Männern, die schon Kinder gezeugt hatten, besonders ausgeprägt.

Eine Anpassung einer zu kurzen oder zu langen Schlafdauer könnte aus Sicht des Autors daher eine einfache Alternative zu aufwändigen Fertiltätsuntersuchungen und -therapien darstellen. **WE**

Neueste Studienergebnisse
tagesaktuell per E-Mail
Jetzt registrieren:
www.gyn-depesche.de/newsletter

K Wise LA et al.: Male sleep duration and fecundability in a North American preconception cohort study. Fertil Steril 2018; 109: 453-9

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181350

Schwanger werden nach Fehlgeburt

Inflammation begünstigt Subfertilität

Systemische Entzündungsreaktionen prädisponieren möglicherweise für eine Subfertilität. Betroffen sind dabei offenbar nicht nur Patientinnen mit reproduktiven Pathologien, sondern auch gesunde Frauen.

Dies zeigt eine Datenanalyse der EAGER-Studie, in der zwischen 2007 und 2012 Frauen im Alter zwischen 18 und 40 Jahren mit regelmäßigem Zyklus eingeschlossen waren. Sie alle hatten nach ein oder zwei Fehlgeburten versucht, erneut spontan schwanger zu werden. Für die aktuelle Auswertung wurden die Behandlungsdaten von 572 Frauen der Plazebogruppe, die keine medikamentöse Therapie erhalten hatte, analysiert.

Alle Frauen wiesen zu Studienbeginn mäßig erhöhte Werte im hochsensitiven C-reaktiven Protein (hsCRP) auf (<10 mg/l). Sie nutzten einen Fertilitätsmonitor sowie Urin-Schwangerschaftstests und wurden über bis zu sechs Menstruationszyklen nachbeobachtet. Anovulatorische Zyklen wurden anhand der Urinkonzentration von Pregnandiol-3-Glukuronid, dem Eintreten einer Schwangerschaft sowie dem Auftreten eines LH-Peaks erfasst.

Insgesamt werteten die Wissenschaftler 2022 Zyklen aus. Während des Studienzeitraums traten 348 Schwangerschaften ein. Ein höherer hsCRP-Wert ging – unter Berücksichtigung verschiedener demografischer und reproduktiver Variablen – mit einer signifikant geringeren Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft einher. Bei zusätzlicher Adjustierung bezüglich des BMI verlor dieser Zusammenhang jedoch seine Signifikanz. Im Hinblick auf das Risiko für anovulatorische Zyklen ließ sich kein signifikanter Zusammenhang mit dem hsCRP-Wert nachweisen.

Gesunde fertile Frauen, folgern die Wissenschaftler, haben bei einer subakuten systemischen Inflammation geringere Chancen auf eine Schwangerschaft. Dies ist aber offenbar nicht auf anovulatorische Effekte zurückzuführen, sondern scheint vielmehr im Zusammenhang mit dem BMI zu stehen. **LO**

K Radin RG et al.: C-Reactive protein in relation to fecundability and anovulation among eumenorrheic women. Fertil Steril 2018; 109(2): 232-9.e1

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181347

PRAXIS-TIPP

Intrauterine Insemination

Mehr Erfolg ohne Zervikalschleim

Wird bei der In-vitro-Fertilisation bzw. der intrazytoplasmatischen Spermieninjektion vor dem Embryotransfer der Zervikalschleim entfernt, steigt die Chance auf eine Schwangerschaft. Für die intrauterine Insemination scheint dies ebenfalls zu gelten.

Ägyptische Forscher untersuchten 714 Paare mit ätiologisch unklarer primärer Sterilität. Ausschlusskriterien waren eine verminderte Ovarreserve, persistierende Ovarialzysten sowie eine vorangegangene intrauterine Inseminationsbehandlung. In allen Fällen erfolgte eine ovarielle Stimulation mit humanem menopausalem Gonadotropin sowie die Ovulationsinduktion mit hCG. Die intrauterine Insemination fand 36 bis 40 Stunden nach der hCG-Injektion statt. Bei etwa der Hälfte der Studienteilnehmerinnen wurde vor dem Einführen des Inseminationskatheters der Zervikalschleim mit Hilfe eines weiteren Katheters sowie eines Kochsalz-getränkten Wattetupfers entfernt. In der Kontrollgruppe wurde lediglich der äußere Muttermund mit Kochsalzlösung abgetupft. Alle Frauen erhielten eine Lutealphasenunterstützung mit vaginalem Progesteron.

666 Behandlungszyklen konnten vollständig ausgewertet werden. Nach Entfernung des zervikalen Mukus betrug die Rate klinischer Schwangerschaften 31,0%, in der Kontrollgruppe nur 21,8% (p=0,005). Auch hinsichtlich der Rate andauernder Graviditäten (27,1 vs. 18,7%) sowie der Lebendgeburtenrate (26,9 vs. 18,7%) erwies sich die Zervixreinigung als signifikant vorteilhaft.

Bei Kinderwunschpaaren mit primärer Sterilität unklarer Genese, so das Fazit der Studieninitiatoren, kann die Entfernung des Zervikalschleims möglicherweise den Behandlungserfolg der intrauterinen Insemination verbessern. **LO**

R Maher MA et al.: Cervical mucus removal prior to intrauterine insemination: a randomized trial. BJOG 2018; 125(7): 841-7

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181345

„ICH BIN RICHTIG ANGEMACHT. OFFENBAR WURDE ICH IN EINER EROGENEN ZONE GETROFFEN."

Menstruationszyklus

Eisprung lässt Männerhormone kalt

Beeinflusst der Menstruationszyklus der Partnerin den männlichen Testosteronspiegel?

Bei 48 heterosexuellen Paaren wurde 120 Tage lang aus morgendlichen Speichelproben der Testosteronspiegel des Mannes gemessen. In einem Tagebuch vermerkten die Teilnehmer außerdem alle Tätigkeiten, die den männlichen Hormonhaushalt beeinflussen könnten – dazu zählten etwa Geschlechtsverkehr, Masturbation, sportliches Training oder Krankheiten.

Zusätzlich protokollierten ihre Partnerinnen den Beginn ihrer Menstruationsblutung und bestimmten anhand eines LH-Urintests den Ovulationszeitpunkt. Vorerkrankungen oder die Einnahme von Medikamenten mit hormoneller Wirkung waren ausgeschlossen.

Ein Effekt der Ovulation auf den männlichen Testosteronspiegel konnte jedoch nicht nachgewiesen werden. Ebenso wenig zeigte sich bei Männern, die an Akne litten, eine Verschlechterung des Hautbildes in Abhängigkeit vom Menstruationszyklus ihrer Frau – was man als Zeichen einer erhöhten Androgenaktivität hätte werten können.

Für die Studienautoren war dies ein überraschendes Ergebnis. Denn in früheren experimentellen Studien hatten sie bei einem Teil der Männer zum Zeitpunkt des Eisprungs ihrer Sexualpartnerin einen Anstieg im Testosteronwert beobachtet, bei anderen Männern dagegen einen Rückgang. Auch aus dem Tierreich ist bekannt, dass sich der männliche Hormonspiegel in der fruchtbaren Phase des Weibchens verändert. **CW**

S Ström Jo et al.: Male testosterone does not adapt to the partner's menstrual cycle. J Sex Med 2018; 15: 1103-10

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181173

Umfrage

Lustvollere Orgasmen durch Selbstbefriedigung

Italienische Autoren testeten mithilfe eines „Orgasmometers", welche Faktoren die Intensität des weiblichen Höhepunkts beeinflussen.

Insgesamt 526 Frauen füllten im Internet einen Fragebogen zu ihrer Sexualfunktion (Female Sexual Function Index, FSFI) aus und bewerteten anhand einer zehnstufigen visuellen Analogskala die Intensität ihres Orgasmus in den letzten sechs Monaten. Dieses „Orgasmometer" hatte seine psychometrische Zuverlässigkeit zuvor bereits in der Andrologie unter Beweis gestellt und sollte nun für das weibliche Geschlecht validiert werden.

Bei 112 Teilnehmerinnen wurde aufgrund eines pathologischen FSFI-Scores eine sexuelle Dysfunktion diagnostiziert. Diese Frauen bewerteten ihren Orgasmus signifikant weniger intensiv als in der Kontrollgruppe (mittlerer Orgasmometer-Wert 5,24 versus 6,71). Von den sechs Subskalen des FSFI offenbarten die Scores für Lubrikation, Orgasmus und Befriedigung eine signifikante Korrelation mit der subjektiven Orgasmusstärke. Niedrige Werte in den Bereichen Libido, sexuelle Erregung und Schmerzen wirkten sich dagegen nicht negativ aus. Auch der Beziehungsstatus beeinflusste die Wahrnehmung des sexuellen Höhepunktes nicht.

Einen positiven Effekt zeigte dagegen die Masturbationshäufigkeit: Frauen, die sich mindestens einmal wöchentlich selbst befriedigten, empfanden ihren Orgasmus signifikant intensiver. Offensichtlich können autoerotische Erfahrungen dazu beitragen, die Klimax der Lust zu steigern. **CW**

S Mollaioli D et al.: Validation of a Visual Analogue Scale to measure the subjective perception of orgasmic intensity in females: The Orgasmometer-F. PLoS One 2018; 13: e0202076

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181168

PRAXIS-TIPP

Nur ein Mythos?

Schwangerschaft bremst sexuelle Erregung

Es existieren viele Mythen darüber, wie sich das Sexualleben in der Schwangerschaft verändert. Eine große Querschnittsstudie bringt Licht ins Dunkel.

In acht Kliniken im Kosovo ließ man 1510 Schwangere einen validierten Fragebogen (Pregnancy Sexual Response Inventory, PSRI) über ihr Sexualleben ausfüllen. Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmerinnen befand sich im dritten Trimenon und war zwischen 18 und 35 Jahre alt. Zwei von drei der befragten Frauen hatten ihre Schwangerschaft geplant.

Der Anteil derjenigen Frauen, die mit ihrem Sexualleben unzufrieden waren, stieg während der Gravidität von 7,9 auf 18,6%. Insbesondere die Orgasmusfähigkeit schien zu leiden: Vor der Konzeption kamen 38,0% der Befragten häufig zum Höhepunkt, während der Schwangerschaft waren es dagegen nur noch 22,5%. Gleichzeitig kletterte die Rate der Frauen, die selten oder nie einen Orgasmus erlebten, von 9,6 auf 16,4%.

Auch das Ausmaß der sexuellen Erregung wurde signifikant geringer beurteilt. Die Frequenz des Geschlechtsverkehrs blieb stabil, wenn dieser vor der Schwangerschaft zweimal wöchentlich stattfand. Allerdings stieg mit der Schwangerschaft die Zahl der Frauen, die seltener mit ihrem Partner schliefen, während der Anteil derjenigen, die dies häufiger taten, zurückging.

An Dyspareunie litten während der Gravidität zwar etwas mehr Frauen als zuvor, der Unterschied war jedoch nicht signifikant. Auf das sexuelle Verlangen wirkte sich die Schwangerschaft nicht negativ aus.

Eine häufig festgestellte Ursache für Veränderungen des Sexuallebens während der Schwangerschaft ist die Angst vor einer Fehl- oder Frühgeburt. Eventuelle sexuelle Probleme sollten daher gezielt in der Schwangerenbetreuung angesprochen werden. **CW**

S Fejza H et al.: Assessing the impact of pregnancy on sexuality ... Adv Sex Med 2018; 8: 15-24

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181166

®GFI. Der Medizin-Verlag

Diese Anzeige ist in der PDF-Version nicht verfügbar.

Anzeigenverwaltung:
Herr Alfred Neudert
Tel.: 089/436630-30
neudert@gfi-online.de

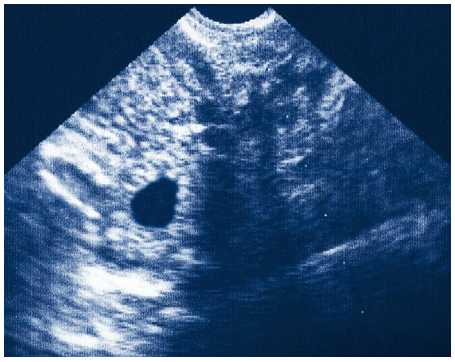
Schwangerschaft mit unbekannter Lokalisation

Wie schätzt man die Prognose ab?

Wenn sich der Verdacht auf ektopische Schwangerschaft auftut, gilt es, den Verlauf und die Risiken einzuschätzen. Dazu werden unterschiedliche Protokolle für das Vorgehen angewendet. Ein internationaler Konsens besteht darüber bisher nicht.

Schmerzen und vaginale Blutungen sind ein häufiges Problem in der Frühschwangerschaft. Wenn bei einer Frau der Schwangerschaftstest positiv ist, mittels transvaginalem Ultraschall aber keine Gravidität lokalisiert werden kann, muss man eine ektope Gravidität befürchten.

Die Häufigkeit einer PUL *(pregnancy of unknown location)* hängt von der untersuchten Population ab und von der Qualität des Ultraschalls (bzw. des Beurteilers). Die Angaben in der Literatur reichen von 5 bis 42%.



Manchmal liegt der Embryo extrauterin

Das Schicksal der betroffenen Fälle kann man einteilen in 1) doch eine uterine Schwangerschaft (mit lebensfähigem oder nicht lebensfähigem Fetus), 2) eine fehlgeschlagene PUL (Lokalisation nie definiert, aber ein hCG-Verlauf wie bei dem Fehlschlag einer Schwangerschaft), 3) eine definierte Extrauteringravidität (mittels Ultraschall aufgefunden oder gemäß der pathologischen Untersuchung nach chirurgischem Eingriff), 4) eine persistierende PUL (keine Lokalisation, aber Auf- oder Abwärtsbewegungen des Serum-hCG von weniger als 15% bei drei innerhalb von jeweils 48 Stunden abgenommenen Blutproben).

Ein Blick auf das hCG

Die Behandlung betroffener Frauen richtet sich nach der Einschätzung ihres Risikos für klinische Komplikationen. Für diesen Zweck wurden diverse Protokolle publiziert. Die meisten basieren auf der Interpretation der hCG-Spiegel. Manche legen *einen* hCG-Grenzwert zugrunde, andere die hCG-Ratio (Verhältnis des Wertes nach 48 Stunden zum Ausgangswert). Auch andere Biomarker wurden geprüft, wie Progesteron, neue Serumparameter, das Ausmaß der vaginalen Blutungen und die sonographisch bestimmte Endometriumsdicke. Niemand weiß, welches Protokoll das beste ist.

Das „M4-Modell"

Eine Arbeitsgruppe aus England, Belgien und den Niederlanden hat schon vor einiger Zeit ein „M4-Modell" publiziert (http://www.earlypregnancycare.com/m4triage). Mit diesem werden Frauen mit PUL in eine hohe oder niedrige Risikogruppe bezüglich des weiteren Verlaufs eingeteilt. Dabei fließen in eine logistische Regressionsanalyse zwei Parameter ein: der Mittelwert aus zwei aufeinanderfolgenden hCG-Werten und die hCG-Ratio.

Protokolle im Vergleich

Jetzt analysierten die Autoren anhand der Literatur, wie die bisher publizierten Protokolle in der Risikovorhersage im Vergleich abschneiden. Dazu wurden 43 geeignete Studien ausgewertet. Als hohes Risiko galt eine etablierte Extrauteringravidität, als niedriges eine fehlgeschlagene PUL oder eine uterine Schwangerschaft. Als Maß für die Vorhersagekraft diente die AUC *(Area under the Receiver Operating characteristics).*

Für folgende vier Methoden wurde die Qualität der Vorhersage ermittelt: 1) ein einzelner hCG-Wert mit einem bestimmten Cut-off, 2) die hCG-Ratio, 3) eine Progesteron-Messung mit definiertem Grenzwert und 4) das M4-Modell. Für sie ergaben sich als AUC 0,42 (1), 0,69 (2), 0,69 (3) und 0,87 (4).

Im Ergebnis wiesen alle geprüften Protokolle für die Prognostik bei PUL gewisse Schwächen auf. Diejenigen, denen die hCG-Ratio oder eine Progesteron-Einzelmessung zugrunde lagen, sagten die Lebensfähigkeit des Fetus relativ gut voraus, aber wenig verlässlich das Vorliegen einer ektopen Schwangerschaft. Insgesamt schien das M4-Modell die beste Zuverlässigkeit aufzuweisen.

GROSSE VARIABILITÄT

Ein Kommentator vom King's College in London begrüßt den „Versuch" der Kollegen, die verschiedenen Strategien zur Triage von Patientinnen mit PUL zu vergleichen. Viele Frauen seien erstaunt zu erfahren, dass der simple Schwangerschaftstest sensitiver eine Gravidität anzeigt als die Ultraschalluntersuchung. So lange das aber so ist, müssen Frühschwangerschafts-Abteilungen sehr viel Arbeit in das Management von Frauen mit PUL investieren.

Das beste Protokoll für die klinische Praxis auszuwählen, ist problematisch, weil es enorme Unterschiede in der Betreuung früher Schwangerschaften gibt. Oft können Zentren den Aufwand, wie er in Studien generiert wurde, nicht betreiben. Vielerorts müssen Frühschwangerschafts-Abteilungen überhaupt erst noch eingerichtet werden. Die Variation bei der Ultraschall-Diagnose intrauteriner Schwangerschaften ist groß, wie auch die Fähigkeit, ektope Graviditäten aufzuspüren. Dazu kommen Probleme mit der Compliance der Patientinnen und der Mangel an qualifizierten Experten. Letztlich muss jede Klinik nach einer ihr angemessenen Strategie suchen.

Ross JA: Diagnostic protocols for the management of pregnancy of unknown loacation. BJOG 2018; Ebd. 15441

Ein solches Management-Protokoll muss generell anwendbar sein. Nach Muticenterstudien scheint das für das M4-Protokoll zuzutreffen. Solche Protokolle sollten weiter verbessert und in der Praxis angewandt werden, um das Management von PUL zu optimieren. **WE**

M Bobdiwala S et al.: Diagnostic protocols for the management of pregnancy of unknown location: a systematic review and meta-analysis. BJOG 2018; Epub Aug 21; doi: 10.1111/1471-0528.15442

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181308

Frage 4: Bei PUL

- ☐ **A** ist der Schwangerschaftstest negativ
- ☐ **B** ist immer Abruptio indiziert
- ☐ **C** ist Hysteroskopie indiziert
- ☐ **D** ist die Prognose unsicher
- ☐ **E** handelt es sich stets um Ektopie

Frage 5: Zur Prognoseabschätzung

- ☐ **A** dienen innovative Serummarker
- ☐ **B** eignet sich das M4-Modell
- ☐ **C** misst man Östrogene seriell
- ☐ **D** hat das Serum-hCG keinen Nutzen
- ☐ **E** ist das CRP am geeignetsten

Bitte vermerken Sie Ihre Antworten auf Seite 35 im Heft oder unter www.gyn-depesche.de/cme.

Foto: yourphototoday

®GFI. Der Medizin-Verlag

Diese Anzeige ist in der PDF-Version nicht verfügbar.

Anzeigenverwaltung:
Herr Alfred Neudert
Tel.: 089/436630-30
neudert@gfi-online.de

PRAXIS-TIPP

Risiko für Typ-1-Diabetes

Frühgeburt und hohes Geburtsgewicht

Das Risiko eines Kindes, einen Typ-1-Diabetes zu entwickeln, wird nur zu etwa 40% durch genetische Faktoren bestimmt. Der Rest lässt sich zumindest teilweise durch frühe Umwelteinflüsse wie Zeitpunkt und Gewicht bei der Geburt erklären.

Wie genau diese Faktoren das Risiko für Typ-1-Diabetes beeinflussen, untersuchte eine Forschergruppe an der Oxford University im Rahmen einer umfassenden Datenanalyse. Sie verlinkten die Gesundheitsdaten von allen zwischen 1998 und 2012 im UK geborenen Kindern mit ihren zugehörigen Müttern (insgesamt über 3,8 Millionen Mutter-Kind-Paare).

Im Schnitt brachten die Kinder bei ihrer Geburt 3370±494 g auf die Waage. Das mediane Geburtsalter betrug 40 Wochen. Knapp 3000 Kinder entwickelten im untersuchten Zeitraum im Alter von >9 Monaten einen Typ-1-Diabetes (Inzidenzrate 12,3 pro 100 000 Personenjahre). Unter Berücksichtigung verschiedener Einflussfaktoren, z. B. Gewicht und Diabetes-Status der Mutter, trugen früh (vor der 37. SSW) bzw. frühzeitig (in der 37. oder 38. SSW) geborene Kinder ein um 20 bis 25% höheres Risiko für Typ-1-Diabetes als voll ausgetragene Kinder. Das absolute Geburtsgewicht war nicht mit dem Auftreten von Typ-1-Diabetes assoziiert, wohl aber das nach dem Geburtsalter korrigierte Geburtsgewicht. Lag es bei 3500 bis 4000 g oder sogar darüber, stieg das Diabetesrisiko um 10 bis 15%. Pro 500-g-Einheit berechneten die Forscher einen Risikoanstieg um 8%. Ein sehr geringes nach dem Geburtsalter adjustiertes Geburtsgewicht von unter 2500 g war dagegen mit einem um 20% geringeren Risiko verbunden.

Somit bestätigen die Ergebnisse die Vermutung, dass die Serokonversion zur krankheitsentscheidenden Autoantikörper-Positivität bei genetisch für Typ-1-Diabetes anfälligen Individuen stark von deren Geburtsumständen beeinflusst wird. **OH**

K Goldacre RR et al.: Associations between birthweight, gestational age at birth and subsequent type 1 diabetes in children unter 12: a retrospective cohort study in England, 1998-2012. 2018; 61: 616-25

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181021

Kontinuierliches Glucosemonitoring bei Neugeborenen

Es ist noch ein weiter Weg!

Eine neonatale Glucoseinstabilität, einschließlich Hypoglykämie und Hyperglykämie, wird mit einer schlechteren Neuroentwicklung des Kindes in Verbindung gebracht. Das Interesse an einer routinemäßigen klinischen Anwendung der kontinuierlichen Glucosekontrolle (CGM) bei Frühgeborenen ist entsprechend hoch.

Bei Erwachsenen ist die CGM gut etabliert, ihre Rolle bei der neonatalen glykämischen Kontrolle ist jedoch weniger klar. Nun machte sich eine Arbeitsgruppe Gedanken darüber, welche Probleme im Zusammenhang mit einer CGM bei Frühgeborenen grundsätzlich geklärt werden müssen. Denn bevor die Echtzeit-CGM für die routinemäßige Neonatalversorgung eingesetzt werden kann, gilt es, drei technische Hauptprobleme zu lösen:

- Die begrenzte Punktgenauigkeit, insbesondere bei niedrigen oder sich schnell ändernden Glucosekonzentrationen, muss für die Versorgung Neugeborener optimiert werden.
- Die aktuellen Kalibrierungsmethoden müssen für Neugeborene adaptiert werden.
- Es besteht die Gefahr, dass eine Verschlechterung der Genauigkeit des Sensors (Sensor-Drift) in diesem Setting nicht erkannt wird.

Bis für die genannten Probleme eine Lösung ausgearbeitet ist, sollte das neonatale CGM lediglich auf Studien beschränkt bleiben und erst dann in die klinische Routineversorgung eingeführt werden, wenn der Nutzen in randomisierten Studien nachgewiesen wurde. **VW**

R McKinlay CJD et al.: Continuous glucose monitoring in ... Matern Health Neonatol Perinatol 2017; 3: 18

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/180021

Genu varum bei Kindern

Normal oder pathologisch?

Zwischen dem 18. und 24. Lebensmonat entwickeln Kinder eine Varusstellung, die meist bis zur Adoleszenz ganz verschwindet oder nur noch schwach ausgeprägt ist. Selten müssen kleine Kinder mit Genu varum an einen Orthopäden überwiesen werden, z. B. beim Blount-Syndrom. Ein nicht-invasives Protokoll ermöglicht nun die sichere Abgrenzung einer physiologischen von einer pathologischen Varus-Entwicklung.

Bei 155 Kindern mit physiologischem Genu varum und zehn mit Blount-Syndrom bestimmte man Progression bzw. Rückgang der O-Beine. Den Abstand zwischen den inneren Oberschenkelkondylen maß man dabei mit der einfachen Querfinger-Methode und teilte die Patienten in drei Gruppen ein: O-Beine vor dem 18. Lebensmonat (month of age=MOA; n=103), zwischen dem 13. und 23. MOA (n=47) sowie zum 24. MOA oder später (n=5). Studienparameter waren das Alter der Kinder bei folgenden Ereignissen: selbstständiges Gehen, Vorstellung beim Arzt sowie Varus-Korrektur und Verschwinden des Genu varus. Außerdem ging die Zeit zwischen Vorstellung beim Arzt und Verschwinden der O-Beine in die Analyse ein.

Die Kinder mit physiologischem Genu varum konnten früher laufen als der Durchschnitt (zehn vs. 12 bis 15 Monate; p<0,001). Nur 6% der Kinder mit O-Beinen entwickelten das Blount-Syndrom. Die Diagnose erfolgte mit durchschnittlich 23,9 Monaten. Bei Kindern mit Genu varum vor dem 18. MOA wurden erste Korrekturzeichen zwischen dem 18. und 24. MOA beobachtet. Zum 30. MOA hatten sie keine O-Beine mehr. Bei Kindern mit Genu varum zwischen dem 18. und 23. MOA traten diese Ereignisse sechs Monate später ein.

Mit der sehr simplen Querfinger-Methode, die keiner speziellen Ausbildung bedarf, lässt sich also schon im frühen Kindesalter im Rahmen der Routineuntersuchung beim Pädiater bestimmen, ob sich O-Beine zu einem Blount-Syndrom entwickeln. **JD**

S Dettling S et al.: Management of bow legs in children: A primary care protocol. J Fam Pract 2017; 66: E1-6

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/180397

®GFI. Der Medizin-Verlag

Kinderwunsch, Schwangerschaft und Stillzeit

Phasengerechte Supplementierung von Mikronährstoffen

Eine unzureichende Zufuhr an Mikronährstoffen kann bei Frauen mit Kinderwunsch sowie bei Schwangeren und Stillenden einen negativen Einfluss auf die kurz- und langfristige Entwicklung des Kindes haben. Doch schon vor der Konzeption sind viele Frauen nicht ausreichend mit wichtigen Nährstoffen versorgt, und in der Schwangerschaft und Stillzeit steigt der Bedarf stark an. Eine phasengerechte Supplementation von Vitaminen, Mineralstoffen und Spurenelementen, beispielsweise mit dem Elevit® 3-Phasen-Nährstoffprogramm begleitend zu einer ausgewogenen, gesunden Ernährung kann die Versorgung verbessern.

Die Ernährungsgewohnheiten einer Frau mit Beginn des Kinderwunsches über die Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit spielen laut *PD Dr. Birgit-Christiane Zyriax*, Hamburg, eine relevante Rolle für die Konzeption, den Schwangerschaftsverlauf und die langfristige Gesundheit von Mutter und Kind. „Da der Bedarf an Vitaminen und Mineralien in dieser Lebensphase stärker ansteigt als die notwendige Energiezufuhr, sollten Frauen deshalb auf die Qualität der Nahrung achten und zu Nahrungsmitteln mit hoher Nährstoffdichte greifen", so *Zyriax*. Allerdings könne auch mit einer ausgewogenen Ernährung der Bedarf bestimmter Mikronährstoffe in dieser sensiblen Lebensphase nur schwer gedeckt werden. Um eine ausreichende Versorgung von Mutter und Kind sicherzustellen, befürwortet sie die Supplementierung mit Folsäure/Folat, Jod und bei Bedarf auch Eisen im Rahmen einer individuellen Ernährungsberatung.

Erhöhter Mikronährstoff-Bedarf

Defizite bei Folat in den ersten Wochen der Schwangerschaft sind mit einem erhöhten Risiko für Neuralrohrdefekte assoziiert, Frauen mit Kinderwunsch sollten mindestens vier Wochen vor der geplanten Schwangerschaft ein Supplement mit Folsäure zusätzlich zu einer folatreichen Ernährung einnehmen. Weitere relevante Mineralstoffe für die Zeit der Konzeption sowie in der Frühschwangerschaft sind Jod, Zink, Selen und Eisen.

Ab dem zweiten Trimester nimmt das Blutvolumen der Mutter deutlich zu. Eisen unterstützt jetzt die Bildung von Erythrozyten und Hämoglobin der Mutter. Mit Beginn des zweiten Trimesters der Schwangerschaft gewinnt außerdem die Versorgung des Feten mit Docosahexaensäure (DHA) und Eicosapentaensäure (EPA) an Bedeutung. Aber auch in der Stillzeit ist eine ausreichende Versorgung mit Vitaminen, Mineralstoffen und Spurenelementen für das Wohlergehen von Mutter und Kind relevant.

Mikronährstoff-Bedarf phasengerecht decken

Für eine bedarfsgerechte Versorgung der Frau während der verschiedenen Phasen der Schwangerschaft und Stillzeit mit Vitaminen, Mineralstoffen und Spurenelementen kann die Einnahme von Elevit® im 3-Phasen-Nährstoffprogramm empfohlen werden. Das Mikronährstoff-Präparat ist auf die Nährstoffbedürfnisse von Mutter und Kind abgestimmt: Elevit 1 wird als Ergänzung ab Kinderwunsch bis Ende des ersten Trimesters empfohlen, Elevit 2 ist eine sinnvolle Supplementierung ab der 13. Schwangerschaftswoche und Elevit 3 ergänzt die Mikronährstoff-Versorgung während der Stillzeit.

Frauen gezielt aufklären

Der Gynäkologe *Dr. Matthias Krick*, Moers, rief Kolleginnen und Kollegen deshalb dazu auf, Frauen immer wieder auf das Thema Mikronährstoff-Versorgung hinzuweisen – z. B. könne das Thema Kinderwunsch ab Mitte 20 bei der jährlichen Vorsorgeuntersuchung aktiv angesprochen werden.

Stillen: Die Mikronährstoff-Versorgung der Mutter zählt

Ein mütterlicher Mangel an Mikronährstoffen kann beim Stillen zu einer suboptimalen Versorgung des Säuglings führen und darüber hinaus negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Mutter haben. Als Mikronährstoffe von besonderer Bedeutung während der Stillzeit werden die Vitamine B_1, B_2, B_6 und B_{12}, Vitamin A sowie Jod angesehen. Bei einer schlechten postpartalen bzw. postnatalen Ausgangslage und einer unzureichenden Vitamin-B_{12}-Aufnahme der Mutter während der Stillzeit kann die geringe Sekretion von Vitamin B_{12} in der Muttermilch zu einer weiteren Depletion im Säugling führen. Auch die Jodkonzentration der Muttermilch ist eng mit der mütterlichen Jodaufnahme verbunden. Beim Vitamin A sind die Speicher in der Leber des Säuglings auch in gut ernährten Populationen bei der Geburt sehr klein, so dass die Vitamin-A-Versorgung des Säuglings stark von der mütterlichen Nahrungsaufnahme abhängig ist.

Literatur

[1] Allen LH, Am J Clin Nutr 2005; 81(Suppl): 1206S-12S

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

Impressum
Herausgeber: GFI. Corporate Media
V. i. S. d. P.: Dr. med. Christian Bruer
Redaktion: GFI. Gesellschaft für medizinische Information mbH, München
Quelle: Lunchsymposium im Rahmen des 62. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG): „Kinderwunsch, Schwangerschaft, Stillzeit: 3 Phasen – 1 Konzept. Umfassende Nährstoff-Versorgung – Neues aus Wissenschaft und Praxis", Berlin, 2.11.2018, Veranstalter: Bayer Vital GmbH
Berichterstattung: Monika Walter
Druck: Vogel Druck, Höchberg, © 2018 GFI

Mit freundlicher Unterstützung der Bayer Vital, Leverkusen

Ventrikulomegalie

Korrelation mit Chromosomendefekten

Die Ventrikulomegalie gilt als häufigste zerebrale Anomalie, die beim Feten mittels Ultraschall gefunden wird. In etwa der Hälfte der Fälle sind damit andere Missbildungen verbunden. Aber auch ohne solche ist die Prognose unsicher.

Die Missbildung soll auch mit vermehrten Chromosomenstörungen korrelieren. Dieser Zusammenhang wurde in der Vergangenheit infolge technischer Unzulänglichkeiten möglicherweise nicht korrekt ermittelt. In China ging man ihm deshalb mit modernen Methoden nochmals nach.

Ein bekannter Risikofaktor für Chromosomendefekte ist ein fortgeschrittenes Alter der Schwangeren. Auch in China werden die Mütter immer älter. Man konzipierte deshalb eine Studie, in der die Inzidenz von Chromosomenanomalien bei sonographisch definierter isolierter Ventrikulomegalie des Feten (n=231) mit der von Schwangerschaften verglichen wurden, bei denen der einzige Risikofaktor das höhere Alter der Graviden war (n=782). Die Chromosomenanalysen wurden anhand von Amniozentesen oder Chordozentesen vorgenommen.

Bei isolierter Ventrikulomegalie traten Chromosomenanomalien in 7,8% der Fälle auf, bei erhöhtem Alter der Mutter in 1,7% (Unterschied signifikant). Das Risiko einer Chromosomenanomalie ist nach den Befunden bei isolierter Ventrikulomegalie beträchtlich erhöht, insbesondere bei schwerer Ausprägung, bei bilateraler Manifestation, bei erster Diagnose in Schwangerschaftsmitte und wenn die Missbildung nicht regrediert. **WE**

K Zhao D et al.: Presence of chromosomal abnormalities in fetuses with isolated ventriculomegaly on prenatal ultrasound in China. Mol Genet Genomic Med 2018; Epub Sep 19; doi: 10.1002/mgg3.477

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181357

Duplikation einer Genregion

Ein variables Fehlbildungssyndrom

Zu den „gröberen" genetischen Störungen mit Fehlbildungspotenzial gehört die Duplikation der Chomosemenregion 1q21.1. Die Auswirkungen auf den Fetus reichen von minimal bis gravierend.

Eine chinesische Arbeitsgruppe diskutiert drei Kasuistiken, bei denen eine solche Störung gefunden wurde, nachdem der Ultraschall strukturelle Abweichungen des Feten gezeigt hatte. Im ersten Fall hatte man ein fehlendes Nasenbein festgestellt. Eine Amniozentese wurde in der 24. SSW vorgenommen. Im zweiten ergab das Sono im zweiten Trimester eine Duodenalatresie. Ähnlich wie der erste gestaltete sich der dritte Fall. Man untersuchte Fruchtwasserzellen und Blut der Eltern mittels standardisierter Karyotypisierung *(G-banding)* und analysierte die DNA mittels SNP-Array-Tests (CMA).

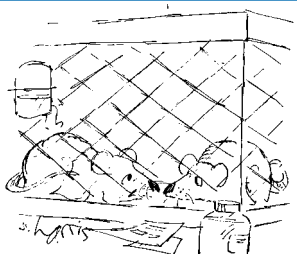
Alle Feten und Eltern hatten einen normalen Karyotyp. Der CMA deckte bei Fetus 1 wie auch bei seinen Eltern eine *de-novo*-1,34-Mb-Duplikation der Region 1q21.1q21.2 auf. Bei Fetus 2 und seinen Eltern ergab sich eine mütterlicherseits ererbte 1,35-Mb-Duplikation am selben Locus. Im Fall 3 befand sich dort bei Fetus und Eltern eine *de-novo-2,69*-Mb-Duplikation. Nach einer ausführlichen Beratung entschlossen sich alle drei Paare zum Schwangerschaftsabbruch.

Das Fehlen des fetalen Nasenbeins bei der Ultraschalluntersuchung im ersten Trimester kann ein Marker der Trisomie 21 sein, kann aber auch vorliegen, ohne dass eine Trisomie 21 besteht. Die Autoren empfehlen, bei einem solchen Befund den Eltern eine CMA anzubieten. Postnatal ermittelte Fälle von 1q21.1- Duplikation sind oft mit geistiger Behinderung, Autismus und anderen psychiatrischen Erkrankungen assoziiert. **WE**

F Ji X et al.: Prenatal diagnosis of recurrent distal 1q21.1 duplication in three fetuses with ultrasound anomalies. Front Genet 2018; 9: 275

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181355

Neueste Studienergebnisse
tagesaktuell per E-Mail
Jetzt registrieren:
www.gyn-depesche.de/newsletter



„SIE TESTEN AN UNS EIN MEDIKAMENT FÜR MEERSCHWEINCHEN, UND AN MEERSCHWEINCHEN TESTEN SIE EIN MEDIKAMENT FÜR UNS."

KASUISTIK

Fetale Lungenobstruktion

Fetale Bronchoskopie ist möglich und hilft

Pulmonale Anomalien des Ungeborenen können auf angeborener Missbildung (CPAM), Lungen-Sequestration, kongenitalem Syndrom (CHAOS), bronchogenen Zysten und Bronchialatresie beruhen. Eine fetale Tracheobronchoskopie kann helfen.

Bei einer 32-jährigen Schwangeren stellte man in der Brust des Fetus eine Raumverdrängung fest. In der 23. SSW gab man einen Zyklus Betamethason, um die Läsion zu verkleinern. Die rechtsseitige Masse maß 53 cm^3, und es war kein normales Lungengewebe zu sehen. Ultraschall und fetales MRI sprachen für eine obstruktive bronchogene Zyste oder einen Schleim- gefüllten atretischen Segment-Bronchus. Der linke Lungenflügel war komprimiert.

In der 29. SSW probierte man nach abermals Dexamethason eine fetale Bronchoskopie. Ultraschall-gesteuert führte man über eine 3,8-mm-Kanüle einen Katheter in den Mund des Fetus ein und schob ihn bis in beide Hauptbronchien. Mithilfe eines flexiblen Ureteroskops spülte man wiederholt mit Kochsalzlösung.

Der Fetus entwickelte sich normal weiter. Beim letzten Ultraschall vor der Entbindung betrug das Volumen der Masse in der Lunge 15,2 cm^3. Da postnatal Atemnot auftrat, nahm man am neunten Lebenstag eine Thorakotomie mit Lobektomie rechts oben vor. Bis auf wiederholte Tachypnoen zeigte das Kind mit zwölf Monaten keine kardiopulmonalen Auffälligkeiten. **WE**

F Chon AH et al.: The use of fetal bronchoscopy in the diagnosis ... AJP Rep 2018; 8: e195-200

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/1801356

©GFI. Der Medizin-Verlag

Fetale Anomalien

Die Rolle der Exom-Sequenzierung

Das Wissen um die Ätiologie einer fetalen Anomalie kann eine Hilfe für Entscheidungen über das weitere Vorgehen sein. Mit moderner Molekulargenetik lässt sie sich oft aufdecken.

Nach geltenden Leitlinien sollte nach Feststellen einer fetalen Anomalie mittels Ultraschall oder anderer Bildgebung eine Karyotyp-Bestimmung und eine Mikroarray-Analyse folgen. Damit lassen sich Aneuploidie, Chromosomen-Rearrangement oder Variaten der Kopienzahl erkennen. Allerdings bleiben damit immer noch 60% der Fehlbildungen ungeklärt.

Ein Teil dieser Fälle beruht auf einem Ein-Gen-Defekt (Mendelian disease). Früher versuchte man die Identifizierung mittels serieller Sequenzierung einzelner Gene oder von Gen-Panels. Dazu muss man eine relativ passgenaue Verdachtsdiagnose stellen; das Vorgehen ist auch sehr zeitaufwändig. Die Differenzialdiagnosen lassen sich aber oft schwer bündeln. Und selbst wenn der Phänotyp recht spezifisch erscheint, können die Untersuchungen der Target-Gene negativ sein, weil eine seltene Variante der Mutation vorliegt.

Exom-Sequenzierung

Dieser Herausforderung begegnet man inzwischen mit der Exom-Sequenzierung (ES). Exome sind die kodierenden Abschnitte der Gene. Das Verfahren funktioniert, auch wenn man das für eine bestimmte Anomalie verantwortliche Gen nicht kennt. Im Gegensatz zum whole exome sequencing (WES), bei der alle kodierenden Bereiche aller knapp 20 000 bekannten Gene sequenziert werden, wird beim clinical exome sequencing (CES) nur ein Subset des Exoms angereichert. Man konzentriert sich auf krankheitsrelevante Gene, die in der Human Gene Mutation Database (HGMD) gelistet sind.

Über den postnatalen Einsatz von ES wurde schon viel berichtet, wenig aber über den Nutzen in der Pränataldiagnostik. Informationen dazu liefert eine aktuelle retrospektive Studie aus den USA. Eingeschlossen waren insgesamt 146 Fälle. Fetale DNA wurde aus Proben von Chorionzottenbiopsien, Fruchtwasser, Körpergewebe oder fetalem Blut extrahiert.

Man erzielte eine Quote von 32% molekularer Diagnosen, davon 50% autosomal-dominante, 41% autosomal-rezessive und 9% X-chromosomale Störungen. Die Trefferrate war am höchsten, wenn multiple Organsysteme des Feten betroffen waren, sowie bei kraniofazialen Anomalien.

Bei 62 Proben bediente man sich einer prenatal trio exome option, die speziell für Schwangerschaften entwickelt worden ist. Hier betrug die Ausbeute 35%; die mittlere Zeit bis zur Mitteilung des Ergebnisses lag bei 14 Tagen.

Relevant für das weitere Vorgehen

Die molekularen Diagnosen erlaubten es, das Wiederholungsrisiko besser abzuschätzen; sie hatten Einfluss auf das klinische Prozedere und auf die weitere Familienplanung der betroffenen Eltern. Nach Ansicht der Autoren kann pränatales ES heute schon in ausgewählten Fällen angeboten werden. Dazu sind aber erfahrene Experten und darauf spezialisierte Labore notwendig. **WE**

K Normand EA et al.: Clinical exome sequencing for fetuses with ultrasound abnormalities and a suspected Mendelian disorder. Genome Med 2018; 10: 74

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181354

Diese Anzeige ist in der PDF-Version nicht verfügbar.

Anzeigenverwaltung:
Herr Alfred Neudert
Tel.: 089/436630-30
neudert@gfi-online.de

Oophorektomie

Plötzlicher Hormonentzug fördert Schlafapnoe

Die Inzidenz der obstruktiven Schlafapnoe (OSA), die als unabhängiger Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen gilt, steigt in den Wechseljahren deutlich an. Besonders eine chirurgisch induzierte Menopause erhöht die OSA-Gefahr.

Aus der Nurses´ Health Study I und II wurden die Daten von insgesamt rund 104 000 postmenopausalen Frauen ausgewertet. In 31 820 Fällen war die Menopause Folge einer Hysterektomie und/oder Oophorektomie. Im Verlauf des Follow-up von zwölf bzw. 20 Jahren erhielten 1712 bzw. 2560 Teilnehmerinnen die Diagnose einer OSA.

Das Risiko einer OSA stieg nach einer chirurgisch induzierten Menopause um 27%. Andere Risikofaktoren wie Alter und BMI waren bei der Berechnung bereits berücksichtigt. Kaum einen Einfluss zeigte dagegen das Alter bei der letzten Menstruationsblutung. Bei einer vorzeitigen Menopause (vor dem 40. Lebensjahr) schien das OSA-Risiko zwar erhöht – der Unterschied nivellierte sich jedoch durch die Adjustierung an die Art der Menopause. Auch bei Frauen, bei denen nach der natürlichen Menopause eine bilaterale Oophorektomie vorgenommen wurde, stieg das OSA-Risiko noch geringfügig an.

Wahrscheinlich ist der plötzliche Entzug von Östrogen und Progesteron dafür verantwortlich, dass nächtliche Atemaussetzer nach einer chirurgisch induzierten Menopause häufiger auftreten, schließen die Studienautoren. Der allmähliche Rückgang scheint der Entwicklung einer OSA dagegen weniger Vorschub zu leisten. **CW**

K Huang T et al.: Type of menopause, age at menopause, and risk of developing obstructive sleep apnea in postmenopausal women. Am J Epidemiol 2018; 187: 1370-9

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181176

PRAXIS-TIPP

Übergewicht und hoher Blutzucker?

Harnsäure checken!

Ein erhöhter Harnsäurespiegel erhöht das kardiovaskuläre Risiko. Polnische Wissenschaftler untersuchten daher nun, welche Faktoren eine Hyperurikämie bei postmenopausalen Frauen begünstigen.

An der Universität von Poznan verglich man verschiedene biometrische, serologische und genetische Parameter von 271 übergewichtigen postmenopausalen Frauen ohne kardiovaskuläre oder metabolische Erkrankungen und ohne Hormonersatztherapie. Anhand ihrer Harnsäurespiegel wurden die Teilnehmerinnen in zwei Gruppen eingeteilt. Als Grenzwert definierten die Studienautoren 4 mg/dl, da Harnsäure bereits bei dieser Serumkonzentration einen prooxidativen Effekt zeigt und zur endothelialen Dysfunktion führen kann. Bei 213 Frauen lag der Harnsäurespiegel darüber.

Die Frauen in dieser Gruppe wiesen im Schnitt einen höheren BMI, Taillenumfang, Körperfettanteil und diastolischen Blutdruck sowie höhere Insulin-, Blutglucose- und Triglyceridspiegel auf. Hinsichtlich ihrer Ernährungsgewohnheiten unterschieden sie sich jedoch nicht von der Vergleichsgruppe. Bekannte Genpolymorphismen im Bereich des Peroxisom-Proliferator-aktivierten Rezeptors gamma (PPARγ) und des beta-3-adrenergen Rezeptors (ADBR), die Adipositas und Insulinresistenz fördern, beeinflussten den Harnsäurespiegel ebenfalls nicht.

Frauen mit einem BMI über 25 kg/m² und Hyperglykämie (Blutglucose ≥100 mg/dl) hatten rechnerisch ein vierfach höheres Risiko, dass ihr Harnsäurespiegel oberhalb des „gesunden" Bereichs lag. Litten sie zusätzlich an einer Hyperlipidämie (Triglyceride ≥150 mg/dl), kletterte das Risiko sogar auf das Siebenfache.

Bei Hyperurikämie steigt die Prävalenz von kardiovaskulären Erkrankungen, Diabetes, Gicht und nicht-alkoholischer Fettleber. Die Studienautoren empfehlen deshalb, bei postmenopausalen Frauen grundsätzlich die entsprechenden metabolischen Parameter zu überwachen. **CW**

S Grygiel-Górniak B et al.: Uric acid and obesity-related phenotypes in postmenopausal women. Mol Cell Biochem 2018; 443: 111-9

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181169

Perimenopausale Depression

Elektroakupunktur macht Laune

Bei bis zu 62% aller Frauen gehen die perimenopausalen Änderungen im Hormonhaushalt mit depressiven Symptomen einher. Die Wirksamkeit der Hormonersatztherapie (HRT) ist in diesem Punkt umstritten, und Antidepressiva sind aufgrund ihrer Nebenwirkungen ebenfalls nicht beliebt. Eine wirksame Alternative könnte die Elektroakupunktur sein.

An sechs Krankenhäusern in China rekrutierten Wissenschaftler 242 Frauen mit leicht bis moderat ausgeprägten perimenopausalen Depressionen. Zwölf Wochen lang erhielten die Teilnehmerinnen entweder das Antidepressivum Escitalopram 1x tgl. 10 mg oder man schickte sie pro Woche dreimal zur Elektroakupunktur. Zur Beurteilung der Behandlungsmethoden wurden die 17-item Hamilton Depression Rating Scale (HAMD-17) und der MENQOL-Fragebogen (menopause-specific quality of life) herangezogen.

Am Ende der Intervention erwies sich die Elektroakupunktur als ebenso wirksam wie das Antidepressivum. Die alternative Methode punktete aber vor allem im Follow-up: Nach 24 Wochen war der HAMD-17-Score bei den akupunktierten Frauen signifikant stärker reduziert als bei den medikamentös behandelten (-7,84 vs. -5,65 Punkte; p<0,001). Gleiches galt für den Punktwert im MENQOL (-28,94 vs. -20,04; p=0,001).

Damit schnitt die Elektroakupunktur als Maßnahme gegen perimenopausale Depressionen verglichen mit einem Antidepressivum recht gut ab. Allerdings weist die Studie einige Limitationen auf, allen voran das Fehlen einer Plazebokontrolle. **OH**

R Li S et al.: A multicenter, randomized, controlled trial of electroacupuncture for perimenopause women with mild-moderate depression. Biomed Res Int 2018; Epub May 29; doi: 10.1155/2018/5351210

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181419

®GFI. Der Medizin-Verlag

Diese Anzeige ist in der PDF-Version nicht verfügbar.

Anzeigenverwaltung:
Herr Alfred Neudert
Tel.: 089/436630-30
neudert@gfi-online.de

Harnwegsinfektionen

Wichtigster Hinweis: Symptome und Eigendiagnose der Patientin

Harnwegsinfekte sind die häufigsten ambulant behandelten Infektionen. Diagnose und Therapie unterscheiden sich jedoch je nach Alter und Lebensphase der Patientin.

Bei gut jeder zehnten Frau wird mindestens einmal jährlich eine Harnwegsinfektion diagnostiziert; etwa 20 bis 30% berichten von häufigen Rezidiven. Die Erreger sind in der Regel Fäkalkeime (vor allem *Escherichia coli*), die über die Urethra in die Blase – oder weiter bis in die Nieren – aufsteigen. Zu den Risikofaktoren für Harnwegsinfektionen zählen sexuelle Aktivität, Beckenbodendeszensus, Inkontinenz und Harnretention. Mit zunehmendem Alter steigt die Prävalenz: Bei über 65-jährigen Frauen beträgt sie rund 20%.

Dysurie und Pollakisurie, aber kein Fluor

Die Hauptsymptome der Zystitis sind Pollakisurie, imperativer Harndrang und Dysurie. Auch suprapubischer Schmerz und Hämaturie treten häufig auf. Kommen systemische Beschwerden wie Übelkeit, Erbrechen, Flankenschmerzen und Fieber dazu, ist eine aszendierende Infektion wahrscheinlich.

In einem systematischen Review ergab sich für die Eigendiagnose von Frauen mit rezidivierenden Harnwegsinfekten ein positiver prädiktiver Wert von 84%. Leidet die Patientin an vaginalem Ausfluss, sinkt die Wahrscheinlichkeit eines Harnwegsinfekts dagegen um 25%. Mit einer Sicherheit von rund 90% kann man auch ohne Labortest von einem Harnwegsinfekt ausgehen, wenn Dysurie und Pollakisurie, aber kein Fluor vaginalis vorliegen.

Komplizierter ist die Diagnostik bei älteren Frauen oder Schwangeren. Denn im Alter nehmen atypische Präsentationen zu, zumal Pollakisurie und imperativer Harndrang bei älteren Frauen auch ohne zugrundeliegenden Harnwegsinfekt verbreitet sind. In der Schwangerschaft sind Miktionsbeschwerden ebenfalls kein sicherer Hinweis auf einen Harnwegsinfekt. In einer kleineren Fallserie brachte die Urinkultur bei typischen Symptomen nur in einem Viertel der Fälle einen Erregernachweis.

Goldstandard: Eine Urinkultur bringt Sicherheit

Wie genau sind Teststreifen?

Mit Hilfe von Teststreifen kann man innerhalb weniger Minuten Nitrit, Leukozyten-Esterase und/oder Erythrozyten im Urin nachweisen. Jede der drei Komponenten steigert die Wahrscheinlichkeit einer Infektion. Am höchsten wird die diagnostische Aussagekraft eines positiven Nitrit-Nachweises eingeschätzt. Allerdings produzieren einige Keime wie Enterokokken und *Staphylococcus saprophyticus* falschnegative Ergebnisse. Insgesamt betrug die Sensitivität der Teststreifen in Studien 75%, die Spezifität 82%. Ein positives Ergebnis erhöht die Vortestwahrscheinlichkeit um etwa 25%; umgekehrt sinkt sie bei einem negativen Ergebnis um den gleichen Prozentsatz. Bei Patientinnen mit hoher Vortestwahrscheinlichkeit aufgrund der Symptomatik schließt ein negativer Teststreifen deshalb eine Harnwegsinfektion nicht aus.

Bei älteren Patientinnen sind Teststreifen weniger sensitiv und spezifisch. In Studien war die Kultur trotz positivem Teststreifen bei 61% der Patientinnen über 65 Jahren negativ. Da aber der negative Vorhersagewert der Streifen bei 92 bis 100% liegt, lässt sich ein Harnwegsinfekt auch bei älteren Frauen so zumindest sicher ausschließen. Anders verhält es sich in der Schwangerschaft: Hier hat sich ein positiver Teststreifen als relativ spezifischer Hinweis auf eine Bakteriurie erwiesen; bei einem negativen Ergebnis muss sie aber dennoch in Betracht gezogen werden.

Ein Blick ins Mikroskop

Der mikroskopische Nachweis von Leukozyten oder Bakterien im Urin kann die Diagnose bestätigen. Auch die Detektion von Erythrozyten spricht für eine Harnwegsinfektion. Leukozytenzylinder weisen auf eine Entzündung der oberen Harnwege hin. Eine Bakteriurie ohne Pyurie lässt dagegen eher eine Kolonisation oder Kontamination als eine akute Infektion vermuten. Generell zeigt die Bakteriurie jedoch eine höhere Sensitivität und Spezifität als die Pyurie. Bei symptomatischen Patientinnen ist die diagnostische Zuverlässigkeit von Teststreifen und Mikroskopie etwa gleich hoch. Auch bei der Mikroskopie sinkt die Spezifität aber mit zunehmendem Alter. Eine Pyurie findet sich auch bei 45% aller Frauen mit chronischer Inkontinenz und asymptomatischer Bakteriurie.

E. COLI & CO.

In allen Altersstufen ist *E. coli* mit einem Anteil von mindestens 70% der Haupterreger der Zystitis. Weitere häufig isolierte Pathogene sind Enterobakterien, *Proteus*, *Klebsiella* und *S. saprophyticus*. Letzterer sowie *Streptococcus agalactiae* finden sich bevorzugt bei jüngeren Frauen, während mit zunehmendem Alter *Klebsiella*, *Pseudomonas* und *Proteus* häufiger vorkommen.
In der Schwangerschaft, besonders im letzten Trimenon, treten oft B-Streptokokken als Erreger gegenüber *E. coli* in den Vordergrund. Auch Bakterien, die eher als Kontamination angesehen werden, können bei signifikantem Wachstum und symptomatischen Fällen eine Antibiose erforderlich machen.

Goldstandard ist die Urinkultur

Goldstandard für die Diagnose eines Harnwegsinfekts ist die Urinkultur. Von einer signifikanten Bakteriurie spricht man ab 105 koloniebildenden Einheiten (KBE) pro ml. Studien zufolge weisen jedoch 30 bis 50% aller Frauen mit symptomatischer Harnwegsinfektion Erregerzahlen unter 102 KBE/ml auf. Häufig kommt dies bei Infektionen mit *Pseudomonas*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Serratia* oder *Moraxella* vor – oder wenn die Patientin bereits Antibiotika eingenommen hat.

Eine signifikante Erregerzahl spiegelt aber nicht immer eine aktive Infektion wieder. Eine asymptomatische Bakteriurie findet sich bei etwa 5% aller gesunden prämenopausalen Frauen, bei 10 bis 15% aller älteren Frauen und bei 30 bis 50% aller Heimbewohnerinnen. Außer während der Schwangerschaft, vor größeren urogenitalen Eingriffen oder in der frühen Posttransplantationsperiode erfordert sie jedoch keine routinemäßige Behandlung.

Verzichtbar ist die Urinkultur bei Patientin-

Foto: yourphototoday

nen mit deutlichen Symptomen und positivem Teststreifen- oder Mikroskopie-Ergebnis. Sie profitieren mit einer hohen Chance von einer empirischen Therapie. Im Falle einer mittelhohen Wahrscheinlichkeit für eine Zystitis kann eine mikrobielle Diagnostik indiziert sein, um die Diagnose zu bestätigen und gezielt ein Antibiotikum auszuwählen.

Antibiotika und Resistenzen

Aufgrund der immer noch weit verbreiteten Übertherapie mit Antibiotika nehmen die Resistenzraten weltweit zu. Dies betrifft insbesondere Betalaktame sowie Trimethoprim und Fluorchinolon. Nitrofurantoin zeigt bei Harnwegsinfekten weiterhin eine gute Wirksamkeit. Für die Erstlinientherapie unkomplizierter Harnwegsinfekte empfehlen internationale Leitlinien Nitrofurantoin und Fosfomycin, bei einer lokalen Resistenzrate unter 20% auch Trimethoprim. Erst in Zweitlinie kommen Fluorchinolone und Betalaktame zur Anwendung. Bei älteren oder immunsupprimierten Patientinnen sollten Fluorchinolone aufgrund der Resistenzrate und der Nebenwirkungen allerdings mit Vorsicht eingesetzt werden. In der Schwangerschaft gelten Betalaktame und Nitrofurantoin als Mittel der ersten Wahl. **CW**

Ü Chu CM et al.: Diagnosis and treatment of urinary tract infections across age groups. Am J Obstet Gynecol 2018; 219: 40-51

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181310

Frage 6: Harnwegsinfekte

- ☐ **A** betreffen vor allem jüngere Frauen
- ☐ **B** sind an Fluor vaginalis erkennbar
- ☐ **C** können sich in Hämaturie äußern
- ☐ **D** verlaufen immer afebril
- ☐ **E** können in die Leber aszendieren

Frage 7: Teststreifen sind

- ☐ **A** vor allem zum Nitratnachweis da
- ☐ **B** bei älteren Patientinnen obsolet
- ☐ **C** der Goldstandard zur Diagnose
- ☐ **D** der Mikroskopie überlegen
- ☐ **E** bei manchen Keimen falsch-positiv

Frage 8: In Erstlinie gibt man

- ☐ **A** Trimethoprim und Fluorchinolon
- ☐ **B** Nitrofurantoin und Fosfomycin
- ☐ **C** Trimethoprim und Betalaktam
- ☐ **D** Nitrofurantoin und Fluorchinolon
- ☐ **E** keine Aussage trifft zu

Bitte vermerken Sie Ihre Antworten auf Seite 35 im Heft oder unter www.gyn-depesche.de/cme.

TVT und TOT

Das Risiko von Mesh

Bei den modernen Schlingentechniken (midurethral sling surgery, MSS) werden Netze aus Polypropylen (Mesh) unter die weibliche Harnröhre platziert, um eine Harninkontinenz zu beheben. Manche fürchten, dass das Fremdmaterial langfristig zur Karzinogenese Anlass geben könnte. Nach aktuellen Daten ist dies aber eher unwahrscheinlich.

Spannungsfreie Vaginalbänder (*tension-free vaginal tape,* TVT) und transobturatorische Schlingen (TOT) sind zum Goldstandard in der Therapie der weiblichen Stressinkontinenz geworden. Einige Tierversuche und einzelne Kasuistiken gaben Anlass zu der Vermutung, dass das eingesetzte Kunststoffgewebe zu Krebs führen könnte. Ob dem wirklich so ist, prüften schwedische Forscher anhand nationaler Registerdaten. In die Analyse flossen die Daten von über 5,3 Mio. Frauen ein. Bei 20 905 von ihnen wurde ein Schlingeneingriff durchgeführt.

Die Auswertung ergab eine signifikante inverse Assoziation zwischen MSS und Rektalkarzinom (HR 0,5). Ansonsten fand man keinen signifikanten Unterschied zwischen den operierten und nicht operierten Frauen hinsichtlich des Auftretens von Malignomen des Beckenraums (Ovarial-, Endometrium-, Zervix-, Blasen- oder Urethrakarzinom) oder anderer Krebsarten.

Man registrierte zwar einen scheinbar krebsprotektiven Effekt des Eingriffs innerhalb der ersten vier postoperativen Jahre. Dieser ist aber damit zu erklären, dass für eine MSS Frauen bevorzugt werden, die abgesehen von der Inkontinenz keine augenfällige Erkrankung aufweisen und daher selten kurzfristig einen Krebs entwickeln. **WE**

K Altman D et al.: Cancer risk after midurethral sling surgery using polypropylen mesh. Obstet Gynecol 2018; 131: 469-74

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181342

KASUISTIK

Spontane Blasenruptur

Die Diagnose kann schwierig sein

Die spontane Blasenruptur ist selten. Eine mögliche Ursache ist der Druck, den der schwangere Uterus auf die Blase ausübt. Eine Blasenruptur während der Entbindung hat dabei eine eigene Symptomatik.

Bei starker Hämaturie wird die Diagnose meist schnell gestellt, bei geringer kann es dauern. Mehr als die Hälfte der Rupturen erfolgen am intraperitonealen Teil der Blase, aber nur wenige präsentieren sich mit akuter Peritonitis. Der abdominelle Schmerz wird oft von den Wehen überdeckt.

Dies zeigte auch ein Fall im chinesischen Guangdong. Dort brachte eine 23-jährige Primigravida scheinbar komplikationslos am Termin einen weiblichen Säugling zur Welt. Sie klagte zunächst nur über Blähbauch. Nach fünf Tagen kam es aber zu ernsten Bauchschmerzen, Erbrechen, Schüttelfrost und hohem Fieber, Oligurie und Beinödemen. Sonographisch stellte man massiven Aszites fest. Kreatinin, Harnstoff und Kalium im Serum waren stark erhöht. Mit Verdacht auf postpartales akutes Nierenversagen und Peritonitis therapierte man mit Antibiotika i.v., Hämodialyse, Peritonealdrainage und Blasenkatheter. Beschwerden und Befunde besserten sich. Mit weitergehender Diagnostik einschließlich MRI, CT, Zystoradiographie und Zystoskopie erkannte man dann eine intraperitoneale Blasenruptur mit Entzündung. Via Laparotomie wurde der Riss geschlossen. Im weiteren Verlauf erholte sich die Patientin. Sie konnte acht Tage nach dem Eingriff entlassen werden.

Bei postpartalem Aszites und Laborwerten im Sinne eines Nierenversagens sollte man an eine Blasenruptur denken. Das Verhältnis zwischen Aszites- und Serum-Kreatinin kann einen weiteren Hinweis geben. **WE**

F Qiao P et al.: Delayed diagnosis of spontaneous bladder rupture: a rare case report. BMC Women's Health 2018; 18: 124

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181343

Chronische Beckenschmerzen

Verwachsungen sind selten schuld

Britische Gynäkologen untersuchten, inwieweit Adhäsionen bei chronischen Beckenschmerzen das Beschwerdebild beeinflussen.

62 Frauen mit nicht-malignen chronischen Beckenschmerzen nahmen an der prospektiven Studie teil. Patientinnen mit bekannter Endometriose waren ausgeschlossen. Die Intensität und Dauer der Beschwerden sowie ihre Auswirkungen auf die Lebensqualität wurden mithilfe standardisierter Fragebögen evaluiert.

Clusteranalysen ergaben drei Gruppen von Patientinnen, in die fast alle Teilnehmerinnen fielen: Phänotyp 1 mit mittlerer Schmerzintensität und einer seit durchschnittlich vier Jahren bestehenden Diagnose (35 Patientinnen), Phänotyp 2 mit starken, seit langer Zeit bestehenden Schmerzen und erheblichen körperlichen, emotionalen und sozialen Einschränkungen (14 Patientinnen) und Phänotyp 3 mit relativ geringen Beschwerden und vergleichsweise guter Lebensqualität (11 Patientinnen). Bei der Laparoskopie offenbarten sich bei 37 Frauen Adhäsionen im Bereich der Bauchwand, der Ovarien, des Darms, der Adnexen oder des Uterus.

Die meisten Adhäsionen fanden sich überraschenderweise in der Gruppe mit den am wenigsten ausgeprägten Symptomen: In Cluster 3 betrug der Anteil 82% – beim Phänotyp 2 mit den stärksten Schmerzen waren es 71%, in Cluster 1 mit den Frauen mit mittelgradiger Ausprägung nur 51%. Eine Korrelation mit dem Ausmaß oder der Dauer der Beschwerden und dem Leidensdruck ergab sich folglich nicht.

Die angegebenen Symptome erlauben also keine Rückschlüsse auf eventuell zugrundeliegende Verwachsungen. Die Tatsache, dass sich bei den Patientinnen klar zu unterscheidende Beschwerdeprofile ergaben, macht es nach Ansicht der Studienautoren jedoch dringend erforderlich, eine kognitive und emotionale Beurteilung in die Evaluation miteinzubeziehen – insbesondere vor einer möglichen chirurgischen Intervention. CW

S Cheong Y et al.: Are pelvic adhesions associated with pain, physical, emotional and functional characteristics of women presenting with chronic pelvic pain? A cluster analysis. BMC Women's Health 2018; 18(1): 11

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181174

Vulvovaginale Candidosen

Noch ist Fluconazol meistens effektiv

In Äthiopien untersuchte man, welches die häufigsten Erreger von Vaginalmykosen sind und wie diese auf verschiedene Antimykotika ansprechen.

In einer Klinik in Addis Abeba wurden vaginale Abstriche von 210 Frauen mit entsprechenden Symptomen wie Ausfluss und Juckreiz mikrobiologisch untersucht. Bei 41,4% fand sich eine vulvovaginale Candidose. Risikofaktoren hierfür waren frühere genitale Infektionen und eine höhere Zahl männlicher Sexualpartner. Haupterreger war mit einem Anteil von 58,6% *Candida albicans*. *Candida krusei* wurde bei 17,2% isoliert, *Candida dubliniensis* bei 9,2%. Sieben weitere *Candida*-Spezies ließen sich nur vereinzelt nachweisen.

Die getesteten Antimykotika Voriconazol, Caspofungin und Micafungin erwiesen sich bei allen *Candida*-Isolaten als wirksam. Bei 17,2% fand man allerdings Resistenzen gegen Fluconazol, bei 5,7% gegen Flycytosin. Gravierend war dies insbesondere bei Infektionen mit *C. krusei*, die gegen Fluconazol zu 100% und gegen Flycytosin zu 33,3% resistent waren. Bei *C. albicans* lag die Resistenzrate gegen die beiden Substanzen nur bei jeweils 2%.

Die Studie bestätigt den wachsenden Anteil von nicht-albicans *Candida*-Spezies an Vaginalmykosen. Durch den weitverbreiteten Einsatz von Fluconazol könnten Infektionen mit resistenten Stämmen von *C. krusei* noch weiter zunehmen, fürchten die Studienautoren. CW

K Bitew A et al.: Vulvovaginal candidiasis: species distribution of Candida and their antifungal susceptibility pattern. BMC Womens Health 2018; 18(1): 94

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181164

PRAXIS-TIPP

Uterusmyome

Gute Blutungskontrolle mit UPA

Viele Frauen mit symptomatischen Uterusmyomen wünschen sich eine organ- und fertilitätserhaltende Therapie. Die medikamentöse Behandlung mit Ulipristalacetat (UPA) gilt dabei als wirksame und gut verträgliche Alternative zur Hysterektomie.

In einer US-amerikanischen Phase-3-Studie erhielten 157 prämenopausale Patientinnen mit symptomatischen Uterusmyomen randomisiert zwölf Wochen lang täglich entweder 5 mg UPA, 10 mg UPA oder Plazebo. An die Behandlungsphase schloss sich eine ebenfalls zwölfwöchige therapiefreie Nachbeobachtungsperiode an. Primärer Studienendpunkt war das Erreichen von Amenorrhoe (definiert als mindestens 35-tägige blutungsfreie Zeit).

In der Intention-to-treat-Analyse trat dies bei 47,2% der Patientinnen in der 5-mg-UPA-Gruppe ein, bei 58,3% aus der 10-mg-Gruppe und bei 1,8% aus der Plazebogruppe. In fast allen Fällen stoppten die Blutungen innerhalb der ersten zehn Behandlungstage. Von den Patientinnen, die die Therapie abschlossen, wurde bei 58,7% (5 mg UPA) bzw. 81,6% (10 mg UPA) eine Blutungskontrolle erreicht, gegenüber nur 1,9% unter Plazebo. In beiden Dosierung wirkte sich die UPA-Behandlung positiv auf die Lebensqualität und die Teilnahme an körperlichen und sozialen Aktivitäten aus. Das Volumen der drei größten Myome ging während der Therapie um 9,6 bzw. 16,3% zurück, während es unter Plazebo um 7,2 % zunahm.

Schwerwiegende Nebenwirkungen, die zum Studienabbruch führten, traten nicht auf. Unerwünschte Begleiterscheinungen der UPA-Therapie kamen bei etwa der Hälfte der Patientinnen vor. Meist handelte es sich um Hitzewallungen, erhöhte Kreatin-Phosphokinase-Werte oder Hypertonie.

Anders als in früheren Untersuchungen bestand die hier untersuchte Studienpopulation zum großen Teil aus Afroamerikanerinnen und übergewichtigen Frauen – Bevölkerungsgruppen also, in denen die Prävalenz von Myomen besonders hoch ist. CW

R Simon JA et al.: Ulipristal acetate for treatment of symptomatic uterine leiomyomas. Obstet Gynecol 2018; 131: 431-9

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181172

®GFI. Der Medizin-Verlag

Tumoren der Brust und der Geschlechtsorgane

Unklare Risikolage bei Transgender

Über das Risiko gynäkologischer Krebserkrankungen im Zusammenhang mit der postmenopausalen Hormonersatztherapie (HRT) wird viel diskutiert. Völlig unklar ist bisher aber, inwiefern die hormonelle Therapie im Zuge einer Geschlechtsangleichung das Risiko für Malignitäten der Brust oder der Geschlechtsorgane beeinflusst.

Ausschlaggebend für dieses spezifische Krebsrisiko bei Transgender-Personen sind in erster Linie das Ausmaß und das Stadium der durchlaufenen Geschlechtertransition. Die Rolle der Hormontherapie ist dabei unklar.

Die Literatur zur Prävalenz gynäkologischer und andrologischer Krebserkrankungen bei Transmännern und -frauen ist begrenzt und besteht überwiegend aus Fallberichten, weshalb es bisher keine eindeutigen Zahlen gibt. Insgesamt lassen die verfügbaren Daten zur Inzidenz und Tumorhistologie jedoch nicht vermuten, dass eine geschlechtsangleichende Hormontherapie das Risiko für Tumoren an der Brust oder den Geschlechtsorganen erhöht.

Krebsrisiko durch Hormone?

Überlegungen zu Brustkrebs

Die The Million Women Study belegte, dass eine postmenopausale Hormonersatztherapie (HRT) mit einem erhöhten Risiko für Mammakarzinome einhergeht, vor allem bei einer **Östrogen**-Monotherapie. Das Risiko stieg außerdem mit der Dauer der HRT an. Indirekt sind diese Zusammenhänge auch für **Transfrauen** relevant, da diesen ebenfalls dauerhaft Östrogene zugeführt werden, allerdings zusammen mit Antiandrogenen. Auch sind die endogene hormonelle Umgebung und das Brustgewebe von Transfrauen unterschiedlich, so dass sich die Erkenntnisse nicht einfach übertragen lassen.

Bei Cismännern ist ein erhöhter Östrogenspiegel mit dem Brustkrebsrisiko assoziiert. Das durchschnittliche Alter bei Diagnose beträgt 71 Jahre, und 90% der Erkrankungen sind ER-positiv. Bei Transfrauen dagegen liegt das durchschnittliche Diagnosealter bei 50 Jahren, und 53% der beschriebenen Tumore waren ER-positiv. Die Unterschiede lassen vermuten, dass die Brustkrebspathogenese bei Transfrauen häufiger anders zustande kommt als bei Cismännern.

Studien mit Cisfrauen zufolge hat ein erhöhter **Androgen**spiegel im Allgemeinen keinen Einfluss auf das Brustkrebsrisiko. Relevant für **Transmänner** ist aber, dass bei prämenopausalen Frauen ein Zusammenhang zwischen einem erhöhten Androgenspiegel und der Brustkrebsinzidenz festgestellt wurde (vor allem für ER- und PR-positive Tumoren, wie sie größtenteils bei den beschriebenen Fällen bei Transmännern vorlagen). Andere Studien berichten dagegen, dass erhöhte Androgenspiegel bei prämenopausalen Frauen eher einen protektiven Effekt bezüglich Mammakarzinomen haben und erst im postmenopausalen Alter das Risiko erhöhen.

Empfehlungen für Transgender

Die Autoren empfehlen, sowohl bei der Erwägung einer Hormontherapie als auch im Rahmen des mit der Therapie verbundenen Follow-up die persönliche und familiäre Vorgeschichte von Tumorerkrankungen der Brust und der Geschlechtsorgane zu berücksichtigen. BRCA-Tests sollten bei Transgender nach denselben Kriterien durchgeführt werden wie in der Cis-Population.

Von einer HRT bei Cisfrauen mit aktiver oder vergangener Brustkrebserkrankung wird abgeraten. Bei Transgender-Personen muss man als Arzt gemeinsam mit dem Patienten die Vor- und Nachteile abwägen und entsprechend individuell entscheiden.

Endometrium, Zervix und Prostata

Eine Östrogen-Monotherapie wird postmenopausalen Cisfrauen nur nach Hysterektomie empfohlen, da das unopponierte exogene Östrogen das Risiko für ein **Endometriumkarzinom** signifikant ansteigen lässt. Dieser Umstand könnte auch für Transmänner mit erhaltenem Uterus relevant sein, da die zur Geschlechtertransition gegebenen Androgene teilweise zu Östrogen aromatisiert werden. Jedoch gibt es auch Daten, die dafür sprechen, dass ein höherer Androgenspiegel vor der Bildung von Endometriumkarzinomen schützt. Der endogene Testosteronspiegel ist nach Studien bei prä- und postmenopausalen Cisfrauen positiv mit dem Risiko für **Zervixkarzinome** assoziiert. Es erscheint daher wahrscheinlich, dass die im Rahmen einer Geschlechtertransition gegebenen Androgene als Hormonmodulatoren auf die uterine und zervikale Karzinompathogenese Einfluss nehmen könnten.

Interessanterweise gibt es einige beschriebene Fälle von **Prostatakarzinom** bei bereits orchiektomierten Transfrauen. Dies legt nahe, dass der durch den Eingriff induzierte Androgenentzug die Entstehung einer prostatischen Malignität nicht unbedingt verhindert. Möglicherweise hatte die Krebspathogenese in diesen Fällen bereits vor der Orchiektomie begonnen. Denkbar ist auch, dass weniger die Androgene, sondern vielmehr die Östrogene hier eine relevante Rolle gespielt haben. **OH**

Joint R et al.: Breast and reproductive cancers in the transgender population: a systematic review. BJOG 2018; Epub Feb 21; doi: 10.1111/1471-0528.15258

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181309

„Cis" und „Trans"

Als Transfrauen bezeichnet werden Personen mit weiblicher Geschlechteridentität, die aber mit männlichem biologischem Geschlecht zur Welt gekommen sind (Entsprechendes gilt umgekehrt für Transmänner). Stimmen Geschlechteridentität und biologisches Geschlecht überein (der Regelfall), spricht man dagegen von Cisfrauen und Cismännern.

Frage 9: Brustkrebs bei Transfrauen

- ☐ **A** tritt später auf als bei Cismännern
- ☐ **B** ist zu 90% ER-negativ
- ☐ **C** ist zu 90% ER-positiv
- ☐ **D** tritt früher auf als bei Cismännern
- ☐ **E** keine Aussage trifft zu

Frage 10: Östrogene

- ☐ **A** fallen auch im Rahmen einer Androgentherapie an
- ☐ **B** schützen vor Mammakarzinom
- ☐ **C** schützen vor Endometriumkarzinom
- ☐ **D** schützen vor Prostatakarzinom
- ☐ **E** sind bei Transfrauen mit Krebserkrankung kontraindiziert

Bitte vermerken Sie Ihre Antworten auf Seite 35 im Heft oder unter www.gyn-depesche.de/cme.

Foto: Matthias Stolt - fotolia.com

Besser Salsa als Zumba

17-09-2018: Wer zu südamerikanischen Rhythmen tanzen will, sollte das Verletzungsrisiko kennen: Das ist bei Salsa mit 1,1 Verletzungen pro 1000 Salsa-Stunden bei Frauen und 0,5 Verletzungen pro 1000 Salsa-Stunden bei Männern deutlich niedriger als bei Zumba (3,9 Verletzungen pro 1000 Tanzstunden).

Malariaprävention in der Mücke

17-09-2018: Mit Hochdurchsatztechniken suchen Wissenschaftler derzeit nach Hemmstoffen, mit der sich die Vermehrung der Malaria-übertragenden Plasmodien in Mücken stoppen lässt. Damit könnte die Infektionskette an einer wichtigen Stelle unterbrochen werden. Die vielversprechendsten Ergebnisse lieferte bisher ein Sulfonamid.

i-FOBT bewährt sich

01-09-2018: Das Darmkrebsscreening mit dem immunologischen Stuhltest (i-FOBT) führte in Großbritannien zu einer Verdoppelung der Darmkrebsdiagnosen im Screening und eine Verfünffachung der Detektion fortgeschrittener Adenome im Vergleich zum herkömmlichen FOBT. Dabei stieg die Inanspruchnahme der Darmkrebsfrüherkennung um 7% gegenüber dem FOBT.

Glykämie steigert Infektionsrisiko massiv

13-08-2018: Versicherungsdaten von mehr als 85 000 Patienten aus England bestätigen, dass ein steigender HbA_{1c}-Wert sowohl bei Diabetes Typ 1 als auch Typ 2 mit einem zunehmenden Infektionsrisiko einhergeht. Bei Patienten mit Typ-1-Diabetes und einer schlechten glykämischen Kontrolle war das Risiko für eine stationäre Behandlung wegen einer schweren Infektion um mehr als das 8-fache erhöht gegenüber gut eingestellten Patienten.

Fleischlos gegen Frauenleiden

01-08-2018: Frauen, die mehr als zwei Portionen rotes Fleisch am Tag essen, haben ein um 56% erhöhtes Endometrioserisiko gegenüber Frauen, die weniger als einmal täglich rotes Fleisch konsumieren. Das ist das neueste Ergebnis der prospektiven Nurses-Health-Study mit insgesamt 81 908 Krankenpflegerinnen. Kritisch scheint danach insbesondere prozessiertes rotes Fleisch zu sein.

Ovarialkarzinom

Entzündung fördert Tumorausbreitung

Die Inzidenz des Ovarialkarzinoms steigt in der Postmenopause dramatisch an. Welche Veränderungen dafür verantwortlich sind, ist bislang aber noch unklar. Kalifornische Forscher stellten im Mausmodell verschiedene Szenarien nach.

Man weiß heute, dass das Ovarialkarzinom seinen Ursprung meist im Eileiter hat. Von dort aus wandern die malignen Zellen ins Ovar, wo sie sich einnisten und vermehren. Zu den physiologischen Veränderungen in den Ovarien, die das begünstigen könnten, zählen entzündliche Prozesse im Zuge der Wundheilung nach der Follikelruptur, Atrophien, Narbenbildungen oder Alterungsvorgänge. Diese Prozesse simulierten die Forscher experimentell in immunkompetenten Mäusen, z. B. durch Superovulation oder Induktion von Brandverletzungen an der Ovaroberfläche. Anschließend implantierte man Ovarialkarzinomzellen in beide Tuben und untersuchte drei bis acht Wochen später das umliegende Gewebe auf Tumoren.

Jedoch fanden sich in keiner Versuchsreihe Karzinome auf der Oberfläche oder im Stroma der Ovarien. Stattdessen siedelten sich die Tumorzellen bevorzugt in der Operationswunde an, verbunden mit einer starken und anhaltenden Entzündungsreaktion. Inflammatorische Prozesse in den Ovarien, etwa kurz nach dem Eisprung oder der Narbeninduktion, förderten die Einwanderung von Karzinomzellen im benachbarten Gewebe und im Bereich der OP-Wunde. Nicht-entzündliche Veränderungen wie abgeschlossene Ovulationszyklen oder abgeheilte Narben beeinflussten die Ausbreitung des Tumors dagegen nicht.

Offensichtlich spielen Entzündungen eine Schlüsselrolle bei der Streuung von Ovarialkarzinomzellen. Die Reduktion inflammatorischer Faktoren könnte folglich möglicherweise der Krebsausbreitung vorbeugen.

S Jia D et al.: Inflammation is a key contributor to ovarian cancer cell seeding. Sci Rep 2018; 8(1): 12394

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181167

SYNOPSIS

Mammakarzinom

Höhere Jodausscheidung bei Brustkrebs?

Über einen Zusammenhang zwischen Brustkrebs und Schilddrüsenerkrankungen wird schon lange spekuliert. Türkische Wissenschaftler lieferten jetzt neue Hinweise.

Bei 24 Patientinnen mit neu diagnostiziertem Mammakarzinom und einer Kontrollgruppe aus 48 gesunden Frauen bestimmte man TSH, Blut-Harnstoff-Stickstoff, Serum-Kreatinin und die Jodkonzentration im Urin. Anhand der renalen Jodausscheidung teilte man sie in drei Gruppen ein: unter 100 µg/l, 100 bis 200 µg/l und über 200 µg/l.

Kein signifikanter Unterschied zwischen der Kontroll- und der Studiengruppe zeigte sich bei mittlerer Jodausscheidung (75,99 vs. 104,60 µg/l). Auch die Werte für TSH, Blut-Harnstoff-Stickstoff und Serum-Kreatinin waren vergleichbar. Allerdings wies jede dritte Brustkrebspatientin, aber nur eine Kontrollperson eine hohe Jodausscheidung auf. Eine niedrige Jodkonzentration im Urin hatten 71% der gesunden Frauen und 46% derjenigen mit Brustkrebs.

Mit diesem Ergebnis hatten die Autoren nicht gerechnet. Bislang war man aufgrund von Bevölkerungsstudien davon ausgegangen, dass eher ein geringer Jodstatus die Entstehung von Brustkrebs fördert. Studien hatten zudem gezeigt, dass Mammakarzinomgewebe zu einem hohen Prozentsatz den Natrium-Jodid-Symporter (NIS) exprimiert, der den Transport von Jodid aus dem Blut in die Zelle katalysiert. Möglicherweise, so die Interpretation der Autoren, ist diese Überexpression mit einer dysfunktionalen Jodaufnahme verbunden. Dies bleibt aber ebenso noch zu untersuchen wie die Hypothese, dass sich ein erhöhter Jodgehalt im Urin als Marker für Brustkrebs eignet. CW

K Malya FU et al.: The correlation between breast cancer and urinary iodine excretion levels. J Int Med Res 2018; 46: 687-92

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181175

©GFI. Der Medizin-Verlag

Diese Anzeige ist in der PDF-Version nicht verfügbar.

Anzeigenverwaltung:
Herr Alfred Neudert
Tel.: 089/436630-30
neudert@gfi-online.de

PRAXIS-TIPP

Neoplasien der Vulva

Weniger Rezidive mit Cidofovir

Für die Therapie intraepithelialer Neoplasien der Vulva (VIN) hat sich – neben der chirurgischen Exzision – auch die topische Anwendung von Cidofovir oder Imiquimod als erfolgreich erwiesen. Britische Autoren verglichen die beiden virostatisch und immunmodulatorisch wirksamen Substanzen hinsichtlich des Rezidivrisikos.

180 Patientinnen mit VIN3 wurden randomisiert entweder mit Cidofovir oder Imiquimod behandelt. Nach einer dreimal wöchentlichen Applikation über 24 Wochen zeigten 41 Patientinnen aus der Cidofovir- und 42 aus der Imiquimod-Gruppe eine histologische Komplettremission. Diese wurden im Schnitt 18 Monate lang nachbeobachtet.

Während des Follow-up blieben 94% der mit Cidofovir behandelten Frauen rezidivfrei, aber nur 71,6% derjenigen, die Imiquimod erhalten hatten. Bei den meisten neuen Läsionen handelte es sich um VIN3; maligne Neoplasien traten nicht auf. Zu schwerwiegenden unerwünschten Ereignissen kam es in keinem der beiden Therapiearme. Die Zahl der Nebenwirkungen von Grad 2 oder mehr war in beiden Gruppen etwa gleich hoch (Imiquimod 57%, Cidofovir 66%).

Nach einer chirurgischen Exzision oder Laser-Vaporisation von VIN2+ lag die Nachbehandlungsrate in Studien nach 18 Monaten bei 23% und nach fünf Jahren bei 40%. Wenn es darum geht, die beste nicht-invasive Alternative zu wählen, spricht die Evidenz für eine längere Rezidivfreiheit unter Cidofovir im Vergleich zu Imiquimod. CW

R Hurt CN et al.: Recurrence of vulval intraepithelial neoplasia following treatment with cidofovir or imiquimod ... BJOG 2018; 125: 1171-7

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181183

Endokrine Therapie

Gute Compliance erfordert Überzeugungsarbeit

Der Anteil der Patientinnen, die die adjuvante endokrine Therapie nach einer hormonrezeptorpositiven Brustkrebserkrankung abbrechen, ist hoch. Koreanische Forscher machten sich auf die Suche nach den Gründen dafür.

Mittels MM8-Fragebogen (Morisky Medication Adherence Scale-8) evaluierten sie die Therapietreue von 210 Mammakarzinom-Patientinnen unter adjuvanter endokriner Therapie. Zusätzlich gaben die Teilnehmerinnen Auskunft über die psychische Belastung durch menopausale und depressive Symptome sowie die Angst vor einer Progression der Erkrankung. Therapiespezifische Variablen – etwa der Glaube an die Notwendigkeit der Behandlung und die Angst vor Nebenwirkungen – wurden mithilfe des „Beliefs about Medicines Questionnaire“ (BMQ) abgefragt. Drei Viertel der Frauen erhielten SERM (selektive Östrogenrezeptor-Modulatoren); die bisherige Therapiedauer betrug im Mittel 26 Monate.

Eine höhere Compliance zeigten Patientinnen nach einem invasiven Mammakarzinom (Stadium 1-3) und unter Behandlung mit Aromatase-Inhibitoren. Niedrigere Depressions-Scores wirkten sich positiv auf die Therapietreue aus. Am stärksten war jedoch der Einfluss der therapiespezifischen Parameter: Umso mehr die Patientin von der Notwendigkeit der Hormonbehandlung überzeugt war und umso weniger sie sich vor Nebenwirkungen fürchtete, desto besser war die Adhärenz. Insgesamt waren diese Faktoren für 13,4% der Varianz in der Therapietreue ausschlaggebend. Psychologische und medizinische Einflussgrößen machten dagegen nur 4,6 bzw. 3,1% aus.

Das Vertrauen der Patientin in die Medikation zu stärken, kann folglich einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, die Compliance mit der endokrinen Therapie zu verbessern. Trotz deren unbestrittener Wirksamkeit beim rezeptorpositiven Mammakarzinom liegt die Adhärenzrate in Studien nur bei 42 bis 72%. CW

S Lee JY et al.: Relationships between determinants of adjuvant endocrine therapy adherence in breast cancer. BMC Womens Health 2018; 18(1): 48

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181171

Mammakarzinom

Beeinflusst die Diät das Wohlbefinden?

Wie sich die Ernährung auf die Lebensqualität von Brustkrebspatientinnen auswirkt, prüften Forscher aus Südkorea.

Nach einer im letzten halben Jahr überstandenen Brustkrebs-OP protokollierten 232 Patientinnen drei Tage lang ihre Mahlzeiten. Daraus bestimmte man, wie weit ihre Ernährungsweise einem bestimmten Diätmuster entsprach. Als „westlich“ wurde eine Ernährung bezeichnet, die viel Salat, Gewürze, Reis und Fleisch enthielt, aber wenig Obst, Nüsse und Algen. Eine „gesunde“ Diät bestand dagegen aus viel Gemüse, Vollkorn und Soja, aber wenig Süßspeisen, Alkohol, Kaffee und Fastfood. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität erfasste man mit zwei Fragebögen.

Zwei Muster zeichneten sich ab: Patientinnen, die sich sehr „gesund“ ernährten, litten seltener an Dyspnoe, aber häufiger an Schlaflosigkeit als diejenigen, die sich weniger gesund ernährten. Ein höherer Anteil „westlicher“ Lebensmittel war tendenziell mit mehr Verstopfung und besserer körperlicher Leistungsfähigkeit verbunden. Unterschied man nach dem Erkrankungsstadium, erwies sich nach einem Mammakarzinom (Stadium I) die Assoziation einer „gesunden“ Diät mit weniger Atemnot als signifikant. Für Insomnie galt dies nur bei Überlebenden einer Stadium-II- oder -III-Erkrankung. Auf die Obstipationsrate wirkte sich eine „westliche“ Ernährung nur nach Stadium-I-Brustkrebs aus.

Die Autoren räumen aber ein, dass es sich bei den beobachteten Assoziationen auch um zufällige Befunde handeln könnte. CW

S Kim N-H et al.: Dietary pattern and health-related quality of life among breast cancer survivors. BMC Womens Health 2018; 18(1): 65

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181178

„ICH BIN KEIN TIERARZT, ICH BIN EIN RICHTIGER DOKTOR.“

©GFI. Der Medizin-Verlag

Ihr neuer Arbeitsspeicher: Die Wissensdatenbank der GFI.

Rund 150.000 Studienzusammenfassungen und die aktuellen CME-Fortbildungen der Gyn-Depesche stellen wir Ihnen ab sofort zusätzlich tagesaktuell und kostenlos in unserer Wissensdatenbank* mit weiterführenden Links zur Verfügung:

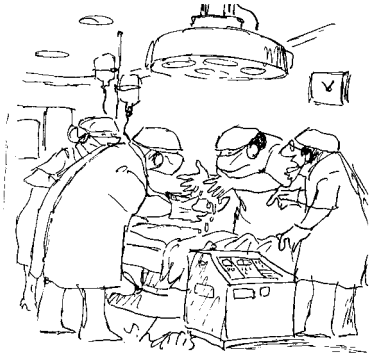
www.gyn-depesche.de

*Um alle Texte und weiterführende, kostenlose Links nutzen zu können, registrieren Sie sich bitte.

Neueste Studienergebnisse tagesaktuell per E-Mail.
Jetzt registrieren:
www.gyn-depesche.de/newsletter

Die für Sie relevanten Inhalte finden Sie im Handumdrehen:

1. Über die Volltextsuche im Suchschlitz
2. Über Eingabe des ICD-10-Codes in den Suchschlitz
3. Über das Auswahlmenü **INDIKATION**
4. Über den Direktlink in der Printausgabe, z. B.: **www.gyn-depesche.de/150027**



„ERST HABEN SIE VERGESSEN, IHRE HÄNDE ABZUBÜRSTEN, UND JETZT MACHEN SIE SEINE LUNGE VOLL SEIFE!“

Myomtherapie mit Uteruserhalt

Welche Methode?

Myome kommen bei 20 bis 40% der Frauen im reproduktiven Alter vor. Wenn sie Beschwerden machen, die Fertilität aber erhalten werden soll, kommen verschiedene Optionen uterusschonender Interventionen in Betracht. Sehr unterschiedlich sind auch die Ergebnisse.

Die Myomektomie ist die klassische Form der uteruserhaltenden Chirurgie. Aber auch die Uterusarterien-Embolisation wird schon seit mehr als drei Jahrzehnten praktiziert. Neuere Techniken sind die Radiofrequenz-Ablation, die laparoskopische Ligatur und die Kryoablation. Die jüngste Entwicklung ist die Ablation mit hochintensivem fokussiertem Ultraschall.

Im Rahmen einer Literaturrecherche versuchten Gynäkologen die verschiedenen Methoden miteinander zu vergleichen. Insgesamt wurden 85 Studien mit 17 789 Teilnehmerinnen analysiert. Das Reinterventionsrisiko über einen Zeitraum von 60 Monaten betrug 12,2% für die Myomektomie, 14,4% für die Uterusarterien-Embolisation, 53,9% für fokussierten Ultraschall und 7% für hysteroskopische Interventionen. Für andere Behandlungsmodalitäten lagen keine Daten vor. Die Lebensqualität verbesserte sich nach allen Therapieoptionen. Die Ultraschall-Methode schnitt im Vergleich auch in dieser Hinsicht am schlechtesten ab.

Diese Informationen sollen dem Arzt bei der Beratung seiner Patientinnen in der Praxis dienlich sein. **WE**

M Sandberg EM et al.: Reintervention risk and quality of life outcomes after uterine-sparing interventions for fibrinoids: a systematic review and meta-analysis. Fertil Steril 2018; 109: 698-707

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181344

„Benigne“ Hysterektomie

Manche Patientinnen sind unzufriedener

Nach einer Hysterektomie sind Frauen, die nicht wegen Beckenschmerzen operiert wurden, mit dem Verlauf in der Regel sehr zufrieden. Umstritten ist der Eingriff aber bei Behandlung von Beckenschmerzen, die mit oder ohne Endometriose auftreten.

In Schweden ging man anhand eines nationalen Registers der Frage nach, ob präoperative Beckenschmerzen die Einschätzung der Patientinnen über den Verlauf des Eingriffs und das Ergebnis beeinflussen. Hierfür wertete man die Daten von 28 776 Patientinnen aus.

Die Datananalyse ergab, dass ein Jahr nach OP die meisten Frauen, ob sie präoperativ Schmerzen hatten oder nicht, mit dem Verlauf zufrieden waren. Ihr klinischer Zustand hatte sich fast immer verbessert. Diejenigen mit Schmerzen und Endometriose beklagten allerdings vermehrt einen zu kurzen (!) stationären Aufenthalt, mehr ernste Komplikationen nach der Entlassung nach bis zu einem Jahr und drückten öfter Unzufriedenheit aus.

Beckenschmerzen per se schienen das Urteil der Patientinnen am stärksten zu beeinflussen, vor allem, wenn zusätzlich eine Endometriose-Diagnose vorlag. Wie Schmerzen empfunden werden, hängt allgemein stark von Emotionen, mentaler Einstellung und Trauma-Erfahrungen ab. Es ist bekannt, dass bei Frauen mit Endometriose Angststörungen, Depressionen und andere psychiatrische Erkrankungen vermehrt vorkommen.

Wie oft eine Endometriose auch die Indikation für die Hysterektomie war, ergab sich aus den Daten nicht. Eine Endometriose kann nur histologisch gesichert werden, aber nur 75% der Frauen mit positivem Befund haben entsprechende Beschwerden. **WE**

K Grundström H et al.: Impact of pelvic pain and endometriosis on patient-reported outcomes and experiences of benign hysterectomy ... J Womens Health (Larchmt) 2018; 27: 691-98

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181352

PRAXIS-TIPP

Endometriumkarzinom

Laparotomie oder Laparoskopie?

Das Endometriumkarzinom tritt vornehmlich bei Frauen über 60 auf. Mit chirurgischer und adjuvanter Therapie sind die Ärzte aber oft zurückhaltender als bei jüngeren Frauen.

Basistherapie bei Endometriumkarzinom ist gemäß FIGO ein operatives Staging, bestehend aus Hysterektomie mit beidseitiger Adnexexstirpation sowie pelviner und paraaortaler Lymphonodektomie. Danach können adjuvante Maßnahmen vorgenommen werden. Nach bisheriger Kenntnis unterscheidet sich das onkologische Outcome zwischen exploratorischer Laparotomie (LAP) und laparoskopisch assistierter vaginaler Hysterektomie (LAVH) nicht nennenswert.

Experten aus den USA verglichen nun das Auftreten perioperativer Komplikationen bei 1477 über 60-jährigen Patientinnen mit Uteruskarzinom im frühen Stadium nach LAP bzw. LAVH. Mit dem Alter nahm die Leistungsfähigkeit ab; ungünstige onkologische Merkmale wurden häufiger.

Unter Laparotomie registrierte man eine starke Zunahme perioperativer Probleme gegenüber jüngeren Frauen. Schon im Alter unter 60 war die Laparotomie mit längeren Klinikaufenthalten verbunden als die Laparoskopie. Bei Frauen über 60 waren beim Bauchschnitt zusätzlich folgende Komplikationen häufiger: Antibiotikagabe, Ileus, Pneumonien, tiefe Venenthrombosen und Arrhythmien.

Bei älteren Patientinnen ist folglich eine minimal invasive Methode zum Staging im Vergleich zur Laparotomie mit einer geringeren Mobidität verbunden. **WE**

K Bishop EA et al.: Surgical outcomes among elderly women with endometrial cancer treated by laparoscopic hysterectomy ... Am J Obstet Gynecol 2018; 218: 109.e1-11

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181351

®GFI. Der Medizin-Verlag

Postpartale Vesikovaginalfistel

Lappenplastik verbessert Kontinenz

Trotz erfolgreichen operativen Verschlusses einer postpartalen Vesikovaginalfistel leiden bis zu 55% der Betroffenen an einer anhaltenden Inkontinenz. Abhilfe verspricht die vaginale Rekonstruktion unter Einsatz eines fasziokutanen Oberschenkellappens.

Für die Kontinenz ist eine ausreichende Dehnbarkeit der Vagina im Bereich des Blasenhalses unabdingbar. Nur so ist eine ungestörte Funktion der muskulären und ligamentären Urethra-Verschlussmechanismen gewährleistet. Vernarbungen der Scheide infolge einer geburtsbedingten Fistelbildung bzw. deren chirurgischer Versorgung stören dagegen das empfindliche Gleichgewicht dieser Strukturen.

Eine mögliche Lösung des Problems stellt die Scheidenplastik unter Verwendung eines Singapur-Lappens dar: Ziel dieses Eingriffs ist die Wiederherstellung der Elastizität der vorderen Scheidenwand sowie der Kontinenz mit Hilfe eines vaskularisierten Hautlappens. Dabei wird ein gefäßgestielter, fasziokutaner Lappen am perinealen Oberschenkel mobilisiert und getunnelt in die Scheidenwand eingenäht.

69 Frauen (Durchschnittsalter 30 Jahre) wurden vom Erstautor mittels Singapur-Flap behandelt: 45 in Form einer prophylaktischen Vaginalrekonstruktion und 24 aufgrund einer nach Fistel-Reparatur persistierenden Inkontinenz. Im Vergleich zu einem historischen Patientinnenkollektiv ohne Lappenplastik erwies sich die Operationstechnik als überlegen: 46% der prophylaktischen (Kontrollgruppe: 19%) und 71% der sekundären Lappenplastiken (Kontrollgruppe: 26%) führten zu einer Wiederherstellung der Kontinenz.

Nun bleibt abzuwarten, ob sich diese vielversprechenden ersten Ergebnisse auch in Langzeituntersuchungen bestätigen. **LO**

S Browning A et al.: Skin flap vaginal augmentation helps prevent and cure ... BJOG 2018; 125(6): 745-49

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181348

Verwachsungen nach Kaiserschnitt

Sectiozahl wichtigster Risikofaktor

Eine wesentliche Komplikation nach einer Sectio stellen intraabdominale Verwachsungen dar. Schwedische Wissenschaftler untersuchten nun, wie häufig mit Adhäsionen gerechnet werden muss und welche geburtshilflichen Faktoren dabei eine Rolle spielen.

Retrospektiv wurden die Daten von 15 479 Frauen ausgewertet, die sich einer Hysterektomie und/oder einem Adnexeingriff aufgrund einer benignen Erkrankung unterzogen hatten. Alle Frauen hatten zum Operationszeitpunkt mindestens ein Kind geboren, davon 2646 (17%) per Kaiserschnitt. Anhand gynäkologisch-operativer Registerdaten erfassten die Wissenschaftler, bei wie vielen Frauen während des Eingriffs Adhäsionen festgestellt wurden. Frauen mit abdominalen Voroperationen, früheren entzündlichen oder infektiösen Erkrankungen des Bauchraums oder mit Endometriose gingen nicht in die Analyse ein.

Verwachsungen im Bauchraum stellte man bei 2281 (15%) fest. Nach einem Kaiserschnitt betrug die Prävalenz von Adhäsionen 37%, nach ausschließlich vaginalen Geburten nur 10%. Das entspricht einer Risikozunahme um das Fünffache. Das Verwachsungsrisiko stieg mit zunehmender Zahl der Sectio-Entbindungen: Nach einem Kaiserschnitt betrug die Adhäsionsrate 32%, nach zwei 42% und nach drei oder mehr 59%. Unabhängig von der Anzahl der Kaiserschnitte nahm das Verwachsungsrisiko außerdem signifikant zu, wenn die Frau bei der Geburt ≥35 Jahre alt war (adjustierte Odds Ratio, aOR 1,28), einen BMI ≥30 kg/m² aufwies (aOR 1,91) und wenn postpartal eine Infektion aufgetreten war (aOR 1,55).

Unklar ist noch, inwiefern die Adhäsionen die Komplikationsraten und das Outcom gynäkologischer Operationen beeinflussen. **LO**

K Hesselmann S et al.: Abdominal adhesions in gynaecologic surgery after caesarean section ... BJOG 2018; 125(5): 597–603

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181349

Neueste Studienergebnisse
tagesaktuell per E-Mail
Jetzt registrieren:
www.gyn-depesche.de/newsletter

Gyn Depesche

Impressum

Herausgeber:
GFI. Gesellschaft für medizinische Information mbH

Anschrift des Verlages:
Paul-Wassermann-Str. 15, 81829 München
Telefon: 089/43 66 30 - 0
Telefax: 089/43 66 30 - 210
E-Mail: info@gfi-online.de
Internet: www.gyn-depesche.de

Geschäftsführung:
Dr. med. Christian Bruer

Redaktion:
Chefredakteur: Dr. med. Christian Bruer (verantw.)
Dipl.-Biol. Univ. Olivia Hesse
Chefin vom Dienst: Petra Beuse
Erwin Hellinger

Anzeigenleitung:
Klaus Bombös, Tel.: 0177/7 31 12 54
E-Mail: bomboes@gfi-online.de
Heike Zeiler, Tel.: 089/43 66 30 - 203
E-Mail: zeiler@gfi-online.de

Anzeigenverwaltung:
Alfred Neudert, Tel.: 089/43 66 30 - 293
E-Mail: neudert@gfi-online.de

Anzeigenpreisliste: 2018 vom 1. Okt. 2017

Erscheinungsweise: 6 Ausgaben im Jahr

Grafik und Satz: vm-grafik, München

Druckerei: Vogel Druck und Medienservice GmbH & Co. KG, 97204 Höchberg

Bezugsbedingungen: 6 Ausgaben p.a. € 49,- zzgl. € 8,10 Inlandsporto; Auslandsporto: € 18,80; ISSN: 1435-5507

Die Zeitschrift und ihre Bestandteile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung durch Dritte bedarf der Zustimmung des Herausgebers.

Mit der Annahme eines Textes und seiner Veröffentlichung in dieser Zeitschrift geht das ausschließliche, unbeschränkte Nutzungsrecht auf den Herausgeber über. Es schließt die Veröffentlichung in Druckerzeugnissen sowie die Vervielfältigung und Verbreitung jeder (auch elektronischer) Art ein. Der Herausgeber kann diese Rechte auf Dritte übertragen.

Die Verwendung oder Nichtverwendung von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenzeichen etc. berechtigt in keinem Fall zu der Annahme, dass solche Namen als frei betrachtet und damit von jedermann benutzt werden können.

Als Sonderveröffentlichung oder mit Namen oder Kürzel des Verfassers gekennzeichnete Beiträge geben nicht in jedem Fall die Meinung der Redaktion wieder. Für unverlangt eingesandte Manuskripte wird keine Gewähr übernommen.

Angaben zu Dosierungen und Applikationsformen sind anhand wissenschaftlicher Informationen oder der Fachinformation auf ihre Richtigkeit zu überprüfen. Der Verlag übernimmt für diese Angaben keine Gewähr.

Die Rechte für die Nutzung von Artikeln für elektronische Pressespiegel oder Online-Presseschauen erhalten Sie über die PMG Presse-Monitor GmbH (Tel. 030/28 49 30 oder www.presse-monitor.de).

Verleger: Hans Spude

© GFI. Der Medizin-Verlag, 2018

IVW
LA-MED
geprüft Facharzt-Studie 2018

THERAPIE-OPTIONEN

Uterusmyome: Ulipristalacetat ist zurück

Ab sofort kann die Therapie des symptomatischen Uterus myomatosus mit Ulipristalacetat 5 mg (Esmya®) wieder aufgenommen werden. Nach Abschluss des Risikobewertungsverfahrens bleibt das Nutzen-Risiko-Verhältnis positiv. Die neue Fachinformation zu Ulipristalacetat weist zwei Indikationen aus: 1) die zeitlich unbegrenzte flexible Intervall-Therapie bei Patientinnen im fortpflanzungsfähigen Alter, für die eine Operation entweder aus medizinischen oder aus persönlichen, religiösen oder sozialen Gründen nicht in Frage kommt; 2) ein einmaliges Behandlungsintervall von bis zu drei Monaten zur präoperativen Behandlung bei erwachsenen Frauen im fortpflanzungsfähigen Alter. Nicht geeignet ist Ulipristalacetat (Esmya®) bei Patientinnen mit zugrunde liegender Lebererkrankung.

Vorschau Gyn-Depesche 1/2019 vom 14.2.2019

CME: Kontrazeption nach chirurgischem Abort

CME: Herzstillstand während der Schwangerschaft

CME: Sectio-Verschlusstechnik beeinflusst Ultraschall-Befund

Präeklampsie: Torasemid zur Prävention und persistierender **postpartaler Hypertonie**

Zervixkarzinom im Frühstadium: Optimales **Zeitintervall** zwischen **Chirurgie** und **adjuvanter Therapie**

Langzyklus mit EE30/LNG150

Die EMA hat die Zulassung für die Langzyklus-Kontrazeption mit der oralen Kombination aus Ethinylestradiol 30 µg plus Levonorgestrel 150 µg (EE30/LNG150, Evaluna®) erteilt. Das Langzyklus-Präparat sieht die tägliche Einnahme einer Tablette über einen Zeitraum von 84 Tagen vor, gefolgt von einem siebentägigen hormonfreien Intervall (84/7). Die Zulassung basiert auf den Ergebnissen einer Phase-3-Studie mit über 1280 Patientinnen, in welcher sich das Langzyklus-Präparat (Evaluna®) gegenüber einem konventionellen Regime (21/7) mit derselben Hormonzusammensetzung als zuverlässig und wirksam erwies (Pearl-Index 0,483) und zudem mit einer geringeren Zahl der Blutungstage gegenüber dem 21/7-Regime verbunden war.

E-HEALTH

Zyklusdiagnostik mit OvulaRing®

Der OvulaRing® ist ein Vaginalring mit integriertem Biosensor und einer präzisen Auswertungssoftware, der anhand der Messungen der Körperkerntemperatur das individuelle Fruchtbarkeitsmuster der Frau berechnet. Damit ermöglicht das System die Bestimmung der tagesaktuellen Konzeptionswahrscheinlichkeit und die Vorhersage des zukünftigen fertilen Fensters. Es können Anovulationen erkannt und Aussagen über die Länge einzelner Zyklusphasen getroffen werden. Anhand der Informationen können Verdachtsdiagnosen wie PCOS oder Lutealinsuffizienz ausgeschlossen bzw. bestätigt werden. Das Medizinprodukt ist nachweislich zielführend für Frauen mit Kinderwunsch. Der OvulaRing® eignet sich ideal für die nicht invasive medizinische endokrine Diagnostik bei Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch.

LITERATURDIENST

Bestellung von Originalarbeiten

Sie können die Kurzfassungen der Originalstudien, die unseren Beiträgen zugrunde liegen, direkt online lesen, wenn Sie dem Link am Ende des Beitrags folgen (z. B. www.gyn-depesche.de/151172).

Zusätzlich schicken wir Ihnen auf Wunsch eine Kopie der Volltext-Originalstudie per Post zu. Die Anforderung erfolgt online unter der Adresse www.gyn-depesche.de/zeitschrift/originalarbeiten.

Gerne können Sie eine Kopie der Originalstudie auch unter Angabe der Ausgabe der Zeitschrift (z. B. Gyn-Depesche 1/2018) und der am Ende genannten Nummer (z. B. 151172) per Post beim Verlag anfordern.

GFI. Gesellschaft für medizinische Information mbH
Leserservice
Paul-Wassermann-Straße 15
81829 München

Bitte schicken Sie uns hierfür € 10,- in Briefmarken und einen adressierten Rückumschlag zu.

Abonnenten erhalten eine Originalarbeit pro Ausgabe kostenlos.

ABONNEMENT

Die Gyn-Depesche regelmäßig lesen

Wenn Sie die Gyn-Depesche regelmäßig erhalten möchten, füllen Sie bitte online das Formular unter www.gyn-depesche.de/abo aus,

oder schicken Sie uns Ihre Bestellung per Fax an 089 / 43 66 30 - 210

Ich möchte die Gyn-Depesche abonnieren. Bitte schicken Sie mir alle 6 Ausgaben pro Jahr bis auf Widerruf zum aktuellen Jahresbezugspreis von € 49,- (zzgl. € 8,10 Inlandsporto) frei Haus. Das Abonnement kann jederzeit monatlich gekündigt werden und enthält die kostenfreie Kopie einer Originalstudie pro Monat.

Name, Anschrift

Datum, Unterschrift

Zertifizierte Fortbildung

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

BAYERISCHE LANDESÄRZTEKAMMER

- Alle CME-Beiträge und die dazugehörigen Fragen finden Sie in diesem Heft auf der zu jeder Frage angegebenen Seite oder im Internet unter www.gyn-depesche.de/cme.
- Sie können entweder online teilnehmen oder dieses Formular komplett ausgefüllt per Post an uns senden.
- Bei mindestens sieben korrekt beantworteten Fragen haben Sie die CME-Einheit mit Erfolg absolviert und erhalten einen Fortbildungspunkt.
- Ihr Fortbildungszertifikat erhalten Sie ausschließlich digital als PDF per E-Mail.

Sammeln Sie Fortbildungspunkte mit der Gyn-Depesche www.gyn-depesche.de/cme

Gyn Depesche

Kennziffer: GD062018 VNR: 2760909008210450013 Einsendeschluss: 6.12.2018

Es ist jeweils nur eine Antwort pro Frage zutreffend.

			A	B	C	D	E
1.	**Risikofaktor für PMS ist ...**	S. 11	☐	☐	☐	☐	☐
2.	**Bei Gabe von COC sollte ...**	S. 11	☐	☐	☐	☐	☐
3.	**Eine hilfreiche Maßnahme ...**	S. 11	☐	☐	☐	☐	☐
4.	**Bei PUL ...**	S. 16	☐	☐	☐	☐	☐
5.	**Zur Prognoseabschätzung ...**	S. 16	☐	☐	☐	☐	☐
6.	**Harnwegsinfekte ...**	S. 24	☐	☐	☐	☐	☐
7.	**Teststreifen sind ...**	S. 24	☐	☐	☐	☐	☐
8.	**In Erstlinie gibt man ...**	S. 24	☐	☐	☐	☐	☐
9.	**Brustkrebs bei Transfrauen ...**	S. 27	☐	☐	☐	☐	☐
10.	**Östrogene ...**	S. 27	☐	☐	☐	☐	☐

F ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Zustellnummer, falls vorhanden (finden Sie auf dem Adressetikett)

Titel, Vorname, Name

Straße, Nr.

PLZ, Ort

E-Mail (Angabe zur Zertifikatszusendung erforderlich)

EFN-Nummer

Ort, Datum Unterschrift

ggf. Praxisstempel

ggf. EFN-Barcode-Aufkleber

Ich versichere, alle Fragen ohne fremde Hilfe beantwortet zu haben.
Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten gespeichert und an die zuständige Landesärztekammer weitergeleitet werden.
Bitte beantworten Sie alle Fragen online unter www.gyn-depesche.de/cme oder schicken Sie dieses Formular komplett ausgefüllt an:
GFI. Gesellschaft für medizinische Information, Paul-Wassermann-Straße 15, 81829 München

Uterus myomatosus

ALLES KLAR MIT ESMYA®

> 750.000
ESMYA®-Patientinnen weltweit

7 gute Gründe für ESMYA®

- Flexible Intervall-Therapie mit nachhaltiger Wirkung[1,2]
- Schnelle Blutungskontrolle[2]
- Signifikante Reduktion des Myomvolumens[2]
- Organerhalt und Erhalt der Fertilität[2,3]
- Lebensqualität wie bei gesunden Frauen[2]
- Gute Verträglichkeit[2]
- Einfach oral 1x täglich[1]

GEDEON RICHTER

esmya®
flexibel. zielgerichtet. effektiv.

1 ESMYA® Fachinformation, Juli 2018. 2 Donnez J, et al. Fertil Steril 2016;105:165–73.e4. 3 De Gasperis-Brigante, C. et al. J. Obstet. Gynaecol. Can. 40, 1066–1076.e2 (2018).

Esmya® 5 mg Tabletten, **Wirkstoff:** Ulipristalacetat. **Zusammensetzung:** 1 Tablette enth. 5 mg Ulipristalacetat. Sonst. Bestandteile: Mikrokristalline Cellulose, Mannitol, Croscarmellose-Natrium, Talkum, Magnesiumstearat. **Anwendungsgebiete:** *Erw. Frauen im fortpflanzungsfähigen Alter, f. die eine Operation vorgesehen ist:* Präoperativen Behandl. mittlerer bis starker Symptome durch Gebärmutter-Myome f. ein Behandlungsintervall. *Erw. Frauen im fortpflanzungsfähigen Alter, f. die eine Operation nicht infrage kommt:* Intervall-Therapie mittlerer bis starker Symptome durch Gebärmutter-Myome. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gg. d. Wirkstoff o. einen d. sonst. Bestandteile; Schwangerschaft u. Stillzeit; Genitalblutung unbekannter Ursache o. aus anderen Gründen als den Gebärmutter-Myomen; Gebärmutter-, Gebärmutterhals-, Eierstock- o. Brustkrebs; zugrunde liegende Lebererkrankung. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Amenorrhö, endometriale Verdickung. *Häufig:* Kopfschmerzen, Schwindel, Bauchschmerzen, Übelkeit, Akne, Muskelschmerzen, Hitzewallungen, Unterbauchschmerzen, Ovarialzyste, Schmerz/Druckempfindlichkeit d. Brüste, Müdigkeit, Gewichtszunahme. *Gelegentlich:* Arzneimittelüberempfindlichkeit, Angst, Stimmungsschwankungen, Schwindelgefühl, trockener Mund, Obstipation, Alopezie, trockene Haut, Hyperhidrose, Rückenschmerzen, Harninkontinenz, Gebärmutterblutungen, Metrorrhagie, Scheidenausfluss, Beschwerden d. Brust, Ödem, Asthenie, erhöhter Blutcholesterinspiegel, erhöhter Triglyzeridspiegel. *Selten:* Epistaxis, Verdauungsstörungen, Flatulenz, rupturierte Ovarialzyste, Anschwellen d. Brust. *Häufigkeit nicht bekannt:* Leberversagen, Angioödem. **Vorsichtsmaßnahmen:** Monatlich während d. ersten beiden Behandlungsintervalle sowie vor Beginn jedes Behandlungsintervalls sind Leberfunktionstests durchzuführen, um zu prüfen, ob d. Behandlung durch- bzw. weitergeführt werden kann. Darüber hinaus muss nach Beendigung jedes Behandlungsintervalls ein weiterer Leberfunktionstest durchgeführt werden. **Verschreibungspflichtig. Stand d. Information:** 07.2018. Gedeon Richter Plc., Gyömröi út 19-21, 1103 Budapest, Ungarn. Ihr direkter Kontakt zu uns: Gedeon Richter Pharma GmbH, Eiler Str. 3W, 51107 Köln, Tel. 0221/888 90 444, Fax 0180/343 33 66, E-Mail: service@gedeonrichter.de, www.gedeonrichter.de.