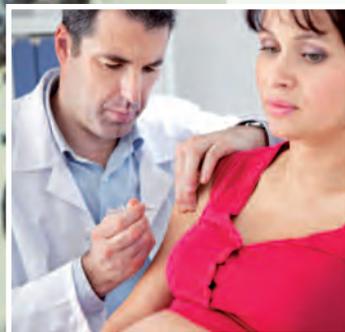


Gyn Depesche

Schnellinformationen zu wissenschaftlichen Studien für Gynäkologen



Grippeimpfung in der Schwangerschaft

Die Daten der Pandemie 2009/2010 zeigen keine Gefährdung, aber gewisse Assoziationen. *BMJ*

Seite 15



Peripartale Kardiomyopathie

Die schnelle Therapie kann lebensrettend sein, daher auf die Zeichen achten.

N Engl J Med

Seite 23

Männer mit Mamma-Ca

In frühen Stadien ist die Prognose nicht schlechter als bei Frauen.

Curr Oncol

Seite 32

Marker für Frühgeburt

Triglyzeride und $TNF\alpha$ gemeinsam gut

Am J Obstet Gynecol

Seite 22

Geburtshilfe

Plazenta-Retention

Die Datenlage zur medikamentösen Behandlung ist dünn. Also was geben?

Und wann? *BMJ*

Seite 18



Keine Pille mehr. Und trotzdem hohe Verhütungssicherheit.



Jaydess® – das weltweit kleinste IUS

Die neue kontrazeptive Option für Frauen, die bis zu **3 Jahre** von einem täglichen, wöchentlichen oder monatlichen Regime befreit sein wollen. Damit sie sich keine Gedanken mehr machen müssen – und Sie auch nicht.

www.jenapharm.de

 **NEU**
jaydess®

Jaydess® 13,5 mg intrauterines Wirkstofffreisetzungssystem. Wirkstoff: Levonorgestrel. Vor Verschreibung Fachinformation beachten. ▼ **Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Zusammensetzung:** Wirkstoff: 1 intrauterines Wirkstofffreisetzungssystem (IUS) enthält 13,5 mg Levonorgestrel. Sonst. Bestandteile: Polydimethylsiloxan, quervernetzt; hochdisperses Siliciumdioxid; Polyethylen; Bariumsulfat; Eisen(II, III)-oxid (E172); Silber. **Anwendungsgebiet:** Kontrazeption für eine Anwendungsdauer von bis zu 3 Jahren. **Gegenanzeigen:** Schwangerschaft; akute oder rez. PID; Krankheiten, d. m. erhöht. Risiko f. Beckeninfektionen verbunden sind; akute Zervizitis o. Vaginitis; postpart. Endometritis; sept. Abort i. d. letzten 3 Monaten; bestehende zervikale intraepitheliale Neoplasie; maligne Erkrank. v. Uterus o. Zervix; gestagensensitive Tumoren (z. B. Mammakarzinom); irreg. vaginale Blutung unbekannter Ätiologie; Uterusfehlbildungen einschl. Uterusmyome, die die Insertion u./o. Retention des IUS behindern würden; akute Lebererkrankungen oder -tumoren; Überempf. gegen Wirkstoff oder sonst. Bestandteile. **Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung:** Migräne; außergewöhnl. starke Kopfschmerzen; Ikterus; deutl. Blutdrucksteig.; schw. arterielle Erkrank. (z. B. Schlaganfall o. Herzinfarkt). Bei Pat. mit Diabetes mellitus den BZ-Spiegel überwachen. Das Perforationsrisiko ist bei stillenden Frauen erhöht und kann erhöht sein bei postpartaler Insertion sowie bei Frauen mit fixiertem retrovertierten Uterus. Insertion u. Entfernen kann eine vasovagale Reaktion hervorrufen (z. B. Synkope o. bei Epileptikerinnen einen Krampfanfall). Nicht zur postkoitalen Kontrazeption geeignet. Ektopische Schwangerschaft: Die Pat. ist über das Risiko und die Anzeichen einer ektopischen Schwangerschaft aufzuklären; bei Nulliparae nicht Methode der 1. Wahl, da klinische Erfahrungen nur begrenzt vorliegen. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Kopfschmerzen, Abdominal-/ Beckenschmerz, Akne/Seborrhoe, Blutungsänderungen einschl. vermehrte u. verminderte Menstruationsblutungen, Schmierblutungen, seltene Menstruationsblutungen u. Amenorrhoe, Ovarialzyste, Vulvovaginitis. *Häufig:* Depressive Stimmung/Depression, Migräne, Übelkeit, Alopezie, Infektionen d. oberen Genitaltrakts, Dysmenorrhoe, Brustschmerz/-beschwerden, Ausstoßung des IUS (vollst. und teilw.), Genitalausfluss. *Gelegentlich:* Hirsutismus. *Selten:* Uterusperforation. *Beschreibg. ausgewählter Nebenwirkungen:* Bei der Anwendg. eines anderen Levonorgestrel-haltigen IUS Fälle von Überempfindlichkeit einschl. Ausschlag, Urikaria u. Angioödem. Wird eine Frau während Anwendg. v. Jaydess schwanger, ist die relative Wahrscheinlichk. f. eine ektopische Schwangerschaft erhöht. Die Rückholfäden können beim Geschlechtsverkehr v. Partner gespürt werden. Eine Studie mit anderen IUPs/IUSs zeigte ein erhöhtes Risiko von Uterusperforationen bei stillenden Frauen. Folgende unerwünschte Arzneimittelwirkungen wurden in Verbindg. mit dem Insertionsverfahren o. Entfernen v. Jaydess berichtet: Schmerzen o. Blutung während d. Maßnahme, durch d. Insertion bedingte vasovagale Reaktion mit Schwindel o. Synkope. Maßnahme kann bei Epileptikerinnen einen Krampfanfall hervorrufen. Bei anderen IUPs wurden nach der Insertion Fälle einer Sepsis (einschl. mit Streptokokken d. Gruppe A) berichtet. **Verschreibungspflichtig. Packungsgrößen:** 1 x 1 IUS (N 3), 5 x 1 IUS. **Versio:** FI/4, Stand 02/2014. **Jenapharm GmbH & Co. KG, Otto-Schott-Str. 15, 07745 Jena**

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen!

Das Einfrieren von zuvor entnommenen Eizellen zur späteren Verwendung ist nicht neu. „Egg freezing“ wird Frauen in geeignetem Alter angeboten, wenn sie sich z. B. einer fertilitätsgefährdenden Behandlung aus onkologischen Gründen unterziehen (zumindest sollte der Hinweis auf diese Möglichkeit regelhaft erfolgen). Aber auch ohne medizinische Notwendigkeit entscheiden sich Frauen dazu, ihre Eizellen der Kryokonservierung zuzuführen: Mit „Social freezing“ sichert frau sich die Option auf Kinder in der Zukunft, wenn z. B. die Karriere stabil oder schlicht der richtige Partner gefunden ist.



Neu hingegen sind in dem Kontext zwei überraschende Player und Payer. Die US-amerikanischen Firmen Apple und Facebook haben angekündigt, ihren Mitarbeiterinnen die Kosten für die Kryokonservierung zu erstatten. Damit machen sie aus Social freezing „Corporate freezing“. Das Echo, auch in Deutschland, war überwiegend kritisch. Viele empfinden das als einen zu tiefen Eingriff in die Privatsphäre. Aber dieses „Angebot“ isoliert als Mitarbeiterinnen-Bindungsinstrument zu sehen und zu verteufeln, greift zu kurz. Man sollte das gesamte Leistungspaket für Familien bei diesen Silicon-Valley-Unternehmen betrachten ... und dann bewerten. Freilich, am Ende geht's um den „war for talents“ und die Produktivität. Da aber die Prozedur für die betroffenen Frauen nicht gänzlich ohne Risiko ist, muss die Entscheidung wohl abgewogen werden, und die Aufklärung gehört in gynäkologische Hände – sowie entsprechende Hinweise zu datenschutz- und arbeitsbezogenen Implikationen des Corporate freezing.

Mit dem Thema „Facebook und Empfänger“ befassten sich auch New Yorker Ärzte in einer randomisiert-kontrollierten Studie: Ob die Aufklärung junger Frauen in Sachen Kontrazeption über die Social-Media-Plattform besser fruchtet, lesen Sie auf Seite 7 dieser Ausgabe.

Ich wünsche Ihnen eine spannende und erkenntnisreiche Lektüre!

Ihr

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

Das neue Diaphragma. Passt ohne Anpassen!

Hormonfrei.
Sicher.
Leicht anzuwenden.



Caya[®]
contoured
diaphragm

- Wenn hormonfreie Kontrazeption erwünscht oder medizinisch erforderlich ist.
- Dreifache Sicherheit in Kombination mit kontrazeptivem Gel.
- Sicherheit und hohe Compliance in unabhängigen, klinischen Studien¹ bewiesen.

Fachinformation und Muster auf Anfrage!

¹) SCHWARTZ, J.L. et al.: Contraceptive Effectiveness and Safety Study of SILCS Diaphragm: the Pivotal Study, 2012



www.caya.eu

Kessel medintim GmbH
Kelsterbacher Str. 28
64546 Mörfelden
Tel. (06105) 20 37 20
Fax (06105) 45 59 01
service@medintim.de



Dermatosen in der Schwangerschaft bieten ein buntes Bild. Was ist physiologisch, was hat Krankheitswert?

Seite 14

Vaughan Jones S et al.: Skin diseases in pregnancy. *BMJ* 2014; 348: 26-30



Die Lebensumgebung ist für Kinder mit infantiler Zerebralparese wichtig ... und lässt sich gestalten.

Seite 20

Colver A et al.: Cerebral palsy. *Lancet* 2014; 383: 1240-9

DIE DRITTE SEITE

- Vom Pflegekind zur Frühgeburt:
Ein Zusammenhang, kaum Erklärungen
- Häufige Fehlgeburten und KHK:
Mütterliche Herzen und Gefäße in Gefahr?
- Biotechnische Gewebe: Innovation für wenige

KONTRAZEPTION

- Motivation zur Verhütung:
„Gefällt mir“: Facebook, kontrazeptiv
- CAVE:** Kombinierte orale Kontrazeptiva:
Die Thromboembolie-Raten reduzieren
- Entwicklungslinien: An der Verhütung wird weiter geforscht
- Verhütungspraktikabilität:
Fragen zum Diaphragma in Einheitsgröße

ENDOKRINOLOGIE

- PCOS und kardiometabolische Morbidität:
Das Risiko regelmäßig checken **10**
- Lipoproteine bei PCOS als Risikoindikator:
Funktionalität wichtiger als Quantität **10**
- Polyzystisches-Ovar-Syndrom: Sicherere Diagnose durch AMH **10**

SEXUALMEDIZIN

- HIV-diskordante Paare: Infektionsschutz mit ART **12**
- Lokal begrenztes Zervixkarzinom:
Konisation erhält Lebensqualität und Fertilität **12**
- STD in den USA: Verdrängte Infektionen ans Licht zerren **12**

GRAVIDITÄT

- **CME:** Hauterkrankungen in der Schwangerschaft –
Was ist normal, was pathologisch? **14**
- A/H1N1-Vakzine: Keine Gefahr durch Grippeimpfung **15**
- Hypothyreose:
Freies Thyroxin genauso aussagekräftig wie Gesamthyroxin **15**

- Folgeschwangerschaft nach Abbruch:
Kein höheres Komplikationsrisiko durch spätere Abtreibung **16**
- 6** Nahrungsergänzung: Woran es Schwangeren oft mangelt **16**

GEBURTSHILFE

- 6** ► **CME:** Plazenta-Retention –
Mit Medikamenten das Problem lösen? **18**
- Peripartale Asphyxie-Folgen: Prodomi der Hypothermietherapie **19**
- Das Blut und seine Probleme:
7 Anti-D und vWS in der Geburtshilfe **19**
- Frühgeburten: Zu wenig Evidenz für späte Abnabelung? **19**

NEONATOLOGIE

- 8** ► **CME:** Infantile Zerebralparese –
Viele mögliche Ursachen, viele Formen **20**
- Laborwerte und Frühgeburtlichkeit –
TNFα und Blufette sind die Player **22**
- Mortalität bei Mehrlingsschwangerschaften: Gewicht zählt **22**

WOCHENBETT

- **CME:** Peripartale Kardiomyopathie –
Ein Quantum Differenzialdiagnosen **23**

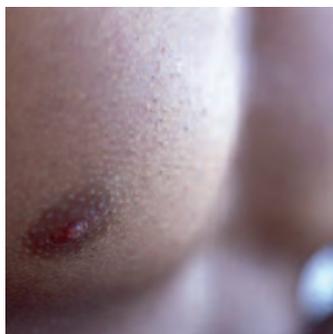
MENOPAUSE

- Dickes Ding, das Endometrium:
Welche Faktoren beeinflussen die Proliferation? **24**

DAS BEDEUTEN DIE SYMBOLE AM ANFANG DER QUELLE:

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

Titelbild: A.I.P.I.X., mauritius images (lichtmikroskopischer Querschnitt menschliche Plazenta); Fotos auf dieser Seite: A.I.P.I.X., mauritius images



Männer mit Mammakarzinom sind selten. Unter bestimmten Bedingungen ist ihr Outcome dem von Frauen ebenbürtig.

Seite 32

Rushton M et al.: Treatment outcomes for male breast cancer: a single-center retrospective case-control study. *Curr Oncol* 2014; 21(3): e400-7

Knochenstoffwechsel: Einblicke in Regulationsmechanismen	24
Vaginalatrophie: Auf der Suche nach Phytotherapie	24
Vaginales Milieu: Probiotika-Zufuhr wirkt (ein bisschen)	25
Hormonersatztherapie: So reagiert der Blutdruck	25

UROLOGIE

Problem nach Kaiserschnitt: Was hinter Harnretention steckt	26
Harninkontinenz: Schlingen unter der Urethra halten nicht ewig	26
Beckenbodensenkung: Selbstbild beeinflusst Lebensqualität	26

GENITALTRAKT

Vaginale Schönheitsoperationen: Gehört die kosmetische Labienkorrektur zu den Aufgaben eines Gynäkologen?	28
Medikamentöse Myomtherapie: Wertvoller Zeitgewinn mit Ulipristalacetat	28
Allen-Masters-Syndrom: Innere Hernie durch Loch im Mutterband	30
Langzeittherapie Endometriose: Operation und/oder Medikamente	30
Müller-Gang-Anomalien: Was verbirgt die doppelte Zervix?	30

ONKOLOGIE

Zervixkarzinom: Bessere Prognose bei unsichtbaren Tumoren	31
Zervixkarzinom: Gen-Varianten modulieren das Risiko	31
Chorionkarzinom: Falsche Zeit, falscher Ort	31
Frühes Mammakarzinom: Männer (fast) nicht benachteiligt	32
Zwei Antikörper gegen HER2: Besseres Überleben	32
FOKUS	7
STENO	28
IMPRESSUM	32
MED-INFO	34
► CME Zertifizierte Fortbildung: Fragebogen	35

FOKO

FORTBILDUNGSKONGRESS

2015

Kurstag: 4. März 2015
5.–7. März 2015
CCD.Stadthalle Düsseldorf

www.foko.de

Anmeldung ab November möglich

Vorträge u.a. zu folgenden Themen

- Generation „Babyboomer“ in der Praxis
- Infektionen und multiresistente Keime
- Adipositas – was kommt da auf uns zu?
- Was ist die beste Diagnostik beim Mammakarzinom?
- Neue genetische Tests in der pränatalen Diagnostik
- Management von Notfällen und Nebenwirkungen in der Systemtherapie
- Die überaktive Blase – neue Therapieoptionen

Kurse

- K01 Gendiagnostik
- K02 Refresherkurs-Urogynäkologie
- K03 Basis-Kolposkopiekurs
- K04 Grundkurs Impfen
- K05 Taping in der Gynäkologie und Geburtshilfe
- K06/K07 Mikroskopier- und Bakteriologiekurs
- K08 Schadensfälle und Versicherungen
- K09 Fetale Retardierung etc.
- K10 Behandlung des Mammakarzinoms
- K11 Kontrazeption in der täglichen Praxis
- K12 Humangenetik in der Gynäkologie
- K13 Schwangerschaftsbetreuung
- K14 Differenzialkolposkopie
- K15 HPV-assoziierte Tumore
- K16 PCO-Syndrom
- K17 Phyto-Gynäkologie
- K18 Praxisabgabe
- K19 Vaginale Entbindung
- K20 Mammakarzinom und Naturheilkunde
- K21 Zyklusstörungen
- K22 Prä- und perinatale Infektionen
- K23 Ernährung und Bewegung in der Schwangerschaft
- K24 Die jugendliche Patientin
- K25 Vermeidung Frühgeburt
- K26 Kinderwunschbehandlung
- K27 Transvaginalsonografie
- K28 Sexueller Missbrauch
- K29 Der sonografisch auffällige Fet
- K30 Die Schilddrüse, ein gynäkologisches Organ?
- K31 Rund ums Klimakterium
- K32 Pessartherapie
- K33 Probleme der Karzinomnachsorge
- K34 US-Screening in der Schwangerschaft
- K35 Abrechnungsoptimierung
- K36 Sexualmedizin

Foto: mauritius images



Veranstalter und Organisation
FBA Frauenärztliche BundesAkademie GmbH
Arnulfstraße 58 · 80335 München
Tel. 089/54 88 07 79-0 · Fax 089/54 88 07 79-99
E-Mail: fba@fba.de



Vom Pflegekind zur Frühgeburt

Ein Zusammenhang, kaum Erklärungen

Frühgeburlichkeit hat zahlreiche bekannte Genesen. Ein besonderer Stressor wurde nun mit überraschendem Ergebnis untersucht.

302 schwangere Frauen aus Niedrig-Einkommen-Haushalten wurden in zwei Strata geteilt: Eine Gruppe bildeten Frauen, die in jungen Jahren (<18) adoptiert oder in Pflegefamilien untergebracht worden waren. Frauen der Kontrollgruppe waren derartige Erfahrungen erspart geblieben. Dem gegenübergestellt wurde das Risiko einer Frühgeburt im Erwachsenenalter.

Das Risiko einer Frühgeburt war bei den selbst adoptierten bzw. in Pflegefamilien aufgewachsenen Frauen etwa viermal höher als in der Kontrollgruppe (OR 3,82; 95% KI 1,30-8,92; $p=0,008$). Rechnete man weitere verzerrende Faktoren heraus, blieb die Assoziation – wenn auch abgeschwächt – weiterhin signifikant (OR 4,22; 95% KI



Ärger als Kind: später Hormonstress

1,17-15,29; $p=0,02$; adjustierte Faktoren z. B. Misshandlung als Kind und psychosozialer Stress während der Gravidität).

Die Frauen trugen im Schnitt die dritte Schwangerschaft aus, waren in 41% der Fälle gewollt schwanger geworden und wurden zu 41% selbst als Kinder körperlich misshandelt. Dieses nun erstmals signifikant nachgewiesene Risiko ist durchaus mit den „klassischen“ Faktoren der Frühgeburlichkeit wie BMI, Hypertonus oder hohes Alter der Mutter vergleichbar.

Erklärungsversuche bleiben vage; der frühkindliche Stress der späteren Mütter könnte sich nachhaltig auf die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse auswirken. Abseits

der Theorie gilt: Dem Schwangerschaftsverlauf von Patientinnen mit einer entsprechenden Anamnese sollte besonderes Augenmerk geschenkt werden. **CB**

B Bublitz MH et al.: Maternal history of adoption or foster care placement in childhood: a risk factor for preterm birth. Am J Obstet Gynecol 2014; 211: 397.e1-6

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/141301

Biotechnische Gewebe

Innovation für wenige

Von Gewebezüchtung und künstlichem Organersatz spricht man seit Jahrzehnten. Bisher haben es nur kleine Ersatzteile in die klinische Routine geschafft. Jetzt wurde von einem gewissen Durchbruch berichtet.

Eine angeborene Vaginalaplasie (VA) kann verschiedene Ursachen haben, u. a. einen Entwicklungsstillstand des Müller-Trakts im Embryonalen beim Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser-Syndrom (MRKHS). Die übliche Therapie der VA im Kindesalter besteht in Dilatationsmaßnahmen oder chirurgischen Eingriffen. Für letztere braucht man Auskleidungsgewebe für den künstlich geschaffenen Kanal. Dafür wurde schon alles Mögliche verwendet, von Eigenhaut bis Zellulose. Die Neo-Auskleidung enthält aber nie sämtliche Elemente einer normalen Vaginalwand, insbesondere keine Muskelfasern.

In mexikanisch-amerikanischer Zusammenarbeit wurden biotechnisch maßgeschneiderte Vagina-Organerzeugt. Dazu entnahm man aus der Vulva der Patientinnen Epithel- und Muskelzellen und „säte“ sie auf bioabbaubares Trägermaterial, das die gewünschte Form hatte. Über einen perinealen Zugang wurden die ausgereiften „Organer“ bei vier Mädchen mit MRKHS eingesetzt. Der Verlauf wurde über bis zu acht Jahre verfolgt. Man verzeichnete keine Komplikationen. Biopsien zeigten einen dreischichtigen Aufbau der Neo-Vagina aus Epithel, Matrix und glatten Muskelfasern. Fragebögen für alle Sexualfunktionen ergaben Variablen im Normalbereich.

Eine „disruptive innovation“ der Biotechnik. Die Methode muss sich allerdings erst bei verschiedenartigen Patientinnen langfristig bewähren, auch unter Kostengesichtspunkten. **WE**

S Raya-Rivera AM et al.: Tissue-engineered autologous vaginal organs in patients: a pilot cohort study. Lancet 2014; 384: 329-36 – Birchall MA et al. Ebd. 288-90

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/141096

Häufige Fehlgeburten und KHK

Mütterliche Herzen und Gefäße in Gefahr?

Der Gestationsdiabetes und die Präeklampsie gelten bekanntermaßen als kardiovaskuläre Risikofaktoren. Neu ist das Wissen um Risikoerhöhung durch häufige Fehlgeburten.

Im Rahmen einer populationsbasierten Studie wurden knapp 100 000 Frauen untersucht, von denen 6,7% (=6690) zuvor zwei oder mehr Fehlgeburten erlitten hatten (recurrent pregnancy loss, RPL). Das Follow-up betrug über zehn Jahre.

Patientinnen mit RPL zeichneten sich durch eine erhöhte renale und kardiovaskuläre Morbidität aus als Frauen ohne RPL. Sowohl invasive als auch nicht-invasive kardiologische Diagnostik war bei den RPL-Frauen häufiger, ebenso einfache und komplexe kardiologische Ereignisse. Das Risiko für die Entwicklung einer Angina pectoris war bei RPL-Frauen 80% größer, das Risiko einer dekompensierten Herzinsuffizienz um 90% erhöht. Eine ähnlich hohe Risikosteigerung fand sich auch für Krankenhauseinweisungen aus renaler oder kardiovaskulärer Ursache. Die Zeit zwi-

schen der Index-Schwangerschaft und einer kardiovaskulär bedingten Hospitalisierung betrug 11,8 Jahre für die Frauen mit wiederholten Aborten (vs. 12,3 Jahre in der Kontrollgruppe, $p=0,001$). Es gab in dieser Studie noch einige interessante Details: Frauen mit RPL waren signifikant seltener Raucherinnen und litten seltener an einem Hypertonus.

Wiederholte Fehlgeburten sind ein unabhängiger kardiovaskulärer Risikofaktor für die betroffenen Frauen. Dies gilt jedoch nicht für renale bedingte Morbidität. Da die kardiovaskuläre Risikobestimmung für Frauen ohnehin schwieriger ist als für Männer, sollte man sich dieser neuen Erkenntnisse in praxi bedienen. **CB**

K Kessous R et al.: Recurrent pregnancy loss: a risk factor for long-term maternal atherosclerotic morbidity? Am J Obstet Gynecol 2014; 211: 414.e1-11
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/141300



Motivation zur Verhütung

„Gefällt mir“: Facebook, kontrazeptiv

Eines der größten Anliegen vieler Frauenärzte ist die verlässliche Kontrazeption ihrer Patientinnen, vor allem der jungen. Die Förderung der Compliance ist da stets gefragt.

Im Alter unter 25 Jahren ist das Risiko einer unerwünschten Schwangerschaft besonders groß. Die Beratung dieser Frauen kann aber eine Herausforderung sein. Nach der Erfahrung von Gynäkologen aus New York sind wichtige Gründe dafür, dass während einer normalen Sprechstunde für die Beratung zu wenig Zeit bleibt, dass vielen jungen Frauen fundamentale Kenntnisse über dieses Thema fehlen und dass die Kommunikation Arzt-Patientin ineffektiv ist.

Wenn man sie fragt, behaupten die meisten Frauen nach einer Arztkonsultation über Verhütung, sie würden die verschiedenen Möglichkeiten verstehen; sollen sie sie erklären, sieht es aber düster aus. Der Informationstransfer ist ein heikles Thema, seit Jahrzehnten. Was können die sozialen Internet-Plattformen in dieser Hinsicht beitragen?

Die Autoren schlossen 180 Frauen (18 bis 45 Jahre alt) in ihre Studie ein, die randomisiert entweder eine Standard-Aufklärung und eine Bro-

schüre zur Kontrazeption erhielten oder Aufklärung plus interaktive Information über Facebook (mit Video, Grafik und Spiel). Das Wissen wurde vor und nach der Intervention mittels Contraceptive Knowledge Inventory objektiviert.

Die entsprechenden Scores waren in der Facebook-Gruppe signifikant höher als in der Kontrollgruppe (15 versus 12 Punkte). Das galt auch für die Zufriedenheit der Frauen. Mit Internet-Beratung war die Bevorzugung langwirkender Methoden (IUD oder Implantat) erhöht; bei Frauen, die aktuell keine Kontrazeption außer Kondom anwendeten, galt das allerdings nur für Implantate.

Es sollte überprüft werden, ob sich die via Facebook erworbenen Kenntnisse auch länger halten und welche anderen Internet-Routen für die Beratung zu diesem Thema geeignet sind. **WE**

K Kofinas JD et al.: Adjunctive social media for more effective contraceptive counseling: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2014; 123: 763-70
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/141254

CAVE

Kombinierte orale Kontrazeptiva

Die Thromboembolie-Raten reduzieren

Die verschiedenen oralen Kontrazeptiva sind mit diversen Risiken thromboembolischer Ereignisse belastet. Das sollte man bei der Wahl des Präparates beachten.

Autoren der französischen Behörde für Sicherheit von Medizinprodukten (ANSM) erinnern daran, dass der Gebrauch kombinierter oraler Kontrazeptiva das Risiko für venöse Thromboembolien (mit der Maximalvariante Lungenembolie), in geringerem Ausmaß auch das für arterielle Thromboembolien erhöhen. Letzteres ist bei den verschiedenen Präparaten etwa gleich hoch, ersteres aber nicht: Es hängt von der Art des eingesetzten Gestagens ab.

Seit 1995 zeigten epidemiologische Daten, dass venöse Thromboembolien häufiger bei Pillen mit Gestoden oder Desogestrel auftreten (sog. dritte Generation), verglichen mit solchen mit Levonorgestrel (zweite Generation). Später registrierte man eine ähnliche Risikohöherung bei Präparaten mit Drospirenon (vierte Generation).

Um das Ausmaß des Problems abzuschätzen, analysierten die Autoren die Häufigkeit von venösen Thromboembolien und dadurch hervorgerufene Todesfälle unter oralen Kontrazeptiva zwischen den Jahren 2000 und 2011. Pro Jahr ergaben sich (bei mehr als vier Millionen Benutzerinnen) 2529 Thromboembolie-Fälle und 20 Todesfälle. Der Anteil für Präparate der dritten und vierten Generation war jeweils um ein Mehrfaches höher als bei Erst- und Zweitgenerations-Präparaten. Die Autoren fordern zu „Korrekturmaßnahmen“ auf, um die Exposition gegenüber den gefährlicheren Präparaten zu vermindern. **WE**

K Tricotel A et al.: Estimate of venous thromboembolism and related-deaths attributable to the use of combined oral contraceptives in France. *PLoS One* 2014; 9(4): e93792 (Epub)
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/141255

Krank – gemobbt – noch kränker. Wer in Deutschland am Arbeitsplatz Mobbingopfer wird, war oft bereits vorher häufiger krank. Das zeigte eine Studie mit 2625 Patienten und derselben Anzahl an Kontrollen. Dabei handelte es sich vor dem Mobbing um unterschiedliche und keineswegs nur neurologisch-psychiatrische Erkrankungen. Nach dem Mobbing waren dagegen Depressionen, Angst-, somatoforme und Schlafstörungen viel häufiger als in der Kontrollgruppe (für alle Erkrankungen: $p < 0,05$). Das Risiko, an Depressionen zu erkranken, war um mehr als das Vierfache erhöht. Die Autoren betonen, wie wichtig der Schutz chronisch kranker Menschen am Arbeitsplatz ist.

S Kostev K et al.: Das Risiko psychiatrischer und neurologischer Erkrankungen von Patienten mit arbeitsplatzbezogenem Mobbing in Deutschland: Eine retrospektive Datenbankanalyse. *GMS German Medical Science* 2014; Epub May 27

Zahlen fürs Abnehmen übergewichtiger Kinder würden viele Eltern in Deutschland. Das belegt eine Querschnitterhebung im Rahmen der randomisiert-kontrollierten Baden-Württemberg-Studie, die ein Gesundheitsprogramm in Grundschulen untersucht. Von 1534 Eltern gaben 97,8% an, Übergewicht und Adipositas sei ein ernstes Gesundheitsproblem. 48,8% der Eltern waren bereit, Kosten dafür in Kauf zu nehmen, dass Übergewicht bei Kindern um die Hälfte gesenkt werden kann. Bei Eltern übergewichtiger oder adipöser Kinder waren es sogar 61,4%. Im Mittel gaben Eltern an, im Monat 23,04 Euro für Maßnahmen zur Gewichtsreduktion ausgeben zu wollen.

S Keszytüs D et al.: Parents' willingness to pay for the prevention of childhood overweight and obesity. *Health Economics Rev* 2014; 4: 20

Viele Antibiotika und Sulfonylharnstoffe vertragen sich nicht. Nach einer retrospektiven Kohortenstudie aus Texas erhielten dennoch 28,3% der über 66-jährigen Patienten mit Diabetes und Sulfonylharnstoff-Therapie damit interagierende Antibiotika. Die Gabe von Clarithromycin, Levofloxacin, Sulfamethoxazol-Timethoprim, Metronidazol und Ciprofloxacin war mit einer deutlichen Erhöhung der Hypoglykämierate assoziiert, bei Clarithromycin auf fast das Vierfache (Odds Ratio=3,94). Diese (und andere) Interaktionen sollten unbedingt bei der Verschreibung berücksichtigt werden.

K Parek TM et al.: Hypoglycemia after antimicrobial drug prescription for older patients using sulfonylureas. *JAMA Intern Med* 2014; Epub Sept 1

SYNOPSIS

Entwicklungslinien

An der Verhütung wird weiter geforscht

Seit 50 Jahren gibt es hormonelle Kontrazeptiva. Inzwischen ist das „Portfolio“ von Verhütungsmethoden reichlich bestückt; trotzdem besteht weiter Forschungsbedarf.

Eine der Bemühungen geht dahin, das Ethinylestradiol (EE) in oralen Kontrazeptiva durch ein natürliches Östrogen wie Estradiol zu ersetzen; entsprechende Präparate sind inzwischen eingeführt. Ob damit das Thromboembolie-Risiko reduziert wird, ist aber noch nicht geklärt. Estetrol, ein Östrogen, das die fetale Leber produziert, wird aktuell getestet.

Ein verfügbares transdermales Verhütungspflaster funktioniert wie die Pille, bewirkt aber höhere EE-Plasmaspiegel. Eine Entwicklung besteht in einem Pflaster, das nur Levonor-

gestrel freisetzt, oder auch nur Norethindron.

Nestoron ist ein Gestagen, das sich ausschließlich an den Progesteron-Rezeptor bindet und sich zur Anwendung als Gel eignet (oral ist es unwirksam). Man testet die Substanz auch für einen transdermalen Spray („patchless patch“). Ein weiteres Feld der Forschung untersucht ein IUS, welches Ulipristalacetat freisetzt.

WE Bahamonde L et al.: New and emerging contraceptives: a state-of-the-art review. Int J Womens Health 2014; 19: 221-34
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/141253

Verhütungspraktikabilität

Fragen zum Diaphragma in Einheitsgröße

In Uganda ist Familienplanung ein kompliziertes Thema – viele junge Frauen werden ungewollt schwanger. Umso wichtiger ist die Verfügbarkeit von unkomplizierten Kontrazeptionsmethoden. Ein spezielles Diaphragma wurde nun durch Ugandaer Frauen und Männer evaluiert. Die Ergebnisse sollten auch in Europa interessieren.

Die Fertilitätsrate in Uganda betrug 2006 6,7 Lebendgeburten pro Frau. Die als ideal angesehene Kinderzahl ist aber fünf. Es besteht also ein Kontrazeptionsdefizit. Das SILCS-Diaphragma ist eine unkomplizierte Barriereverhütungsmethode – unkompliziert, da das Diaphragma anatomisch besonders geformt und in einer Einheitsgröße anwendbar ist.

In 26 Fokus-Gruppen wurde SILCS insgesamt 201 Frauen und 77 Männern vorgestellt. Allen Teilnehmern wurden die Wirkweise und das vaginale Einführen erläutert und ein Muster des Diaphragmas ausgehändigt.

Nahezu alle Beteiligten schätzten die hormonfreie Verhütungsmethode wegen der geringeren Nebenwirkungen. Frauen sahen es als besonders vorteilhaft an, dass das Diaphragma ohne Hintertun des Partners verwendet werden kann. Die befragten Uganderinnen äußerten jedoch Bedenken darüber, wie sie ohne den Einsetzen des SILCS erlernen sollten und wie man am besten den korrekten Sitz überprüfen könnte. Als hilfreich wurde das Gespräch mit anderen Anwenderinnen angesehen. Frauen und Männer frag-

ten sich im Rahmen der Interviews, was „natürliche“ Gefühl beim Sex erhalten bleibe, oder ob es nicht sogar zu Schmerzen kommen könnte. Die notwendige zusätzliche Anwendung eines spermiziden Gels wurde ambivalent gesehen: Neben der Befürchtung, dass ein Gel das sexuelle Erlebnis „beschmutzen“ könnte, sahen andere in der zusätzlichen Gleitwirkung einen positiven Effekt. Sowohl Männer als auch Frauen erklärten unisono, dass sie das SILCS-Diaphragma zukünftig ausprobieren wollten. Diesen Ergebnissen folgend könnte das Barrierekontrazeptivum SILCS die „Familienplanungslücke“ in Uganda zum Teil schließen.

Die Besonderheiten und Vorteile dieser Verhütungsmethode und die Fragen dazu sollten auch für europäische potenzielle Anwenderinnen relevant sein (zumindest teilweise) und in der Arztpraxis besprochen werden.

CB Kyamwanga IT et al.: Potential for revitalisation of the diaphragm for family planning in Uganda: a rapid assessment of the feasibility of introducing the SILCS diaphragm. Afr J Reprod Health 2014; 18(2): 77-86
SILCS-Diaphragma: Caya®
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/141272

Bellissima 0,03 mg / 2 mg Filmtabletten/Bellissima 217: 0,03 mg / 2 mg Filmtabletten – Verschreibungspflichtig. **Zus.:** 1 Filmtbl./1 gelbe Filmtbl. enth. als Wirkstoffe 0,030 mg Ethinylestradiol und 2 mg Chlormadinonacetat. Die sonst. Bestand. sind: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, Povidon K30, Magnesiumstearat (Ph.Eur.) [pflanzlich], Poly(vinylalkohol), Titandioxid (E 171), Macrogol 3350, Talkum, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O, Chinolingelb, Aluminiumsulfid. **Bellissima 217:** Die weißen Tabletten enthalten keine Wirkstoffe (Placebotabletten). Die Bestandteile sind: 6-O- α -D-Glucopyranosyl-D-glucitol + 1-O- α -D-Glucopyranosyl-D-mannitol (1:1) (Isomalt); Magnesiumstearat (Ph.Eur.). **Anw.:** Hormonelle Kontrazeption. **Gegenanz.:** Überempfindlichkeit gegen Chlormadinonacetat, Ethinylestradiol oder einen der sonstigen Bestandteile; bestehende od. Risiko für eine arterielle (ATE) od. venöse Thromboembolie (VTE); bestehende VTE (auch unter Therapie mit Antikoagulantien) oder VTE in der Vorgeschichte (z.B. tiefe Venenthrombose oder Lungenembolie); Bek. erbliche/erworbene Prädisposition für eine VTE, z.B. APC-Resistenz (einschl. Faktor-V-Leiden), Antithrombin-III-Mangel, Protein-C-/S-Mangel; Größere Operationen mit längerer Immobilisierung; Hohes Risiko für VTE aufgrund mehrerer Risikofaktoren; ATE – bestehende ATE, ATE in der Vorgeschichte (z.B. Myokardinfarkt) o. Erkrankung im Prodromalstadium (z.B. Angina pectoris); Zerebrovask. Erkrankung; besteh. Schlaganfall, Schlaganfall oder prodromale Erkrankung (z.B. transitorische ischämische Attacke in der Vorgeschichte; Bekan. erbliche/erworbene Prädisp. für eine ATE, wie z.B. Hyperhomocysteinämie und Antiphospholipid-Antikörper (Anticardiolipin-Antikörper, Lupusantikörper)); Migräne mit fokalen neurologischen Symptomen in der Vorgeschichte; Hohes Risiko für eine ATE aufgrund mehrerer Risikofaktoren oder eines schwerwiegenden Risikofaktors wie: Diabetes mellitus mit Gefäßschädigung, Schwere Hypertonie, Schwere Dyslipoproteinämie/erhöhter Diabetes mellitus, Hepatitis, Ikterus, Leberfunktionsstör., solange sich die Leberfunktionswerte nicht normalisiert haben, generalisierter Pruritus und Cholestase insb. während einer vorangegangenen Schwangerschaft od. Estrogen-therapie, Dubin-Johnson Syndrom, Rotor-Syndrom, Störungen der Gallesekretion, vorangeh. od. besteh. Lebertumoren, starke Oberbauchschmerzen, Lebervergrößerung od. Sympt. für intraabdominale Blutungen, erstes od. erneutes Auftreten von Porphyrie (alle 3 Formen, insb. die erworbene Porphyrie), bestehende od. vorausgegangene hormonempfindliche bösartige Tumoren, z.B. Brust- od. Gebärmuttertumoren, schw. Fettstoffwechselstörungen, bestehende od. vorausgegangene Pankreatitis, falls diese mit schw. Hypertriglyceridämie assoziiert ist, erstmaliges Auftreten migräneartiger od. gehäuftes Auftreten ungewohnt starker Kopfschmerzen, akute sensor. Ausfälle, z.B. Seh- od. Hörstörungen, motorische Störungen (insb. Paresen), Zunahme epileptischer Anfälle, schw. Depressionen, Otoklrose mit Verschlechterung in vorangegangenen Schwangerschaften, ungeklärte Amenorrhoe, Endometriumpyipelplasia, ungeklärte Genitalblutungen. Das Vorliegen eines schwerwiegenden Risikofaktors od. mehrerer Risikofaktoren für venöse od. arterielle Gefäßerkrankungen kann eine Kontraindikation darstellen. **Nebenwirk.:** Häufigste (> 20 %) sind Zwischen- und Schmierblutungen, Kopfschmerzen und Empfindlichkeit der Brust. Weiterhin: **Erkrankungen des Immunsystems:** Gelegentlich: Überempfindlichkeit gg. dem Arzneimittel inkl. allerg. Hautreaktionen. **Psychiatrische Erkrankungen:** Häufig: Depressive Verstimmung, Reizbarkeit, Nervosität. **Erkrankungen des Nervensystems:** Häufig: Schwindel, Migräne (und/oder deren Verschlechterung). **Augenerkrankungen:** Häufig: Sehstörungen. Selten: Konjunktivitis, Beschwerden beim Tragen von Kontaktlinsen. **Erkrankungen des Ohrs und des Labyrinth:** Selten: Hörsturz, Tinnitus. **Gefäßerkrankungen:** Selten: Bluthochdruck, Hypotonie, Kreislaufkollaps, Varikose, venöse od. arterielle Thrombose, venöse od. arterielle Thromboembolie. **Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes:** Sehr häufig: Übelkeit/Häufig: Erbrechen. Gelegentlich: Bauchschmerzen, Blähungen, Durchfall. **Erkrankungen der Haut und des Unterhautgewebes:** Häufig: Akne, Gelegentlich: Pigmentierungsschäden, Chloasma, Haarausfall, trockene Haut. Selten: Urtikaria, allerg. Hautreaktion, Ekzem, Erythem, Juckreiz, Verschlechterung einer Psoriasis, Hirsutismus, Sehr selten: Erythema nodosum. **Skelettmuskulatur-, Bindegewebs- und Knochenkrankungen:** Häufig: Schweregefühl, Gelegentlich: Rückenschmerzen, Muskelbeschwerden. **Erkrankungen der Geschlechtsorgane u. der Brustdrüse:** Sehr häufig: Fluor vaginalis, Dysmenorrhoe, Amenorrhoe, Häufig: Unterbauchschmerzen, Gelegentlich: Galactorrhoe, Fibroadenom der Brust, genitale Candidainfektion, Ovarialzyste, Selten: Brustvergrößerung, Vulvovaginitis, Menorrhagie, prämenstruelles Syndrom. **Allgemeine Erkrankungen:** Häufig: Müdigkeit, Schwere in den Beinen, Ödem, Gewichtszunahme, Gelegentlich: Abnahme der Libido, vermehrtes Schwitzen, Selten: Appetitzunahme. **Untersuchungen:** Häufig: Blutdruckanstieg, Gelegentlich: Veränderungen der Blutfette einschließlich Hypertriglyceridämie. Beschreibung auserwählter Nebenw. bei Anwendung von KOK: Bei Anwenderinnen von KHK wurde ein erhöhtes Risiko für arterielle und venöse thrombotische und thromboembolische Ereignisse einschließlich Myokardinfarkt, Schlaganfall, transitorische ischämische Attacken, Venenthrombose und Lungenembolie beobachtet. Erhöhtes Risiko für Gallenwegserkrankungen bei Langzeiteinnahme von KOK. Eine mögliche Bildung von Gallensteinen ist umstritten. In seltenen Fällen wurden gutartige – und noch seltener bösartige – Lebertumoren unter der Einnahme von hormon. Kontrazeptiva beobachtet; in vereinzelten Fällen haben diese zu lebensbedrohlichen Blutungen in der Bauchhöhle geführt. Verschlechterung von chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa). Zervix- oder Mammakarzinom. Stand: September 2014

Evaluna® 20: 20 Mikrogramm/100 Mikrogramm Filmtabletten – Verschreibungspflichtig. Zus.: 1 Filmtbl. enthält 20 µg Ethinylestradiol und 100 µg Levonorgestrel. **Sonst. Bestand.:** Tablettenkern: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, Gelatine, Magnesiumstearat (Ph.Eur.) [pflanzlich], Tablettenüberzug: Hypromellose (3cps), Macrogol 4000, Titandioxid (E171). **Evaluna® 30: 30 Mikrogramm/150 Mikrogramm Filmtabletten – Verschreibungspflichtig. Zus.:** 1 Filmtbl. enthält 30 µg Ethinylestradiol und 150 µg Levonorgestrel. **Sonst. Bestand.:** Tablettenkern: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, Gelatine, Magnesiumstearat (Ph.Eur.) [pflanzlich], Tablettenüberzug: Hypromellose (3cps), Macrogol 4000, Titandioxid (E171), Eisen(III)-hydroxid-oxidxH₂O (E172). **Anw.:** Orale Kontrazeption. **Gegenanz.:** Bestehende od. vorausgegangene venöse Thrombose (tiefe Venenthrombose, Lungenembolie), bestehende od. vorausgegangene arterielle Thrombose (z.B. Myokardinfarkt) und deren Prodromalstadien (z.B. transitorische ischämische Attacke, Angina pectoris), bestehender od. vorausgegangener zerebrovaskulärer Insult, bestehende schwere od. mehrfache Risikofaktoren für arterielle Thrombose: Diabetes mellitus mit Gefäßveränderungen, schwere Hypertonie, schwere Fettstoffwechselstörungen, angeborene od. erworbene Prädisposition für venöse od. arterielle Thrombosen wie APC-Resistenz, Antithrombin-III-Mangel, Protein-C-Mangel, Protein-S-Mangel, Hyperhomocysteinämie und Antiphospholipid-Antikörper (z.B. Anticardiolipin-Antikörper, Lupus-Antikoagulanz), bestehende od. vorausgegangene Pankreatitis, wenn diese mit schwerer Hypertriglyceridämie einhergeht, bestehende od. vorausgegangene schwere Lebererkrankungen, so lange sich die Leberfunktionswerte nicht wieder normalisiert haben, bestehende od. vorausgegangene Lebertumoren, bekannte od. vermutete sexualhormonabhängige, maligne Tumoren (z.B. der Genitalorgane od. der Brust), diagnostisch nicht geklärte Genitalblutungen, Migräne mit fokalen neurologischen Sympt. in der Vorgeschichte, Überempfindlichkeit gg. einen der Wirkstoffe od. einen der sonst. Bestandteile. **Nebenwirk.:** Sehr häufige Nebenwirk. (>10%) sind Kopfschmerzen (inkl. Migräne) und Schmier- od. Zwischenblutungen. Weiterhin: **Infektionen u. parasitäre Erkrankungen:** Häufig: Vaginitis, einschl. Candidiasis. **Erkrankungen des Immunsystems:** Selten: allergische Reaktionen. Sehr selten: Urtikaria, Angioödem, anaphylakt. Reakt. Nicht bekannt: Verschlechterung eines systemischen Lupus erythematoses, Herpes gestationis. **Stoffwechsel- und Ernährungsstörungen:** Gelegentlich: Änderungen des Appetits (gesteigert/verringert). Selten: Glucoseintoleranz. **Psychiatrische Erkrankungen:** Häufig: Stimmungsschwankungen, einschließlich Depression, Veränderungen der Libido. **Erkrankungen des Nervensystems:** Häufig: Nervosität, Schwindel. Nicht bekannt: Verschlechterung einer Chorea minor (Sydenham). **Augenerkrankungen:** Selten: Kontaktlinsenunverträglichkeit. Nicht bekannt: Sehnerzentzündung (kann zu teilweisen/kompletten Verlust des Sehvermögens führen). **Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes:** Häufig: Übelkeit, Erbrechen, Abdominalschmerzen. Gelegentlich: Abdominalkrämpfe, Blähungen. Nicht bekannt: ischämische Colitis, Verschlechterung von chronisch-entzündl. Darmerkrankungen (Morbus Crohn u. Colitis Ulcerosa). **Leber- und Gallenerkrankungen:** Selten: Cholestatischer Ikterus. Nicht bekannt: Pankreatitis einschl. schwerer Hypertriglyceridämie, Gallenblasenerkrankungen, einschl. Gallensteine (kombinierte orale Kontrazeptiva können das Auftreten einer Gallenblasenerkrankung verursachen od. den Verlauf einer bereits vorhandenen Gallenblasenerkrankung erschweren). **Erkrankungen der Haut und des Unterhautzellgewebes:** Häufig: Akne. Gelegentlich: Ausschlag, Chloasma, Hirsutismus, Alopecia. Selten: Erythema nodosum. Sehr selten: Erythema multiforme. **Erkrankungen der Geschlechtsorgane und der Brustdrüse:** Häufig: Brustschmerzen, Veränd. der Empfindlichkeit der Brust, Brustvergrößerung, Brustdrüsensekretion, Dysmenorrhoe, Veränd. des menstruellen Blutflusses, Veränd. am Gebärmutterhals u. der zervikalen Sekretion, Amenorrhoe. **Allg. Erkrankungen und Beschwerden am Verabreichungsort:** Häufig: Flüssigkeitsretention. Nicht bekannt: Verschlechterung variköser Venen, hämolytisch-urämisches Syndrom, Otoklrose, Verschlechterung einer Porphyrie. **Untersuchungen:** Häufig: Gewichtsveränderungen (Zu- od. Abnahme). Gelegentlich: Blutdruckanstieg, Veränderungen der Blutfette, einschließlich Hypertriglyceridämie. **Benigne, maligne und unspeszifizierte Tumore (einschließlich Zysten und Polypen):** Sehr selten: hepatocelluläre Karzinome, benigne Lebertumore (z.B. focale nodular Hyperplasia, hepatic adenoma). Venöse Thromboembolische Erkrankungen, arterielle thromboembolische Erkrankungen, Hypertonie, Lebertumore, Auftreten od. Verschlechterung von Zuständen für welche ein Zusammenhang mit der Einnahme von kombinierten oralen Kontrazeptiva nicht endgültig nachgewiesen ist: Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Epilepsie, Migräne, Uterusmyom, Porphyrie, systemische Lupus erythematoses, Herpes gestationis, Chorea minor (Sydenham), hämolytisch-urämisches Syndrom, cholestatischer Ikterus, Chloasma. Bei akuten u. chronischen Lebererkrankungen sollten kombinierte orale Kontrazeptiva so lange nicht eingenommen werden bis sich die Leberfunktionswerte normalisiert haben. Bei Frauen mit angeborenem Angioödem können exogene Östrogene die Krankheitsympt. induzieren od. verschlechtern. Stand: Juli 2013. Rottapharm | Madusa GmbH, 5101 Köln, Pharmazeutische Union GmbH, 5101 Köln, Galmeda GmbH, 5101 Köln, MWB Pharma GmbH, 5101 Köln



IMMER MEINE
ERSTE WAHL.

Rabattverträge mit
vielen Kassen



Immer SCHÖN verhüten

Mit CMA-Effekt für
schöne Haut & Haare¹



Immer SICHER verhüten

Mit bewährtem Levonorgestrel für ein
vergleichsweise niedriges VTE-Risiko^{2,3}

1) Chlormadinonacetat – ein progesteronähnliches Gestagen mit antiandogener Partialwirkung in der oralen Kontrazeption; H. M. Beier, K. Beier-Hellwig; Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie, 2004; 1 (4), 308-317; 2) Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Svendsen AL, Agger C. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. BMJ 2009; 339; b2890; 3) Van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM, Vandenbroucke JP, Doggen CJ, Rosendaal FR: The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: result of the MEGA case-control study. BMJ 2009; 339; b2921

SYNOPSIS

PCOS und kardiometabolische Morbidität

Das Risiko regelmäßig checken

Übergewicht, Insulinresistenz, Diabetes und Fettstoffwechselstörungen gehören zu den typischen Begleiterscheinungen von PCOS. Man kann die metabolische Dysfunktion bei PCOS-Patientinnen managen.

Etwa jede zehnte PCOS-Patientin leidet am metabolischen Syndrom. Eine 2011 veröffentlichte Metaanalyse zeigt: Reduktionsdiät und körperliche Bewegung können Androgenüberschuss und Insulinresistenz verringern. Auf Glukosetoleranz und Dyslipidämie haben sie jedoch keinen nennenswerten Einfluss.

Das am häufigsten off label eingesetzte Medikament gegen die Insulinresistenz bei PCOS ist Metformin. Es vermindert zwar die Insulinresistenz, aber BMI, Lipidprofil und Glucosetoleranz verbessern sich nicht signifikant. Im Gegensatz zu Glitazonen scheint sich Metformin dennoch positiver auf den BMI auszuwirken. Zu Statinen gegen Dyslipidämie liegen bislang nur wenige Daten vor. Allein oder in Kombination mit Metformin können sie aber offenbar Gesamtcholesterin, LDL-Cholesterin

und Triglyzeride senken. Auch der Hyperandrogenismus scheint sich zu verbessern.

Niedrigdosierte orale Kontrazeptiva erhöhen das kardiometabolische Risiko bei PCOS nach derzeitiger Datenlage nicht. Bei einer Einnahme bis zu einem Jahr wirken sie sich nicht klinisch signifikant auf die Insulinresistenz aus. Um das kardiovaskuläre Risiko bei PCOS-Patientinnen zu verfolgen, empfehlen die Autoren regelmäßige Messungen des BMI, des Taillenumfangs, Blutdrucks, der Serumlipide und des Glucosespiegels. Bei einem BMI >25 kg/m² und anderen Risikofaktoren für Diabetes sollte alle zwei Jahre ein OGT durchgeführt werden.

CW

U Bozdag G et al.: Interventions for the metabolic dysfunction in polycystic ovary syndrome. *Steroids* 2013; 87: 777-81
 Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/140229

Polyzystisches-Ovar-Syndrom

Sicherere Diagnose durch AMH

Das Kriterium „Follikelzahl“ führt mit modernen Ultraschallgeräten oft zu einer Überdiagnose des PCOS. Als Ersatz wird die Bestimmung des Anti-Müller-Hormons (AMH) diskutiert.

Für die Diagnose PCOS müssen nach Rotterdam-Kriterien zwei von drei Merkmalen zutreffen: Oligo- oder Anovulation, klinischer oder biochemischer Hyperandrogenismus sowie polyzystische Ovarien mit zwölf oder mehr Antralfollikeln und/oder einem Ovarvolumen >10 ml. Unter 447 Patientinnen ergab sich gemäß dieser Einteilung eine PCOS-Prävalenz von 16,6%, bei Frauen zwischen 20 und 30 Jahren sogar 33,3%. In dieser Altersgruppe erfüllen 69,0% das Kriterium für polyzystische Ovarien.

Ein erhöhter AMH-Spiegel erwies sich als zuverlässiger Marker für polyzystische Ovarien. Werte über 18 pmol/l deuteten mit einer Sensitivität von 92% und einer Spezifität von 98% auf eine Antralfollikelzahl (AFC) über zwölf hin. Für die Diagnose des PCOS sind nach Ansicht vieler Experten höhere AFC-Grenzwerte sinnvoll, um der verbesserten Auflösung moderner Sonographiegeräte Rechnung zu tragen. Wurde bei den Kopenhagener Frauen ein AFC >19 oder AMH >35 pmol/l zugrunde gelegt, so ergab sich eine PCOS-Prävalenz von 6,3 bzw. 8,5%. Bei Frauen unter 30 betrug die Rate 17,9 bzw. 22,6%.

Diese Werte halten die Studienautoren für realistischer als die ihrer Meinung nach überhöhte Prävalenz, die sich bei Anwendung der bisher üblichen Rotterdam-Kriterien ergibt.

CW

S Lauritsen MP et al.: The prevalence of polycystic ovary syndrome in a normal population according to the Rotterdam criteria vs. revised criteria including anti-Müllerian hormone. *Hum Reprod* 2014; 29: 791-801
 Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/140499

Lipoproteine bei PCOS als Risikoindikator

Funktionalität wichtiger als Quantität

PCOS-Patientinnen weisen oft schon in jungen Jahren ein ungünstiges kardiovaskuläres Risikoprofil auf. Mehr Aussagekraft als die klassischen Lipidwerte scheint die HDL-Cholesterin-Efflux-Kapazität zu besitzen.

US-amerikanische Mediziner verglichen verschiedene Charakteristika des Lipoproteinspiegels bei 124 PCOS-Patientinnen und 67 Kontrollen. Als Maß für die Funktionalität des HDL-Cholesterins verwendeten sie den Apolipoprotein-A1-vermittelten Cholesterin-Efflux aus Makrophagen. Dieser hatte sich in früheren Studien als unabhängiger Prädiktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen erwiesen.

Erwartungsgemäß wiesen die PCOS-Patientinnen mehr kardiovaskuläre Risikofaktoren als die Kontrollgruppe auf: BMI, Blutdruck und die Prävalenz des metabolischen Syndroms waren höher. Signifikante Unterschiede beim HDL- oder LDL-Cholesterin fanden sich nicht – obwohl die Triglyzeridwerte insgesamt bei den PCOS-Patientinnen höher lagen. Die ApoA1-Spiegel waren im Vergleich zur Kontrollgruppe

niedriger und das ApoA1/ApoB-Verhältnis zeigte sich höher. Beide Werte korrelierten mit dem bei den Frauen gemessenen BMI.

Als hochsignifikant erwies sich der Unterschied der HDL-Funktionalität: Die Cholesterin-Efflux-Kapazität war bei Frauen mit PCOS um 7% geringer als bei den Kontrollen. BMI, Nüchtern-Insulin, Insulinresistenz, Gesamttestosteron und metabolisches Syndrom waren negativ mit der Efflux-Kapazität assoziiert, ApoA1 und HDL dagegen positiv. Multivarianzanalysen, die HDL und BMI als Variable einschlossen, ergaben einen signifikanten Zusammenhang zwischen PCOS und einer verringerten Cholesterin-Efflux-Kapazität.

CW

Q Roe A et al.: Decreased cholesterol efflux capacity and atherogenic lipid profile in young women with PCOS. *J Clin Endocrinol Metab* 2014; 99: E841-7
 Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/140981



„VON DIR KRIEG‘ ICH NOCH ‘NEN MAGENULKUS!“

Avastin® first-line beim fortgeschrittenen Ovarialkarzinom

Von Beginn an wirksam^{1,2}



Avastin® 25 mg/ml Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. Wirkstoff: Bevacizumab, ein rekombinanter humanisierter monoklonaler Antikörper. **Zusammensetzung:** Jede Durchstechflasche Bevacizumab 25 mg/ml enthält 100 mg Bevacizumab in 4 ml bzw. 400 mg in 16 ml. Sonstige Bestandteile: α, α-Trehalose 2 H₂O, Natriumphosphat, Polysorbat 20, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** In Kombination mit Fluoropyrimidin-basierter Chemotherapie zur Behandlung von Patienten mit metastasiertem Kolon- oder Rektumkarzinom. In Kombination mit Paclitaxel oder Capecitabin zur First-Line-Behandlung von Patienten mit metastasiertem Mammakarzinom. In Kombination mit einer platinhaltigen Chemotherapie zur First-Line-Behandlung von Patienten mit inoperablem fortgeschrittenem, metastasiertem oder rezidivierendem nicht-kleinzelligem Bronchialkarzinom, außer bei vorwiegender Plattenepithel-Histologie. In Kombination mit Interferon alfa-2a zur First-Line-Behandlung von Patienten mit fortgeschrittenem und/oder metastasiertem Nierenzellkarzinom. In Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel zur Primärbehandlung von Patienten mit fortgeschrittenem epitheliales Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primärem Peritonealkarzinom in den FIGO-Stadien IIIB, IIIC und IV. In Kombination mit Carboplatin und Gemcitabin zur Behandlung von Patienten mit einem ersten platin sensitiven Rezidiv eines epithelialen Ovarialkarzinoms, Eileiterkarzinoms oder primärem Peritonealkarzinoms, die zuvor noch nicht mit Bevacizumab oder mit anderen VEGF-Inhibitoren bzw. auf den VEGF-Rezeptor zielenden Substanzen behandelt wurden. In Kombination mit Paclitaxel, Topotecan oder pegyliertem liposomalen Doxorubicin zur Behandlung von Patienten mit platinresistentem Rezidiv eines epithelialen Ovarialkarzinoms, Eileiterkarzinoms oder primärem Peritonealkarzinoms, die zuvor mit höchstens zwei Chemotherapien behandelt wurden und die zuvor keine Therapie mit Bevacizumab oder einem anderen VEGF-Inhibitor bzw. auf den VEGF-Rezeptor zielenden Substanzen erhalten haben. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gg. den Wirkstoff, einen der sonstigen Bestandteile, CHO-Zellprodukte oder andere rekombinante humane oder humanisierte Antikörper, Schwangerschaft. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig, schwer:* Hypertonie, Taubheitsgefühl oder Kribbeln in den Händen oder Füßen, (febrile) Neutropenie, Leukopenie, Thrombozytopenie, Asthenie, Fatigue, Diarrhö, Übelkeit, Erbrechen. *Häufig, schwer:* Darm-Perforationen, Blutungen, einschl. Blutungen in der Lunge bei Patienten mit nicht kleinzelligem Lungenkrebs, arterielle und venöse Thromboembolien, Lungenembolien, Beinvenenthrombose, Herzinsuffizienz, Wundheilungsstörungen, Rötung, sich schälende Haut, Empfindlichkeit, Schmerzen oder Blasenbildung an Fingern oder Füßen, Anämie, Lethargie, Bauchschmerzen, Magen- und Darmschmerzen, Muskel- und Gelenkschmerzen, Muskelschwäche, Dehydrierung, Schleimhautentzündung, Stomatitis, Schmerzen, einschl. Kopfschmerzen, Abszess, Infektion, Sepsis, Harnwegsinfektion, Durchblutungsstörung im Gehirn oder Schlaganfall, Schläfrigkeit, Nasenbluten, Tachykardie, Ileus, Proteinurie, Dyspnoe, Hypoxie. *Unbekannte Häufigkeit, schwer:* Infekt. der Haut od. unter der Haut liegender, tieferer Schichten, allergische Reaktionen, negative Auswirkungen auf die Gebärfähigkeit der Frau, posteriores reversibles Enzephalopathie-Syndrom (PRES) mit epileptischen Anfällen, Kopfschmerzen, Verwirrtheit und Änderungen des Sehvermögens, hypertensive Enzephalopathie, Verstopfung sehr kleiner Blutgefäße in der Niere, pulmonale Hypertonie, Perforation der Nasenseidewand, Magen-Darm-Perforation, Magen-Darm-Ulzera, Rektalblutungen, Fisteln, Kiefernekrosen, Gallenblasenperforation. *Sehr häufig, nicht schwerwiegend:* Verstopfung, Anorexie, Fieber, Augenbeschwerden (einschl. erhöhte Tränenbildung), Sprechstörungen, verändertes Geschmackempfinden, laufende Nase, trockene Haut, schuppige und entzündete Haut, Hautverfärbung. *Häufig, nicht schwerwiegend:* Veränderungen der Stimme, Heiserkeit. **Dosierung:** *Metastasiertes Kolon- oder Rektumkarzinom:* 5 mg/kg oder 10 mg/kg KG einmal alle 2 Wochen oder 7,5 mg/kg oder 15 mg/kg KG einmal alle 3 Wochen als intravenöse Infusion bis zum Progress. *Metastasiertes Mammakarzinom:* 10 mg/kg KG einmal alle 14 Tage oder 15 mg/kg KG einmal alle 3 Wochen als intravenöse Infusion bis zum Progress. *Nicht-kleinzelliges Bronchialkarzinom:* 7,5 mg/kg oder 15 mg/kg KG einmal alle 3 Wochen als intravenöse Infusion über 6 Zyklen zusätzlich zu einer platinhaltigen Chemotherapie und in der Folge als Monotherapie bis zum Progress. *Fortgeschrittenes oder metastasiertes Nierenzellkarzinom:* 10 mg/kg KG einmal alle 14 Tage als intravenöse Infusion bis zum Progress. *Epitheliales Ovarialkarzinom, Eileiterkarzinom oder primäres Peritonealkarzinom:* Primärbehandlung: 15 mg/kg KG einmal alle 3 Wochen als intravenöse Infusion über 6 Zyklen zusätzlich zu Carboplatin und Paclitaxel und in der Folge als Monotherapie bis zum Progress oder bis zu maximal 15 Monaten. Behandlung des platin sensitiven Rezidivs: 15 mg/kg KG einmal alle 3 Wochen als intravenöse Infusion über 6-10 Zyklen zusätzlich zu Carboplatin und Gemcitabin und in der Folge als Monotherapie bis zum Progress. *Behandlung des platinresistenten Rezidivs:* 10 mg/kg KG alle 2 Wochen als intravenöse Infusion zusätzlich zu Paclitaxel, Topotecan (wöchentlich verabreicht) oder pegyliertem liposomalen Doxorubicin bis Progress. 15 mg/kg KG alle 3 Wochen als intravenöse Infusion zusätzlich zu Topotecan (Verabreichung an den Tagen 1 - 5, alle 3 Wochen) bis Progress. **Hinweise der Fachinformation beachten.** **Pharmazeutischer Unternehmer:** Roche Registration Limited, UK-Welwyn Garden City. Verschreibungspflichtig. Weitere Informationen auf Anfrage erhältlich. Vertreter in Deutschland: Roche Pharma AG, 79630 Grenzach-Wyhlen. Stand der Information: Juli 2014

Referenzen:

1. Burger RA et al. J Clin Oncol 2011; 29 (Suppl): 337s (Abstract 5023).
2. Burger RA et al. N Engl J Med 2011; 365: 2473-2483.



AVASTIN®
bevacizumab

HIV-diskordante Paare

Infektionsschutz mit ART

Ein wichtiger Beitrag zur Eindämmung der AIDS-Pandemie könnte es sein, die Weitergabe der Infektion innerhalb stabiler Partnerschaften zu verhindern.

Nach Daten aus Afrika ereignet sich fast die Hälfte der HIV-Neuinfektionen in serodiskordanten heterosexuellen Partnerschaften. Deshalb stellt sich die Frage, ob man mit einer antiretroviralen Therapie (ART) des infizierten Partners die Infektion des anderen verhindern kann. Zur Klärung befragten Experten aus San Francisco die Literatur. Sie fanden neun Beobachtungsstudien zu diesem Thema, die zwischen 1994 und 2012 publiziert worden waren, sowie ein randomisiertes Trial (HPTN 052), in dem asymptomatische HIV-infizierte Probanden mit CD4-Counts von 350 bis 550/μl entweder gleich ART bekamen oder erst, wenn der Zellwert unter 350/μl abgefallen war.

Die Analyse der Daten ergab für die „prophylaktische“ ART-Therapie ein relatives Risiko für

die HIV-Weitergabe von 0,36 – sie bot also einen erheblichen Schutz. Mit diesem Ergebnis werden Empfehlungen untermauert, u. a. die der WHO von 2012, dass in serodiskordanten Partnerschaften auf jeden Fall eine ART etabliert werden sollte.

Eine Studie aus China errechnete anhand von 38 862 diskordanten Paaren für ART eine Reduktion der Weitergabe von HIV um 26%. Die Minderung der Übertragung war im ersten Jahr signifikant, allerdings nicht für Paare, in denen sich der infizierte Partner über Drogeninjektion angesteckt hatte. **WE**

█ Anglemeyer A et al.: Antiretroviral therapy for the prevention of HIV transmission in HIV-discordant couples. JAMA 2014; 310: 1619-20 – Jia Z et al.: Lancet 2013; 382: 1195-1203

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/141098

Lokal begrenztes Zervixkarzinom

Konisation erhält Lebensqualität und Fertilität

Ein Zervixkarzinom im Frühstadium kann durch Konisation oder Trachelektomie organerhaltend operiert werden. Eine italienische Studiengruppe plädiert für die Konisation.

In zwei Onkologiezentren in Mailand und Rom unterzogen sich 23 Patientinnen mit einem Zervixkarzinom im Frühstadium (FIGO IA2-IB1) einer Messer-Konisation mit pelviner Lymphadenektomie. Durchschnittlich 40 Monate danach gaben sie schriftlich mit Hilfe eines Fragebogens Auskunft über physische und psychische Folgen des Eingriffs, insbesondere im Hinblick auf ihre Sexualität, Fertilität und Lebensqualität.

Alle Frauen hatten nach spätestens 60 Tagen wieder einen regelmäßigen Menstruationszyklus. Sieben litten an Dysmenorrhoe. In einem Fall trat diese in Folge einer Zervixstenose auf,

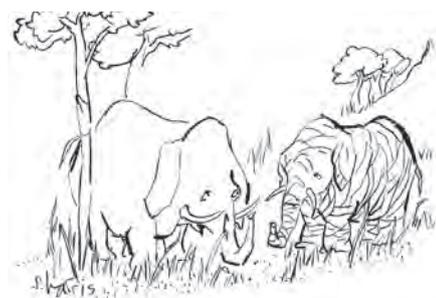
die erfolgreich unter Lokalanästhesie dilatiert wurde. Von zehn Patientinnen mit Kinderwunsch wurden fünf spontan schwanger. Vier weitere unterzogen sich einer IVF mit Embryotransfer, in einem Fall erfolgreich.

Längerfristige Probleme mit der Sexualität traten nach der Konisation nicht auf. Sechs Patientinnen (26%) berichteten von Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, die aber innerhalb der nächsten drei Monate wieder verschwanden. Eine Frau klagte über Scheidentrockenheit.

Für die Trachelektomie werden in der Literatur höhere Komplikationsraten angegeben, insbesondere Zervixstenosen. Diese können zu Menstruationsproblemen, Dyspareunie und Subfertilität führen. Trotz der geringen Teilnehmerzahl sehen die Autoren ihre Studienergebnisse als Hinweis darauf, dass die Konisation der Trachelektomie hinsichtlich der sexuellen Lebensqualität und der Fertilität überlegen ist. **CW**

█ Fanfani F et al.: Sexual and reproductive outcomes in early stage cervical cancer patients after excisional cone as a fertility-sparing surgery: An Italian experience. J Reprod Infertil 2014; 15: 29-34

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/140998



„BOTOX. VERDAMMT VIEL BOTOX.“

SYNOPSIS

STD in den USA

Verdrängte Infektionen ans Licht zerrren

Sexually transmitted diseases (STD) sind in den USA ähnlich häufig wie in anderen westlichen Ländern, werden aber möglicherweise mehr tabuisiert. Fortschritte erreicht man so nicht.

Ein in Hawaii aufgelegtes Ärztejournal vermittelt Einsichten in die Problematik von drei STD: HPV- und Chlamydien-Infektion sowie Gonorrhoe. Die HPV-Infektion gilt als die häufigste STD in den USA. In 2006 wurde die Impfung für Mädchen empfohlen, in 2011 die für Jungen. Die Inanspruchnahme ist niedrig geblieben (etwa ein Drittel der Mädchen vollendet den Impfzyklus). Hohe Zuzahlungen für viele der Patienten dürften mit daran schuld sein. In Australien wurden mit der (kostenlosen) Impfung Genital-Kondylome fast ausgerottet.

Die Chlamydien-Infektion ist ebenfalls sehr verbreitet, schwergewichtig bei Männern und Frauen in der Altersgruppe 15 bis 24 Jahre. Die Mehrzahl der Fälle verläuft asymptomatisch, weshalb ein Screening wichtig ist. Es wird für sexuell aktive Frauen unter 25 Jahren dringend empfohlen, aber nur unzureichend genutzt. Wird eine infizierte Person entdeckt, ist es unabdingbar, den Partner mitzubehandeln (CDC-Empfehlung: Einzeldosis 1 g Azithromycin oder eine Woche Doxycyclin 100 mg 2x tgl.).

Auch die Gonorrhoe ist immer noch verbreitet. Zwar ist sie seit den 1880er Jahren seltener geworden; dafür haben aber resistente Stämme drastisch zugenommen, vor allem gegenüber Penicillin und Tetracyclin. 2006 wurden Fluorochinolone (Ciprofloxacin) empfohlen, aber 2007 wurde diese Empfehlung schon wieder zurückgezogen. Damit blieb die Klasse der Cephalosporine zur Behandlung übrig. Im August 2012 wurde von den oralen Vertretern abgeraten. Die CDC-Empfehlung lautet derzeit: Eine Dosis (250 mg) Ceftriaxon i.m. plus einmalig 1 g Azithromycin oder eine Woche Doxycyclin. **WE**

█ Katz AR: The hidden epidemic: sexually transmitted disease in 2014. Hawaii J Med Public Health 2014; 73: 265-7

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/141101

Jucken
Brennen
Rötung



Diese 1 Tablette macht den Unterschied.

1-Tages-Kombi-Therapie mit innovativer Galenik:

- ✓ Signifikant schnellerer Rückgang der Leitsymptome*¹
- ✓ Höhere Bioverfügbarkeit des Wirkstoffs Clotrimazol durch Milchsäurezusatz²
- ✓ Gründliche Wirkung durch fungizide Wirkstoffspiegel im Vaginalsekret dank 72h Depoteffekt²



Mit Creme zur äußeren Behandlung und Applikator für eine hygienische Anwendung

✓ Canesten® GYN Once. Weil jeder Tag zählt.

* Im Vergleich zu Canesten® 3-Tages-Kombi (3 x 200 mg Clotrimazol)

** Nur unter ärztlicher Kontrolle anzuwenden

¹ Tietz, H.-J., Becker, N.-H.: Vergleich der topischen Ein- und Dreitageskombinationstherapie, GYNE 11/2011: 12–15

² Ritter, W.: Vaginalmykosen - Therapie von heute im Trend von morgen; Bayer AG 1987: 26–29

Canesten® GYN Once Kombi. Wirkstoff: Clotrimazol. **Zusammensetzung: Vaginaltablette:** 1 Vaginaltablette enthält 500 mg Clotrimazol. Sonstige Bestandteile: Calciumlactat Pentahydrat, Crospovidon, Hochdisperses Siliciumdioxid, Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat, Maisstärke, Hypromellose, Mikrokristalline Cellulose, Milchsäure. **Vaginalcreme:** 1 g Vaginalcreme enthält 10 mg Clotrimazol. Sonstige Bestandteile: Benzylalkohol, Octyldodecanol (Ph.Eur.), Cetylstearylalkohol (Ph.Eur.), Cetylpalmitat (Ph.Eur.), Sorbitanstearat, Polysorbat 60, gereinigtes Wasser. **Anwendungsgebiete:** Infektiöser Ausfluss, verursacht durch Hefepilze; Entzündungen der Scheide und Schamlippen (Candida vulvitis) durch Pilze - meist Candida - sowie Superinfektionen mit Clotrimazol-empfindlichen Bakterien. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Canesten® GYN darf in den folgenden Fällen nur unter ärztlicher Kontrolle angewendet werden: in der Schwangerschaft und Stillzeit; bei erstmaligem Auftreten der Erkrankung; wenn die Erkrankung häufiger als 4-mal im Verlauf der vergangenen 12 Monate aufgetreten ist. Während der Schwangerschaft sollten die Vaginaltabletten verwendet werden, die ohne Verwendung eines Applikators eingeführt werden können. **Nebenwirkungen:** Erkrankungen des Immunsystems: Allergische Reaktionen (Nesselsucht, Hypotonie, Atemnot, Ohnmacht). Erkrankungen der Geschlechtsorgane und der Brustdüse: Juckreiz, Brennen, Hautrötung, Hautreizung, Hautausschlag, genitale Hautablösungen, Ödeme, Unbehagen, Beckenschmerzen, Vaginalblutungen. Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts: Unterleibsschmerzen. **Warnhinweis: Vaginalcreme:** Enthält Cetylstearylalkohol! Bayer Vital GmbH, 51368 Leverkusen, Deutschland. Stand: 07/2013





Hauterkrankungen in der Schwangerschaft

Was ist normal, was pathologisch?

Hautphänomene liefern in der Schwangerschaft ein noch bunteres Bild als sonst, denn zu den „normalen“ Dermatosen kommen physiologische Veränderungen und spezifische Erkrankungen. Die Differenzierung erfordert genaues Hinschauen. Hat man die Diagnose im Griff, stellt sich die Frage nach einer wirksamen und gut verträglichen Behandlung.

Veränderungen an der Haut schwangerer Frauen lassen sich unterteilen in (1) physiologische Erscheinungen, (2) spezifische Schwangerschaftsdermatosen und (3) Erkrankungen, die auch sonst vorkommen. Nach den Erfahrungen zweier Dermatologinnen aus dem UK und einer aus Österreich handelt es sich in rund 50% der Fälle um Exazerbationen gewöhnlicher entzündlicher Hautaffektionen wie Neurodermitis, Psoriasis, Akne oder Rosazea. In 30% oder mehr der Fälle handelt es sich um echte Schwangerschaftsdermatosen. Ein physiologischer Pruritus tritt bei einer von fünf Schwangerschaften auf; Juckreiz ist aber auch typisch für einige Schwangerschaftsdermatosen.

Dass Hautprobleme in der Schwangerschaft so häufig sind, wird auf die physiologischen Veränderungen des Immunsystems in dieser Phase zurückgeführt. Verschiebungen bei den Immunzellen und den Zytokinen erhöhen die Anfälligkeit für Autoimmunphänomene und für Hautinfektionen. Eine Psoriasis neigt zur Besserung, während sich Neurodermitis und SLE verschlechtern können.

Spezifisch für die Gravidität

Die spezifischen Dermatosen der Schwangerschaft stellen eine heterogene Gruppe stark juckender, entzündlicher Dermatosen dar, die praktisch nur in der Gravidität oder unmittelbar postpartal vorkommen.

Unter *atopischer Schwangerschaftsdermatose* versteht man einen Komplex, zu dem Frauen mit einer früheren Diagnose von Neurodermitis (atopischer Dermatitis) in der Schwangerschaft, solche mit Schwangerschafts-Prurigo und mit pruritischer Follikulitis gehören. Diese Entität ist mit rund 50% die häufigste schwangerschaftsspezifische Dermatose. Die Frauen weisen meist

eine Atopie-Anamnese auf.

Die Effloreszenzen erscheinen in der Regel vor dem dritten Trimester. Es handelt sich dabei meist um ausgedehnte ekzematöse Veränderungen (E-Typ der Krankheit) an typischen Atopie-Stellen (Gesicht, Hals, Décolleté, Beugeseiten von Armen und Beinen), seltener um papulöse Läsionen (P-Typ). Die kleinen erythematösen Papeln sind auf Stamm und Extremitäten verteilt, es kommen auch Prurigo-Knötchen vor. Ein kennzeichnendes Merkmal ist die sehr trockene Haut. Die Prognose der Dermatose ist gut, selbst bei schwerem Befall, da die Läsionen rasch auf Therapie ansprechen. Der Fetus ist nicht direkt betroffen, aber er trägt ein erhöhtes Risiko für Neu-

rodermitis als Kind.

Die *polymorphe Schwangerschaftsdermatose* trifft eine von 160 bis 200 Graviditäten. Sie tritt hauptsächlich bei Primigravidae in den letzten Wochen der Schwangerschaft oder unmittelbar

nach der Entbindung auf. Risikofaktoren scheinen starke Gewichtszunahme in der Schwangerschaft und Mehrlings-Schwangerschaften zu sein. Ansonsten ist die Pathogenese unklar.

Die Eruptionen der polymorphen Schwangerschaftsdermatose beginnen innerhalb von Striae distensae des Abdomens. Stark juckende urtikarielle Papeln fließen zu Plaques zusammen. Die Effloreszenzen breiten sich auf Gesäß und Oberschenkel aus. In schweren Fällen treten sie generalisiert auf. Die Nabelregion bleibt typischerweise ausgespart. Im weiteren Verlauf werden die Läsionen vielgestaltiger (Bläschen, flächige Erytheme, Ekzeme). Die Prognose von Mutter und Kind wird nicht beeinträchtigt. Die Erkrankung heilt in der Regel spontan innerhalb von vier bis sechs Wochen aus. Rezidive sind selten, außer bei Mehrlings-Schwangerschaften.

Das *Pemphigoid gestationis* ist eine seltene, selbstlimitierende Autoimmunerkrankung mit Blasenbildung. Es kommt am häufigsten in der Spätschwangerschaft vor, gelegentlich aber auch früher. Die Inzidenz liegt zwischen 1:2000 bis 1:60 000 (je nach Prävalenz der HLA-Haplotypen DR3 und DR4). Der Erkrankung liegt die Bindung komplementbindender IgG-Antikörper an ein Antigen (BP-180) in der Basalmembran der Haut zugrunde; dies führt zu Gewebeschädigung und Blasenbildung. Die Antikörper kann man mit Immunfluoreszenz in der periläsionalen Haut oder im Serum bei 30 bis 100% der Fälle nachweisen.

Die Erkrankung manifestiert sich mit intensivem Juckreiz und nachfolgendem Auftreten urtikarieller Papeln und Plaques, typischerweise am Abdomen, am stärksten im Nabelbereich. Die Läsionen können auch den ganzen Körper befallen. Sie entwickeln sich typischerweise weiter zu derben Blasen.

In der Spätschwangerschaft bessert sich die Erkrankung, um nach der Entbindung wieder aufzuflackern (in 75%); schließlich bilden sich die Läsionen im Laufe von Wochen bis Monaten zurück. Rezidive können durch Menstruation und hormonelle Kontrazeption ausgelöst werden; in späteren Schwangerschaften muss man erneut damit rechnen.

Die Häufigkeit von Frühgeburten und von Small-for-date-Babys ist bei diesen Frauen erhöht (in Korrelation zum Schweregrad der Erkrankung). Etwa 10% der Neugeborenen entwickeln Blasen leichteren Grades infolge von passivem Transfer von Antikörpern.

Die spezifischen Dermatosen der Schwangerschaft lassen sich mit Hilfe spezieller Algorithmen leichter auseinander halten.



Schwangerschaft: Ein Fundus an Dermatosen

GUT ZU WISSEN

Physiologische Veränderungen

- Hyperpigmentierung (Linea nigra, Areolen, Melasma, Naevi, Vulva-Melanose)
- Striae distensae
- Pruritus gravidarum
- Haar- und Nagelveränderungen
- veränderte Aktivitäten von Schweiß- und Talgdrüsen

Ursachen von Pruritus

- *mit Hautausschlag*: atopische Schwangerschaftsdermatose – polymorphe Schwangerschaftsdermatose – Gestations-Pemphigoid – Skabies – Urtikaria – Arzneimittelexanthem – Allergie
- *ohne Hautausschlag*: intrahepatische Cholestase in der Schwangerschaft – Exazerbation einer Lebererkrankung, z. B. einer primären biliären Zirrhose

Steroide und Antihistaminika

Die spezifischen Dermatosen lassen sich gut behandeln. Bei leichtgradigem Pemphigoid gestationis kommt man mit topischen Kortikoiden, evtl. plus systemischen Antihistaminika, aus. Für schwere Fälle braucht man systemische Kortikoide (Prednisolon, Startdosis 0,5 bis 1 mg/kg KG/d). Bei Besserung kann man die Dosis zurückfahren. Vor der Entbindung sollte man sie aber wieder erhöhen, um das Aufflackern zu unterdrücken. In hartnäckigen Fällen kommen gepulstes Methylprednisolon oder i.v.-Immunglobuline in Frage. Nach der Entbindung kann man hochkarätige Immunsuppressiva auffahren.

Bei polymorpher Schwangerschaftsdermatose reichen meist topische Kortikoide und Antihistaminika. Notfalls gibt man für kurze Zeit systemische Steroide. Ähnliches gilt für die atopische Dermatitis. Bei bakterieller oder viraler Superinfektion wird entsprechend behandelt. Unter fachkundiger Überwachung kann auch UV-B-Phototherapie hilfreich sein.

Bei gewöhnlichen Dermatosen in der Schwangerschaft muss man auf die Verträglichkeit der eingesetzten Therapien achten. **WE**

U Vaughan Jones S et al.: Skin diseases in pregnancy. *BMJ* 2014; 348: 26-30
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/141185

Frage 1: In der Schwangerschaft

- A** verbessern sich alle Hautleiden
- B** verschlechtern sich alle Hautleiden
- C** verändern sich viele Hautleiden
- D** gibt es keine spezifischen Dermatosen
- E** gibt es nur spezifische Dermatosen

Frage 2: Physiologisch ist

- A** Pruritus gravidarum
- B** Tinnitus gravidarum
- C** Pemphigoid gestationis
- D** die atopische Dermatitis
- E** die polymorphe Dermatitis

Frage 3: Bei Schwangerschaftsdermatosen

- A** setzt man nie Pharmaka ein
- B** gibt man Steroide stets systemisch
- C** trägt man Antihistaminika topisch auf
- D** reichen stets Emollenzien
- E** kommen Kortikoide topisch und systemisch in Frage

Was ist richtig? Bitte vermerken Sie die Antwort auf Seite 35.

A/H1N1-Vakzine

Keine Gefahr durch Grippeimpfung in der Schwangerschaft

Während der Influenza-Pandemie 2009/2010 erhielten viele Schwangere adjuvantierte Impfstoffe gegen den Erreger A/H1N1. Über mögliche Schwangerschaftskomplikationen oder kongenitalen Fehlbildungen war bislang wenig bekannt.

In Italien wurde allen Schwangeren im zweiten oder dritten Trimenon empfohlen, sich gegen den Pandemie-Erreger A/H1N1 impfen zu lassen. Eingesetzt wurde dafür ausschließlich die MF59-adjuvantierte A/H1N1-Vakzine.

Von 86 171 Schwangeren wurden 6246 geimpft (7,2%). Es gingen 6131 Schwangerschaften mit und 23 987 Schwangerschaften ohne Impfung in die Vergleichsanalyse ein.

Hinsichtlich der Rate an Spontangeburt und maternaler Aufnahmen auf die Intensivstation traten keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen zutage. Leicht erhöht war bei den geimpften Schwangeren jedoch die Prävalenz von Gestationsdiabetes (aOR 1,26) sowie von Präeklampsie und Eklampsie (aOR 1,19).

Kongenitale Fehlbildungen fand man bei 4,5% der Neugeborenen aus der Studiengruppe und 4,1% aus der Kontrollgruppe (Risikoerhöhung

um 14%, grenzwertig signifikant). Die Raten an SGA-Babys, neonataler Intensivversorgung und perinatalen Todesfällen unterschieden sich in den beiden Gruppen nicht. **CW**

K Trotta F et al.: Evaluation of safety of A/H1N1 pandemic vaccination during pregnancy: cohort study. *BMJ* 2014; 348: g3361

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/140984

KOMMENTAR

Die höhere Rate an Gestationsdiabetes und Präeklampsie, die in der italienischen Studie beobachtet wurde, ist auch durch eine umgekehrte Kausalität erklärbar: Möglicherweise stand die Diagnose bereits vor der Impfung fest und die Frauen wurden in Folge dessen geimpft.

Fell DB et al.: H1N1 influenza vaccination during pregnancy. *Ebd.* 10

Hypothyreose

Freies Thyroxin genauso aussagekräftig wie Gesamthyroxin

Weil in der Schwangerschaft vermehrt Thyroxin-bindende Globuline gebildet werden, soll die Bestimmung des freien Thyroxins weniger aussagekräftig sein. Zur Diagnose einer latenten Hypothyreose taugen in Kombination mit TSH offensichtlich jedoch beide Werte.

In einem Pränatalzentrum in Dallas/Texas wurden bei 17 298 Schwangeren bis zur 20. SSW die Serumwerte von freiem und Gesamt-T4 sowie TSH bestimmt. Die Gesamt-T4-Werte stiegen bis zur 16. SSW an und blieben dann relativ konstant. Der Referenzbereich (2,5. bis 97,5. Perzentile) lag in SSW 6 zwischen 5,27 und 12,64 mU/l, in SSW 20 zwischen 8,00 und 15,30 mU/l). Für freies T4 definierte man Werte zwischen 0,9 und 2,0 ng/dl als normal, für TSH Werte zwischen 0,03 und 4,13 mU/l. Eine latente Hypothyreose ergab sich anhand des freien T4 bei 404 Schwangeren, anhand des Gesamt-T4 bei 367. In beiden Fällen war die Diagnose mit einem signifikant höheren Risiko für Plazentalösung und Frühgeburten vor der 34. SSW asso-

ziiert. Hinsichtlich neonataler Komplikationen unterschieden sich beide Gruppen nicht von euthyreoten Frauen.

Die Studie lieferte zum einen Informationen über die Gesamt-T4-Normalwerte abhängig von dem Schwangerschaftsalter. Zum anderen belegt sie aber, dass in Kombination mit TSH sowohl freies als auch das Gesamt-T4 zur Diagnose einer latenten Hypothyreose bei Schwangeren herangezogen werden können. Möglicherweise besitzt das freie T4 sogar eine etwas höhere Spezifität. **CW**

K Wilson KL et al.: Is total thyroxine better than free thyroxine during pregnancy? *Am J Obstet Gynecol* 2014; 211: 132.e1-6

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/141134

Folgeschwangerschaft nach Abbruch

Kein höheres Komplikationsrisiko durch spätere Abtreibung

Bis zu 12% aller Abtreibungen werden erst im zweiten Trimenon durchgeführt. Ob sich solch ein später Abbruch auf das Komplikationsrisiko in der nachfolgenden Schwangerschaft auswirkt, untersuchten Wissenschaftler in Finnland.

Aus finnischen Gesundheitsregistern gingen die Daten von 3843 Frauen hervor, die sich als Primigravidae einer medikamentösen Abtreibung unterzogen und deren zweite Schwangerschaft mit einer Lebendgeburt endete. Bei 416 Frauen wurde der Abbruch nach der 12. SSW durchgeführt. Fetale Indikationen für den Abort waren in der Studie generell ausgeschlossen worden.

Auf das Komplikationsrisiko in der Folgeschwangerschaft wirkte sich der Zeitpunkt der vorherigen Termination offensichtlich nicht aus. Die Inzidenzen für folgende schwangerschaftsverbundene Probleme unterschieden sich in den beiden untersuchten Gruppen signifikant nicht:

- Frühgeburten (3,9% in beiden Gruppen)
- geringes Geburtsgewicht (3,9% nach spätem vs. 3,2% nach frühem Abbruch)
- SGA-Babys (2,4 versus 2,5%)
- Plazentaprobleme (1,9 versus 2,6%)

Auch nach der statistischen Anpassung an mögliche Störgrößen wie Alter, Ausbildungsniveau und Nikotinkonsum ergab sich kein höheres Komplikationsrisiko für Folge-Schwanger-

schaften, wenn die Abtreibung der vorangegangenen Gravidität erst im zweiten Trimenon erfolgte.

Bei rund der Hälfte der Frauen mit einer medikamentösen Termination nach der 12. SSW wurde zusätzlich eine Saugkürettage durchgeführt. Bei gut 4% der Betroffenen kam es zu einer Infektion. In dieser Subgruppe lag die Komplikationsrate in der Folgeschwangerschaft etwa gleich hoch wie bei den Frauen ohne solche Probleme.

Diese bislang größte Studie ihrer Art belegt, dass eine medikamentöse Abtreibung mit Mifepriston und/oder Misoprostol auch im zweiten Trimenon die Komplikationsrate bei späteren Schwangerschaften nicht erhöht. Diese Information hilft nach Ansicht der Studienautoren bei der Beratung von Frauen, die sich zu einem späten Schwangerschaftsabbruch entschieden haben. **CW**

K Männistö J et al.: Medical termination of pregnancy during the second versus the first trimester and its effects on subsequent pregnancy. *Contraception* 2014; 89: 109-115
 Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/140488

LITERATURDIENST

Liebe Leserinnen und Leser,

in jeder **Gyn-Depesche** finden Sie aktuelle Kurzreferate aller wichtigen Studien. Für den tieferen Einstieg in ein Thema empfiehlt sich die Lektüre der jeweiligen Originalarbeit, die Sie für Ihren Eigenbedarf selber aus Fachzeitschriften kopieren können. Als Service nehmen wir Ihnen diese Arbeit gerne ab und senden Ihnen auf Wunsch eine Kopie der Originalarbeit zu. Hierzu finden Sie am Ende unserer Kurzreferate einen Internet-Link für Ihren Web-Browser. Wenn eine Originalarbeit verfügbar ist, können Sie diese einfach per Klick bei uns anfordern oder sich zum Original-Abstract weiterleiten lassen. Alternativ steht Ihnen in diesem Heft ein Bestellcoupon zur Verfügung, den Sie uns bitte ausgefüllt zufaxen oder zusenden.

Der Literaturdienst ist für Abonnenten für eine Originalarbeit je Heft kostenlos. Bitte nennen Sie uns bei der Bestellung Ihren Zustellcode (siehe Adressaufkleber). Bestellungen von Nicht-Abonnenten können wir nur bearbeiten, wenn für jede angeforderte Arbeit € 8,- zuzüglich € 2,- (Porto und Verpackung) in Briefmarken beigelegt werden.

Bei Quellen, denen keine einzelne Originalarbeit zugrunde liegt (z. B. Symposien oder Fachpressekonferenzen) wenden Sie sich bitte direkt an das unter dem Artikel genannte Unternehmen. Die Adresse des Unternehmens finden Sie auf unserer Website per Klick auf den Firmennamen oder unter dem Reiter „Pharma-Navigator“.

Ihr Literaturdienst der **Gyn-Depesche**

Nahrungsergänzung

Woran es Schwangeren oft mangelt

In Schwangerschaft und Stillzeit kann ein Nährstoffmangel ernste Folgen haben. Oft hilft eine geeignete Supplementierung, Risiken rechtzeitig zu reduzieren.

Auf die Bedeutung einer ausreichenden Zufuhr an Mikronährstoffen während der Schwangerschaft machte *Prof. Peyman Hadji*, Frankfurt am Main, auf einem Symposium der Firma Rottapharm Madaus im Rahmen des 60. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe aufmerksam. Häufig leiden Schwangere unter Folatmangel, was mit einem erhöhten Risiko für Aborte, Frühgeburten und angeborene Neuralrohrdefekte verbunden ist. Neuralrohrdefekte betreffen in Deutschland jede 800. bis 1000. Geburt und entstehen bereits zwischen dem 22. und 28. Schwangerschaftstag. Für eine effektive Prävention wird daher empfohlen, bereits perikonzeptionell täglich mit 400 bis 800 µg Folsäure zu supplementieren.

Auch mit Vitamin D ist man in europäischen Ländern häufig unterversorgt. In einer Studie wiesen je nach Jahreszeit 49 bis 98% der Teilnehmer in Deutschland einen Vitamin-D-Mangel auf (Serum-Calcidiol <50 µmol/l). Vitamin D ist nicht nur wichtig für Knochenaufbau, neuromuskuläre Koordination und Hormonhaushalt,

sondern auch für Immunfunktion von Mutter und Kind, da die fetale Calcidiol-Verfügbarkeit vom maternalen Serumspiegel abhängt. Bei unzureichender Lichtexposition empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Ernährung schwangere Frauen eine tägliche Zufuhr von 20 µg Calcidiol (800 IE Vitamin D), die kanadische pädiatrische Gesellschaft sogar 50 µg (2000 IE).

Ergänzungspräparate können die in Schwangerschaft und Stillzeit erhöhte Bedarfsituation ausgleichen, sollten allerdings nicht nach dem „Gießkannenprinzip“ eingesetzt werden, sondern sich an Lebensphase, Ziel und Versorgungslage der Patientinnen orientieren. Daher empfiehlt es sich, Mehrkomponentenpräparate anzuwenden, die im Bereich der Zufuhrempfehlungen dosiert sind. **OH**

SYMPOSIUM

„Mikronährstoffe für Frauen in verschiedenen Lebensphasen“, 60. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, München, 9.10.2014, Veranstalter: Rottapharm Madaus
 Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/141186



hier



Magnesium Verla® hilft.

Durch den erhöhten renalen Magnesiumverlust entsteht in der Schwangerschaft oft ein Magnesiummangel¹. Wadenkrämpfe und vorzeitige Wehen können die Folge sein. Durch den Einsatz von Magnesium Verla® können diese vorzeitigen Wehen verhindert werden². „Nicht nur die Schwangerschaft, auch die Stillperiode beinhaltet eine Mg-Mangel-Situation, die eine großzügige Mg-Supplementation der Mutter rechtfertigt, insbesondere im Hinblick auf nachfolgende Schwangerschaften.“³

1) Spätling L et al: Magnesium and Calcium excretion during pregnancy. Mag Bull 1985; 7:91-93; 2) Spätling L et al: Magnesium supplementation in pregnancy: a double-blind study. Brit J Obstet Gynecol 1988; 95:120-125; 3) Spätling L et al: Magnesiumsupplementation in der Stillzeit: Geburtshilfe und Frauenheilkunde. 1998; 58:561-565

Magnesium Verla® N Dragées

Wirkstoffe: Magnesiumcitrat, Magnesiumbis(hydrogen-L-glutamat). **Zusammensetzung:** 1 magensaftresistente Tbl. enth.: Magnesiumcitrat 9 H₂O 205 mg (berechnet wasserfrei), Magnesiumbis(hydrogen-L-glutamat) 4 H₂O 90 mg (berechnet wasserfrei), Magnesiumgehalt: 1,65 mmol = 40 mg. **Sonst. Bestandteile:** Glycerol 85%, Povidon (K25), Sucrose, Macrogol 6000 u. 35000, Methylacrylsäure-Ethylacrylat-Copolymer (1:1) (Ph.Eur.), Dimeticon (350 cSt), Triethylcitrat, Talkum, Calciumcarbonat, Kaliumdihydrogenphosphat, Vanillin, Glucose-Sirup, Montanglycolwachs, Titandioxid. **Anwendungsgebiete:** Behandlung von therapiebedürftigen Magnesiummangelzuständen, die keiner parenteralen Substitution bedürfen. Nachgewiesener Magnesiummangel, wenn er Ursache für Störungen der Muskeltätigkeit (neuromuskuläre Störungen, Wadenkrämpfe) ist. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen einen der Bestandteile; schwere Niereninsuffizienz; Anurie; Exsikkose; Vorsicht bei Nierenfunktionsstörungen, ggf. prüfen, ob sich aus dem Elektrolytstatus eine Gegenanzeige ergibt; Infektsteindiathese (Calcium-Magnesium-Ammoniumphosphatsteine). **Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung und Warnhinweise:** enth. Sucrose (Zucker) u. Glucose (entspr. ca. 0,01 BE). **Nebenwirkungen:** Gelegentlich weiche Stühle oder Durchfälle. Stand: August 2014

Verla-Pharm Arzneimittel, 82324 Tutzing, www.verla.de

Das blau-gelbe organische Magnesium!



Plazenta-Retention

Mit Medikamenten das Problem lösen?

Das Wehenstadium zwischen Entbindung des Kindes und Freisetzung der Plazenta kann physiologisch begleitet werden, mit frühem Abklemmen der Nabelschnur, Durchtrennen derselben und kontrolliertem Zug daran. Man kann auch aktiv intervenieren, indem man z. B. Oxytocin appliziert. Britische Experten diskutieren die verfügbaren Möglichkeiten.

Eine Plazenta-Retention passiert bei 0,1 bis 3,3% der Entbindungen, je nach Art des untersuchten Kollektivs. Die Häufigkeit nimmt zu, weil immer mehr Frauen mit Risikofaktoren Kinder kriegen – dazu zählen fortgeschrittenes Alter und vorheriger Kaiserschnitt. Eine Retention kann für die Mutter schwere Folgen haben, wie bedrohliche Blutung oder Sepsis.

Mit weheninduzierenden Medikamenten wie intraumbilikalem oder intravenösem Oxytocin kann man Kontraktionen des Myometriums induzieren, die Scherkräfte erzeugen und so das Ablösen der Plazenta von der Uteruswand fördern. Dann kann aber eine Zervix-Kontraktion die Plazenta im Uterus festhalten. Relaxanzien für glatte Muskulatur wie Nitroglycerin können dieses Problem beheben.

Erreicht man so die Freisetzung der Plazenta nicht, muss sie manuell geholt werden. Das ist ein invasiver Eingriff, zu dem Lokalanästhesie oder Narkose erforderlich sind. Dabei kann es zu Komplikationen kommen wie Blutung, Schmerzen, Infektion, Inversion oder Perforation des Uterus. Man entschließt sich nicht leichten Herzens dazu. Sofern ihn keine Blutung erzwingt, wartet man in Spanien nur 30 min ab, im UK (nach NICE-Empfehlung) 60 min, in Holland mehr als 60 min. Spätestens nach 90 min kann man aber nicht mehr mit einer spontanen Ausstoßung rechnen.

Unwägbarkeiten

Die britischen Autoren analysierten die Evidenz der pharmakologischen Ansätze anhand der einschlägigen Literatur.

Gemäß NICE soll eine Oxytocin-Infusion in die Nabelgefäße der Plazenta gegeben werden, wenn diese 30 min überfällig ist (basierend auf einem Review). Nach Verabschiedung dieser Richtlinie fand eine qualifizierte randomisiert-kontrollierte Studie (RCT) keinen Unterschied in der Rate manueller Plazenta-Lösungen zwischen Oxytocin oder Plazebo. Zum gleichen Ergebnis kam dann ein Update des ursprünglichen Reviews. Es zeigte sich auch kein Unterschied bei den postpartalen Hämorrhagien oder bei der chirurgischen Entfernung von Plazenta-Resten.



Kind versorgt, aber wo bleibt die Plazenta?

Die häufige Praxis intravenöser Oxytocin-Infusionen in dieser Situation wurde in RCT nicht untersucht.

Der Einsatz anderer Substanzen zur Steigerung der Myometrium-Kontraktionen, wie der von Prostaglandinen, wurde nicht systematisch evaluiert; dazu liegen nur kleine RCT vor. Die Studien ergaben keinen signifikanten Nutzen für intraumbilikale Prostaglandine. Für den oralen Einsatz von Misoprostol (eines synthetischen Prostaglandins) zeigte sich eine verminderte Notwendigkeit manueller Ausräumungen; allerdings wurde über die Auswirkungen auf andere wichtige Kriterien wie postpartale Hämorrhagien, Infektionen, chirurgische Nacharbeit oder Mortalität der Mutter nichts berichtet.

Zum Einsatz von Nitroglycerin i.v. liegt nur ein kleiner RCT vor, der keinen signifikanten Nutzen hinsichtlich relevanter Beurteilungsgrößen belegt.

Es gibt eine Strategie, mit Oxytocin i.v. Uterus-Kontraktionen zu induzieren und anschließend mit intravenöser oder sublingualer Nitro-Gabe Uterus und Zervix zu relaxieren. Zwei kleine Studien dazu ergaben eine Verminderung manueller Lösungen, aber höhere Raten postpartaler Hämorrhagien. Zu wichtigen anderen Kenngrößen wird nichts ausgesagt.

„Im Lichte der Ungewissheit ...“

Es bleibt festzuhalten, dass tiefgreifende Unklarheiten über den Nutzen pharmakologischer

Maßnahmen zum Management der Plazenta-Retention bestehen. RCT dazu wären nötig und wären machbar, aber beim Studienregister der WHO sind keine entsprechenden Untersuchungen angemeldet.

Trotz dieser Unsicherheit empfiehlt die WHO den Einsatz intraumbilikaler Oxytocin-Infusionen, wenn eine Plazenta-Retention diagnostiziert wurde, und die manuelle Lösung, wenn diese Intervention versagt. Wenn eine Placenta accreta Ursache der Retention ist, sollte man nach entsprechenden Richtlinien vorgehen. Zu den verfügbaren Optionen gehören dann intrauterine Ballontamponade, Beckenvenen-Embolisation und Hysterektomie.

Da derzeit keine ausreichende Evidenz vorliegt, um irgend eine pharmakologische Intervention zu empfehlen, legen die Autoren den Ärzten nahe, sich an Studien zu diesem Thema zu beteiligen – sofern sie aufgelegt werden. Solche Studien sollten vor allem Interventionen untersuchen, bei denen zunächst die Uterus-Kontraktilität gefördert wird (z. B. mit Oxytocin i.v. oder Prostaglandin intraumbilikal) und danach eine Zervix-Dilatation herbeigeführt wird (mit oralem oder sublingualem Nitroglycerin). Vergleichsmaßstab sollte die gängige Praxis der intraumbilikalen Gabe von Oxytocin sein. Beurteilungskriterium sollten die Freisetzung der Plazenta innerhalb von 60 min, außerdem postpartale Hämorrhagien und andere unerwünschte Ereignisse sein. **WE**

U Duffy JMN et al.: What is the optimal pharmacological management of retained placenta? BMJ 2014; 349: 33-35

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/141189

Frage 4: Eine Plazenta-Retention

- A kommt bei den meisten Geburten vor
- B kommt bei 11% der Geburten vor
- C kommt in 0,1 bis 3,3% vor
- D wird immer invasiv behandelt
- E wird mit Pharmaka immer behoben

Frage 5: Bei Plazenta-Retention wird mit Pharmaka

- A primär die Uterus-Kontraktilität gesenkt
- B primär die Uterus-Kontraktilität erhöht
- C sekundär die Zervix verengt
- D die Blutungsrate auf Null gedrückt
- E das Infektionsrisiko ausgeschaltet

Was ist richtig? Bitte vermerken Sie die Antwort auf Seite 35.

Peripartale Asphyxie-Folgen

„Prodomi“ der Hypothermiebehandlung: meist unspezifisch, mitnichten unwichtig

Bei der hypoxisch-ischämischen Enzephalopathie kann man Ganzkörper-Hypothermie einsetzen. US-amerikanische Gynäkologen und Pädiater machten sich auf die Suche nach Prädiktoren für diese Behandlungsmethode und fanden extrem hohe Odds Ratios.

Es wurden die Daten von über 86 000 Einlingsgeburten ab der 36. SSW in Dallas/Texas ausgewertet, darunter 98 Neugeborene mit Ganzkörper-Hypothermiebehandlung. Indikation dafür war 80 mal eine mittelgradige und zehnmal eine schwere Enzephalopathie. Diese Kinder wurden hinsichtlich maternalen, intrapartalen und neonatalen Charakteristika analysiert.

Als stärkster Risikofaktor für eine Hypothermie erwies sich die Uterusruptur (OR 130; 95% KI 11-1477), das Risiko war somit 130-fach erhöht. Auch eine Plazentalösung und ein Nabelschnurvorfal waren mit einem erhöhten Risiko verbunden (OR 17; KI 7-44 und OR 14; KI 3-

72). Allerdings fanden sich diese spezifischen Ursachen einer neonatalen Enzephalopathie nur in 12% der Geburten. In den restlichen Fällen erwiesen sich die Prädiktoren als eher unspezifisch. Mit einer Hypothermiebehandlung assoziiert waren Präeklampsie und prägestationärer Diabetes, ein maternaler BMI <40 kg/m², Sectio aufgrund von CTG-Veränderungen oder Dystokie, vaginale Schnittentbindung, Chorioamnionitis und längere Geburtsdauer. Eine Kausalität beweist das jedoch nicht. **CW**

☒ Nelson DB et al.: Obstetric antecedents to body-cooling treatment of the newborn infant. *Am J Obstet Gynecol* 2014; 211: 155.e1-6
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/141127

Das Blut und seine Probleme

Anti-D und vWS in der Geburtshilfe

Zwei typische kritische Situationen in der Geburtshilfe, die Kind oder Mutter gefährden, sind M. haemolyticus neonatorum und von-Willebrand-Syndrom. Hier kommen zwei einfache Tipps, um Risiken zu minimieren.

In Deutschland kommt es ca. 300- bis 400-mal zum Morbus haemolyticus neonatorum. Ursache ist eine nicht korrekt durchgeführte Rhesusprophylaxe. Prof. Roland Zimmermann, Zürich, betonte im Rahmen eines Symposiums der Firma CSL Behring die Wichtigkeit der Anti-D-Prophylaxe, die standardmäßig zwischen der 28. und 30. Schwangerschaftswoche mit Anti-D-Immunglobulin durchgeführt wird. Bei invasiven Untersuchungen oder Verletzungen in der Frühschwangerschaft sollte laut Zimmermann jedoch *umgehend* mit der Anti-D-Gabe begonnen werden. Da die Konzentration der Immunglobuline mit der Zeit aber abnehme, plädierte Zimmermann für eine kontinuierliche präpartale Anti-D-Prophylaxe in Intervallen von zwölf Wochen nach einmal begonnener Immunglobulin-Gabe, fortgeführt während der gesamten restlichen Schwangerschaft.

Eine mütterliche peripartale Gefährdung kann durch ein nicht erkanntes von-Willebrand-Syndrom (vWS) entstehen. Die Prävalenz des vWS beträgt ca. 1%. Nach einer Entbindung sind

Frauen durch postpartale Blutungen gefährdet. Eine gezielte Anamneseerhebung kann wegweisend sein: verstärktes Nasenbluten, Neigung zu blauen Flecken, verlängerte Menstruationsblutungen. Ein standardisierter Gerinnungsfragebogen ist unter der industriegesponsorten Website www.netzwerk-von-willebrand.de abrufbar. Dr. Susan Halimeh, Duisburg, empfahl, für den Notfall im Rahmen einer Entbindung für betroffene Frauen von-Willebrand-Faktor/Faktor-VIII-Konzentrate bereitzuhalten. Auf Grund des erhöhten Risikos sollten die betroffenen Patientinnen nicht ambulant entbinden und postpartal noch ein paar Tage stationär bleiben, da auch erst nach einiger Zeit starke Nachblutungen auftreten können. **CB**

SYMPOSIUM

„Kritische Situationen in der Geburtshilfe – rechtzeitig erkennen, erfolgreich behandeln“, 60. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, München, 9.10.2014, Veranstalter: CSL Behring Anti-D-Immunglobulin: Rhophylac® FVIII:C/vWF:RCof: Haemate®

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/141252

Frühgeburten

Zu wenig Evidenz für späte Abnabelung?

Leitlinien empfehlen die verzögerte Nabelschnurdurchtrennung bei Frühgeborenen, um das Risiko intraventrikulärer Blutungen zu verringern. Forscher kritisieren die fehlende Evidenz hierfür.

Das American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) sprach sich im Dezember 2012 dafür aus, bei Entbindungen die Durchtrennung der Nabelschnur um mindestens 30 bis 60 Sekunden zu verzögern. Den größten Vorteil sieht das ACOG bei Frühgeborenen in der Möglichkeit, die intraventrikulären Blutungen (IVH) einer fast 50%igen Reduktion zu unterziehen. Auch europäische Konsensus-Leitlinien empfehlen die verzögerte Abnabelung bei Frühgeborenen auf höchster Evidenzebene. Noch laufen aber die relevanten randomisiert-kontrollierten Studien, die eine ausreichend große Fallzahl aufweisen können.

Der potenzielle Vorteil einer verzögerten Abnabelung besteht in der zusätzlichen Bluttransfusion aus der Plazenta: Sie vergrößert das neonatale Blutvolumen, verbessert die Eisenvorsorgung und erhöht den Transfer von Stammzellen. Bei Frühgeborenen kann das zu einem besseren Organschutz beitragen. Auf der anderen Seite könnten die Inzidenz und Schwere von Ikterus und Hypothermie steigen und möglicherweise wiederbelebende Maßnahmen verzögert werden. Für vor der 37. SSW Geborene gilt nach einem Cochrane Review mit 738 Teilnehmern als erwiesen, dass das IVH-Risiko durch die verzögerte Abnabelung um 41% sinkt. Der Unterschied bei schweren IVH (Grad III und IV) sowie bei der neurologischen Entwicklung im Alter von zwei bis drei Jahren war jedoch aufgrund der geringen Fallzahlen statistisch nicht signifikant. Für Frühgeborene vor SSW 30 liegen nur aus drei Studien mit insgesamt 96 Kindern Langzeitergebnisse vor. Diese fanden im Alter von 18 bis 24 Monaten keine Unterschiede hinsichtlich Mortalität und neurologischen Defiziten. Zweifelhafte ist nach Ansicht der Autoren auch, ob eine geringgradige IVH ohne Schädigung der weißen Substanz oder Ventrikelerweiterung überhaupt das Risiko einer Entwicklungsverzögerung erhöht. **CW**

☒ Tarnow-Mordi WO et al.: Timing of cord clamping in very preterm infants: more evidence is needed. *Am J Obstet Gynecol* 2014; 211: 118-23

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/141133



Infantile Zerebralparese

Viele mögliche Ursachen, viele Formen

Die infantile Zerebralparese stellt ein Syndrom dar, das ein breites Spektrum von Bewegungs- und Haltungsanomalien in der Kindheit umfasst. Der Ausgangspunkt liegt in einer Fehlentwicklung des fetalen oder frühkindlichen Gehirns. Der Kampf gegen die Folgen der Schädigung ist mühsam und aufwendig. Prophylaxe ist eine vordringliche Forderung.

Die Erstbeschreibung des Syndroms stammt von *William John Little* (1862). Kürzlich haben Experten eine Definition versucht, in der darauf abgehoben wird, dass es sich um permanente Störungen der Bewegungsfähigkeit handelt, denen nicht-progrediente Hirnschädigungen zugrunde liegen. Man kann den Defekt in verschiedener Weise klassifizieren, etwa nach der Lage der Hirnläsion (Kortex, Pyramidenbahn, extrapyramidales System, Kleinhirn), nach klinischen Kriterien (Spastik, Dyskinesie, Ataxie), nach der Topographie (Diplegie, Quadriplegie, Hemiplegie), nach dem Zeitpunkt der Schädigung (pränatal, intranatal, postnatal) oder nach dem Grad des Muskeltonus (isotonisch, hypotonisch, hypertonisch). Eine praxisnahe Klassifikation hat SCPE (Surveillance of Cerebral Palsy in Europe) entwickelt (<http://www.scpnetwork.eu>).

Die Prävalenz des Syndroms wird mit rund drei Fällen pro 1000 Lebendgeburten in westlichen Ländern angegeben. Die Häufigkeit korreliert negativ mit dem Gestationsalter und dem Geburtsgewicht. So liegt die Inzidenz bei 90 pro 1000 bei einem Geburtsgewicht unter 1000 g. Die obere Altersgrenze für die Definition ist arbiträr; meist legt man sie auf fünf Lebensjahre. Etwa 10% der Fälle werden in der frühen Postnatalphase erworben, dann meist als Folge von Hirninfektionen oder Traumen.

Risikofaktoren

Schon Sigmund Freud hatte erkannt, dass Mehrlings-Schwangerschaften einen Risikofaktor für einen solchen Schaden darstellen. Das kann mit dem geringeren Gewicht der Mehrlinge erklärt werden. Ein Review sammelte weitere Risikofaktoren: Plazenta-Anomalien, Geburtsschäden, Mekoniumaspiration, Asphyxie bei der Entbindung, neonatale Krampfanfälle, Atemnotsyndrom, Hypoglykämie und neonatale Infektionen. In den meisten Fällen wird das Gehirn in irgendeiner Phase der Schwangerschaft geschädigt. Im ersten Trimester kommt es zu massiven Entwicklungsstörungen wie Schizenzephalie, im zweiten zu Schäden der periventriculären wei-



Lebensqualität ist ein entscheidender Faktor

ßen Substanz, im dritten zu Läsionen von Kortex und tiefer grauer Substanz.

Im MRI des Gehirns zeigen 85% der betroffenen Kinder Anomalien. Man braucht solche Aufnahmen nicht unbedingt für die Diagnose, aber sie helfen beim Management des Syndroms. Es kann sich bei MRI-Auffälligkeiten auch um einen Zufallsbefund handeln, der mit den Lähmungen nichts zu tun hat. Manchmal erhält man Hinweise, die für eine genetische Beratung Bedeutung haben (z. B. bilaterale Polymikrogyrie). Ist der Scan normal, sollte man intensiver nach genetischen Ursachen suchen, wie hereditäre spastische Paraplegie, Dopa-responsive Dystonie oder bestimmte Stoffwechselstörungen.

Prognose

Für die Beurteilung der Lebenserwartung betroffener Kinder kommt es auf den Schweregrad der mentalen und manuellen Einschränkungen, der Gehfähigkeit und der visuellen Probleme an. Wenn alle Domänen nur gering belastet sind, kann man mit einer kaum beeinträchtigten Prognose rechnen. Bei starken Behinderungen ist die Lebenserwartung stark reduziert. Woran die Individuen wirklich sterben, ist allerdings nicht genau bekannt.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist bei Zerebralparese zweifellos vermindert, aber schwer einzuschätzen. Individuen, die selbst darüber Auskunft geben können, schätzen sie kaum schlechter ein als die Allgemeinbevölkerung.

Bei den Versuchen, diesen Menschen zu helfen, muss man zwischen Maßnahmen unter-

scheiden, die die körperlichen Funktionen verbessern sollen und solchen, die die Umgebung an den Patienten anpassen. Die Fähigkeit zur Kommunikation ist von größter Bedeutung.

Es gibt frappierende Unterschiede in der Alltags-Teilnahme von Zerebralparese-Kindern zwischen verschiedenen Ländern und Regionen. Das spricht dafür, dass man durch Modifikationen der Lebensumgebung viel für sie tun kann. Die erste randomisiert-kontrollierte Studie zu diesem Thema zeigte, dass solche Anstrengungen mindestens so effektiv sind (an den Fähigkeiten zur selbstständigen Lebensbewältigung gemessen) wie konventionelle therapeutische Bemühungen, „das Kind zu verbessern“.

Management

Beim Umgang mit zerebralparetischen Kindern kommt es darauf an, dass alle Aktivitäten von einem multidisziplinären Team geplant, durchgeführt und beurteilt werden. Wenn Probleme auftauchen, muss man alle Komorbiditäten in Betracht ziehen.

Zu den Begleitstörungen gehören Epilepsie, Probleme mit der Fütterung, Schluckschwierigkeiten, irreguläre Darmtätigkeit, schlechte Ernährung und mangelhaftes Wachstum, häufige Infektionen, Hör- und Sehprobleme. Man muss den richtigen Weg zwischen aggressiven Therapien und invasiven Eingriffen (Gastrostomie, Skoliose-Korrektur) einerseits und Schonung des Patienten andererseits finden.

Es gibt antidystonische Medikamente (Trihexyphenidyl, Tetrabenazin, Carbidopa-Levodopa), die die Verfügbarkeit von Neurotransmittern in tiefen Kernregionen verbessern. Muskelrelaxanzien wirken auf spinaler und Muskel-Ebene. Davon wird am häufigsten Baclofen eingesetzt, ein GABA-B-Agonist. Er durchdringt nur schwer die Blut-Hirn-Schranke, weshalb man hohe Dosen (mit hohem Nebenwirkungsrisiko) verabreichen muss. Zunehmend wird es intrathekal mittels implantierter Pumpe verabreicht. Fokale Spastik kann man mit Injektionen von Botulinumtoxin A lindern.

Man kann auch mit dorsaler Rhizotomie versuchen, die spinalen Reflexe zu dämpfen. Damit erreicht man eine Verminderung der Spastizität; ob eine langfristige funktionelle Besserung resultiert, ist offen. Beim Vergleich verschiedener invasiver Modalitäten sah man wenig Unterschiede in den Ergebnissen. Wenn die Störungen rein dyskinetischer Art sind, versucht man, mit tiefer Hirnstimulation etwas zu erreichen (dabei

Rhophylac® mit neuem **Dreh!**



Rhophylac®:

die Rhesusprophylaxe in der Fertigspritze

Jetzt wird die Anwendung noch einfacher!

Die Fertigspritze verfügt über einen komfortablen Schraubverschluss, den Sie an der transparenten grauen Verschlusskappe erkennen.

Jetzt
noch einfacher
zu öffnen!



Basisinformation Rhophylac®

Rhophylac® 300 (Wirkstoff: Humanes Anti-D (Rh) Immunglobulin); Zusammensetzung: Jede Fertigspritze (2 ml Lösung) enthält 1500 IE (300 Mikrogramm) humanes Anti-D Immunglobulin. Das Produkt enthält maximal 30 mg/ml Plasmaproteine vom Menschen; davon 10 mg/ml Humanalbumin. Mindestens 95% der übrigen Plasmaproteine bestehen aus IgG. Der Anteil von IgA beträgt nicht mehr als 5 Mikrogramm/ml. Sonstige Bestandteile: Glycerin, Natriumchlorid, Wasser für Injektionszwecke
Anwendungsgebiete: Prophylaxe der Rh(D) Immunisierung in Rh(D)-negativen Frauen: • Standardmäßige präpartale Prophylaxe • Präpartale Prophylaxe nach Komplikationen in der Schwangerschaft einschließlich spontaner Abort/drohender Abort, Extrauterin gravidität oder Blasenmole, intrauteriner fetaler Tod (IUFT), transplazentale Hämorrhagie (TPH), verursacht durch eine präpartale Hämorrhagie (AMH), Amniozentese, Chorionbiopsie, intrauterine Eingriffe, z.B. äußere Kindswendung, invasive Eingriffe, Chordozentese, stumpfes Bauchtrauma oder fetale therapeutische Eingriffe. • Postpartale Prophylaxe nach der Geburt eines Rh(D)-positiven (D, Dweak, Dpartial) Kindes. Behandlung von Rh(D)-negativen Personen nach inkompatiblen Transfusionen von Rh(D)-positivem Blut oder anderen Produkten, welche Erythrozyten enthalten, wie z. B. Thrombozytenkonzentrate.
Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen einen der Inhaltsstoffe des Arzneimittels. Überempfindlichkeit gegen Immunglobuline vom Menschen. Die intramuskuläre Injektion ist bei schwerer Thrombozytopenie oder anderen Störungen des Gerinnungssystems kontraindiziert. Nebenwirkungen: Gelegentlich treten auf: Kopfschmerzen, Hautreaktionen, Erytheme, Pruritus, Fieber, Unwohlsein und Schüttelfrost. Selten treten auf: Überempfindlichkeitsreaktionen, anaphylaktischer Schock, Tachykardie, Blutdruckabfall, Dyspnoe, Übelkeit, Erbrechen, Arthralgie sowie an der Injektionsstelle Schwellung, Schmerz, Irritium, Verhärtung, Wärme, Pruritus und Hautausschlag. Hinweis: Ausführliche Informationen siehe Fachinformation. Stand März 2014. Verschreibungspflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer: CSL Behring GmbH, Emil-von-Behring-Str. 76, 35804 Marburg. Verkauf Deutschland, Philipp-Reis-Str. 2, 65795 Hattersheim, Tel.: 069 305-84437, Fax: 069 305-17129

Für Fragen: Sie erreichen die wissenschaftliche Hotline von CSL Behring telefonisch unter 069 305-84437 und per E-Mail: medwiss@cslbehring.com

werden quadripolare Elektroden in den Basalganglien platziert). Langzeit-Ergebnisse mit solchen Methoden liegen nicht vor.

Versuche zur Neuroprotektion zielen auf Neugeborene mit hohem Risiko für perinatale hypoxisch-ischämische Ereignisse. Dazu werden zerebrale Hypothermie beim Neonaten und hochdosierte Magnesiumsulfat-Gaben bei der Mutter vor der Entbindung eingesetzt. Antikonvulsiva, antiexzitatorische und antientzündliche Substanzen sollen den erhofften Effekt verstärken. In mehreren Studien wird der Nutzen einer Stammzelltherapie zum Gehirnschutz erprobt; etabliert hat sich keine dieser Methoden.

Orthopädische Eingriffe können bei Subluxation des Hüftgelenks oft eine Dislokation verhindern. Bei zunehmender Skoliose kann eine Fusion mit dem Becken das Fortschreiten aufhalten, allerdings um den Preis häufiger Komplikationen. Gegen Kontrakturen gibt es Eingriffe, die die Biomechanik verbessern können.

Ein besseres Verständnis der Plastizität des Gehirns sollte künftig zu wirksameren Behandlungsmethoden führen. Der Fokus muss vor allem auf der Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Teilnahme am Alltag liegen. **WE**

U Colver A et al.: Cerebral palsy. Lancet 2014; 383: 1240-9

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/141190

Frage 6: Die infantile Zerebralparese

- A** ist eine flüchtige Störung
- B** ist eine bleibende Störung
- C** beruht stets auf postnatalen Schäden
- D** beruht stets auf pränatalen Schäden
- E** kommt bei Frühgeburten nicht vor

Frage 7: Das Syndrom

- A** wird stets mit MRI diagnostiziert
- B** wird v. a. klinisch diagnostiziert
- C** mindert die Lebenserwartung nie
- D** steigert die Lebensqualität
- E** heilt von selbst aus

Frage 8: Zum Management

- A** reicht Verhaltenstherapie
- B** gibt man Betablocker subkutan
- C** sind OP ungeeignet
- D** sind Stammzellen etabliert
- E** wird tiefe Hirnstimulation erprobt

Was ist richtig? Bitte vermerken Sie die Antwort auf Seite 35.

PRAXIS-TIPP

Laborwerte und Frühgeburlichkeit

TNFα und Bluffette sind die Player

Sowohl erhöhte TNFα-Serumspiegel als auch erhöhte Lipidwerte im zweiten Trimenon waren in Studien mit einem höheren Risiko für vorzeitige Entbindungen assoziiert. Beides zusammen scheint häufig zu extremen Frühgeburten zu führen.

Aus zwei Geburtenkohorten in Kalifornien und Iowa gingen insgesamt 129 Fälle von Frühgeburten vor der 30. SSW sowie 713 Kontrollen hervor. In allen Schwangerschaften wurden in der 15. bis 20. Woche Blutproben der Mütter entnommen und tiefgefroren. Nach der Entbindung bestimmte man aus diesen Gesamtcholesterin, LDL, HDL, Triglyzeride und TNFα-Spiegel.

Wenn mindestens einer der Bluffettwerte für eine Hyperlipidämie sprach und zusätzlich ein erhöhter TNFα-Spiegel vorlag, so erhöhte sich das Risiko für eine Frühgeburt vor der 30. SSW signifikant: in der kalifornischen Kohorte (72 Fälle) auf das Vierfache, in Iowa (57 Fälle) auf das 2,7-fache. Auf etwa die gleichen Werte kam man, wenn nur TNFα und der Triglyzeridspiegel herangezogen wurden. Bei den anderen Einzelwerten schien der Zusammenhang weniger deutlich. In der kalifornischen

Kohorte, in der mehr Frauen lateinamerikanischer Herkunft und mehr Übergewichtige waren, ergab sich auch eine Assoziation von TNFα allein und dem Risiko für extreme Frühgeburten. In Iowa war dies nicht der Fall.

Offensichtlich, so die Schlussfolgerung der Studienautoren, ist die Kombination von TNFα und Hyperlipidämie ein aussagekräftiger Indikator für ein erhöhtes Frühgeburtsrisiko als einer der beiden Faktoren allein. Da beide auch in Zusammenhang mit kardiovaskulären Erkrankungen, Diabetes und Adipositas stehen, könnten sich hieraus künftig möglicherweise auch therapeutische Konsequenzen ergeben. **CW**

U Jelliffe-Pawlowski LL et al.: Combined elevated midpregnancy tumor necrosis factor alpha and hyperlipidemia in pregnancies resulting in early preterm birth. Am J Obstet Gynecol 2014; 211: 141.e1-9

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/141135

Mortalität bei Mehrlingsschwangerschaften

Gewicht, nicht Reihenfolge zählt

Zweitgeborene Zwillinge wiegen in der Regel weniger und haben ein höheres perinatales Sterberisiko. Ausschlaggebend dafür ist die Gewichtsdiskordanz – aber nicht immer.

In einer retrospektiven Kohortenstudie wurden die Daten von 258 800 Zwillingegeburten in den USA aus den Jahren 1995 bis 2000 analysiert. Fälle mit fetalen Fehlbildungen, extremen Entbindungsterminen oder auffälligem Geburtsgewicht waren ausgeschlossen.

Erwartungsgemäß wog der zweite Zwilling weniger – durchschnittlich etwa 32 g – und der Anteil von SGA-Babys lag höher. Die perinatale Mortalität war im Vergleich zum ersten Zwilling um 15% erhöht, was im Wesentlichen auf eine höhere Totgeburtenrate zurückzuführen war.

Je geringer das Gewicht des ersten Zwillings in Relation zu dem des zweiten war, desto höher stieg sein perinatales Sterberisiko: Betrug der Unterschied mehr als 25%, so vervierfachte sich die Mortalitätsrate. Wog der zweite Zwilling mehr

als der erste, sank die relative Mortalität entsprechend.

Eine Ausnahme fanden die Studienautoren allerdings: Wurden beide Kinder termingerecht vaginal entbunden, ergab sich auch nach Anpassung an das Geburtsgewicht ein mehr als doppelt so hohes Mortalitätsrisiko für den zweiten Zwilling. Als Grund hierfür vermuteten die Studienautoren die längere Dauer der Geburtswehen. Bei Frühgeburten vor der 37. SSW oder Kaiserschnitten erwies sich die Geburtsfolge dagegen als irrelevant. Ob eine geplante Zwillings- Sectio zum Termin das Mortalitätsrisiko senkt, müssen künftige Studien klären. **CW**

U Luo Z-C et al.: Perinatal mortality in second- vs firstborn twins: a matter of birth size or birth order? Am J Obstet Gynecol 2014; 211: 153.e1-8
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/141128

Peripartale Kardiomyopathie

Ein Quantum Differenzialdiagnosen



Wenn sich die kardiopulmonale Situation einer Frau nach der Entbindung verschlechtert, kommt eine ganze Reihe von Ursachen in Frage. Die peripartale Kardiomyopathie ist eine nicht ganz seltene. Das rechtzeitige Erkennen bzw. Vermuten kann lebensrettend sein.

Am Massachusetts General Hospital (MGH) in Boston wurde kürzlich in großer Runde ein problematischer Fall aus der Frauenheilkunde besprochen.

Eine 40-jährige Frau war in die Klinik eingeliefert worden, zehn Tage nachdem sie per Sectio entbunden worden war. Vor fünf Tagen hatte sich Belastungsdyspnoe entwickelt. Dann kamen substernale Beklemmungsgefühle, Übelkeit und Erbrechen dazu, die Patientin hustete blutig tingiertes Sputum ab.

In der Nacht vor der Einlieferung ins MGH hatte sie noch in der Notaufnahme eines anderen Krankenhauses vorgesprochen. Sie zeigte Angst und Dyspnoe. Man gab Lorazepam, dann Heparin. Der Blutdruck stieg auf 201/176 mmHg, der Puls auf 173/min bei einer Atemfrequenz von 21 bis 30/min. Die O₂-Sättigung fiel auf 64%. Man gab Etomidat und Propofol, intubierte und beatmete manuell. Vorübergehend fiel der RR auf 76/43 mmHg. Unter Beatmung stieg die O₂-Sättigung auf 90%. Nach wenigen Stunden wurde die Patientin ins MGH verlegt.

Dort stellte man eine Sinustachykardie (164/min) fest. Der Blutdruck war zunächst normal, fiel aber dann auf 61/35 mmHg; man

infundierte Norepinephrin. Im Thoraxröntgen sah man Zeichen für ein Lungenödem. Die Laborwerte passten zu Ateminsuffizienz und Herzüberlastung. BNP und Troponine waren erhöht.

Das Bild war vereinbar mit Lungenembolie (wurde in der Erstaufnahme-Klinik vermutet). Am MGH tippte man gleich auf perinatale Kardiomyopathie, zog aber auch akutes Koronarsyndrom, Koronar-Dissektion, Lungenembolie, Perikard-Tamponade und „Schilddrüsensturm“ in Betracht. Eine Lungenembolie war mittels CT ausgeschlossen worden. Die Schilddrüsenwerte waren vor allem die Befunde der transthorakalen Echokardiographie maßgeblich.

Die peripartale Kardiomyopathie kommt mit einer Häufigkeit von 1 zu 300 bis 3000 Lebendgeburten vor. Sie ist durch Stauungs-Herzinsuffizienz und linksventrikuläre systolische Dysfunktion gekennzeichnet, die gegen Ende der Schwangerschaft oder in den Monaten nach der Entbindung auftreten, meist aber in den ersten Wochen postpartal. Die Ejektionsfraktion im Herzecho liegt fast immer unter 45%.

Die Klinik entspricht der anderer Kardiomyopathien. Im Thoraxröntgen kann das Herz vergrößert sein, muss aber nicht. Die Echokardiographie zeigte in diesem typischen Fall einen dilatierten linken Ventrikel mit massiv eingeschränkter EF. Die Ventrikelwand war diffus hypokinetisch, ohne Bezug zu Koronar-Territorien. Die Mitralklappen-Segel schlossen sich unvollständig, vereinbar mit Papillarmuskel-Dislokation. Farb- und Spektral-Doppler-Technik zeigten eine mäßige Mitralsuffizienz. Der linke Vorhof war dilatiert.

Man schloss bei der Patientin eine Koronarangiographie und eine Rechtsherz-Katheterisierung an. Die Koronarien waren o. B.; die hämodynamischen Befunde waren mit kardiogenem Schock vereinbar. Man versorgte die Patientin mit einer intraaortalen Ballonpumpe.

Bei der Aufnahme hatte die Patientin Fieber gehabt. Man verabreichte empirisch Antibiotika. Die Ursache wurde nicht eindeutig geklärt. Es konnte sich um ein Entzündungszeichen im Rahmen der Kardiomyopathie handeln.

Der Kreislauf wurde für 24 Stunden mit Norepinephrin unterstützt. Die Diurese verbesserte



Mitralsuffizienz, Folge der Kardiomyopathie

man mit Furosemid. Nach dem Absetzen des Katecholamins entwickelte sich eine Hypertonie; man gab deswegen Nitroprussid, Captopril und Spironolacton. Die Ballonpumpe wurde entfernt. Später stellte man auf Lisinopril und Carvedilol um. Am zehnten Tag wurde die Frau mit dieser Medikation entlassen. Dem Kind ging es gut.

Die linksventrikuläre systolische Funktion der Patientin erholte sich allmählich. Am sechsten Tag betrug die Ejektionsfraktion 36%. Nach zwei Monaten war sie bei 39% angekommen, nach sieben Monaten bei 46% (bestimmt mit transthorakaler Echokardiographie). Linker Ventrikel und Vorhof hatten sich bis dahin verkleinert, die Mitralsuffizienz hatte sich gebessert. Die Patientin erholte sich also einigermaßen, aber nicht vollständig. Das ist typisch für die peripartale Kardiomyopathie. **WE**

F Arany ZP et al.: Case 22-2014: A 40-year-old woman with postpartum dyspnea and hypoxemia. N Engl J Med 2014; 371: 261-9

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/141191

Frage 9: Die peripartale Kardiomyopathie

- A** hat viele Differenzialdiagnosen
- B** ist mit dem EKG sicher erkennbar
- C** kommt bei jeder dritten Frau vor
- D** beruht auf Koronarsuffizienz
- E** geht mit stabilem Blutdruck einher

Frage 10: Bei dieser Erkrankung

- A** ist das Troponin T nie erhöht
- B** darf nicht intubiert werden
- C** braucht man nie Katecholamine
- D** erholt sich die EF langsam
- E** ist rasche Ausheilung die Regel

Was ist richtig? Bitte vermerken Sie die Antwort auf Seite 35.

GUT ZU WISSEN

Dyspnoe/Hypoxämie postpartal

pulmonal – häufig

- Lungenembolie • Pneumonie • Aspirations-Pneumonitis • reaktive Atemwegserkrankung

pulmonal – selten

- akutes Atemnotsyndrom • Fruchtwasser-Embolie • Vaskulitis • pulmonale Hypertonie • Pneumothorax

kardiovaskulär – häufig

- Präeklampsie • iatrogene Flüssigkeitsüberladung • Ödem nach Tokolyse • Herzinfarkt • vorbestehende Herzerkrankung • peripartale Kardiomyopathie

kardiovaskulär – selten

- septische Kardiomyopathie • Perikard-Erkrankung • Takotsubo-Kardiomyopathie • toxische Kardiomyopathie (z. B. Alkohol, Kokain) • Hyperthyreose-Exazerbation • Aortendissektion • Ruptur der Mitrals-Chordae

Dickes Ding, das Endometrium

Welche Faktoren beeinflussen die Proliferation?

Die Endometriumdicke in der Postmenopause ist im Hinblick auf das Endometriumkarzinom wichtig. Es gibt aber auch andere Ursachen für eine Zunahme dieses Gewebes.

Bei vaginalen Blutungen in der Postmenopause muss man dem Krebsverdacht auf jeden Fall nachgehen. Eine Endometriumdicke (ED), per Ultraschall bestimmt, von mehr als 4 bis 5 mm gilt als verdächtig. Den verschiedenen nicht-malignen Ursachen für eine Zunahme der Dicke ging eine indische Arbeitsgruppe mit einer prospektiven Beobachtungsstudie nach. Daran nahmen 110 postmenopausale Frauen im mittleren Alter von 55,4 Jahren teil.

Als mittlere ED ergaben sich 3,8 mm. Interistische Erkrankungen wie Diabetes oder Hypertonie beeinflussten die ED nicht. Diese nahm aber signifikant mit dem Body Mass Index zu. Wenn Myome vorlagen, war das Uterusvolumen erhöht und das Endometrium lokal verdickt. Die ED war auch erhöht, wenn vergrößerte Ovarien dargestellt werden konnten. War ihr Endome-

trium mehr als 4 mm dick, stimmten 16 Frauen einer Gewebeprobeentnahme mittels Kürette (Endocel) zu: In keinem Fall wurde ein Endometriumkarzinom entdeckt.

Das Endometrium war umso dünner, je mehr Jahre seit der Menopause vergangen waren. Die ED war im Mittel erhöht (6,25 mm) bei Nulliparae. In dieser Studie war die ED bei Frauen unter Tamoxifen (nach Mammakarzinom) nicht signifikant erhöht wie in anderen Studien, das lag aber wohl an der kleinen Fallzahl. Die Feststellung eines (asymptomatisch) verdickten Endometriums kann dem Arzt Kopfschmerzen bereiten. Wenn er die Faktoren kennt, kann er sich und die Patientin beruhigen. **WE**

K Hebbbar S et al.: Factors influencing endometrial thickness in postmenopausal women. *Ann Med Health Sci Res* 2014; 4: 608-14
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/141236



„UND ICH DACHTE SCHON ICH BIN DER EINZIGE, DER UNTER ZUVIEL REHA LEIDET.“

Vaginalatrophie

Auf der Suche nach Phytotherapie

Wenn die Vaginalschleimhaut dünn und trocken wird, kann man mit Östrogenen Besserung erzielen. Aber nicht alle Frauen sind für eine solche Medikation geeignet.

Die Prävalenz der Vaginalatrophie wurde kürzlich auf 43% geschätzt. Da die Lebenserwartung zunimmt, dürften die meisten Frauen künftig gut ein Drittel ihrer Lebenszeit im Zustand der Menopause verbringen. Hormongabe ist Standard als Therapie der Vaginalatrophie. Sie ist aber z. B. bei einer Brustkrebs-Anamnese kontraindiziert.

Öl vom Sanddorn (*Hippophae rhamnoides*) wird in Zentralasien traditionell gegen Entzündungen im Genitalbereich eingesetzt. Eine finnische Arbeitsgruppe (unter Beteiligung der Firma Aromtech Ltd.) prüfte orales Sanddorn-Öl (3 g/d für drei Monate) bei 116 postmenopausalen Frauen, die an Beschwerden infolge einer Vaginalatrophie litten, gegen Placebo.

In der Verumgruppe stellte man eine signifikante Verbesserung der Integrität des Vaginalepithels fest. Auf Parameter wie Elastizität oder Feuchtigkeit registrierte man keine signifikanten Einflüsse. Der subjektive Eindruck der Patientinnen sprach nicht für eine signifikant bessere Wirkung auf die Beschwerden durch Verum. Offenbar gab es einen starken Placebo-Effekt.

Alternativen zu Östrogenen bei Vaginalatrophie sind höchst wünschenswert. Mit Sanddorn-Öl hat man aber vielleicht noch nicht das optimale Präparat für diesen Zweck gefunden. **WE**

R Larmo PS et al.: Effects of sea buckthorn oil intake on vaginal atrophy in postmenopausal women: A randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Maturitas* 2014; Epub Jul 21
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/141235

SYNOPSIS

Knochenstoffwechsel

Einblicke in Regulationsmechanismen

Osteoprotegerin (OPG) und Osteocalcin (OC) sind osteoblastäre Botenstoffe – aber nicht nur. Alter und Menopausenstatus beeinflussen ihre Sekretion unterschiedlich.

OPG reguliert vor allem die Differenzierung und Aktivierung der Osteoklasten. Der Signalweg ist Bestandteil eines Systems, das den Knochenstoffwechsel im Gleichgewicht hält. Darüber hinaus kommt das Protein in verschiedenen Geweben und Organen vor, wie Haut, Leber, Magen, Darm, Lungen und Gefäßendothel. Es hat vermutlich auch etwas mit der Pathogenese der Arteriosklerose zu tun – als Marker und als protektiver Faktor.

OC ist ein sekretorisches Glykoprotein, das fast ausschließlich von Osteoblasten sezerniert wird. Es könnte aber auch am Intermediärstoffwechsel beteiligt sein und bei der Glucose-Homöostase mitwirken. Auch OC könnte in die Arteriosklerose involviert sein.

Die Blutspiegel von OPG und OC werden durch das Alter und z. B. die Schilddrüsen-

funktion beeinflusst. Generell waren OPG und OC bei postmenopausalen Frauen in einer aktuellen Studie höher als bei menstruierenden. OPG tendierte zu niedrigeren Spiegeln bei euthyreoten Frauen, verglichen mit denen mit erhöhten oder erniedrigten TSH-Werten. OC zeigte eine fast lineare Korrelation mit ansteigenden TSH-Werten, aber nur bei postmenopausalen Frauen. Das Protein interagiert offenbar mit der Körperzusammensetzung. Der Unterschied zwischen prä- und postmenopausalem Status ist wohl damit zu erklären, dass Östrogene einen starken Einfluss auf die Körperkomposition haben. **WE**

K Shinkov AD et al.: Age and menopausal status affect osteoprotegerin and osteocalcin levels in women differently. *Clin Med Insights Endocrinol Diabetes* 2014; 7: 19-24
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/141239

Vaginales Milieu

Probiotika-Zufuhr wirkt (ein bisschen)

Das vaginale Mikrobiom spielt für die genitale Gesundheit der Frau eine maßgebliche Rolle. Bei prämenopausalen Frauen wurde dieses Milieu intensiv studiert, weniger bei postmenopausalen.

In gesunden Zeiten beherbergt die Vagina hauptsächlich Lactobacillus-Arten. Das kann sich aber schnell ändern. Dann stellt sich ein dysbiotischer Zustand ein, eine polymikrobielle bakterielle Vaginose. Eine Expertengruppe hatte mit modernen Sequenzierungsmethoden festgestellt, dass sich – entgegen allgemeiner Ansicht – das vaginale Mikrobiom postmenopausaler Frauen nicht wesentlich von dem prämenopausaler unterscheidet. Das Milieu ist postmenopausal sogar stabiler als zuvor (vermutlich wegen des Fehlens der zyklischen hormonellen Schwankungen). Normal sind überwiegend *Lactobacillus iners* und *L. crispatus*, während *Gardnerella vaginalis* und *Atopium vaginae* eine Dysbiose kennzeichnen. Der Milieu-Status wird meist mit Hilfe des Nuget-Scores charakterisiert.

Die Kanadier interessierten sich jetzt für postmenopausale Frauen mit intermediärem Nuget-Score, bei dem ein Abgleiten zur bakteriellen Vaginose droht. Bei 14 solchen Frauen verabreichten sie vaginal probiotische Laktobazillen (*L. rhamnosus GR-1* und *L. reuteri RC-14*) an drei Tagen versus Placebo.

Die Keim-Kur verbesserte den Nuget-Score nicht. Auch das Metabolom (Stoffwechsellmuster) änderte sich nicht. Mit Nukleinsäuren-Sequenzierung stellte man immerhin eine Zu-

nahme der Laktobazillen und eine Abnahme der Atobium-Keime fest. Die Analyse der Reaktionen des Immunsystems der Frauen mit Microarray-Methoden sprach für eine positive Immunmo-

dulation (Aktivierung von Musterkennungs-Rezeptoren, Verbesserung der Epithelbarriere).

Die Kurzzeitstudie belegt einen Nutzen der gewählten Intervention nicht eindeutig. Immerhin stellte man fest, dass sie höchstwahrscheinlich keine ernststen Nebenwirkungen hat. **WE**

B Bisanz JE et al.: A systems biology approach investigation the effect of probiotics on the vaginal microbiome and host responses in a double-blind, placebo-controlled trial of post-menopausal women. *PLoS One* 2014; 9(8): e104511

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/141238

PRAXIS-TIPP

Hormonersatztherapie

So reagiert der Blutdruck

Parallel zum Alter nimmt auch die Prävalenz der Hypertonie zu. Welche Rolle bei Frauen dabei die Postmenopause und ggf. eine HRT spielen, ist nur unzureichend geklärt.

Querschnittsstudien haben ergeben, dass eine Hypertonie nach der Menopause doppelt so häufig ist wie davor, und dass eine HRT die postmenopausale Prävalenz des Bluthochdrucks reduziert.

Zwei italienische Autoren kommen zu dem Eindruck, dass es unter oralen Östrogenen (vor allem mit konjugierten equinen Östrogenen) eher zu einer Verschlechterung des Praxis-Blutdrucks kommt. Untersuchungen mit ambulanter Langzeit-Blutdruckmessung zeigen aber keine nennenswerten negativen Effekte der HRT auf den Blutdruck. Bei Therapie

mit transdermalem Estradiol wird sogar konsistent eine RR-Senkung registriert. Bei den meisten Gestagenen findet man entweder einen neutralen Effekt oder eine Verstärkung der günstigen Blutdruckwirkung der Östrogene. Unter den Gestagenen scheint Drospirenon (ein Molekül, das vom Spironolacton abgeleitet ist) die beste antihypertensive Nebenwirkung zu haben. **WE**

U Cannoletta M et al.: Modification of blood pressure in postmenopausal women: role of hormone replacement therapy. *Int J Womens Health* 2014; 6: 745-57

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/141237



Frischer Wind in der Wechseljahrestherapie

- **Belegte Wirksamkeit¹** bei typischen Wechseljahresbeschwerden wie Hitzewallungen, Schlafstörungen, depressive Verstimmungen
- **Gleiche Wirkintensität** wie ein niedrig dosiertes Hormonpräparat (nachgewiesen am Beispiel Hitzewallungen²)
- **Nachweislich hochselektive Aktivierung** des β -Östrogenrezeptors³
- **Sehr gute Verträglichkeit** in Langzeitstudie nachgewiesen²
- **Einfache Einnahme** – nur eine Tablette täglich

Studien unter: www.aktive-wechseljahre.de/studien



¹Heger et al: *Menopause*, Vol. 13, No 5, pp. 744–759, 2006; ²Heger, P., *Zeitschrift für Phytotherapie*, S. 299–305; ³Wober et al., *J Steroid Biochem Mol Biol* 107: S. 191-201, 2007.
 femi-loges®, Wirkstoff: Rhapontikrhobarberwurzel-Trockenextrakt, 1 magensaftresistente Tablette enthält den Wirkstoff: 4 mg Trockenextrakt aus Rhapontikrhobarberwurzel (16-26:1); Auszugsmittel: wässrige Calciumoxid-Lösung (Calciumoxid : Gereinigtes Wasser im Verhältnis 1:38 (m/m)). Die sonstigen Bestandteile sind: Calciumcarbonat (E 170), Carnaubawachs, Cellacefat, gebleichtes Wachs, Lactose-Monohydrat (Milchzucker), Macrogol 6000, Macrogol 35000, Magnesiumstearat [pflanzlich], Methacrylsäure-Methylmethacrylat-Copolymer (1:1), mikrokristalline Cellulose, Natriumdodecylsulfat, Povidon K 25, Povidon K 90, Sucrose (Zucker), Talkum, Titandioxid (E 171), Triacetin. Anwendungsgebiete: femi-loges® wird angewendet zur Besserung der durch die Wechseljahre bedingten psychischen und neurovegetativen Beschwerden wie Hitzewallungen/Schweißausbrüche, Schlafstörungen, depressive Verstimmungen und Ängstlichkeit. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile, Schwangerschaft oder Stillzeit, ungeklärte genitale Blutungen, Bestehen oder Verdacht auf einen östrogenabhängigen Tumor, da nicht bekannt ist, ob Rhapontikrhobarberwurzel-Trockenextrakt das Wachstum eines östrogenabhängigen Tumors beeinflusst. Nebenwirkungen: Sehr selten kann es zu Überempfindlichkeitsreaktionen der Haut (Hautrötung, Hautschwellung, Juckreiz) kommen. Warnhinweise: Enthält Lactose (Milchzucker) und Sucrose (Zucker). Bitte Packungsbeilage beachten. Dr. Loges + Co. GmbH, Schützenstraße 5, 21423 Winsen (Luhe)

SYNOPSIS

Problem nach Kaiserschnitt

Was hinter Harnretention steckt

Eine Harnretention kommt nach einer Entbindung nicht selten vor. In Studien zu diesem Thema wurden allerdings meist Frauen nach Sectio untersucht.

In der Literatur findet man Inzidenzzahlen für dieses Problem zwischen 1,7 und 17,9%. Die weite Spanne dürfte mit dem Fehlen einer Standarddefinition zusammenhängen. Neuerdings wird zwischen offener und verdeckter Retention unterschieden. Bei ersterer sind die Symptome offenkundig und man muss kateterisieren; von letzterer wird (willkürlich) bei einem Residualvolumen nach Miktion von 150 ml oder mehr gesprochen.

Eine US-Arbeitsgruppe wollte die Häufigkeit der manifesten Komplikation nach Sectio mit Hilfe einer Fall-Kontroll-Studie klären. Man stellte 34 bestätigten Fällen 68 Kontrollpatienten gegenüber. Das mittlere Alter betrug 31 bzw. 32 Jahre. Deutliche Unterschiede zwischen den beiden Kollektiven bestanden beim Gestationsalter zum Zeitpunkt der Schnittentbindung, bei der Diagnose eines Diabetes und

beim Einsatz postoperativer Narkotika. Nach Multivarianzanalyse ergab sich eine Abnahme des Risikos für Harnretention mit zunehmendem Gestationsalter. Eine Erhöhung des Risikos war mit dem postoperativen Einsatz intravenöser Narkotika (OR 4,51) und dem von oralen Narkotika (OR 4,99) verbunden.

Der Zusammenhang sollte nach Ansicht der Autoren mit prospektiven Multicenterstudien abgesichert werden. Aber auch die Definition der postpartalen Harnretention sollte verbessert werden. Ziel müsste es am Ende sein, dieser Komplikation vorzubeugen, die Stress für die betroffenen Mütter bedeutet und zu einer Steigerung der Kosten für die Versorgung nach der Entbindung führt.

WE

█ Kandadai P et al.: Acute urinary retention after cesarean delivery: a case-control study. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2014; 20: 276-80
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/141257

Beckenbodensenkung

Selbstbild beeinflusst Lebensqualität

Durch einen Beckenorganprolaps kann sich das eigene Körperbild einer Frau erheblich verschlechtern. Das verursacht häufig psychische und sexuelle Probleme.

An der Entwicklung und Validierung eines neuen Fragebogens wirkten 201 Frauen mit einer symptomatischen Beckenbodensenkung (\geq Grad 2 nach POP-Q) mit. Heraus kamen zwei Versionen des „Body Image in Pelvic Organ Prolapse Questionnaire“ (BIPOP) mit jeweils zehn Fragen für Frauen mit und ohne festem Partner. Auf einer fünfstufigen Skala von „Stimme voll zu“ bis „Stimme gar nicht zu“ sollen die Betroffenen verschiedene Aussagen einordnen wie: „Ich fühle mich durch den Prolaps weniger attraktiv“ oder „... weniger weiblich“ und „Ich vermeide intime Situationen oder sexuelle Kontakte mit meinem Partner.“ Es ergab sich eine hohe Übereinstimmung der Ergebnisse mit verwandten Fragebögen zur Körperwahrnehmung und Lebensqualität, etwa dem „Pelvic Floor Distress Inventory“ oder dem „Body Image Quality of Life Inventory“. Die inhaltliche Aussagekraft und Plausibilität des BIPOP wurde bestätigt.

Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper ist in Studien oft mit Angst, Depressionen, psychosozialen und sexuellen Problemen assoziiert. Die Autoren sehen das Körperbild daher als wichtiges Kriterium für den Erfolg einer medikamentösen oder chirurgischen Prolapstherapie. Ob und wie es sich verändert, soll mit dem prolaps-spezifischen Fragebogen einfacher festzustellen sein.

CW

█ Lowder JL et al.: Body Image in the Pelvic Organ Prolapse Questionnaire: development and Validation. *Am J Obstet Gynecol* 2014; 211: 174.e1-9
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/141138



„SCHMERZEN! GRIPPE! ANGINA!
WARUM KOMMT NICHT AUCH MAL
EINER MIT GRMBLFX-SYNDROM?“

Harninkontinenz

Schlingen unter der Urethra halten nicht ewig

Bei Stressinkontinenz der Frau sind heute Schlingen unter der Urethra (z. B. TVT) die chirurgische Therapiemethode der ersten Wahl. Über die Erfolgsraten der Eingriffe über die ersten Jahre hinaus ist aber wenig bekannt.

Mit den midurethral slings (MUS) werden innerhalb von ein bis zwei Jahren gute Erfolgsraten erzielt. Der Nutzen der Maßnahmen nimmt aber über die Jahre ab. Zu den Komplikationen gehören neue Dranginkontinenz, Harnwegsinfekte und Mesh-Probleme. Sie können schwerwiegende Auswirkungen auf die Lebensqualität haben.

In den meisten Studien wurde nur über einen Verlauf über bis zu zwei Jahren berichtet. Eine US-Arbeitsgruppe hatte schon einmal retropubische und Transobturator-Schlingen über zwei Jahre verglichen. Die Teilnehmerinnen wurden danach zu einer Extension der Studie auf fünf Jahre eingeladen. 404 nahmen teil.

Nummehr war der Erfolg bei retropubischer MUS größer als bei transobturatorischer (51,3% versus 43,4%). Die Zufriedenheit mit der Thera-

pie nahm über fünf Jahre ab, blieb aber hoch (79% und 85%, Unterschied nicht signifikant). Symptome seitens der Blase und Lebensqualität verschlechterten sich. Nach retropubischem Eingriff trat mehr Dranginkontinenz auf; Lebensqualität und Sexualfunktion wurden stärker beeinträchtigt. Man registrierte sieben neue Mesh-Erosionen (drei versus vier).

Die Daten sind zum Teil widersprüchlich. Letzten Endes sind beide Optionen geeignet, eine Stressinkontinenz zu lindern. Leider hat sich die Erwartung nicht bestätigt, dass Schlingen aus synthetischem Material (verglichen mit biologischem Material) zu Erfolgen von fast unbegrenzter Dauer führen.

WE

█ Kenton K et al.: 5-year longitudinal follow-up after retropubic and transobturator midurethral slings. *J Urol* 2014; Epub Aug 22; pii: S0022-5347(14)04265-7
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/141256

VAGANTIN®

Aktiv gegen Schwitzen im Klimakterium



- reduziert Schwitzen bei Hitzewallungen¹
- hormonfreie Therapieoption gegen Schwitzen
- mehr Lebensfreude²



RIEMSER



RIEMSER Pharma GmbH | 17493 Greifswald – Insel Riems | Germany | phone +49 30 338427-0

www.VAGANTIN.com

[1] Erste Ergebnisse aus einer Anwendungsbeobachtung der RIEMSER Pharma GmbH zur Behandlung der Hyperhidrosis peri- und postmenopausaler Frauen mit VAGANTIN®. 2014, data on file

[2] Müller C et al. Efficacy and safety of methanetheline.bromide.(VAGANTIN®) in axillary and palmar hyperhidrosis: results from a multicenter, randomized, placebo-controlled trial. J Eur Acad Dermatol Venerol 2013, 10: 1278–84

VAGANTIN® – **Zusammensetzung:** 1 überzogene Tablette enthält: 50 mg Methanetheliniumbromid. Sonstige Bestandteile: Maisstärke, Povidon (K-30), hochdisperses Siliciumdioxid, Lactose-monohydrat, Magnesiumstearat, Hypromellose, Talkum, arabisches Gummi, Calciumcarbonat, Titandioxid (E 171), weißer Ton, Macrogol 6000, Sucrose, Gelborange S (E110), Carnaubawachs. – **Anwendungsgebiete:** übermäßiges Schwitzen, Reizblase (überaktiver Detrusor mit Blasen spasmen, Einnässen infolge neurogener Blase), Magengeschwür (Ulcus ventriculi), Zwölffingerdarmgeschwür (Ulcus duodeni), Magenschleimhautentzündung (Gastritis), Reizmagen verbunden mit erhöhter Magensäurebildung (Hyperacidität), vermehrte Bewegungsvorgänge im Magen- und Darmbereich, Reizdarm. – **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff, Gelborange S (E 110) oder einen der sonstigen Bestandteile, mechanische Verengungen des Magen-Darm-Traktes, schwere chronische entzündliche Darmerkrankungen, toxisches Megakolon, Harnverhaltung bei Vergrößerung der Vorsteherdrüse (Prostataadenom) oder anderen Verengungen der Harnröhre, Vorliegen eines grünen Stars (Engwinkelglaukom), Herzrhythmusstörungen mit Beschleunigung des Herzschlages (Tachykardie), krankhafte Muskelschwäche (Myasthenia gravis). – **Nebenwirkungen:** Bei den Häufigkeitsangaben zu Nebenwirkungen werden folgende Kategorien zugrunde gelegt: Sehr häufig (≥ 1/10); Häufig (≥ 1/100 – < 1/10); Gelegentlich (≥ 1/1.000 – < 1/100); Selten (≥ 1/10.000 – < 1/1.000); Sehr selten (< 1/10.000); Nicht bekannt (Häufigkeit auf Grundlage der verfügbaren Daten nicht abschätzbar). Eine häufige Nebenwirkung ist Mundtrockenheit. Es können weitere Effekte im vegetativen Nervensystem, wie z. B. Hemmung der Schweißbildung (trockene Haut), Miktionsstörungen (Beschwerden beim Wasserlassen) und Steigerung der Herzfrequenz auftreten. Mit leichten Sehstörungen ist zu rechnen. Das gilt besonders für Patienten, die weitsichtig sind und nicht ausreichend korrigiert werden. In Einzelfällen kann es zu Erscheinungen an der Haut, wie Hautrötungen oder -abschälungen kommen. Der Farbstoff Gelborange S (E 110) kann allergische Reaktionen hervorrufen. – **Warnhinweise:** Enthält Lactose, Sucrose und Gelborange S (E110). – **Verschreibungspflichtig.** – **Pharmazeutischer Unternehmer:** RIEMSER Pharma GmbH, An der Wiek 7, 17493 Greifswald – Insel Riems, Deutschland – **Stand der Information:** Dezember 2012



Viel Arbeit macht krank

15-09-2014: Je länger die Arbeitszeit eine 40-Stunden-Woche überschreitet, umso höher ist das Risiko für eine koronare Herzerkrankung (KHK) nach dem Framingham-Risikoscore, so eine aktuelle Studie aus Südkorea. Bei einer 61- bis 70-Stundenwoche war das KHK-Risiko um 46% erhöht, bei mehr als 80 Stunden doppelt so hoch wie bei einer 40-Stunden-Woche.

Sport als Selbsttherapie

12-09-2014: Wer extrem viel Sport treibt, hatte in einer repräsentativen deutschen Befragung überdurchschnittlich häufig in seiner Kindheit Symptome eines Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndroms (ADHS). Die Autoren nehmen an, dass Betroffene Sport als Methode zur Unterdrückung der ADHS-Symptome im Erwachsenenalter nutzen, und regen an, dies als Therapieoption weiter zu überprüfen.

Ansprechen – längeres Leben

10-09-2014: Wer bei einer Alzheimer Demenz (AD) gut auf Cholinesterase-Inhibitoren anspricht, hat eine um im Mittel sechs Monate längere Lebenserwartung als Patienten, die auf die Therapie keine Verbesserung in Kognition, klinischem Eindruck oder den Aktivitäten des täglichen Lebens zeigen. Das ergab eine Studie mit 681 Patienten, die zu Therapiebeginn einen Wert in der Mini Mental State Examination von zehn bis 26 aufwiesen.

Hautkrebs über den Wolken

03-09-2014: Piloten und Kabinenbesatzung von Flugzeugen haben ein zweifach erhöhtes Melanomrisiko gegenüber der Allgemeinbevölkerung, ergab eine Metaanalyse von 19 Studien mit 266 431 Teilnehmern. Um das fliegende Personal aller Länder besser zu schützen, müsse über Modifikationen am Arbeitsplatz und Einsatzzeiten nachgedacht werden, regen die Autoren an.

Lebergift aus Supplementen

25-08-2014: Die Zahl der in den USA registrierten Fälle von Lebertoxizität durch pflanzliche und diätetische Supplemente hat zwischen 2004 und 2013 von sieben auf 20% aller Fälle deutlich zugenommen. Während Bodybuilding-Supplemente zu weniger schweren, aber lang andauernden Leberschädigungen führten, kam es bei anderen Nahrungsergänzungsmitteln auch zu Todesfällen oder Lebertransplantationen. Besser, man schaut genau auf die Zusammensetzung.

KONTROVERSE

Vaginale Schönheitsoperationen

Gehört die kosmetische Labienkorrektur zu den Aufgaben eines Gynäkologen?

Immer mehr Frauen wünschen sich aus ästhetischen Gründen eine Schamlippen-OP. Sollten Gynäkologen solche Eingriffe vornehmen?

Der Gynäkologe sollte zuständig sein, findet *Rachel N. Pauls*, Cincinnati, USA. Ihrer Erfahrung zufolge spielten oft nicht nur ästhetische, sondern auch funktionelle Gründe eine Rolle. Die Zufriedenheit nach Labienkorrektur sei „überwältigend hoch“. Im Sinne der Fürsorgepflicht für die Patientinnen hält Pauls es für richtig, dass sich Gynäkologen als Spezialisten für die weibliche Intimregion eines solchen Eingriffs annehmen.

Dass diese OP körperliche, psychologische oder sexuelle Vorteile bringt, sei keineswegs erwiesen, betont dagegen *Rebecca G. Rogers*,

Albuquerque, USA. Auch „primum non nocere“ sieht sie nicht hinreichend erfüllt. Solange keine prospektiven vergleichenden Studien mit validierten Endpunkten vorliegen, sei keine Aussage über die Sicherheit und Wirksamkeit des Eingriffs möglich. Die Vermarktung des „Idealbilds“ einer präpubertären Vulva, kritisiert Rogers, macht sich die gesellschaftliche Verwundbarkeit der Frau als „Sexobjekt“ zunutze. Kurz: Rogers rät ab! **CW**

U Pauls RN, Rogers RG: Should gynecologists provide cosmetic labiaplasty procedures? *Am J Obstet Gynecol* 2014; 211: 218-21
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/141142

Medikamentöse Myomtherapie

Wertvoller Zeitgewinn mit Ulipristalacetat

Oft möchten Myom-Patientinnen eine Hysterektomie vermeiden. Eine nicht-invasive medikamentöse Therapieoption bietet Ulipristalacetat, ein selektiver Progesteron-Rezeptor-Modulator.

Von den Einsatzmöglichkeiten einer oralen Myomtherapie mit Ulipristalacetat (UPA) in der klinischen Praxis wurde auf einem Symposium der Firma Gedeon Richter im Rahmen des 60. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe berichtet. Der Wirkstoff kann zu einer schnellen Blutungskontrolle beitragen, reduziert das Myomvolumen um bis zu 50% und kann myombedingte Beschwerden langanhaltend bessern.

Seit Januar 2014 ist auch die Wiederholung des dreimonatigen UPA-Behandlungszyklus zugelassen (gesamte Therapiedauer acht Monate mit zwei Zyklen). Das bietet vielen Patientinnen einen Zeitvorteil. Mit der medikamentösen Therapie kann eine OP auf einen späteren Zeitpunkt aufgeschoben werden, wovon besonders Frauen mit bestehendem oder zukünftigem Kinderwunsch profitieren. In manchen Fällen ist nach einer UPA-Vorbehandlung eine OP sogar gar nicht mehr notwendig. Durch den zeitlichen Aufschub kann auch manchen Frauen im peri-

menopausalen Alter ein invasiver Eingriff ganz erspart bleiben. Die Verbesserung der Blutungssymptomatik ist vor allem für anämische Myom-Patientinnen entscheidend, weshalb auch die aktuellen Hysterektomie-Leitlinien die UPA-Therapie bei einer Hämoglobinkonzentration <12 g/dl empfehlen. UPA kann außerdem eingesetzt werden, um postoperative Komplikationen zu reduzieren und die Ausgangsbedingungen einer OP in Fällen von großen, multiplen oder ungünstig liegenden Myomen zu verbessern. Die schnelle Blutungskontrolle sowie die Größenreduktion der Myome, so *PD Dr. Schmidt*, Köln, machten die Operation einfacher, schneller und sicherer. **OH**

SYMPOSIUM

„Myomtherapie – Tablette oder Trokar?“, 60. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, München, 10.10.2014, Veranstalter: PregLem/Gedeon Richter
Ulipristalacetat: Esmya®

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/141240

Akute Vaginalmykosen

1-Tages-Therapie: Milchsäure-Formulierung beschleunigt Freisetzung von Clotrimazol

Eine rasche, effektive und gut verträgliche Behandlung – das wünschen sich Frauen, die von einer akuten Vaginalmykose betroffen sind. Dieser Forderung wird bei unkomplizierten Infektionen die 1-Tages-Therapie Canesten® Gyn Once mit dem Wirkstoff Clotrimazol in einer Milchsäure-haltigen Formulierung in vollem Umfang gerecht, betonte Prof. Hans-Jürgen Tietz, Berlin, beim 60. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) in München.

Jede Frau ist statistisch einmal im Jahr von einer Vaginalmykose betroffen. Die Betroffenen leiden dann unter unangenehmen Symptomen wie Juckreiz, Rötung, Brennen und vermehrtem Ausfluss, die einen hohen Leidensdruck hervorrufen.¹

Erste Wahl bei der topischen Therapie einer unkomplizierten Vaginalmykose ist Clotrimazol, betonte Tietz und ergänzte: „Das Wirkspektrum von Clotrimazol umfasst alle Pilzerreger, die imstande sind, ein Pseudomyzel zu bilden, wie z. B. *C. albicans*, *C. tropicalis* und *C. parapsilosis*. Ausnahme ist *C. glabrata*. Außerdem hat Clotrimazol antibakterielle Eigenschaften, die u. a. auf *Gardnerella vaginalis* wirken.“

Schnellerer Rückgang der Beschwerden

Canesten® Gyn Once kombiniert den Wirkstoff Clotrimazol mit einem Milchsäurezusatz. Dies ermöglicht eine effektive, schnell wirksame und gut verträgliche

Behandlung in Form einer einzigen Vaginaltablette und Creme zur äußeren Anwendung. Dazu Tietz: „Die einmalige Applikation ist für die Patientinnen unkompliziert und lässt sich gut in den Alltag integrieren.“

Eine nicht-interventionelle Studie mit knapp 1000 Patientinnen bestätigt, dass sowohl die 1-Tages- als auch die 3-Tage-Therapie gut wirksam sind. Dabei gingen Symptome wie Rötung, Juckreiz und Brennen (jeweils $p=0,001$) unter der eintägigen Behandlung signifikant schneller zurück als unter der 3-Tage-Therapie. Außerdem empfanden deutlich mehr Patientinnen die Handhabung der eintägigen Therapie angenehmer als die der dreitägigen. Beide Formulierungen waren vergleichbar gut verträglich.²

Der galenische Kniff: Zusatz von Milchsäure

Grund für den schnelleren Wirkeintritt unter der einmaligen Gabe ist die hohe Clotrimazol-Dosierung der 1-Tages-The-

Rezidivierende Mykose

Prof. Tietz schildert den Fall einer rezidivierenden Vaginalmykose und rät, nach möglichen inneren und äußeren Infektionsquellen der Frau zu suchen.



Prof. Hans-Jürgen Tietz, Berlin

- Eine 26-jährige Büroangestellte kommt wegen rezidivierender Vaginalmykosen in die Sprechstunde. Die Beschwerden treten nach jedem Geschlechtsverkehr auf – aber erst seit einem Partnerwechsel
- **Diagnostik:** Untersuchung von drei Stuhlproben der Patientin sowie von Abstrichen aus dem Mund der Patientin und des Partners
- **Ergebnis:** Nachweis von erheblichem *C. albicans*-Befalls im Mund des Partners
- **Therapie:** Professionelle Zahnreinigung und orale Miconazol-Therapie des Mannes und erneute vaginale Behandlung mit Clotrimazol der Frau
- **Ergebnis:** Es traten keine weiteren Rezidive auf

rapie (500 mg) in Kombination mit dem Milchsäurezusatz: Innerhalb weniger Minuten wird die maximale Wirkstofffreisetzung aus der Vaginaltablette erreicht.³ Nach der einmaligen Applikation bleibt über 72 Stunden eine fungizide Wirkstoffkonzentration im Vaginalsekret erhalten und stellt so eine anhaltende und gründliche Wirkung sicher.⁴

Tietz unterstrich, dass die Patientin zusätzlich zur Vaginaltablette immer gleichzeitig eine antimykotikahaltige Creme benutzen sollte. Wenig sinnvoll sei dagegen der Gebrauch von säurehaltigen Medikamenten (z. B. Milchsäurebakterien) oder Hausmitteln wie Joghurt nach der Therapie oder zu prophylaktischen Zwecken.

* Expertenmeinung von Prof. Tietz, die bis zum jetzigen Zeitpunkt nicht durch spezifische wissenschaftliche Studien belegt wurde

Symposium „Häufige Mykosen und nichtinfektiöse Dermatosen in der gynäkologischen Praxis“ im Rahmen des DGGG, 10.10. 2014, Veranstalter: Bayer Vital

[1] Tietz HJ, Frauenarzt 2014; 55: 28-33

[2] Tietz HJ, Becker NH, Gyne 2011; 32(11): 12-5

[3] Daniels R, Tietz HJ, Gyn-Depesche 2007; 1

[4] Ritter W, Bayer AG 1987

	Milchsäure während der Therapie	Milchsäure nach der Therapie
Vaginalmykose	Ja, zur <ul style="list-style-type: none"> ■ Absenkung des pH-Wertes ■ Steigerung der Löslichkeit von Clotrimazol ■ verstärkte Freisetzung von Clotrimazol ■ Anregung der Ergosterol-Synthese und damit Steigerung der Empfindlichkeit der Erreger* 	Nein, da <ul style="list-style-type: none"> ■ der pH-Wert und die Flora bei Patientinnen mit Neigung zu Mykosen fast immer gesund sind ■ die Haut nach der Infektion keine Säure, sondern Pflege braucht
Bakterielle Vaginose	Ja, da <ul style="list-style-type: none"> ■ der pH-Wert ins alkalische verschoben ist und die Säure gegen Bakterien wirkt 	Ja, da <ul style="list-style-type: none"> ■ der pH-Wert ins alkalische verschoben ist und die gesunde Flora meist fehlt

Wann ist die vaginale Anwendung von Milchsäure bzw. Milchsäurebakterien sinnvoll?

KASUISTIK

Allen-Masters-Syndrom

Innere Hernie durch Loch im Mutterband

Eine Dünndarmobstruktion kann die Folge des Allen-Masters-Syndroms sein. Meistens entsteht die Schädigung des breiten Mutterbands durch ein Geburtstrauma.

Niederländische Mediziner beschreiben zwei komplizierte Fälle eines Allen-Masters-Syndroms. Eine 34-jährige Nullipara klagte nach zweitägiger konservativer Behandlung eines Ileus über anhaltende Übelkeit und Bauchschmerzen. Ein CT des Abdomens zeigte die mechanische Obstruktion des Ileums im unteren Beckenraum mit Zeichen einer beginnenden Darmischämie. Eine Laparotomie offenbarte die Hernierung mehrerer Dünndarmschlingen durch ein 4 cm großes Loch im Ligamentum latum uteri. Nach Reposition wurde der Defekt mit resorbierbaren Polylactin-Nähten verschlossen.

Im zweiten Fall trat der Dünndarmileus bei einer 45 Jahre alten Patientin (Gravida 2) auf.

Ihre Beschwerden umfassten plötzlich auftretende, persistierende Bauchschmerzen, Übelkeit und Erbrechen. Nach dem CT erfolgte die diagnostische Laparoskopie. Es fand sich eine Hernierung durch einen 2 cm großen Riss des Mutterbands. Obwohl das Allen-Masters-Syndrom in 80% der Fälle bei Frauen mit mehreren Geburten auftritt, müssen auch andere Ätiologien in Betracht gezogen werden. Häufigste angeborene Ursache für das Loch im Mutterband ist eine geplatzte Zyste, ein Rudiment der Müllerschen Gänge. **CW**

Post IC et al.: The complicated Allen-Masters-syndrome: small bowel herniation through a broad ligament defect. Am J Obstet Gynecol 2014; 211: e3-4

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/141139

Müller-Gang-Anomalien

Was verbirgt die doppelte Zervix?

Nach Lehrmeinung sollte eine Cervix duplex nur in Zusammenhang mit einem Uterus didelphys auftreten. Dass dem nicht so ist, belegt eine US-amerikanische Studie.

Im Patientenregister der Mayo Clinic in Rochester fanden sich in 34 Jahren 519 Frauen und Mädchen mit doppelter Zervix. Dabei galten auch Fälle, in denen die Zervix nur durch ein Septum getrennt war, als Cervix duplex. Bei 64 Patientinnen lag ein Becken-MRI vor, das zur Klassifikation der Müller-Gang-Anomalie genutzt wurde. Die Auswertung ergab in 32 Fällen (50%) einen Uterus septus, in 27 Fällen (42%) einen Uterus didelphys und in fünf Fällen (8%) einen Uterus bicornis. Die Zervixkanäle präsentierten sich meist divergierend, nur beim Uterus bicornis stets parallel. Der Abstand zwischen beiden Kanälen war mit 12,1 mm beim Uterus didelphys signifikant größer als bei den beiden anderen Uterusanomalien (jeweils 5,4 mm). Die Dicke des Zervixkanals unterschied sich dagegen nicht signifikant.

Dysmenorrhoe war das am häufigsten genannte Symptom der Patientinnen – vor allem beim Uterus didelphys. Auch Infertilität und abnorme Blutungen wurden oft als Grund für die Konsultation angegeben. Ein septierter Uterus ergab sich dagegen in vielen Fällen als Zufallsbefund bei asymptomatischen Frauen.

Therapeutisch hat die korrekte Diagnose der Fehlbildung weitreichende Konsequenzen, betonen die Autoren: Im Gegensatz zum Uterus bicornis und didelphys lässt sich der Uterus septus chirurgisch durch eine hysteroskopische Resektion des Septums gut behandeln. **CW**

Smith BJ et al.: Double cervix: clarifying a diagnostic dilemma. Am J Obstet Gynecol 211 (2014) 26.e1-5

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/140840

Langzeittherapie Endometriose

Operation und/oder Medikamente

Die medikamentöse Langzeitbehandlung der Endometriose ist eine Alternative zu Operationen, wenn die Betroffene einen Eingriff ablehnt oder Rezidive im Fokus stehen.

Ziel chirurgischer Interventionen bei einer Endometriose ist die Exzision der Läsionen sowie Adhäsioyse. Etwa 20 bis 40% der Frauen zeigen nach einer Operation allerdings keine Verbesserung der Symptomatik, weil die Herde z. B. nicht komplett entfernt werden konnten. Die Endometriose sei deshalb als chronische Erkrankung anzusehen, erklärte Prof. Thomas Römer, Köln-Wyertal, im Rahmen des 60. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Wichtige Optionen zur pharmakologischen Langzeitbehandlung sind kombinierte hormonale Kontrazeptiva (oral und vaginal), Gestagene (oral, als Injektion und lokal in Form von Levonorgestrel-Intrauterinsystemen) sowie GnRH-Analoga und Aromatasehemmer.

Die Rationale für Gestagene bei Endometriose sind Römer zufolge immunmodulatorische und antientzündliche Effekte über eine Reduktion der Serumestradiolspiegel, sowie antiangiogene Effekte und die Hemmung von Matrix-

Metalloproteinen über die Dezidualisierung und Atrophie des Endometriums. Eine von Römer präsentierte Langzeitstudie, in der die Patientinnen zwischen 18 und 30 Monaten mit 2 mg Dienogest/d behandelt wurden, zeigte eine 100%-ige Reduktion der Schmerzen unter dem Gestagen, aber keine Veränderung der Gerinnungsparameter und der Knochendichte. Häufige Nebenwirkung waren Blutungen, die jedoch mit zunehmender Anwendungsdauer abnahmen. Das Serumestradiol lag zwischen 34 und 69 pg/ml. Diese Studienergebnisse stehen im Einklang mit den klinischen Erfahrungen von Römer. Sein Fazit: „Ziel einer Endometriose-Behandlung sollte eine (perfekte) Operation pro Patientin sein, ansonsten ist die medikamentöse Therapie von Nutzen.“ **MW**

Römer T: Medikamentöse Langzeittherapie – Nutzen, Nebenwirkungen und Risiken. Hauptsitzung „Endometriose: Fragen und Probleme – Risiken und Nebenwirkungen“, 60. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, München, 9.10.2014

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/141051



„MANCHMAL, GNÄDIGE FRAU, WIRD AUCH DR. VIGILANS MÜDE.“

Zervixkarzinom

Bessere Prognose bei unsichtbaren Tumoren

Ein histologisch nachgewiesenes Zervixkarzinom im FIGO-Stadium IB1 kann im MRT dennoch unsichtbar bleiben. Auf die Überlebensrate wirkt sich das positiv aus.

In den Jahren 2001 bis 2007 wurden in einer Seouler Klinik 346 Frauen mit einem histologisch nachgewiesenen Zervixkarzinom im FIGO-Stadium IB1 behandelt. Bei 86 Patientinnen ließ sich der Tumor im präoperativen MRT weder auf T2-gewichteten noch auf kontrastverstärkten T1-gewichteten Bildern darstellen. Die Therapie erfolgte in allen Fällen mittels radikaler Hysterektomie und pelviner Lymphadenektomie, je nach intraoperativem Befund zusätzlicher para-aortaler Lymphadenektomie und adjuvanter Radio- oder Radiochemotherapie.

Wie zu erwarten, fanden sich zwischen den im MRT sichtbaren und unsichtbaren Tumoren in den Hysterektomie-Präparaten erhebliche Unterschiede: Der Durchmesser der unsichtbaren Zervixkarzinome war signifikant kleiner (4,5 versus 30 mm), ihre Stroma-Invasionstiefe geringer (33,3 versus 66,7%). Auch Lymphgefäßinvasionen und Lymphknotenmetastasen waren in

signifikant weniger Fällen nachweisbar. Infiltrationen der Vagina und des Parametriums wurden ausschließlich bei sichtbaren Tumoren beobachtet. Aufgrund der geringeren Tumorlast war auch die postoperative Prognose bei MRT-okkulten Zervixkarzinomen besser. Die rezidivfreie 5-Jahres-Überlebensrate lag bei 98,8%, die Gesamtüberlebensrate bei 100%. Die entsprechenden Raten bei sichtbaren Tumoren betragen 91,2% und 95,8%.

Die Autoren schließen daraus, dass ein negativer MRT-Befund nach einer tumorpositiven Biopsie ein wichtiger prognostischer Faktor ist. Möglicherweise reiche dann eine einfache Hysterektomie ohne Lymphknoten-dissektion aus. Für die Patientinnen sei damit eine geringere postoperative Morbidität verbunden. **CW**

I Park J-Y et al.: Postoperative outcomes of MR-invisible stage IB1 cervical cancer. Am J Obstet Gynecol 2014; 211: 168.e1-7
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/141126

Zervixkarzinom

Gen-Varianten modulieren das Risiko

Für den komplexen Prozess der Onkogenese spielt die Inaktivierung von Genen eine wichtige Rolle. Die Aufklärung dieser Mechanismen könnte einen Beitrag zur Abschätzung der Krebsanfälligkeit leisten.

Das Zervixkarzinom wird in erster Linie von onkogenen HPV-Stämmen verursacht. Aber längst nicht alle infizierten Frauen bekommen einen solchen Krebs. Man kennt verschiedene Kofaktoren, die die Krebsmanifestation begünstigen. Dazu gehören auch genetische. Man kennt inzwischen einige risikomodulierende Gene; sie sind für verschiedene Prozesse wie DNA-Reparatur oder Apoptose zuständig.

Wie wird ein Gen zum Krebs-Gen? Eine maßgebliche Rolle spielt offenbar die Inaktivierung von Gen-Regionen, indem sich nicht-codierende microRNA an Transkripte der Gene heftet und damit die Synthese der Gen-Produkte (Proteine) unterbindet. Wenn so ein Tumor-Suppressor-Gen inaktiviert wird, kann Krebs entstehen. Die fehlerhafte Expression von microRNA-Varianten trägt offenbar auch zur Entstehung des Zervixkarzinoms bei. Eine chinesische Arbeitsgruppe suchte unter 41 microRNA, die zu 37 krebsbe-

zogenen Genen gehören, nach Assoziationen mit Zervixkarzinom. Für fünf SNP (single nucleotide polymorphism) fand man zunächst solche Zusammenhänge. Bei der Überprüfung in einer Folgestudie blieb noch ein SNP ($\text{rs}1131445$) als Kandidat für die Krebsauslösung übrig. Diese Variante geht mit einer erhöhten Expression von Interleukin 16 einher.

Die Ergebnisse stützen die Hypothese, dass Zervixkarzinome durch das Mitwirken von microRNA entstehen können und dass IL-16 eine Rolle für diesen Krebs spielt. Letzteres hängt wohl damit zusammen, dass dem Zervixkarzinom eine persistierende Entzündung der Cervix uteri vorausgeht, die offenbar die Onkogenese fördert. **WE**

S Mi Y et al.: Genetic variants in microRNA target sites of 37 selected cancer-related genes and the risk of cervical cancer. PLoS One 2014; Epub Jan 22: e86061

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/141120

KASUISTIK

Chorionkarzinom

Falsche Zeit, falscher Ort

Chorionkarzinome sind Trophoblast-Tumoren, die meist im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft auftreten. Nicht-gestationelle Varianten kommen überwiegend an den Ovarien vor. Bei einem speziellen Fall aus Tianjin war das nun aber gerade anders.

Eine 62-jährige Chinesin kam in die Klinik wegen irregulärer vaginaler Blutungen, Husten, blutig tingiertem Sputum, Thoraxschmerzen und Fieber. Ihre letzte Schwangerschaft lag 36 Jahre zurück. Die Untersuchung ergab einen vergrößerten Uterus, vergleichbar der Morphologie in der SSW 8. Das Sonogramm zeigte einen vergrößerten Uterus mit einer Raumverdrängung. Dem Kernspintomogramm zufolge infiltrierte der Tumor das Myometrium. CT-Aufnahmen offenbarten Metastasen in Lungen, Milz, Nebennieren und Gehirn. Eine Biopsie aus dem Uterus ergab ein Chorionkarzinom. Das β -hCG im Serum war auf fast 3000 U/l erhöht.

Man führte präoperativ eine Chemotherapie mit drei Zyklen durch und nahm dann eine Totaloperation vor. Danach sank das β -hCG auf ca. 500 U/l. Es folgte eine postoperative Chemotherapie mit vier Zyklen. Acht Monate später starb die Patientin trotz aller medizinischer Bemühungen mit Atemversagen.

Um den Ursprung des Tumors zu klären, analysierte man dessen Genotyp. Das Ergebnis dieser Untersuchung verglich man mit der Typisierung der Patientin und der ihres Mannes (mit STR-Multiplex-PCR). Der Tumor entsprach genetisch komplett dem Erbgut der Patientin; demzufolge handelte es sich nachweislich um ein Chorionkarzinom vom nicht-gestationalen Typ. Eine solche Untersuchung hat beileibe nicht nur akademische Bedeutung. In manchen Fällen kann danach auch die am besten geeignete Therapie gewählt werden. **WE**

F Wang Y et al.: Pure nongestational uterine choriocarcinoma in a postmenopausal Chinese woman confirmed with short tandem repeat analysis. Am J Obstet Gynecol 2014; 211(1): e1-3

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/141122

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:

Michael Himmelstoß

Redaktion:

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

Anzeigenleitung:

Klaus Bombös, Tel.: 0177 / 7 31 12 54
E-Mail: bomboes@gfi-online.de
Heike Zeiler, Tel.: 0 89 / 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: Nr. 1 vom 1. Januar 2014

Erscheinungsweise: 6 Ausgaben im Jahr

Grafik und Satz: vm-grafik, München

Druckerei: Vogel Druck und Medien-service GmbH & Co. KG, 97204 Höchberg

Bezugsbedingungen: 6 Ausgaben p.a. 36 € (Ausland: 44 €), ISSN: 1435-5507

Copyright: GfI. Gesellschaft für medizinische Information mbH, 2014, München

Alle Veröffentlichungen in dieser Zeitschrift wurden mit größter Sorgfalt bearbeitet; trotzdem kann keine Haftung für die Richtigkeit übernommen werden. 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.

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. Soweit nicht anders vereinbart, gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen für Autoren.

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

Verleger: Hans Spude



geprüft API-Studie 2013

KONTEXT

Outcome beim frühen Mammakarzinom

Männer sind (fast) nicht benachteiligt

Brustkrebs kommt bei Männern sehr selten vor (1% aller Mammakarzinome). Entsprechend schlecht ist die Datenlage zum Überleben der Betroffenen – bislang.

Die Fall-Kontroll-Studie schloss Männer und Frauen mit Mamma-Ca zwischen 1981 und 2009 ein (Stadium 0-IIIB, invasive duktales Karzinome). 144 Patienten konnten ausgewertet werden (72 Männer, 72 Frauen). Alle Karzinome bei Frauen waren Östrogenrezeptorpositiv, bei Männern 82%. Behandelt wurden die Männer bzw. Frauen mit Mastektomie (n=72 vs. 38), Radiatio (n=29 vs. 44), Chemotherapie (n=23 vs. 20) und Hormontherapie (n=57 vs. 57).

Das Gesamtüberleben betrug bei Männern 34 Monate weniger als bei Frauen (93 vs. 127 Monate, p=0,62), der Unterschied erreichte aber keine statistische Signifikanz. Die Follow-up-Zeit lag bei ca. vier Jahren. Diese Daten

einer der größten Studien zum Outcome des männlichen Mamma-Ca legen nahe, dass der Faktor „männliches Geschlecht“ allein keine schlechtere Prognose als bei weiblichen Betroffenen bedingt. Das Follow-up war mit weniger als fünf Jahren allerdings kurz.

Voraussetzung für diese „Prognose-Egalität“ ist, dass Männer auch wie Frauen behandelt werden, also eine Therapie erhalten, die den Leitlinien für Frauen entspricht. Zu guter Letzt: Männer mit einer BRCA2-Mutation tragen immerhin ein 6,8%iges Lebenszeitrisko für die Entwicklung des Mamma-Ca in sich. **CB**

Rushton M et al.: Treatment outcomes for male breast cancer: a single-center retrospective case-control study. *Curr Oncol* 2014; 21(3): e400-7
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/141210

Zwei Antikörper gegen HER2

Besseres Überleben beim Mamma-Ca

Die CLEOPATRA-Studie untersuchte den HER2-Antikörper Pertuzumab bei Patientinnen mit HER2-positivem metastasierten Mammakarzinom (mMCA). Jetzt wurde die abschließende Auswertung mit einem überlegenen Gesamtüberleben präsentiert.

Mehrere Interimsanalysen hatten es bereits gezeigt: Fügt man Pertuzumab einem Standard-Schema bestehend aus Docetaxel und Trastuzumab in der First-line-Behandlung des HER2-positiven mMCA hinzu, verbessert sich das progressionsfreie Überleben (PFS) und das Gesamtüberleben (OS). Auf dem ESMO wurde nun die abschließende Auswertung präsentiert.

Nach einem Follow-up von 50 Monaten zeigte sich, dass Patientinnen mit Pertuzumab im Vergleich zu Placebo 15,7 Monate länger lebten (56,5 vs. 40,8 Monate; beide zusätzlich zu Docetaxel und Trastuzumab gegeben). Das Mortalitätsrisiko wurde signifikant um 32% gesenkt (HR 0,68; p=0,0002). Die Überlebenskurven der beiden Studienarme laufen bis zum jetzigen Auswertungsdatum nicht zusammen.

Die berichteten unerwünschten Ereignisse Grad 3 oder höher waren Neutropenien (49%), Leukopenien (12%), febrile Neutropenien (14%) und Diarrhoen (9%). Hiervon klinisch relevant seien laut *Prof. Andreas Schneeweiss*, Heidel-

berg, die febrilen Neutropenien und die Diarrhoe. Diese seien überwiegend nur in Kombination mit der Chemotherapie aufgetreten und danach auch rückläufig. Die kardiale Toxizität wurde durch den zweiten HER2-Inhibitor nicht erhöht.

Der Kontext: Die Einführung des ersten HER2-Blockers Trastuzumab basierte im Jahre 2001 auf einer OS-Verlängerung von 4,8 Monaten. Mit der zusätzlichen Gabe des zweiten HER2-Antikörpers steigt das OS nun – 13 Jahre später – auf 15,7 Monate. Pertuzumab als alleiniger Antikörper zeigte sich im übrigen wenig erfolgreich. Offensichtlich ist die Kombination aus direkter und Dimerisierungs-Inhibition von HER2 der Schlüssel zum Erfolg. **CB**

FACHPRESSEKONFERENZ

„Neue Daten vom ESMO zu Perjeta® und Avastin® in der Therapie des metastasierten Mammakarzinoms“, Frankfurt, 17.10.2014, Veranstalter: Roche
Pertuzumab: Perjeta®
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/141283




CAELYX[®]
(pegylated liposomal doxorubicin hydrochloride)

Janssen-Cilag GmbH

janssen 
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF *Johnson & Johnson*

THERAPIE-OPTIONEN

Nahrungsergänzung in der Schwangerschaft und Stillzeit

■ Um den während der Schwangerschaft erhöhten Folatbedarf zu decken, reicht eine folatreiche Ernährung allein i. d. R. nicht aus. Folge ist ein erhöhtes Risiko für angeborene Herzfehler und Neuralrohrdefekte. Da letztere sehr früh im Schwangerschaftsverlauf entstehen, wird Schwangeren grundsätzlich empfohlen, bereits ab Kinderwunsch mit Folsäure (tgl. 800 µg) zu supplementieren. Mit auf Metafolin® basierenden Präparaten bietet Merck eine besonders effektive Lösung. Die stabile Calciumverbindung von 5-Methyltetrahydrofolat (MTHF) muss nicht metabolisiert werden und umgeht damit auch einen häufigen Enzym polymorphismus, der den Folatstoffwechsel ungünstig beeinflusst. Ergänzend enthält das Präparat für den späteren Schwangerschaftsverlauf und die Stillzeit auch die Omega-3-Fettsäure Docosahexaensäure (DHA).



„MIGRÄNE KÖNNEN WIR WOHL AUSSCHLIESSEN.“

Hilfe bei Hyperhidrose

■ Übersteigertes Schwitzen kann die Betroffenen sehr belasten. Neben der primären Hyperhidrose gibt es auch andere Systemerkrankungen, die eine sekundäre Hyperhidrose auslösen. Die Prävalenz insgesamt wird auf bis zu 16% geschätzt. Im Klimakterium kann beispielsweise das hormonelle Ungleichgewicht zu übermäßigem Schwitzen führen. In der Peri- und

Postmenopause kann die systemische orale Gabe von Methanthe-
liniumbromid (Vagantin®) von Hyperhidrose betroffenen Frauen eine verbesserte Lebensqualität verschaffen. Eine Hormonersatztherapie ist z. B. bei Patientinnen mit Mamma- oder Endometriumkarzinom kontraindiziert. Dann gibt es neben Phyto-
pharmaka das nicht-ZNS-gängige Anticholinergikum Vagantin®

als hormonfreie Option. Unter www.vagantin.de erhalten Ärzte und Patienten Broschüren und Ratgeber zum Download.

SERVICE

Neue Patienten-Website

■ Unter www.targin.de finden sowohl Ärzte als auch Patienten wertvolle Informationen zum Thema Schmerz im Allgemeinen und zur

Therapie mit Targin® im Speziellen. Neu ist das Angebot für Patienten. Getrennt nach den Indikationen „Schmerz“ und „Restless legs“ gibt es unter anderem Gebrauchsinformationen zum Download sowie Hinweise zur Einnahme des Medikaments. Videoanimationen und Kurzfilme liefern zusätzliches Wissen. Ein Teil der Informationen ist nur für Targin®-Patienten zugänglich. Eleganter gelöst: Der Login ist nur über die Chargennummer der verordneten Packung möglich. Ebenfalls auf der Website befinden sich Download-Links zu den beiden Apps „PainDiary“ und „xPlain-Pain“. Auch für Ärzte bietet die Website einiges: Diese haben Zugriff auf alle Fachinformationen und erhalten einen Hinweis auf die gebührenfreie telefonische Info-Line. Targin® ist eine Fixkombination aus retardiertem Oxycodon und retardiertem Naloxon und ist zugelassen zur Therapie starker Schmerzen und des schweren bis sehr schweren idiopathischen Restless-legs-Syndroms bei Erwachsenen, wenn zuvor Dopaminergika versagt haben.

... diese Seite per Fax an

Fax 089 / 43 66 30 - 210

Reichen Ihnen die Referate nicht aus?

Möchten Sie mehr Informationen?

Hier kommen Sie an die Originalarbeiten.

Sie können die Originalarbeiten direkt online anfordern, oder mit diesem Formular per Post bestellen:

Bitte schicken Sie mir aus Heft Nr. (s. Titelseite) eine Kopie der Originalarbeit:

Bestellnummer (Nummer am Ende der Beiträge hinter URL, Bsp. www.gyn-depesche.de/140309)

Mein Zustellcode (ist auf dem Adressaufkleber über der Anschrift; ohne diese Angabe ist leider keine Bearbeitung möglich)

- Ich bin Abonnent der **Gyn-Depesche** und bekomme eine Originalarbeit kostenlos.
- Ich bin noch kein Abonnent. Anbei 8 € für jede gewünschte Originalarbeit zuzüglich 2 € für Porto und Verpackung.

(bitte als Briefmarken oder Scheck ... ist auf die Dauer aber teurer als das Abonnement)

Name, Anschrift

... und nur im Abonnement erhalten Sie die **Gyn-Depesche** regelmäßig:

- Ich möchte die **Gyn-Depesche** abonnieren. Schicken Sie mir eine Rechnung über 36 € (Ausland: 44 € inkl. Porto). Dafür erhalte ich ein Jahr alle Ausgaben der **Gyn-Depesche** und eine Originalarbeit je Ausgabe kostenlos. Das Abonnement verlängert sich um ein Jahr, wenn ich es nicht drei Monate vor Ablauf kündige.

Name, Anschrift

Datum, erste Unterschrift

Vertrauensgarantie: Mir ist bekannt, dass ich diese Bestellung innerhalb von zehn Tagen beim Verlag schriftlich widerrufen kann.

Datum, zweite Unterschrift

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

Tel. 089 / 43 66 30 - 0
Fax 089 / 43 66 30 - 210

E-Mail: info@gfi-online.de

Zertifizierte Fortbildung



Sammeln Sie Fortbildungspunkte mit der Gyn-Depesche

Die CME-Beiträge, auf die sich die Fragen beziehen, finden Sie auf der jeweils vor der Frage genannten Seite. Nur eine der fünf zur Beantwortung angebotenen Lösungen ist richtig. **BITTE BEACHTEN:** Nach neuen Bestimmungen der Bayerischen Landesärztekammer kann ab 2014 für schriftliche Fortbildung „bei bestandener Erfolgskontrolle“ (mindestens sieben richtige Antworten) nur noch jeweils ein Punkt vergeben werden. Wir bitten um Verständnis.



Schnell und einfach beantworten Sie den Fragebogen (und wenn Sie möchten auch alle bisher erschienenen):

online unter www.gyn-depesche.de/CME

Wenn Sie das erste Mal an unserer Online-Fortbildung teilnehmen, benötigen wir von Ihnen

- **Namen und Adresse**
- **E-Mail-Adresse**, an die wir die Teilnahmebestätigungen schicken;
- **selbst gewähltes Passwort**, mit dem Sie sich später zusammen mit Ihrer E-Mail-Adresse einloggen können.

Bitte beachten Sie: Bei schriftlicher Teilnahme ist ein frankierter Rückumschlag erforderlich. Per Fax zugeschickte Fragebogen können nicht bearbeitet werden.

Kennziffer dieser Ausgabe: **GD062014**

Review-Board

Prof. Dr. Peter Dominiak, Pharmakologie und Toxikologie, Physiologie, Universität zu Lübeck

Dr. Wolfgang Grebe, Facharzt für Innere Medizin
Frankenberg

Prof. Dr. Günter Linß, Facharzt für Innere Medizin /
Kardiologie-Angiologie, Berlin

Prof. Wulf-Dieter Möller, Facharzt für Neurologie
und Psychiatrie, Kiel

Prof. Dr. Burkhard Weisser, Institut für
Sportwissenschaften (ISS), Universität Kiel

In Zusammenarbeit
mit der Bayerischen
Landesärztekammer



1 CME-PUNKT

TEILNAHMEBESTÄTIGUNG

Bitte deutlich ankreuzen (Einsendeschluss **12. Dezember 2014**)

	A	B	C	D	E
1. S. 14 In der Schwangerschaft ...	<input type="checkbox"/>				
2. S. 14 Physiologisch ist ...	<input type="checkbox"/>				
3. S. 14 Bei Schwangerschaftsdermatosen ...	<input type="checkbox"/>				
4. S. 18 Eine Plazenta-Retention ...	<input type="checkbox"/>				
5. S. 18 Bei Plazenta-Retention wird mit ...	<input type="checkbox"/>				
6. S. 20 Die infantile Zerebralparese ...	<input type="checkbox"/>				
7. S. 20 Das Syndrom ...	<input type="checkbox"/>				
8. S. 20 Zum Management ...	<input type="checkbox"/>				
9. S. 23 Die peripartale Kardiomyopathie ...	<input type="checkbox"/>				
10. S. 23 Bei dieser Erkrankung ...	<input type="checkbox"/>				

Ich habe alle Fragen ohne fremde Hilfe beantwortet.

Ihre Zustellnummer (wenn vorhanden)

(die fettgedruckte auf dem Adressetikett)

7

EFN-Barcode-Aufkleber

Ich bin damit einverstanden, dass die erreichte Punktezahl anhand der EFN an die zuständige LÄK übermittelt wird.

Gyn-Depesche

Nr. 6 / 2014

VNR: 2760909005406940013

Die Richtigkeit von mindestens sieben der Antworten auf dem Bogen wird hiermit bescheinigt (1 CME-Punkt).

Datum

Dr. med. Christian Bruer
Chefredakteur Praxis-Depesche

GFI.

Gesellschaft für medizinische Information
Paul-Wassermann-Str. 15
81829 München

Name, Titel

Straße, Nr.

PLZ, Ort

e-mail

Ort, Datum

Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name, Anschrift, akademischer Grad zur Rücksendung der Fragebögen und der anonymisierten Verarbeitung (Teilnehmerzahlen an der zertifizierten Fortbildung etc.) gespeichert werden.

Packt den Schmerz an der

LÄSION

Visanne® (2 mg Dienogest)

- Gezielt entwickelt und zugelassen zur Endometriose-therapie
- Reduziert Läsionen signifikant¹
- So wirksam wie GnRH-Analoga*, dabei besser verträglich²
- 1 x tgl. 1 Tablette

Visanne® 
Raus aus der Schmerzhaft.

*Bezogen auf die Schmerzreduktion

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

Visanne® 2 mg Tabletten Zusammensetzung: Wirkstoff: 1 weiße bis cremefarbene Tbl. enth. 2 mg Dienogest. Sonst. Bestandteile: Lactose-Monohydrat, Mikrokristalline Cellulose, Kartoffelstärke, Povidon K 25, Magnesiumstearat, Talkum, Crospovidon **Anwendungsgebiete:** Behandlung der Endometriose. **Gegenanzeigen:** Best. venöse thromboembolische Erkrankungen, vorausgeg./best. arterielle und kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes mellitus m. Gefäßbeteiligung, best./vorausgeg. schw. Lebererkrankung, solange Leberfunktionswerte nicht normal, best./vorausgeg. Lebertumoren, bekannte/vermutete sexualhormonabh. maligne Tumoren, diag. nicht abgeklärte vag. Blutungen, Überempfindlichkeit gg. Wirkstoff od. sonst. Bestandteile. **Warnhinweise:** Bei Anwendung von Visanne od. Gestagen-Monopräparaten: schwerw. uterine Blutungen, Veränd. d. Blutungsmusters, venöse/arterielle Thromboembolien, Diagnosehäufigkeit von Brustkrebs geringfügig erhöht, Lebertumoren, Estradiolspiegel moderat erniedrigt, persist. Ovarialzysten. Besondere Überwachung/besondere Maßnahmen: Depression, Hypertonie, Diabetes, Chloasma, rez. cholestat. Ikterus/Pruritus, Extrauterinegrav. i.d. Anamnese. Enthält 62,8 mg Lactose pro Tbl. Pat. m. hereditärer Galactose-Intoleranz, Lactase-Mangel od. Glucose-Galactose-Malabsorption, die auf einer lactosefreien Diät sind, sollten diese Menge beachten. **Nebenwirkungen:** Häufig: Gewichtszunahme, depressive Stimmung, Schlafstörungen, Nervosität, Libidoverlust, Stimmungswandel, Kopfschmerzen, Migräne, Übelkeit, abdominale Schmerzen, Flatulenz, geblähtes Abdomen, Erbrechen, Akne, Alopezie, Rückenschmerzen, Brustbeschwerden, Ovarialzysten, Hitzewallungen, Uterine/vag. Blutungen inkl. Schmierblutungen, asthenischer Zustand, Reizbarkeit. Geleg.: Anämie, Gewichtsabnahme, Zunahme d. Appetits, Angst, Depression, Stimmungsschwankungen, Ungleichgewicht d. autonomen Nervensystems, Aufmerksamkeitsstörung, Augentrockenheit, Tinnitus, unspez. Kreislaufstörungen, Palpitationen, Hypotonie, Dyspnoe, Diarrhoe, Obstipation, Bauchbeschwerden, Gastro-intestinale Entzündung, Gingivitis, trockene Haut, Hyperhidrose, Pruritus, Hirsutismus, Onychoklasie, Schuppen, Dermatitis, abn. Haarwachstum, photosen. Pigmentierungsstörung, Knochenschmerzen, Muskelkrämpfe, Schmerzen/Schweregefühl i. d. Extremitäten, Harnwegsinfektion, vag. Candidose, vulvovag. Trockenheit, genitaler Ausfluss, Beckenschmerzen, atroph. Vulvovaginitis, Gewebeveränd. i. d. Brust, fibrozyst. Brusterkrankung, Brustverhärtung, Ödeme. Verschreibungspflichtig. Stand: FI/5, 06/2013 Jenapharm GmbH & Co. KG, Otto-Schott-Str. 15, 07745 Jena.