

Wichtigste aus: Acad Emerg Med Acad Emerg Med Acta Allerg Acta Anaesth Scand Acta Biol Acta Cardiol Acta Paediatr Acta Psychi
and Acupuncture Med Acute Care Med Addon Adolesc Med Adv Cardiol Aging AIDS Akt Dermatol Akt Rheuma
Alcohol Drug Res Aliment Pharmacol Ther Aller Asthma J Allergy Clin Immunol J Am Heart J Am J Cardiol Am J Clin Oncol Ar
stroenterol Am J Kidney Dis Am J Med Am J Obstet Gynecol Am J Psychiatry Am J Sports Med Am J Ther Anaesth Intensive C
naesth Analg Angiology Ann Allergy Ann Emerg Med Ann Intern Med Ann Neurol Ann Pharmacother Ann Rheum Dis Anti
er Appl Nurs Red Appl Pathol Arch Dermatol Arch Gen Intern Med Arch Neurol Arch Ophthalmol Arch Sex Behav

Gyn Depesche

Schnellinformationen zu wissenschaftlichen Studien für Gynäkologen



Vulvodynie

Topische Therapien, systemische Wirkstoffe, lokale Injektionen und Chirurgie

BJOG

26



Schwangere mit Lupus

Was es in graviditate bei SLE- und APS-Patientinnen zu beachten gilt

Pol Arch Intern Med

14

Menstruation & Menopause

Asthma und die Regel

Wie perimenstruelles Asthma entsteht – und ein simpler Therapieansatz

Multidiscip Respir Med

10



Urogenitales Menopausensyndrom

Neues zur Therapie der vulvo-vaginalen Atrophie

Am J Obstet Gynecol

22

Ärzt muster
ANGEBOTE im Heft

Foley-Kath

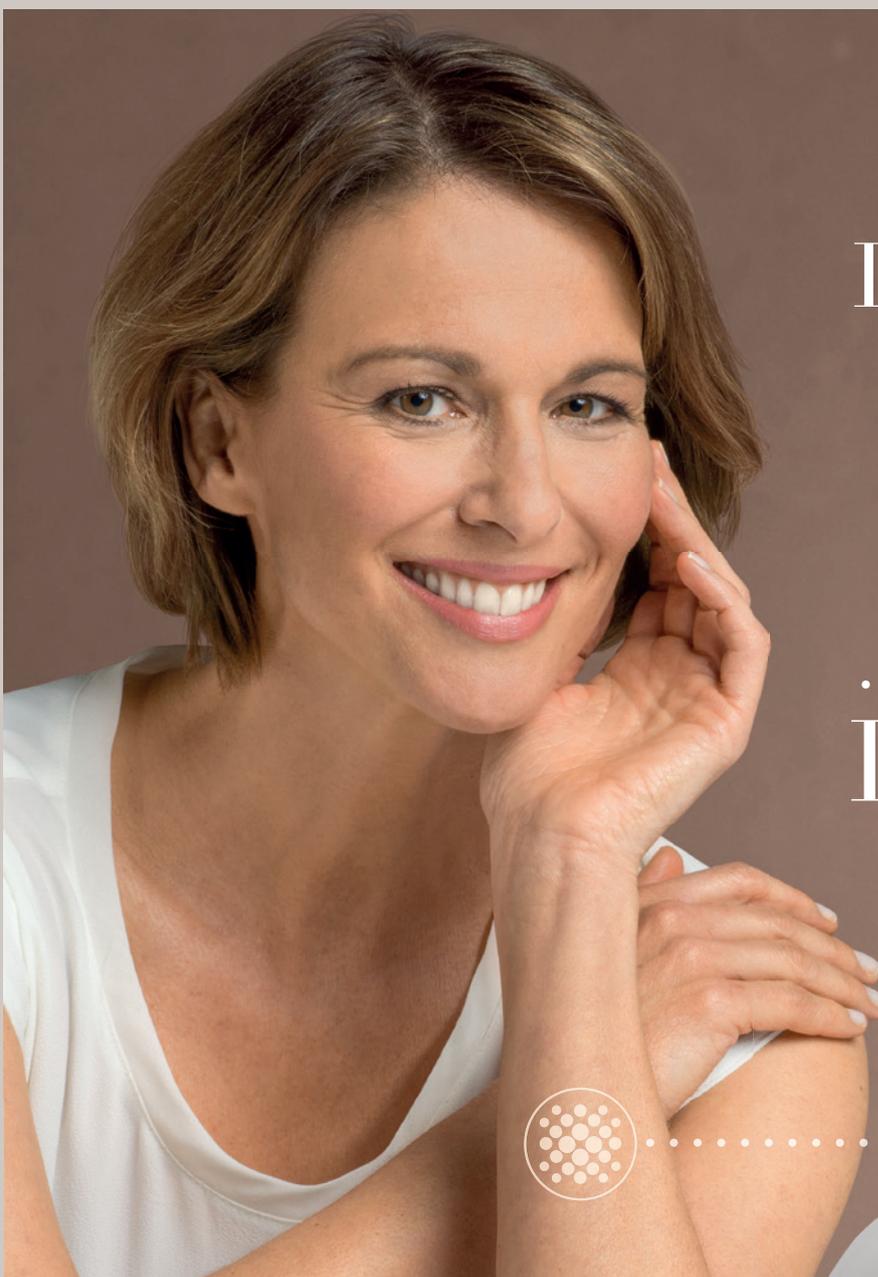
auf Zug fixieren?

AJOG

18

**ferro sanol®
duodenal**

www.ferro-sanol.de



Ich *sprühe* was,
was du nicht
siehst ...

... und das ist
Lenzetto®!



DAS transdermale Estradiol-Spray gegen Wechseljahresbeschwerden:

- Einfach** – aufsprühen, fertig, los
- Schnell** – trocken in ca. 60 Sekunden
- Wirksam** – stark gegen Hitzewallungen



GEDEON RICHTER

Lenzetto 1,53 mg/Sprühstoß transdermales Spray, Lösung. Wirkstoff: Estradiol. **Zusammensetzung:** Jeder Sprühstoß liefert 90 µl transdermales Spray, Lösung, d. 1,53 mg Estradiol (entspr. 1,58 mg Estradiol-Hemihydrat) enthält. Sonst. Bestandteile: Octisalol, Ethanol 96 %. **Anwendungsgebiet:** Sequenzielle Hormonsubstitutionstherapie (HRT) bei Estrogenmangelsymptomen bei postmenopausalen Frauen (bei Frauen, d. letzte Monatsblutung mind. 6 Monate zurückliegt o. mit chirurg. Menopause, mit intaktem o. ohne Uterus). **Gegenanzeigen:** Bestehender o. früherer Brustkrebs bzw. Verdacht; estrogenabh. maligner Tumor bzw. Verdacht; nicht abgeklärte Blutung im Genitalbereich; unbehandelte Endometriumhyperplasie; frühere o. bestehende venöse thromboembolische Erkrankungen; bekannte thrombophile Erkrankung, bestehende o. erst kurze Zeit zurückliegende arterielle thromboembolische Erkrankungen; akute Lebererkrankung o. zurückliegende Lebererkrankung, solange sich d. relevanten Leberenzym-Werte nicht normalisiert haben; Porphyrie; Überempfindlichkeit gg. d. Wirkstoff o. sonst. Bestandteile. **Nebenwirkungen:** **Häufig:** Schmerzempfindl. u. schmerzende Brust, Kopfschmerz, abdominale Schmerzen, Übelkeit, Hautausschlag, Pruritus, Uterus- bzw. Vaginalblutungen einschl. Schmierblutungen, Metrorrhagie, Gewicht erhöht, Gewicht erniedrigt. **Gelegentlich:** Überempfindlichkeitsreaktionen, depressive Verstimmungen, Schlaflosigkeit, Schwindelgefühl, Schwindel, Sehstörungen, Palpitationen, Hypertonie, Diarrhö, Dyspepsie, Erythema nodosum, Urtikaria, Hautreizung, Myalgie, Brustverfärbung, Brustdrüsenabsonderung, Zervixpolyp, Endometriumhyperplasie, Ovarialzyste, Vaginalinfektion, Gamma-Glutamyltransferase erhöht, Cholesterin im Bluterhöht, Ödem, Schmerzen i. d. Achselgegend. **Selten:** Angstzustände, Libido vermindert, Libido gesteigert, Migräne, Kontaktlinsenunverträglichkeit, Blähungen, Erbrechen, Hirsutismus, Akne, Muskelspasmen, Dysmenorrhö, prämenstruationsartiges Syndrom, Brustvergrößerung, Ermüdung. **Weitere Nebenwirkungen:** Alopezie, Chloasma, Hautverfärbung, erhöhtes Risiko f. Brustkrebsdiagnose, Endometriumkarzinom, Ovarialkarzinom, venöse Thromboembolien, koronare Herzkrankheit, ischämischer Schlaganfall. **Verschreibungspflichtig. Stand d. Information:** 05.2016. Gedeon Richter Plc., Gyömrői út 19 – 21, 1103 Budapest, Ungarn. Ihr direkter Kontakt zu uns: Gedeon Richter Pharma GmbH – Eiler Straße 3 W – 51107 Köln – Tel. 0221/888 90 444 – Fax 0180/343 33 66 – E-Mail: service@gedeonrichter.de

Wenn nicht jetzt, wann dann?

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen!

Für manche ist es ein notwendiges Übel, für manche eine willkommene Abwechslung im Praxisalltag – das Sammeln von CME-Punkten im Rahmen der ärztlichen Fortbildung. Wie die allermeisten unserer Leserinnen und Leser schon wissen, kann man durch die Lektüre der *Gyn-Depesche* dazu beitragen, dass man seine „berufliche Kompetenz zur Gewährleistung einer hochwertigen Patientenversorgung und Sicherung der Qualität ärztlicher Berufsausübung erhält und weiterentwickelt“ (so der O-Ton der Musterfortbildungsordnung der Bundesärztekammer).



Mit der *Gyn-Depesche* erwerben Sie CME-Punkte besonders praxisnah und komfortabel. So lesen Sie zum Beispiel in dieser Ausgabe auf Seite 14, auf was Sie bei **schwangeren Patientinnen mit Lupus oder Antiphospholipidsyndrom** besonders achten sollten. Auf Seite 22 geben wir im Rahmen eines weiteren CME-Artikels sehr detaillierte Informationen, welche Therapien evidenzbasiert beim **urogenitalen Menopausensyndrom** helfen. Auf Seite 24 erfahren Sie, wann eine **bakterielle Vaginose** behandlungsbedürftig ist und wie sich die Vaginalflora während eines Menstruationszyklusses verändert. Wiederum sehr praxisnah stellen wir auf Seite 26 dar, wie man sich dem nach wie vor kontroversen Krankheitsbild „**Vulvodynie**“ therapeutisch am besten nähert.

Besonders einfach können Sie die Fragen zu allen CME-Artikeln online beantworten: Unter www.gyn-depesche.de/cme-fortbildung finden Sie die aktuellste verfügbare CME-Einheit (und alle zurückliegenden) und können diese lesen und bearbeiten. Wenn nicht jetzt und mit dieser Ausgabe, wann dann mit dem CME-Punkte-Sammeln mit der *Gyn-Depesche* beginnen?

Ich wünsche Ihnen viel Erfolg!

Ihr

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

Diese Anzeige ist
in der PDF-Version
nicht verfügbar.



Orale Kontrazeptiva lassen das Sexuelleben der Frau nicht unbeeinträchtigt – weit über die schwangerschaftsverhütenden Effekte hinaus

7

Zethraeus N et al.: Combined oral contraceptives and ... J Clin Endocrinol Metab 2016; 101: 4046-53



CAVE Thromboserisiko unter Antipsychotika – besonders bei postmenopausalen Patientinnen

23

Wang MT et al.: Use of antipsychotics and risk of venous ... Thromb Haemost 2016; 115: 1209-19

DIE DRITTE SEITE

Wiegen und Ernährungsberatung:
Kein Effekt bei adipösen Schwangeren! 6
Streit um sinnvolle Benennung:
Perimortale Sectio oder Hysterotomie? 6
Diskussion um Mindestmengen:
Die Entbindungszahl ist es nicht allein 6

KONTRAZEPTION

Levonorgestrel-IUD:
Insertionsschmerz unabhängig von Zyklusphase 7
Neues LNG-IUS, auch für Nulliparae, Wirkdauer 5 Jahre 7
Kombinierte orale Kontrazeptiva:
Beeinträchtigt die Pille das Sexuelleben? 7
Colitis ulcerosa:
Pille beschleunigt Darmentzündung nicht 8
Postpartale IUD-Insertion: Besser früher als zu spät 8
Mukoviszidose: Pille sicher? Pille gar von Vorteil? 8

MENSTRUATION

Perimenstruelles Asthma:
Therapiehypothese – mehr Hormone geben 10
PMS: Risikoindikator für Hypertonie? 10

FERTILITÄT

Ovarielle Hyperstimulation: Letrozol verringert OHSS-Risiko 11
Kinderwunsch: Beratung vor der Schwangerschaft 11
Postpartale Depression & IVF: Kein höheres Risiko 11

SEXUALMEDIZIN

Sexuelle Orientierung: Homosexuelle Mädchen werden häufiger schwanger als heterosexuelle 12

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 | Ü Übersicht |

Sexuelle Dysfunktion: Wenn ER nicht will, leidet IHRE Sexualfunktion 12
Zwangsstörungen: Nebenwirkung als Erfolgsbarometer 12

GRAVIDITÄT

► **CME:** Systemischer Lupus erythematodes – Schwangerschaftsrisiken managen 14
Präeklampsie und Eklampsie:
Mütter von Söhnen häufiger betroffen 16
Gewalt an Schwangeren: Schwere Folgen für das Kind 16

GEBURTSHILFE

Perinatale Todesfälle:
Kindsverlust erhöht Sterblichkeit der Mutter 18
Zervixreifung: Foley-Katheter auf Zug fixieren? 18
Gastroschisis: Kinder besser früher entbinden 18

MENOPAUSE

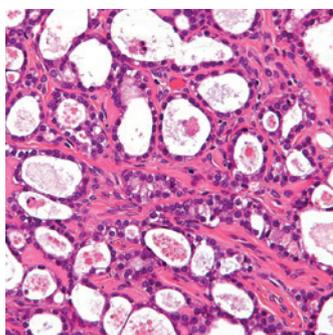
Endothelfunktion in der Menopause:
Sport macht Gefäßwände wieder fit 20
Hormonersatztherapie:
Nicht alles über einen Kamm scheren 20
Postmenopausale Blutungen: Wann Hysteroskopie? 20
► **CME:** Urogenitales Menopausensyndrom (vulvovaginale Atrophie) – So behandeln Sie die typischen Symptome der Menopause 22
Sinn der Menopause: Drei Theorien 23
CAVE: Dosisabhängiger Effekt – Thromboserisiko unter Antipsychotika 23

GENITALTRAKT

► **CME:** Bakterielle Vaginose – State of the Art – Verlust von Laktobazillen ist nicht immer pathologisch 24
Unklarer Pleuraerguss:
Uterusblutung führte auf die richtige Spur 25
Uterusmyome: Fast jede zweite Frau betroffen 25
► **CME:** Topische, systemische, chirurgische und andere Therapien – Vulvodynie: ein aktueller Überblick 26

KONGRESS

FOKO 2017 der Frauenärztlichen BundesAkademie (FBA): Spina bifida pränatal versorgen – Lipofilling bei Mamma-Ca – eHealth 28



Lymphknotenbiopsie beim Ovariakarzinom im frühen Stadium? Eine aktuelle Studie könnte Patientinnen das ersparen

van Baal J et al.: Incidence of lymph node metastases in clinical early-stage ... BJOG 2017; 124: 486-94

ONKOLOGIE

Ovarial-Ca im frühen Stadium:
Keine Lymphknotenbiopsie notwendig? **29**

Venöse Thromboembolie:
D-Dimer zeigt Krebsrisiko an **29**

Zervixkarzinom-Screening:
Bessere Kolposkopie-Triage mit Biomarkern **29**

Brustkrebs-Screening:
Weniger große Tumore, aber ... **30**

Mammakarzinom beim Mann:
Welche Gene erhöhen das Risiko? **30**

Krebs-Screening:
Was wir wissen, nicht wissen und glauben ... **30**

PSYCHIATRIE

Ess-Störungen in der Schwangerschaft:
Hohes Risiko für Wachstumsstörungen **31**

Depressionen: Wie man geht beeinflusst, wie man denkt **31**

ADHS-Screening bei Eltern:
Die Hälfte der Väter und ein Viertel der Mütter sind selbst betroffen **32**

Krankhafter Kaufzwang:
Jeder Zwanzigste im Kaufrausch **32**

VARIA

Osteoporose und Rheuma:
Vitamin D + Kalzium für alle? **33**

Pummelchen leben länger:
Optimaler BMI bei 27 kg/m²? **33**

Hormonersatztherapie:
Progesteron, ein Hormon mit vielen Vorteilen **33**

IM FOKUS **16**

STENO **31**

MED-INFO **34**

IMPRESSUM **32**

► **CME:** Zertifizierte Fortbildung: Fragebogen **35**

Foto: Wikimedia Commons / Nephron

Diese Anzeige ist
in der PDF-Version
nicht verfügbar.

Anzeigenverwaltung:

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

Wiegen und Ernährungsberatung

Kein Effekt bei adipösen Schwangeren!

Übergewicht und Adipositas während der Schwangerschaft wirken sich ungünstig auf das Schwangerschaftsoutcome aus. Hilft es, zu dicke Schwangere bzgl. der Ernährung zu beraten und sie regelmäßig auf die Waage zu schicken? Leider nein!

In der australischen Studie (FFF, facts, figures and feelings about weight in pregnancy) rekrutierte man 382 Schwangere, die entweder übergewichtig oder adipös waren. Sie wurden in zwei Gruppen randomisiert. In der Interventionsgruppe wurden die Schwangeren angehalten, sich selbst zu Hause regelmäßig zu wiegen und die Messergebnisse in eine Tabelle einzutragen, die auch die gewünschten Zielgewichtswerte vermerkte. Zudem erhielten die Frauen eine Beratung zur gesunden Ernäh-



Wiegen allein macht nicht leichter

rung in der Schwangerschaft. Im Mutterpass der adipösen Frauen wurde zusätzlich ein Aufkleber angebracht mit der Botschaft: „Ich bin Teilnehmerin der FFF-Studie und möchte nur 7 bis 11 kg Gewichtszunahme erreichen. Sprechen Sie mit mir über mein Gewicht“.

Als primäres Outcome definierte man eine Kombination aus typischen Adipositas-bedingten Komplikationen: Gestationshypertonus, Präeklampsie, Diabetes, Sectio, Dystokie, schweres perineales Trauma, postpartale Blutung und Notwendigkeit einer intensiven mütterlichen Versorgung. Bezüglich des primären Endpunktes fand sich kein Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe. „Vielleicht benötigt man eine ‚intensivere‘ Intervention, um Ergebnisse zu erzielen“, so die Autoren. „Ein tägliches Schrittzähler-Ziel oder eine viermal tägliche Blutzuckermessung könnte eine solche Intensivierung sein.“ **CB**

■ McCarthy EA et al.: Self-weighing and simple dietary advice for ... BJOG 2016; 123: 965-73
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/170425

Streit um sinnvolle Benennung

Perimortale Sectio oder Hysterotomie?

Bei ausreichender fetaler Reife kann eine Sectio während der Reanimation einer Schwangeren die Überlebenschancen von Mutter und Kind verbessern. Darüber, wie man diese Prozedur bezeichnen sollte, ist ein Streit entbrannt.

Der Terminus „perimortale Sectio caesarea“ ist durchaus geläufig, wenn das Kind während der Reanimation einer Schwangeren vorzeitig geholt wird (PMCD, perimortem cesarean delivery). Für Dr. Carl H. Rose aus der Mayo Clinic passt der Begriff aber nicht wirklich, da er den Fokus weg vom Überleben der Schwangeren führe. Er befürchtet, dass eine „perimortale Schnittentbindung“ das Überleben der Schwangeren als Ziel der medizinischen Bemühungen in den Hintergrund rücken lässt. Er schlägt vor, besser von einer „Reanimationshysterotomie“ zu sprechen (oder „Wiederbelebungs-ermöglichende“ oder „die Wiederbelebungs begleitende“ Hysterotomie“). Für ihn beinhaltet dieser Begriff auch die Entbindung.

Dr. Steven S. Lipman von der Stanford University und andere Autoren sehen das anders. Sie meinen, dass in der meist ohnehin chaotischen Situation der Reanimation einer Schwangeren der Begriff „Hysterotomie“ im Rea-Team zur Verwirrung führen könnte, da er eben nicht auf die Kindsgeburt hinweise. Eine solche Verwirrung sei problematisch, da in der Praxis ohnehin die geforderte maximale Zeitspanne zwischen Herzkreislaufstillstand und Sectio von vier bis fünf Minuten kaum eingehalten werden könne. **CB**

■ Lipman SS et al.: Challenging the 4- to 5-minute rule: from perimortem cesarean to resuscitation hysterotomy. Am J Obstet Gynecol 2016; 215: 129-30; Rose CH et al., Reply. Ebd. 131
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/170423

Diskussion um Mindestmengen

Die Entbindungszahl ist es nicht allein

Inwieweit die Anzahl der jährlich in einer Klinik durchgeführten Geburten das Outcome beeinflusst, wird immer wieder diskutiert. Nun lieferte eine US-Studie eine Überraschung, denn mit steigender Geburtenzahl sanken nicht automatisch auch die Komplikationen. Im Gegenteil!

In der Studie wurden über 50 Mio. Geburten zwischen 1998 und 2010 US-landesweit analysiert. Man definierte zwei Ergebnisvariablen: 1. schwere Morbidität, zusammengesetzt aus 15 Diagnosen wie z. B. akute Herzinsuffizienz, Nierenversagen, DIC oder Embolie; 2. erfolgloser Rettungsversuch, bei dem bei schwerer Morbidität der peripartale Tod der Schwangeren nicht verhindert werden konnte.

Die schwere Morbidität nahm insgesamt während der ausgewerteten Jahre zu. Die aussagekräftigste Auswertung, nämlich jene, die nach Cofaktoren adjustiert berechnet wurde (vor allem maternale Komorbidität), fand ein überraschendes Ergebnis: Am niedrigsten waren sowohl die schwere Morbidität als auch die Mortalität in Kliniken mit einem mittleren Entbindungsvolumen von 1250 bis 1500 pro Jahr. Sowohl in kleineren als auch größeren Häusern stiegen die jeweiligen Risiken (im Vergleich zu einem 1000-Geburten-Haus) an. Das Mortalitätsrisiko war bei einer Entbindungszahl von 50 pro Jahr verdoppelt, und in Häusern mit 2250 Geburten pro Jahr um 14% erhöht. Für schwere Morbidität lag das Risiko bei 50 Geburten pro Jahr bei +40% und bei +34% bei 2500 Geburten pro Jahr.

Die Autoren räumen aber ein, dass der Einfluss der Geburtenzahlen insgesamt eher gering war. Viel relevanter könnten andere Faktoren sein, nämlich die Oberarzt-/Facharztverfügbarkeit, die Arbeitskultur bei Pflege und Ärzteschaft, sowie effektive Sicherheitsprotokolle und -workflows. **CB**

■ Friedman AM et al.: Hospital delivery volume, severe ... Am J Obstet Gynecol 2016; 215: 795.e1-14
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/170424

Neueste Studienergebnisse
tagesaktuell per E-Mail

Jetzt registrieren:
www.gyn-depesche.de/newsletter

PRAXIS-TIPP

Levonorgestrel-IUD

Insertionsschmerz unabhängig von Zyklus

Eine niederländische Arbeitsgruppe ging der Frage nach, in welcher Zyklusphase der optimale Zeitpunkt zum Einsetzen eines Levonorgestrel-IUD liegt. Allen Theorien zum Trotz fand man: Der Einlege-Schmerz ist unabhängig vom Zyklus.

In einem Lehrkrankenhaus in Maastricht erhielten 58 Nulliparae und 54 Multiparae ein Levonorgestrel-IUD (LNG-IUD). Die Insertion erfolgte randomisiert in jeweils der Hälfte der Fälle während der Menstruation oder in der blutungsfreien Zeit. Auf einer visuellen Analogskala (VAS) von 0 bis 100 mm notierten die Studienteilnehmerinnen die dabei empfundenen Schmerzen.

Bei kinderlosen Frauen ergab sich während der Menstruation ein mittlerer VAS-Score von 74 mm, in späteren Zyklusphasen von 66 mm. Bei Multiparae lagen die Werte erwartungsgemäß niedriger: bei 30 mm während bzw. 43 mm außerhalb der Blutungsphase. In beiden Patientinnengruppen waren die Unterschiede nicht signifikant. Auch hinsichtlich eventueller Schwierigkeiten bei der Insertion, des Blutungsmusters nach drei

Monaten und der Zufriedenheit der Patientinnen mit der Hormonspirale fanden sich unabhängig vom Zeitpunkt des Einsetzens ähnliche Ergebnisse. Schwangerschaften oder Expulsionen kamen nicht vor.

Theoretisch wäre denkbar, dass die Insertion eines IUD während der Menstruation aufgrund der leicht dilatierten Zervix weniger schmerzhaft ist. Auch der Hersteller des LNG-IUD empfiehlt den Einsatz bis zum siebten Zyklustag. Die Maastrichter Studienergebnisse sprechen jedoch dafür, dass der Zeitpunkt der Insertion keinen Einfluss auf die Schmerzintensität hat. Für das Kupfer-T war dies schon bekannt. **CW**

R Van der Heijden PA et al.: Timing of insertion of levonorgestrel-releasing intrauterine system: a randomised controlled trial. BJOG 2017; 124: 299-305
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/170220

Neues LNG-IUS, auch für Nulliparae

Hohe Sicherheit, Wirkdauer bis zu 5 Jahre

Ende März wurde ein neues Levonorgestrel-freisetzendes Intrauterinsystem zugelassen. Es hat eine Liegedauer von bis zu fünf Jahren und ist auch für Nulliparae geeignet.

PD Patricia Oppelt, Erlangen, machte anhand einer aktuellen Umfrage zum Thema Verhütung auf einer Veranstaltung von Jenapharm deutlich, dass auch bei jungen Frauen großes Interesse an Optionen zur Langzeitverhütung besteht. Für diese Frauen steht jetzt ein neues Levonorgestrel-freisetzendes Intrauterinsystem (LNG-IUS) mit einer Wirkdauer von bis zu fünf Jahren zur Verfügung. Der Pearl-Index des LNG-IUS, das eine geringe Größe aufweist und mit einem dünnen Inserter platziert wird, liegt bei 0,29 und wird weder vom Alter, der Parität noch dem BMI der Frauen beeinflusst. Die Teilnehmerinnen der beiden Zulassungsstudien waren fast ausnahmslos zufrieden mit dem neuen LNG-IUS. Hohe Zufriedenheit herrschte bei den Frauen auch mit Blick auf das Blutungsmuster – in der Regel gingen die monatlichen Blutungen mit dem LNG-IUS zurück

oder blieben sogar ganz aus.

Die Anwendung des LNG-IUS war Prof. Thomas Römer, Köln-Weyertal, zufolge gut verträglich, das Risiko für eine Beckenentzündung (PID) war niedrig, ebenso die Expulsionsrate sowie die Inzidenz ektopter Schwangerschaften. In einer Phase-3-Studie bewerteten 90% der Ärzte die Einlage des LNG-IUS als „leicht“.

„Das neue 5-Jahres-LNG-IUS bringt alles mit, um einen Paradigmenwechsel in der Verhütung einzuläuten“, lautete das Fazit von Römer. **MW**

FACHPRESSEGESPRÄCH

„Kyleena™ – Paradigmenwechsel in der Verhütung“, Düsseldorf, 9.3.2017, Veranstalter: Jenapharm
LNG-IUS: Kyleena™ (D)

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/170459

Kombinierte orale Kontrazeptiva

Beeinträchtigt die Pille das Sexualleben?

Immer wieder fanden sich in Beobachtungsstudien Hinweise darauf, dass sich die Einnahme von kombinierten oralen Kontrazeptiva negativ auf die Sexualfunktion auswirken könnte. Eine Studie aus Schweden ging dem Verdacht nach.

An der Karolinska-Universität in Stockholm wurden 340 gesunde, verhütungswillige Frauen zwischen 18 und 35 Jahren randomisiert in zwei Gruppen eingeteilt: Die eine Hälfte nahm drei Monate lang ein kombiniertes orales Kontrazeptivum (150 µg Levonorgestrel, 30 µg Ethinylestradiol), die andere Hälfte erhielt ein Placebo-Präparat. Beide Gruppen verwendeten zusätzlich nicht-hormonelle Verhütungsmethoden. Zu Beginn und am Ende der Studienperiode gaben die Teilnehmerinnen anhand von drei Fragebögen Auskunft über ihre Sexualfunktion, ihre sexuelle Aktivität und persönliche Belastungen.

Der Gesamtwert des Profile of Female Sexual Function (PFSF) lag in beiden Gruppen etwa gleich hoch. Unterschiede ergaben sich jedoch in einzelnen Domänen: Die Bereiche Erregbarkeit, Befriedigung und sexuelles Verlangen zeigten im Vergleich zu Placebo signifikant reduzierte Scores (-5,1; -5,1 bzw. -4,4). Nicht beeinträchtigt waren dagegen die Domänen Orgasmus, Besorgnis, Ansprechbarkeit und Selbstbild. Die Häufigkeit befriedigender sexueller Erlebnisse und die persönliche Belastung veränderten sich unter dem Einfluss der Pille ebenfalls nicht.

Zwar stieg durch die Pilleneinnahme erwartungsgemäß die SHGB-Produktion und der Serumspiegel an freiem Testosteron sank. Eine Korrelation zwischen den Hormonwerten und der Sexualfunktion fand sich jedoch nicht.

Nach Ansicht der Studienautoren legen die Ergebnisse nahe, dass kombinierte orale Kontrazeptiva zumindest einzelne Aspekte des Sexuallebens beeinträchtigen können. Auch wenn sich der Effekt insgesamt als gering erwies, sei er individuell möglicherweise von Bedeutung. Nachzuweisen bleibt, ob und wie sich andere als das getestete Kombinationspräparat auf die Sexualfunktion auswirken. **CW**

R Zethraeus N et al.: Combined oral contraceptives and ... J Clin Endocrinol Metab 2016; 101: 4046-53
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/170186

Colitis ulcerosa

Pille beschleunigt Darmentzündung nicht

Es gibt Hinweise, dass die Langzeitanwendung von oralen Kontrazeptiva das Erkrankungsrisiko und die Progression eines Morbus Crohn erhöht. Für die Colitis ulcerosa scheint das aber nicht zu gelten.

Aus schwedischen Patienten- und Verschreibungsregistern gingen die Daten von 6104 Colitis-ulcerosa-Patientinnen (CU) im Alter von 16 bis 51 Jahren hervor. Gut die Hälfte von ihnen verhütete zumindest zeitweise mit oralen Kontrazeptiva. Nach einem medianen Follow-up von 60 Monaten war bei 162 Frauen eine CU-assoziierte chirurgische Intervention erfolgt (Kolektomie oder Ileostomie).

Es fand sich keine signifikante Assoziation zwischen einer früheren oder derzeitigen Einnahme der Pille und dem Risiko für eine CU-Operation (adjustierte Hazard Ratio 0,79 bzw. 0,74). Selbst höhere definierte Tagesdosen oder eine längere Anwendungsdauer wirkten sich nicht negativ aus. Ebenso wenig traten Unterschiede zwischen kombinierten und

östrogenfreien oralen Kontrazeptiva zutage. Auch auf die Verordnung von Kortikosteroiden oder einer anti-TNF α -Therapie – die ebenfalls als Hinweise auf eine CU-Progression gewertet wurden – hatte die Pille keinen Einfluss.

Zwar deuten Tiermodelle darauf hin, dass östrogenvermittelte Reaktionswege in der Pathophysiologie entzündlicher Darmerkrankungen eine Rolle spielen könnten. Humanmedizinische Studien schienen das beim Morbus Crohn zu bestätigen: Hier förderte die langfristige Einnahme kombinierter oraler Kontrazeptiva das Risiko einer Darm-OP. Auf die CU trifft das offensichtlich nicht zu. **CW**

K Khalili H et al.: Oral contraceptive use and risk of ulcerative ... Am J Gastroenterol 2016; 111: 1614-20
 Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/170096

Postpartale IUD-Insertion

Besser früher als zu spät

In der Regel wird ein IUD frühestens sechs Wochen nach der Entbindung eingesetzt. Wie eine US-amerikanische Studie zeigt, ist die Insertion auch nach drei Wochen schon gut durchführbar und sicher.

In einem Krankenhaus in Portland/Oregon erhielten 201 Frauen das gewünschte IUD – Kupfer-T oder Hormonspirale – randomisiert entweder drei oder sechs Wochen nach der Entbindung eingesetzt. Die subjektiv empfundenen Schmerzen bei der Insertion waren in beiden Gruppen etwa gleich hoch (19,9 versus 25,1 auf einer 100-mm-Analogskala). Hinsicht-

lich der Zufriedenheit offenbarten sich ebenfalls keine Unterschiede (89,6 versus 93,4).

Allerdings bewirkte die frühere Insertion nicht – wie die Autoren eigentlich erwartet hatten –, dass der Anteil der IUD-Anwenderinnen nach drei Monaten signifikant höher war als in der Vergleichsgruppe (73,0% versus 75,3%). Auch nach sechs Monaten unterschieden sich die Raten kaum. Eine vorzeitige Entfernung auf Wunsch der Patientin erfolgte in beiden Gruppen in jeweils vier Fällen. Bei zwei Frauen mit einem überdurchschnittlich großen Uterus kam es nach einer frühen Insertion zur partiellen Expulsion. Dennoch sahen die Autoren in der früheren Insertion einen klinisch relevanten Vorteil: Die Zahl der Frauen, die ihre sexuelle Aktivität vor dem Einlegen der Spirale wiederaufgenommen hatten, war beim regulären Termin deutlich höher. **CW**

R Baldwin MK et al.: Intrauterine device placement at 3 versus 6 weeks ... Contraception 2016; 93: 356-63
 Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/170098



PRAXIS-TIPP

Mukoviszidose

Pille sicher? Pille gar von Vorteil?

Verhütung ist auch für Mukoviszidose-Patientinnen ein Thema: Die durchschnittliche Lebenserwartung liegt inzwischen bei 41 Jahren. Über geeignete Kontrazeptionsmethoden und deren Einfluss auf die Erkrankung gibt es bislang jedoch nur wenig Daten.

Wissenschaftler der Universität von Pennsylvania durchsuchten medizinische Datenbanken nach Studien, die sich mit der Sicherheit verschiedener Kontrazeptionsmethoden bei Mukoviszidose-Patientinnen und den Auswirkungen auf die Progression der Erkrankung befassten. 18 relevante Publikationen gingen in ihren systematischen Review ein. Allerdings waren die Fallzahlen durchweg niedrig und aussagekräftige Ergebnisse die Ausnahme.

Mehrere kleinere Studien belegten, dass die meisten Patientinnen mit zystischer Fibrose mit der Pille oder Kondomen verhüteten. Die stärkste Evidenz für die Sicherheit hormoneller Kontrazeptiva in dieser Personengruppe bot eine retrospektive Kohortenstudie mit 114 Teilnehmerinnen: Hier fanden sich vergleichbare Krankheitsparameter bei Anwenderinnen und Nicht-Anwenderinnen. Eine kleinere prospektive Vergleichsstudie lieferte Hinweise, dass es unter der Einnahme nicht näher spezifizierter oraler Kontrazeptiva seltener zu pulmonalen Exazerbationen und Antibiotikabehandlungen kam.

Theoretisch bestehen allerdings Bedenken, dass Folgeerkrankungen der Mukoviszidose – wie Pankreasinsuffizienz oder verringerte gastrointestinale Absorption – den First-Pass-Metabolismus in der Leber verändern und dadurch die Wirksamkeit oraler Kontrazeptiva beeinträchtigen können. Solange es hierzu keine verlässlichen Daten gibt, empfehlen die Autoren in solchen Fällen über nicht-orale Verhütungsmethoden nachzudenken, also etwa IUD, Hormonpflaster oder Depotspritze. **CW**

U Roe AH et al.: Contraception in women with cystic fibrosis ... Contraception 2016; 93: 3-10
 Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/170189

Diese Anzeige ist in der PDF-Version nicht verfügbar.

Anzeigenverwaltung:

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

PERSPEKTIVE

Perimenstruelles Asthma

Therapiehypothese: mehr Hormone geben

Dass sich ein Asthma bei Frauen um die Menstruation herum verschlechtern kann, ist eine klinische Beobachtung. In einer Übersichtsarbeit versuchte man nun, zum einen die dahinter liegende Pathophysiologie zu beleuchten. Zum anderen leiteten die Autoren daraus Therapie-Empfehlungen für perimenstruelles Asthma (PMA) ab. Das hormonfreie Intervall könnte der Schlüssel sein.

Bis zu 40% der Frauen mit Asthma sind von einer Verschlechterung der Erkrankung um die Menstruation herum betroffen (=PMA). Eine exakte Definition von PMA allerdings gibt es gar nicht. Was als gesichert gilt ist, dass Patientinnen mit PMA häufiger in die Notaufnahme müssen, häufiger wegen ihres Asthmas hospitalisiert werden und auch häufiger daran versterben.

Die pathophysiologische Verbindung zwischen „den Tagen“ und der Asthmaexazerbation scheint in den Sexualhormonen zu liegen. So beeinflussen wechselnde Östrogenspiegel die Mastzell-Degranulierung, während Testosteron diese stabilisieren. Die perimenstruelle Abnahme von Progesteron und Estradiol führt über die Mastzell-Degranulierung im Endometrium über die lokale Entzündung zur Monatsblutung. Allerdings kommt es auch zu einer systemischen Inflammation, bei der Mastzellen und Eosinophile im Blut degranulieren und weitere Entzündungsmarker in Geweben erhöhen, in denen ohnehin bereits hyperaktive Mastzellen vorhanden sind – wie z. B. in den Lungen von Asthmatikern. Viele Studien haben das mittlerweile bestätigt.

Asthma und die Pille

Kennt man diesen pathophysiologischen Zusammenhang, ist es plausibel, dass exogen zugeführtes Östrogen sowie Progesteron die Ausprägung von PMA beeinflussen kann. In einer prospektiven Studie mit 106 Frauen zeigte sich, dass sich bei einer Einnahme von oralen Kontrazeptiva (OC) die Asthmaschwerden der Patientinnen reduzierten, die Lungenfunktion verbesserte und die Asthmakontrolle insgesamt verbesserte. Eine weitere Untersuchung fand ebenfalls eine reduzierte Reaktivität der Atemwege bei Asthmatikerinnen unter OC-Einnahme (gemessen an der Adenosin-Monophosphat-Reaktivität).

Die Therapie-Idee

Wenn demnach das zyklusbedingte Abfallen von Estradiol und Progesteron Asthma triggern kann, kann eine Stabilisierung der Hormonspiegel möglicherweise perimenstruelle Asthmaexazerbationen verhindern. Und das kann über eine Verkürzung des hormonfreien Intervalls (HFI, hormone free interval) bei der Pilleneinnahme einfach erreicht werden. Am weitesten verbreitet findet man das 21/7-Schema mit 7 „hormonfreien“ Tagen. Aber der Grund für die Hormonpause, so die Autoren, sei nicht die Notwendigkeit einer regelmäßigen Menstruation, sondern vielmehr ein historischer und psychologischer: Früher konnte nur die Monatsblutung beweisen, dass man nicht schwanger war.

Aber es gibt möglicherweise einen weiteren Mechanismus: Eine ausbleibende Monatsblutung könnte über die Reduzierung oder Vermeidung einer Anämie das PMA positiv beeinflussen – diese Theorie ist allerdings nicht bewiesen und aus einer Studie mit anämischen Kindern abgeleitet.

In Studien eindeutig gezeigt werden konnte allerdings, dass eine Verkürzung des pillenfreien Intervalls von 7 auf 4 Tage oder sogar auf 2 Tage (24/4- bzw. 26/2-Schema) zu einem Rückgang von Dysmenorrhoe, prämenstruellem Syndrom und Dysphorie führte. Das unterstützt die Hypothese, dass eine Leerpillenintervallverkürzung auch bei Asthmatikerinnen das PMA positiv beeinflussen könnte. „Eine E2V/DNG-Pille (natürliches Estradiol-Valerat/Dienogest im 26/2-Schema) könnte also für die Betroffenen eine gute Alternative sein“, so die Autoren. Allerdings bedarf es nun erst einmal prospektiver Studien, um diese Idee zu bestätigen ... **CB**

S Graziottin A, Serafini A: Perimenstrual asthma: from pathophysiology to treatment strategies. *Multidiscip Respir Med* 2016; 11: 30
 Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/170422

Prämenstruelles Syndrom (PMS)

Risikoindikator für Hypertonie?

Immer häufiger wird ein erhöhter Blutdruck auch bei jungen Frauen festgestellt. Die einer Hypertonie zugrunde liegenden Mechanismen stehen teilweise auch im Zusammenhang mit Symptomen des prämenstruellen Syndroms (PMS). Tatsächlich scheinen beide Leiden miteinander verknüpft zu sein.

Den Zusammenhang zwischen PMS und Hypertonie untersuchten Forscher an der Universität von Massachusetts. Dort befragte man 409 gesunde menstruierende junge Frauen (Durchschnittsalter 21 Jahre) zu Frequenz und Stärke verschiedener PMS-Symptome und filterte jene mit mittelstark bis stark ausgeprägten bzw. kaum oder keinen PMS-Symptomen heraus (n=78 bzw. 88). In beiden Gruppen erhob man Daten zu BMI sowie weiteren Gesundheits- und Lebensstilfaktoren und bestimmte fünf bis sieben Tage vor dem jeweils erwarteten Zyklusbeginn den Blutdruck.

Im Schnitt fiel der diastolische Blutdruck bei den Frauen mit PMS um 3,1 mmHg höher aus als bei den Frauen der Kontrollgruppe (71,5 vs. 68,4 mmHg). Der systolische Blutdruck unterschied sich zwischen den Frauen mit bzw. ohne PMS nicht. Signifikant erhöhte diastolische Blutdruckwerte traten bei Frauen auf, die prämenstruell an Depressionen, Akne und abdominalen Blähungen litten. Den stärksten Blutdruckunterschied zeigten Frauen mit prämenstrueller Übelkeit (+6,7 mmHg gegenüber Kontrolle).

Die Ergebnisse galten auch unter Berücksichtigung relevanter Risikofaktoren für Hypertonie, z. B. BMI oder Raucherstatus. Daher ist der Zusammenhang zwischen Hypertonie und PMS vermutlich nicht allein auf geteilte Risikofaktoren zurückzuführen. Möglich ist, dass beiden Krankheitsentitäten Störungen im Renin-Angiotensin-Aldosteron-System (RAAS), bestimmte Mikronährstoffmängel und/oder Entzündungsprozesse zugrunde liegen. Die genauen kausalen Zusammenhänge allerdings sind, so müssen die Autoren konstatieren, derzeit aber noch unbekannt. **OH**

S Bertone-Johnson ER et al.: Association of premenstrual syndrome with blood pressure in young adult women. *J Womens Health* 2016; 25(11): 1122-8
 Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/170426

Ovarielle Hyperstimulation

Letrozol verringert OHSS-Risiko

Bei bis zu 8% aller Kinderwunschpatientinnen kommt es nach der Gonadotropin-Stimulation zu einem ovariellen Hyperstimulationssyndrom (OHSS). Wissenschaftler fanden nun heraus, dass Letrozol in der Sekundärprävention das Risiko senken kann.

An der Universitätsklinik von Guangzhou (Kanton in China) verglich man die Wirksamkeit von ASS und dem Aromatasehemmer Letrozol in der Sekundärprävention des OHSS. An der randomisierten Studie nahmen 238 Frauen nach einer ovariellen Stimulation mit GnRH-Agonisten-Protokoll teil, die mindestens einen der folgenden Risikofaktoren für ein OHSS aufwiesen: 25 oder mehr Oozyten, Estradiol-Serumkonzentration über 5000 pg/ml am Tag der hCG-Administration oder klinische oder sonographische Zeichen wie etwa Aszites. Bei allen Frauen wurden die gewonnenen Embryonen aufgrund des hohen OHSS-Risikos nach der IVF nicht transferiert, sondern kryokonserviert.

Nach fünf Tagen hatten 90,2% der mit ASS (100 mg plus Plazebo) behandelten Frauen ein OHSS entwickelt, aber nur 80,4% unter Letrozol (2,5 mg zweimal täglich). Auch der Anteil der mittelgradigen und schweren Fälle war unter ASS höher (45,1 versus 25,0%). Anders als angenommen stieg jedoch der VEGF-Level unter Letrozol sogar stärker an als unter ASS. Die Studienautoren folgern, dass Letrozol eher die Interaktion zwischen VEGF und seinem Rezeptor beeinflusst und dadurch die Inzidenz von moderaten bis schweren OHSS-Formen senkt. **CW**

R Mai Q et al.: Effect of letrozole on moderate and severe ... Am J Obstet Gynecol 2017; 216: 42.e1-10
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/170196

Kinderwunsch

Beratung vor der Schwangerschaft

Es gibt zwar zahlreiche Empfehlungen zur präkonzeptionellen Beratung für Frauen mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes oder Epilepsie, aber kaum welche für gesunde Frauen. Doch auch diese Frauen sollten vor einer Schwangerschaft beraten werden.

Zu dieser Beratung gehören Anamnese und körperliche Untersuchung einschließlich Messen des Blutdrucks und des Gewichts, um das Risiko für den zukünftigen Schwangerschaftsverlauf abzuschätzen. Dazu kommen Zervixzytologie, Infektions-Screening und ggf. eine genetische Untersuchung. „Die präkonzeptionelle Beratung ist auch der geeignete Zeitpunkt, Impfungen aufzufrischen oder nachzuholen und bestehende Medikationen zu modi-

fizieren“, sagte *Dr. Thilo Gröning*, Moers, auf einer Veranstaltung von Merck.

Sehr wichtig sind auch eine allgemeine Ernährungs- und Gesundheitsberatung, bei der nicht nur über die Gefahren von Rauchen und Alkohol in der Schwangerschaft gesprochen werden muss, sondern z. B. auch darüber, dass eine vegane Ernährung für das Ungeborene ungünstig ist. „Die Frau soll nicht für zwei essen, sondern nur für zwei denken“, so brachte es Gröning auf den Punkt. Schließlich muss eine Substitution von Folsäure, Jod, Vitamin D, und eventuell Eisen frühzeitig begonnen werden. Folsäure ist als essentielles B-Vitamin für DNA-Synthese und Zellteilung der wichtigste Motor für die frühembryonale Entwicklung. Ein Mangel an Folsäure kann zu Neuralrohrdefekten und anderen Fehlbildungen sowie zu Störungen von Implantation und Plazentation führen, erklärte *Prof. Peter Licht*, Nürnberg.

Mit der Folsäure-Einnahme sollte die junge Frau mit Kinderwunsch bereits bevor sie die Antikonception absetzt beginnen, das heißt,

SYNOPSIS

Postpartale Depression & IVF

Kein höheres Risiko

Ungewollte Kinderlosigkeit und Infertilitätsbehandlungen können eine hohe psychische Belastung darstellen. Das Risiko für postpartale Depressionen steigt dadurch offensichtlich aber nicht.

In schwedischen Geburten- und Patientenregistern der Jahre 2003 bis 2009 fanden sich 3532 Erstlingsgeburten nach IVF. Zunächst schien es so, als kämen postpartale Depressionen nach IVF sogar seltener vor. Allerdings fanden sich Risikofaktoren wie frühere psychische Erkrankungen, ein niedriger sozioökonomischer Status oder geburtshilfliche Komplikationen in der Vergleichsgruppe deutlich häufiger. Nach der statistischen Eliminierung dieser Einflussgrößen verschwand der Unterschied. Stattdessen bestätigte sich das bekannte Bild: Psychiatrische Diagnosen in den letzten fünf Jahren vor der Entbindung steigerten das adjustierte Risiko einer postpartalen Depression auf etwa das 25-fache. In besonderem Maß galt das für affektive und Persönlichkeitsstörungen. Nicht in die Analyse eingegangen waren andere bekannte Risikofaktoren. **CW**

C Vikström J et al.: Risk of postnatal depression or suicide after in vitro fertilisation treatment: a nationwide ... BJOG 2017; 124: 435-42
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/170222

mindestens vier Wochen – besser drei Monate – vor der Konzeption. Denn das Neuralrohr verschließt sich zwischen dem 22. und 28. Tag nach der Befruchtung. Nur durch präkonzeptionelle Einnahme von Folsäure lässt sich auch das Risiko für ein niedriges Geburtsgewicht signifikant senken.

Die Folsäure-Substitution sollte bis mindestens zur 12. Schwangerschaftswoche erfolgen. Empfohlen wird die Einnahme von mindestens 0,4 mg Metafolin, welches unabhängig vom endogenen Folat-Metabolismus ist. **AB**

FACHPRESSEKONFERENZ

„Babyplanung: Was ist heute präkonzeptionell möglich?“, Düsseldorf, 10.3.2017, Veranstalter: Merck Femibion® BabyPlanung, Femibion® 1 Frühschwangerschaft, Femibion® 2 Schwangerschaft & Stillzeit
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/170348



„DAS NENNEN SIE KLONEN?“

Sexuelle Orientierung

Homosexuelle Mädchen werden häufiger schwanger als heterosexuelle

Nicht nur heterosexuelle, auch viele lesbische oder bisexuelle Frauen wünschen sich Kinder. Eine britische Arbeitsgruppe sammelte in einer Metaanalyse Informationen über die Schwangerschaftsraten.

In verschiedenen medizinischen Datenbanken fanden sich 28 Studien, die sich mit Schwangerschaftsraten bei lesbischen und bisexuellen Frauen befassten. Alle Studien mit erwachsenen oder altersgemischten Teilnehmerinnen zeigten niedrigere Schwangerschaftsraten als bei heterosexuellen Frauen. In der Metaanalyse betrug die relative Chance, schwanger zu werden, bei Homosexuellen nur 12%, bei Bisexuellen 50%. Anders bei Jugendlichen: Hier lag die Schwangerschaftsrate bei Mädchen, die sich selbst als lesbisch bezeichneten, um 37% höher als bei ihren heterosexuellen Altersgenossinnen. Bei bisexuellen Heranwachsenden verdoppelte sie sich sogar. Gleichzeitig fanden sich in einer Studie bei bisexuellen Jugendlichen erhöhte Terminationsraten.

Wenig überraschend war, dass die Erfolgsraten nach assistierter Reproduktion bei homosexuellen Paaren um mehr als die Hälfte höher lagen als bei heterosexuellen: Schließlich, so die Erklärung der Autoren, sei der Grund für die Behandlung meist keine medizinische, sondern vielmehr eine „soziale“ Infertilität.

Gynäkologen sollten sich der Tatsache bewusst sein, fordern die Autoren, dass weder Kinderwunschpatientinnen, noch Schwangere und Mütter heterosexuell sein müssen. Gerade bei homo- und bisexuellen Teenagern ist die Gefahr einer ungeplanten Schwangerschaft besonders hoch, da sie möglicherweise zu riskanterem Sexualverhalten neigen. **CW**

M Hodson K et al.: Lesbian and bisexual women's likelihood of becoming ... BJOG 2017; 124: 393-402
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/170219

Sexuelle Dysfunktion

Wenn ER nicht will, leidet IHRE Sexualfunktion

Italienische Wissenschaftler untersuchten, wie sich Störungen der männlichen Sexualfunktion auf das sexuelle Erleben der Partnerin auswirken.

An der Ambulanz für Sexualmedizin der Universität von Florenz gaben 156 Patientinnen in strukturierten Interviews Auskunft über ihre Sexualität und ihre Partnerschaft. Alle Frauen lebten in einer stabilen heterosexuellen Partnerschaft und hatten medizinische Hilfe wegen einer Sexualstörung gesucht. Deren Ausmaß wurde anhand des Female Sexual Function Index (FSFI) quantifiziert.

Negativ auf den FSFI-Wert wirkten sich ein höheres Alter des Partners, Konflikte innerhalb der Beziehung, eine Partnerschaft ohne Beischlaf und die Bereitschaft zum Geschlechtsverkehr aus „Gefälligkeit“ aus. Eine starke negative Korrelation zeigte sich insbesondere mit der Wahrnehmung eines verminderten sexuellen Verlangens beim Mann. Diese verringerte sowohl den FSFI-Gesamtscore als auch die Einzelwerte in den Domänen Erregung, Lubrikation, Orgasmus, Befriedigung

und Schmerz signifikant. Lediglich die weibliche Libido wurde nicht geschmälert.

Andere männliche Sexualstörungen wie vorzeitiger oder verzögerter Samenerguss sowie eine erektile Dysfunktion beeinträchtigten die weibliche Sexualfunktion dagegen nicht. Einen positiven Effekt zeigten häufiger Geschlechtsverkehr und der Wunsch, schwanger zu werden. Anders als in früheren Studien schien auch terminierter Sex nach dem Ovulationskalender die Sexualfunktion zu fördern.

Neben partnerschaftlichen Konflikten und körperlichen Problemen, so schließen die Studienautoren aus ihren Ergebnissen, trägt also offensichtlich vor allem das Gefühl, nicht begehrt zu werden, zur sexuellen Dysfunktion der Frau bei. **CW**

M Maseroli E et al.: Which are the male factors associated with female sexual dysfunction (FSD)? Andrology 2016; 4: 911-20
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/170190

SYNOPSIS

Zwangsstörungen

Nebenwirkung als Erfolgsbarometer

Orgasmusschwierigkeiten zählen zu den häufigen Nebenwirkungen von Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SRI). Offensichtlich können sie bei Zwangsstörungen aber auch den Therapieerfolg vorhersagen.

An der schwedischen Doppelblindstudie nahmen 15 Männer und 16 Frauen mit einer Zwangsstörung teil. Sie erhielten randomisiert entweder den selektiven Wiederaufnahmehemmer (SSRI) Paroxetin, das wenig selektive Trizyklikum Clomipramin oder Plazebo. Zu Beginn, nach sechs und nach zwölf Wochen machten sie anhand einer standardisierten Checkliste Angaben zu ihrer Sexualfunktion. Nach einer und nach vier Wochen wurden zudem der Oxytocin- und SRI-Plasmaspiegel bestimmt.

Vor der Behandlung fand sich eine positive Korrelation des Oxytocinspiegels mit der Schwere der Erkrankung, aber nicht mit eventuell bereits vorhandenen Sexualstörungen. Nach sechs Wochen litten 73% der SRI-behandelten Patienten an Orgasmusproblemen (versus 20% unter Plazebo). In dieser Gruppe lag der Oxytocinspiegel in der vierten Therapiewoche um 17% höher. Bei Patienten ohne Orgasmusstörungen war der Oxytocinwert dagegen nur um 2% gestiegen. Zwischen dem SRI-Spiegel und einer eingeschränkten Sexualfunktion ergab sich dagegen kein Zusammenhang.

Zumindest bei Männern fanden die Studienautoren zudem eine signifikante Assoziation zwischen frühen Orgasmusstörungen und dem späteren Therapieerfolg: Von zehn Männern mit verzögertem Orgasmus sprachen acht auf die SRI-Behandlung an. Bei Frauen ließ sich ein solcher Zusammenhang nicht nachweisen. Offensichtlich, so die Schlussfolgerung, beruht ein Teil der SRI-Wirkungen auf der Beeinflussung des Oxytocin-Systems. Dies scheint Orgasmusprobleme zu fördern, aber Zwangsstörungen entgegenzuwirken. **CW**

R Humble MB et al.: Orgasm, serotonin reuptake inhibition ... Sex Med 2016; 4: e145-55
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/170194

Diese Anzeige ist in der PDF-Version nicht verfügbar.

Anzeigenverwaltung:

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

Systemischer Lupus erythematoses und APS

Schwangerschaftsrisiken managen

An systemischem Lupus erythematoses (SLE) oder Antiphospholipid-Syndrom (APS) erkranken oft junge Frauen zu Beginn der Familienplanungsphase. Drei Rheumatologinnen von der Universität Pisa fassten nun zusammen, was es bei der Planung und Überwachung einer Schwangerschaft zu beachten gilt.



SLE und APS schränken die Fertilität in der Regel nicht ein. Allerdings sollte eine Schwangerschaft stets geplant und sorgfältig überwacht werden. Erhöht ist insbesondere das Risiko für eine Frühgeburt, für Spontanaborte oder intrauterinen Fruchttod, intrauterine Wachstumsrestriktion, SGA-Babys, frühen vorzeitigen Blasensprung, Präeklampsie, Ekklampsie und HELLP-Syndrom. In Phasen erhöhter SLE-Aktivität oder unter der Einnahme potenziell teratogener Medikamente ist eine Konzeption unbedingt zu vermeiden. Auch ein Krankheits Schub in den letzten



Eine Schwangerschaft birgt bei sechs bis zwölf Monaten, SLE-Patientinnen mehr Risiken eine aktive oder frühere Lu-

pusnephritis und fortgeschrittene Organschäden haben sich als Prädiktoren für Schwangerschaftskomplikationen erwiesen. Bei Patientinnen mit APS oder Antiphospholipid-Antikörpern (aPL) zählen frühere Thrombosen, Lupus-Antikoagulans (LA) und Triple-aPL-Positivität zu den stärksten Risikofaktoren.

Voraussetzung für die Planung einer Schwangerschaft ist ein sicherer Konzeptionschutz. In einer Beobachtungsstudie gaben jedoch knapp 60% der befragten SLE-Patientinnen an, im vergangenen Jahr keine Verhütungsberatung erhalten zu haben.

In ihren evidenzbasierten Empfehlungen für Frauengesundheit fasste die European League Against Rheumatism (EULAR) die aktuelle Datenlage zur Familienplanung bei SLE zusammen. Bei Patientinnen mit einer inaktiven oder stabil aktiven Erkrankung, nicht nachweisbaren Antiphospholipid-Antikörpern (aPL) und niedrigem Thromboserisiko sind kombinierte sowie reine Gestagen-Kontrazeptiva nicht mit einem erhöhten Risiko für Krankheitsschübe verbunden. Im Falle eines relevanten aPL-Titers und/oder thromboembolischen Risikofaktoren wie Rauchen, Übergewicht und Hypertonie sollten östrogenhaltige Pillen gemieden werden. Außer für Patientinnen mit extrem

hohem Thromboserisiko gelten reine Gestagen-Präparate als sicher. Die Kupferspirale kann allen SLE-Patientinnen empfohlen werden. Ein Levonorgestrel-IUD bietet für Patientinnen unter Antikoagulanzen oder mit Thrombozytopenie den Vorteil einer verringerten Blutungsstärke.

Kommen in der SLE-Therapie alkylierende Substanzen wie Cyclophosphamid zum Einsatz, sollten in Kooperation mit dem behandelnden Rheumatologen fertilitätserhaltende Maßnahmen in Betracht gezogen werden. GnRH-Analoga haben sich bei SLE-Patientinnen in Beobachtungsstudien als effektiv zur Reduktion der Amenorrhoe und Steigerung der Schwangerschaftsrate erwiesen.

Nierenfunktion überwachen

Während der Schwangerschaft gilt es, die Krankheitsaktivität engmaschig zu kontrollieren. Allerdings können physiologische Veränderungen in der Schwangerschaft SLE-Symptomen ähneln. Insbesondere die Nierenfunktion korreliert mit dem Risiko geburtshilflicher Komplikationen. Serumkreatinin, glomeruläre Filtrationsrate, Urinsediment, Proteinurie und Harnsäure-Serumspiegel sollten deshalb regelmäßig bestimmt werden. Das serologische Profil umfasst unter anderem Komplementlevel (C3/C4) und Doppelstrang-DNA-Antikörper. So können sinkende C3/C4-Spiegel und/oder steigende Anti-dsDNA-Titer helfen, SLE-Exazerbation von Präeklampsie abzugrenzen.

Die sonographische Überwachung des Feten entspricht der bei Hochrisiko-Schwangerschaften. Bei Frauen mit anti-Ro/SSA- oder anti-La/SSB-Antikörpern gehört die fetale Echokardiographie zum Routine-Screening. Etwa 2% der Kinder von Erstgebärenden mit positivem anti-Ro leiden unter einem kongenitalen AV-Block, der häufigsten kardialen Manifestation

des neonatalen Lupus-Syndroms. Bei Frauen, die bereits ein betroffenes Kind geboren haben, steigt das Risiko in nachfolgenden Schwangerschaften auf 16 bis 20%. In diesen Fällen sollte laut EULAR-Empfehlungen in SSW 16 bis 26 wöchentlich, danach 14-tägig ein fetales EKG anberaumt werden. Der Nachweis für einen Benefit einer solchen engmaschigen Überwachung fehlt allerdings noch.

Therapieoptionen bei SLE-Schüben

Zur Krankheitskontrolle vor und während der Schwangerschaft wird Hydroxychloroquin (HCO) empfohlen. Es gibt Hinweise, dass HCO auch das Risiko eines kongenitalen AV-Blocks reduziert. Ob dies auch für APS-Patientinnen gilt, ist noch umstritten. Weitere Therapieoptionen bei SLE-Exazerbationen in der Schwangerschaft sind Glukokortikoide, Azathioprin, Cyclosporin-A, Tacrolimus, intravenöse Immunglobuline und Plasmapherese. Potenziell teratogen wirken dagegen Cyclophosphamid, Mycophenolat-Mofetil, Leflunomid und Methotrexat. Zum Einsatz von Belimumab und Rituximab in der Schwangerschaft liegen bisher noch zu wenig Daten vor.

Um das Präeklampsierisiko zu senken, sollten insbesondere Patientinnen mit Lupusnephritis oder positivem aPL zusätzlich niedrig dosiertes ASS erhalten – idealerweise bereits vor der Konzeption. Bei APS, früheren Thrombosen oder einem hohen Risiko für maternale oder fetale Komplikationen ist eine Kombination aus ASS und Heparin indiziert. **CV**

U Vagelli R et al.: Pregnancy and menopause in patients with Systemic Lupus Erythematosus and/or Antiphospholipid Syndrome: practical guide from EULAR. Pol Arch Intern Med 2017; doi:10.20452/pamw.3906
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/170225

Frage 1: An SLE/APS erkranken oft

- A alte Frauen
- B alte Männer
- C Kinder nach Nephrektomie
- D Kinder mit a-ANCA-Antikörpern
- E junge Frauen in Familienplanung

Frage 2: Frauen mit SLE

- A haben öfter übergewichtige Kinder
- B haben nie aPL-Antikörper
- C vertragen oft kein Kupfer-T
- D sind i. d. .R. normal fertil
- E dürfen kein Hydrochloroquin erhalten

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

Diese Anzeige ist in der PDF-Version nicht verfügbar.

Anzeigenverwaltung:

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



Wenig Lakritz bei Kinderwunsch ist das Resümee einer finnischen Studie mit 378 Kindern. Hatten die Mütter in der Schwangerschaft viel Lakritz oder Getränke mit Glycorizhin (Süßholz) zu sich genommen, waren die Kinder mit elf bis 13 Jahren größer, hatten einen höheren Body Mass Index und waren weiter in ihrer Geschlechtsentwicklung als diejenigen, deren Mütter kaum oder kein Lakritz zu sich genommen hatten. Sie erreichten aber auch im Intelligenztest im Durchschnitt 7 Punkte weniger als die Vergleichsgruppe, zeigten schlechtere Gedächtnisleistungen und häufiger Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsprobleme.

K Rääkkönen K et al.: Maternal licorice consumption during pregnancy and pubertal, cognitive and psychiatric outcomes in children. *Am J Epidemiology* 2017; Epub Feb 03

Ältere Mütter – klügere Kinder. Schlossen Kinder älterer Mütter vor 40 Jahren noch schlechter in kognitiven Tests ab als Nachkommen jüngerer Mütter, hat sich das Blatt jetzt gewendet. Das zeigen drei aufeinanderfolgende englische Geburtskohortenstudien, die 1958, 1970 und 2001 begannen. War in den ersten beiden Kohorten ein mütterliches Alter von 35 bis 39 Jahren noch mit ungünstigeren Ergebnissen in Kognitionstests bei den zehn- bis elfjährigen Kindern assoziiert als bei 25- bis 29-jährigen Müttern, war dies in der jüngsten Kohorte umgekehrt. Eine Erklärung ist die verbesserte sozioökonomische Situation in den jüngeren Kohorten. Ältere Mütter sind heute besser gebildet, rauchen seltener und haben sich im Berufsleben etabliert.

K Goisis A et al.: The reversing association between advanced maternal age and child cognitive ability: evidence from three UK birth cohorts. *Int J Epidemiol* 2017; Epub Feb 8

Die Ehe schützt ältere Frauen nicht. Für Männer ist Trennung und Scheidung ein gesundheitliches Risiko. Das gilt für Frauen nach der Menopause nach der Women's Health Study mit Daten von 79 094 postmenopausalen Frauen nicht. Die in fester Beziehung lebenden Frauen nahmen nach der Menopause stärker zu und tranken mehr Alkohol, als die unverheiratet gebliebenen. Eine Scheidung oder Trennung war assoziiert mit einer Reduktion des Body Mass Index und Bauchumfangs und einer besseren Ernährung und mehr Bewegung.

K Kutob RM et al.: Relationship between marital transitions, health behaviors, and health indicators of postmenopausal women: Results from the Women's Health Initiative. *Journal of Women's Health* 2017; Epub Jan 10

PRAXIS-TIPP

Präeklampsie und Eklampsie

Mütter von Söhnen häufiger betroffen

Bereits vor über 40 Jahren wurde die Beobachtung gemacht, dass das Geschlecht des Kindes das maternale Risiko für Präeklampsie beeinflusst. Studien lieferten dazu allerdings widersprüchliche Daten. Eine aktuelle Metaanalyse gibt nun Aufschluss.

Zur Klärung des Sachverhalts analysierten Forscher 22 Beobachtungsstudien, in welchen der Einfluss des fetalen Geschlechts auf das maternale Risiko für Präeklampsie bzw. Eklampsie beschrieben wurde. Insgesamt lagen Daten von mehr als 3,1 Millionen Schwangeren vor, überwiegend von hellhäutiger europäischer Herkunft. Weitere Studien bezogen sich auf Populationen aus Asien bzw. dem mittleren Osten und Afrika.

In der gepoolten Analyse aller Daten konnte kein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht des Kindes und dem Risiko der Mutter für Präeklampsie und/oder Eklampsie festgestellt werden. Dies änderte sich allerdings bei Analyse der Daten unter Berücksichtigung der ethnischen Zugehörigkeit der Mütter. Schloss man die beiden Studien aus dem asiatischen Raum aus, erkrankten werdende Mütter mit höherer Wahrscheinlichkeit an Eklampsie bzw. Präeklampsie, wenn der Fetus männlich war (RR 1,05).

Die Ergebnisse passen zu der etablierten Beobachtung, dass die Schwangerschaft mit Söhnen mit einem höheren Risiko für verschiedene Schwangerschaftskomplikationen wie Frühgeburt, vorzeitiger Blasensprung, Nabelschnurknoten und auch Gestationsdiabetes verbunden ist.

OH

M Jaskolka D et al.: Fetal sex and maternal risk of pre-eclampsia ... *BJOG* 2017; 124: 553-60
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/170375

Gewalt an Schwangeren

Schwere Folgen für das Kind

In den USA werden jährlich 1,5 bis 4 Millionen Frauen Opfer von physischem, psychischem oder sexuellem Missbrauch durch den Partner. Richtet sich die Gewalt gegen Schwangere, besteht eine erhöhte Gefahr für fetale Komplikationen.

Missbrauch durch den Partner, beispielsweise durch Verletzung des Bauches oder ein sexuelles Trauma, kann den Feten direkt schädigen. Die Misshandlung kann zudem indirekte Folge haben. Denn die psychische Belastung der Mutter kann dazu führen, dass diese sich unzureichend ernährt oder die pränatale Versorgung vernachlässigt. Die Folgen können Fehl- und Frühgeburten, geringes Geburtsgewicht oder Tod des Kindes sein.

Zwar wurden diese Zusammenhänge bereits beschrieben, doch sind seitdem zahlreiche neue Daten veröffentlicht worden. Eingeschlossen waren nun 50 Publikationen, in welchen die Risiken für Frühgeburt, geringes Geburtsgewicht und reduziertes Wachstum des Kindes (small for gestational age, SGA) untersucht wurden. 3 bis 70% der Betroffenen hatten eine Frühgeburt, 3 bis 69% ein untergewichtiges Kind und 6 bis 27% ein SGA-Baby. In der Vergleichsgruppe von über fünf Millionen

nicht betroffenen Frauen rangierten diese Raten zwischen 2 bis 57% bzw. 1 bis 52% und 3 bis 22%. Trotz der heterogenen Daten waren in den gepoolten Analysen ausgeprägte Zusammenhänge feststellbar: Das Risiko für Frühgeburten stieg durch Gewalt nahezu um das Zweifache, das für ein geringes Geburtsgewicht wurde mehr als verdoppelt. Die Risiken stiegen weiter an, wenn mehr als eine Form von Missbrauch, z. B. physischer und psychischer, ausgeübt wurde.

OH

M Donovan BM et al.: Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BJOG* 2016; 123: 1289-99

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/170407

Neueste Studienergebnisse
tagesaktuell per E-Mail

Jetzt registrieren:
www.gyn-depesche.de/newsletter



Mikronährstoffdefizite trotz umfassendem Nahrungsmittelangebot

Mikronährstoffe in der Schwangerschaft phasengerecht supplementieren

Auch ein überreichliches Angebot an Nahrungsmitteln in hoher Qualität bietet keine Garantie für eine ausreichende Versorgung mit Mikronährstoffen.¹ Für Frauen mit Kinderwunsch sowie Schwangere und Stillende hat dies eine besondere Relevanz. Für eine gesunde Schwangerschaft kann daher die phasengerechte Supplementation von Vitaminen und Mineralstoffen, z. B. mit Elevit® 1 und 2 empfehlenswert sein.

Eine zu geringe Zufuhr an Mikronährstoffen über die Nahrung bzw. niedrige Blutspiegel wichtiger schwangerschaftsunterstützender Vitamine und Spurenelemente sind auch in den USA oder Deutschland verbreitet – so das Ergebnis eines aktuellen Reviews. Besonders große Defizite gab es bei Folsäure.¹

Ausreichend Folate für die Frühschwangerschaft

Eine adäquate Versorgung mit Folaten, zu denen auch Folsäure gehört, ist jedoch insbesondere in den ersten Wochen der Schwangerschaft entscheidend für die Entwicklung des Kindes. Frauen mit Kinderwunsch sollten daher mindestens vier Wochen vor der geplanten Schwangerschaft ein Supplement mit Folat zusätzlich zur folatreichen Ernährung einnehmen.² Studien zufolge reduziert die präkonzeptionelle Folat-Supplementierung das Risiko für Neuralrohrdefekte um 70%.³

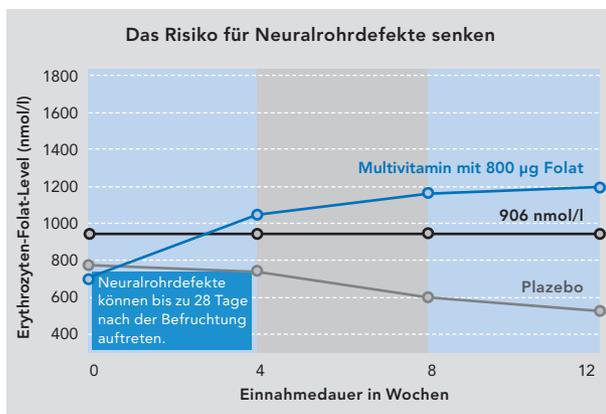


Abb. 1: Mit 800 µg Folat wird der präventiv relevante Folatspiegel rasch erreicht.⁴ Ein Folat-Level von 906 nmol/l liefert optimalen Schutz vor Neuralrohrdefekten.³

Eine gute Empfehlung zur Folsäure-Supplementierung bei Kinderwunsch und in der Schwangerschaft bis zum Ende des ersten Trimesters ist Elevit® 1, das pro Kapsel 800 µg Folat (in Form von Folsäure und Metafolin®*) enthält und dazu beiträgt, rasch präventiv relevante Folsäurespiegel von 906 nmol/l zu erreichen (siehe Abb. 1).⁴ Mit Metafolin® werden dabei auch Frauen mit Folat versorgt, die aufgrund ihrer genetischen Disposition Folsäure nur unzureichend metabolisieren können.

Neben Folat enthält Elevit® 1 auch Jod, Eisen, Selen und Zink. Zink trägt dabei zu einer normalen Fruchtbarkeit und Reproduktion bei. Kim et al. konnten zeigen, dass die Zink-Homöostase einen wichtigen Anteil an der gesunden Entwicklung von Eizellen hat – insbesondere auf die Meiose, die Kernteilung der diploiden Zellen (siehe Kasten).⁵ Doch etwa jede fünfte Frau in Deutschland nimmt zu wenig Zink mit der Nahrung auf.⁶ In der Schwangerschaft steigt auch der Bedarf an Eisen, da sich das Blutvolumen während der Gravidität erhöht. Selen unterstützt die Schilddrüsenfunktion und schützt als Antioxidans die Zellen vor oxidativem Stress.

Omega-3-FS

Omega-3-FS

Mit Beginn des zweiten Trimesters der Schwangerschaft gewinnt die Versorgung des Feten mit Docosahexaensäure (DHA) und

Zink: Wichtige Funktion bei früher Embryonalentwicklung

Metallionen wie Eisen, Kupfer und Zink spielen eine wichtige Rolle im Stoffwechsel nahezu aller Zellen, sowohl im strukturellen und katalytischen Bereich, als auch bei der Signaltransduktion. Die Anreicherung von Zink in den Zellen während der Meiose legt nahe, dass das Metall von großer Bedeutung in der zytoplasmatischen Reifung der Eizellen ist. Kim et al. untersuchten die Relevanz von Zinkionen während der Meiose und sehr früher Embryonalstadien in In-vitro-Modellen mit Hilfe von murinen Ei- und Embryonalzellen. Sie konnten zeigen, dass für die Entwicklung eines gesunden Embryos eine profunde kurzzeitige Veränderung des Zinkgehaltes in den Eizellen für den normalen Ablauf der Meiose und eine ordnungsgemäße zytoplasmatische Reifung unverzichtbar ist.⁵

Eicosapentaensäure (EPA) an Bedeutung. Schwangere sollten daher zweimal in der Woche Fisch in ihren Speiseplan integrieren, was jedoch oftmals abgelehnt wird. Hier kann Elevit® 2 einen wichtigen Beitrag leisten: Es enthält 200 mg DHA und 80 mg EPA. Hinzu kommen, neben weiteren Vitaminen und Mineralien, 400 µg Folat (Folsäure und Metafolin®*) sowie Eisen, Zink und Selen für den Bedarf ab der 13. Schwangerschaftswoche.

Literatur

[1] Schäfer E, J Nutr Disorders Ther 2016; 6: 199. doi:10.4172/2161-0509.1000199; [2] www.dge.de/wissenschaft/referenzwerte/folat; [3] EFSA Journal 2013; 11(7): 3328; [4] Schäfer E et al., Vitam Miner 2016, 5:1 doi.org/10.4172/2376-1318. 1000134; [5] Kim AM et al., Nat Chem Biol. 2010; 6(9): 674-681; [6] NVS II 2008; www.mri.bund.de/Nationale_Verzehrsstudie; [7] www.dge.de/wissenschaft/referenzwerte/zink
*Metafolin® ist eine eingetragene Marke der Merck KGaA, Darmstadt

Impressum

Herausgeber: GFI. Corporate Media
V. i. S. d. P.: Michael Himmelstoß
Redaktion: GFI. Gesellschaft für medizinische Information mbH, München
Berichterstattung: Monika Walter
Druck: Vogel Druck, Höchberg, © 2017 GFI

Mit freundlicher Unterstützung der Bayer Vital, Leverkusen

Perinatale Todesfälle

Kindsverlust erhöht Sterblichkeit der Mutter

Während oder kurz nach der Geburt ihr Baby zu verlieren, bedeutet für die Mutter große Trauer und emotionalen Stress. Dänische Wissenschaftler untersuchten, ob das die Mortalität beeinflusst.

Von knapp 840 000 Müttern, die zwischen 1980 und 2008 in Dänemark mindestens ein Kind geboren hatten, erlebten 7690 (0,92%) einen perinatalen Todesfall. Während der Nach-

beobachtungszeit von im Mittel 15 Jahren starben 8883 Frauen der Gesamtkohorte.

Die Mortalität der Frauen, deren Kind tot zur Welt kam oder in der ersten Lebenswoche starb, lag um 83% höher als in der Gruppe ohne einen solchen Todesfall. Bekannte Einflussfaktoren wie das Alter und Schulbildung waren dabei bereits berücksichtigt. Frauen, die noch am Tag der Entbindung starben, gingen nicht in die Analyse ein.

Eine starke Assoziation zeigte sich insbesondere mit kardiovaskulären Todesfällen: Trotz der Anpassung an Herz-Kreislauf-Erkrankungen bis zur Entbindung stieg die Mortalität durch ebensolche Ereignisse nach einem perinatalen Verlust auf das 2,3-fache. Die Sterblichkeit aufgrund von Unfällen, Suiziden oder Krebserkrankungen erhöhte sich dagegen nicht signifikant. **CW**

█ Hvidtjørn D et al.: Mortality in mothers after perinatal loss ... BJOG 2016; 123: 393-8

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/170101

KOMMENTAR

Erstmals wurde in einer Studie versucht, die Auswirkungen eines frühen Kindsverlustes auf die Mortalität der Mütter von einer vorbestehenden Pathophysiologie zu trennen. Die beobachtete Assoziation mit der kardiovaskulären Mortalität ließe sich aber in ihrem kompletten Umfang durch zwei andere bekannte Einflussgrößen erklären: durch Nikotinkonsum und genetische Prädisposition. Beides wurde offensichtlich entweder nicht erfasst oder ging nicht in die Sensitivitätsanalyse ein. Dieses Versäumnis gilt es in künftigen registerbasierten Studien oder Folgeauswertungen aufzuholen.

Radin RG et al.: Cardiovascular mortality in mothers following perinatal loss is a significant problem with an elusive cause. Ebd. 399

Zervixreifung

Foley-Katheter auf Zug fixieren?

Als Alternative zu Prostaglandinen erfreuen sich transzervikale Ballonkatheter zur Geburtseinleitung steigender Beliebtheit. US-amerikanische Gynäkologen untersuchten, ob eine Befestigung des Katheters unter Spannung die Entbindung beschleunigt.

In einem Perinatalzentrum in St. Louis (Missouri) war bei 140 Schwangeren mit einem Bishop-Score ≤ 6 und regelrechter fetaler Schädelage eine Geburtseinleitung mittels transzervikalem Foley-Katheter vorgesehen. Randomisiert wurde der mit 50 ml Kochsalzlösung befüllte Katheter bei der Hälfte der Patientinnen am inneren Oberschenkel auf Zug befestigt. Alle 30 Minuten wurde die Spannung kontrolliert und soweit nötig erneuert. Zusätzlich erhielten alle Frauen niedrig dosiertes Oxytocin i.v. (maximal 6 mU/min), solange sie den Katheter trugen.

Von der Katheter-Insertion bis zur Entbindung verging in beiden Gruppen etwa gleich viel Zeit (16,2 mit versus 16,9 Stunden ohne Zug). Auch die Rate der vaginalen Entbindung

gen innerhalb von 24 Stunden sowie die Sectiorate unterschieden sich nicht signifikant. Allerdings beschleunigte sich die Expulsion des Katheters durch die Befestigung unter Zug: Die mittlere Verweildauer betrug in der Kontrollgruppe 4,6 Stunden, in der Studiengruppe nur 2,6 Stunden. Dies führte zu einer Reduktion des Oxytocin-Verbrauchs.

Transzervikale Ballonkatheter erfahren seit etwa 15 Jahren eine Renaissance in der Geburtseinleitung. Im Vergleich zu Prostaglandinen ist ihr Einsatz preiswerter und mit einem geringeren Risiko für uterine Überstimulierungen verbunden. Die ideale Form der Anwendung – mit welcher Füllmenge, mit oder ohne zusätzlichem Misoprostol oder Oxytocin – wird allerdings kontrovers diskutiert. Zumin-



Gastroschisis

Kinder besser früher entbinden

Eine fetale Gastroschisis erhöht das Totgeburtsrisiko. Unklar war bislang jedoch, in welchem Gestationsalter die Entbindung erfolgen sollte.

In den US-amerikanischen Geburtsregistern der Jahre 2005 und 2006 fanden sich 860 Fälle von Gastroschisis (0,04%). Die Totgeburtenrate bei den betroffenen Schwangerschaften betrug 4,8%. Die genauere Auswertung zeigte: Bis zur 35. SSW etwa blieb das Totgeburtsrisiko stabil, danach stieg es merklich an. In der 39. SSW lag es bei 13,9 pro 1000. Die Zahl der postnatalen Todesfälle sank dagegen bis zur 34. SSW kontinuierlich, um dann auf einem Niveau von 62 bis 68 pro 1000 zu verharren. Kombinierte man beide Risiken, so wirkte sich nach der 37. SSW ein abwartendes Management ungünstig aus. Bis zur 36. SSW überwog der Nachteil einer frühen Geburt. Um das Sterberisiko zu minimieren, halten die Autoren bei einer pränatal diagnostizierten Gastroschisis daher die Entbindung in der 37. SSW für sinnvoll. **CW**

█ Sparks TN et al.: Gastroschisis: mortality risks with each ... Am J Obstet Gynecol 2017; 216: 66.e1-7

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/170197

dest für die Katheter-Befestigung unter Spannung herrscht nach der US-amerikanischen Studie mehr Klarheit: Offensichtlich kann sie die Geburt nicht beschleunigen. **CW**

█ Fruhman G et al.: Tension compared to no tension on a Foley transcervical catheter for cervical ripening: a randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol 2017; 216: 67.e1-9

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/170218

Ihr neuer Arbeitsspeicher: Die Wissensdatenbank der GFI.

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

www.gyn-depesche.de

1

2

3

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

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

Die für Sie relevanten Inhalte
finden Sie im Handumdrehen:

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

Endothelfunktion in der Menopause

Sport macht Gefäßwände wieder fit

In der Postmenopause steigt die Prävalenz einer vaskulären Dysfunktion. Körperliches Training (3x/Woche Fahrradergometer) kann dem offensichtlich entgegenwirken.

An der Universität von Kopenhagen wurde der Effekt eines zwölfwöchigen Fahrradergometer-Trainings auf die Endothelfunktion getestet. Vor dem Training fand sich bei den postmenopausalen Frauen eine geringere vasodilatatorische Reaktion – sowohl auf Acetylcholin als auch auf Epoprostenol. Beide Substanzen wurden in verschiedenen Konzentrationen in die A. femoralis infundiert, um anschließend Blutflussgeschwindigkeit und Blutdruck zu messen. In beiden Gruppen zeigte sich ein vergleichbarer Anstieg der Prostacyclin-Freisetzung nach Acetylcholingabe. Auch wenn die Acetylcholin-induzierte Bildung von Prostacyclin durch gleichzeitige Infusion des Cyclooxygenase-Inhibitors Ketorolac gehemmt wurde, reduzierte sich die Vasodilatation in beiden

Gruppen in gleichem Maß. Daraus schlossen die Studienautoren, dass nach der Menopause zwar die Prostacyclin-Sensitivität der Gefäßwände zurückgeht, das Gleichgewicht zwischen vasodilatatorischen und vasokonstriktiven Prostanoiden aber erhalten bleibt.

Nach der dreimonatigen Trainingsphase stieg die vasodilatatorische Reaktion auf Acetylcholin und Epoprostenol bei den postmenopausalen Frauen signifikant an und erreichte etwa das Niveau der prämenopausalen Frauen. Offenbar lässt sich die vaskuläre Adaptationsfähigkeit in der frühen Postmenopause noch durch sportliches Training verbessern. **CW**

■ Nyberg M et al.: Early postmenopausal phase is associated ... Hypertension 2016; 68: 1011-20
 Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/170095

Hormonersatztherapie

Nicht alles über einen Kamm scheren

Nach den beunruhigenden Ergebnissen der WHI-Studie hat die Hormonersatztherapie (HRT) bei vielen Patientinnen einen schlechten Ruf. Oft beruht das jedoch auf einem wenig differenzierten Meinungsbild.

Etwa 80% aller Frauen leiden während und nach der Menopause an Beschwerden wie Hitzewallungen, Nachtschweiß und depressiven Verstimmungen. Doch nur ein kleiner Teil erhält eine HRT. Hauptgrund dafür sind für viele Patientinnen, aber auch einige Ärzte, die vor über zehn Jahren veröffentlichten Ergebnisse der Women's Health Initiative (WHI), nach denen die HRT das Risiko für Brustkrebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöht. Inzwi-

schen belegen jedoch zahlreiche andere Studien, dass Nutzen und Risiko der HRT wesentlich vom Alter der Patientin, den seit der Menopause vergangenen Jahren und der Art der HRT abhängen. Das wissen viele Frauen nicht, erklärte Louise R. Newson, die eine Menopause-Sprechstunde in Mittelengland führt.

Um eine fundierte Entscheidung für oder wider eine HRT fällen zu können, sollten betroffene Frauen ausführliche und differenzierte Informationen erhalten. Nachgewiesenermaßen verbessert eine in der frühen Postmenopause begonnene HRT vasomotorische Beschwerden, Depressionen und reduzierte Libido und senkt das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen und Osteoporose sowie die Mortalität. Die Zahl der qualitätsadjustierten Lebensjahre steigt erheblich.

Von Bedeutung ist neben dem Startzeitpunkt auch die Gestagenkomponente und die Administration. So scheinen mikronisierte Gestagene und Dydrogesteron mit einem geringeren Risiko für Mammakarzinome, kardio-



„WIE ICH SEHE, BEZAHLT IHRE VERSICHERUNG GRÜNE, GELBE, WEISSE, ROTE UND LILA PILLEN. ICH MUSS IHNEN ABER BLAUE VERSCHREIBEN.“

PRAXIS-TIPP

Postmenopausale Blutungen

Wann Hysteroskopie?

Postmenopausale Blutungen und ein verdicktes Endometrium sprechen für ein erhöhtes Karzinomrisiko. Ob und wann bei einem negativen Biopsieergebnis eine weiterführende invasive Diagnostik angezeigt ist, untersuchte man in den Niederlanden.

In zwölf Kliniken nahmen 200 Patientinnen mit postmenopausalen Blutungen, einer Endometriumdicke über 4 mm und benigner Histologie an einer Studie teil. In 98 Fällen wurde eine Kochsalz-Instillationssonographie (SIS, Saline Infusion Sonography) mit anschließender Hysteroskopie durchgeführt. In der Vergleichsgruppe erfolgte keine weiterführende Diagnostik.

Mithilfe der Hysteroskopie gelang es zwar nicht, das Risiko wiederkehrender Blutungen zu reduzieren. Bei jeder zweiten Patientin wurden jedoch Polypen diagnostiziert. Nach Hysterektomie fand sich in der Pathologie bei drei Frauen ein Endometriumkarzinom. Als gutes diagnostisches Instrument erwies sich auch die SIS: Mit ihr ließen sich Polypen mit hoher Sensivität und Spezifität darstellen. Die Autoren empfehlen, bei postmenopausalen Patientinnen mit vaginalen Blutungen und verdicktem Endometrium, aber negativem Biopsiebefund zunächst eine SIS durchzuführen. Abhängig von deren Ergebnis könne sich daran eine Hysteroskopie anschließen. **CW**

■ Van Hanegem N et al.: Diagnostic workup for postmenopausal ... BJOG 2017; 124: 231-40
 Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/170224

vaskuläre Erkrankungen und thromboembolische Ereignisse assoziiert zu sein als Gestagene mit androgener Wirkung. Im Vergleich zur oralen Gabe ist die niedrig dosierte transdermale Applikation von Östrogen ebenfalls mit einem niedrigeren Gefäßrisiko verbunden. Klagt die Patientin über urogenitale Atrophie, bringt zusätzlich verordnetes vaginales Östrogen effektive Linderung. **CW**

■ Newson LR: Best practice for HRT: unpicking the evidence. Brit J Gen Pract 2016; doi: 10.3399/bjgp16X687097

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/170107

Diese Anzeige ist in der PDF-Version nicht verfügbar.

Anzeigenverwaltung:

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

Urogenitales Menopausensyndrom (vulvovaginale Atrophie)



So behandeln Sie die urogenitalen Symptome der Menopause

Die vulvovaginale Atrophie heißt jetzt „urogenitales Menopausensyndrom“ (genitourinary syndrome of menopause, GSM) – so haben es die „International Society for the Study of Women’s Sexual Health“ und die „North American Menopause Society“ in 2014 vorgeschlagen. Man suchte eine Bezeichnung, die die Vielfalt der Symptome besser umfasst und die es den betroffenen Frauen wegen einer geringeren Stigmatisierung leichter macht, über die Erkrankung zu sprechen. Die typischen Symptome des GSM hingegen sind unverändert und weitestgehend bekannt. Nun fasste eine aktuelle Übersichtsarbeit die verfügbaren Therapieoptionen zusammen.

Ursache des urogenitalen Menopausensyndroms ist die chronische Hypoöstrogenämie, die im Rahmen der Menopause entsteht. Mehr als die Hälfte aller postmenopausalen Frauen sind vom GSM betroffen. Da die Patientinnen aber häufig nicht mit ihrem Arzt über die Symptome sprechen, gilt das GSM als unterdiagnostiziert. Nur 54% besprechen Sexualität mit ihrem Arzt, wenn sie danach gefragt werden.

Es können auch prämenopausale Frauen (etwa 15%) unter den Symptomen des GSM leiden, wenn z. B. eine chirurgisch induzierte Menopause vorliegt.

Genital, urologisch, sexuell

Ein GSM kann sich in drei Bereichen manifestieren. **1. Externe Genitalien.** Hier sind typische Symptome vaginaler oder Beckenschmerz, Scheidentrockenheit und -irritationen, Brennen, Pruritus vulvae, verminderter Turgor/Elastizität, suprapubischer Schmerz, Erythem, Ausdünnung der Schambehaarung, Verdünnung und Abblässen des Vaginalepithels, Fusion der Labia minora oder Petechien. **2. Urologische Symptome** können bestehen aus Drang- oder Stressinkontinenz, Nachtröpfeln, Nykturie, Dysurie, Hämaturie oder rezidivierende Harnwegsinfekte. Ursächlich ist, dass vulvovaginales und urologisches Gewebe den selben embryonalen Ursprung mit einer vergleichbaren Östrogenrezeptorausstattung aufweisen. **3. Sexuelle Probleme** im Zusammenhang mit GSM können sein: Libidoverlust, reduzierte Erregbarkeit, verminderte Lubrikation, Dyspareunie, Dysorgasmie, Beckenschmerzen oder koitusbedingte Blutungen.

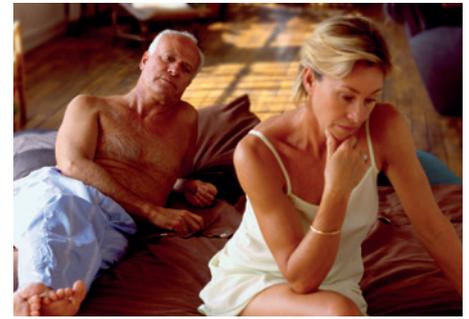
Wenn postmenopausale Patientinnen in der Praxis über Dyspareunie wegen vaginaler Trockenheit klagen, handelt es sich in den allermeisten Fällen um ein urogenitales Menopausensyndrom.

Östrogen, systemisch oder topisch?

Bei moderaten bis schweren GSM-Symptomen ist eine **Östrogentherapie (ET)** am wirkungsvollsten, um den VMI anzuhoben (vaginaler Maturationsindex; relativer Prozentsatz superfizieller zu intermediären parabasalen Zellen). Bei leichteren Symptomen sind nicht-hormonelle Therapien subjektiv effektiv; sie stellen aber auch generell eine Option dar, wenn das Risiko von östrogenabhängigen Karzinomen besteht.

Die ET stellt die Standardbehandlung bei GSM dar; sie verbessert das Vaginalepithel, wirkt auf die Gefäße, steigert die Sekretion und senkt den pH-Wert, um die physiologische Vaginalflora wiederherzustellen. Sowohl systemisch (oral oder Pflaster) als auch topisch ist die ET effektiv. Man muss aber die Risiken einer Hormontherapie abwägen und sollte niedrigstmöglich dosieren. Denn systemische Östrogene können am Endometrium zu Proliferation, Hyperplasie und Karzinom führen. Weitere Nebenwirkungen (wenn diese auch generell selten auftreten) können sein: Brustschmerzen und -vergrößerung, vaginale Blutungen, Übelkeit, Kopf-, Rücken- und Bauchschmerzen und Gewichtszunahme (bei Pflastern auch lokale Hautirritationen). Einer lokalen ET wohnen diese Risiken nicht inne, dafür kann sie zu Sekretionen und Pruritus führen; ebenso wirkt sie nicht auf eine ggf. vorhandene Osteoporose oder vasomotorische Symptome. Um negative Langzeiteffekte zu minimieren, kann man raten, die Creme oder das Gel für sechs Monate anzuwenden und dann eine vorübergehende Therapiepause einzulegen.

Klare ET-Kontraindikationen stellen Mammakarzinom, andere östrogenabhängige Karzinome, unklare vaginale Blutungen, Thromboembolien, Endometriumhyperplasie oder -karzinom, Hypertonus, Hyperlipidämie,



Wenn fehlendes Östrogen die Lebensqualität beeinflusst ...

Lebererkrankungen, Apoplex-Anamnese, KHK, Schwangerschaft, Migräne mit neurologischen Symptomen und Cholezystitis dar.

Bei der Entscheidung „systemisch versus topisch“ sollte man zudem bedenken, dass die bei Frauen mit vorhandenem Uterus zusätzlich gegebenen Gestagene weitere Nebenwirkungen verursachen können; dafür wirkt die systemische ET auch gegen Osteoporose und Hitzewallungen. Bei einer lokalen Gabe sind zusätzliche Gestagene verzichtbar; sie ist zudem besonders geeignet, wenn die vaginalen Atrophiesymptome im Vordergrund stehen.

Topische Östrogene helfen außerdem gut bei den urologischen GSM-Symptomen wie Drang- und Stressinkontinenz und Nykturie. Eine große Cochrane-Analyse befand in 2006, dass alle Arten der topischen ET vergleichbar effektiv zur Verbesserung von Dyspareunie, vaginalem Juckreiz und Scheidentrockenheit sind.

SERM, DHEA und andere

Eine weitere therapeutische Option stellen SERM dar (selektive Östrogenrezeptormodulatoren). Der SERM **Ospemifen** ist für Patientinnen geeignet, bei denen eine ET nicht infrage kommt. Aktuelle Daten zeigen, dass die Substanz effektiv und sicher zur Behandlung der vulvovaginalen Atrophie und der Dyspareunie angewendet werden kann. Allerdings kann Ospemifen die Inzidenz von Thromboembolien erhöhen. Ein anderer effektiver SERM, Lasofoxifen, ist in Deutschland nicht erhältlich, ebenso wie Bazedoxifen, welches in Kombination mit konjugiertem Östrogen verträglicher als Östrogen+Gestagen sein soll.

Das synthetische Steroid **Tibolon** hatte in Studien nicht nur eine positive Wirkung auf den VMI, sondern konnte durch seine teilandrogene Wirkung auch das sexuelle Verlangen steigern. Zudem sah man, dass die Substanz Inkontinenz und Nykturie reduzierte.

Das Neuropeptid **Oxytocin**, appliziert als Gel, wirkte in Studien „normalisierend“ auf das Vaginalepithel und führte zu einer signifikanten Reduzierung der von Patientinnen als am meisten einschränkend wahrgenommenen Symptomen. Es senkte den Vaginal-pH, ohne die Endometriumdicke zu beeinflussen.

Auch **Dehydroepiandrosteron (DHEA)** wurde bei GSM getestet, und eine aktuelle randomisierte Doppelblindstudie zeigte, dass DHEA (0,5% intravaginal appliziert) den VMI besserte, den pH senkte und Schmerzen beim Geschlechtsverkehr reduzierte. Allerdings benötigt man zur endgültigen Bewertung dieser Substanz noch weitere Studien.

Auch eine lokale Behandlung mit **Laser** kann die GSM bessern (Stimulation von Vaskularisierung, Glykogenspeicherung, und Kollagen- und Extrazellulärmatrix-Produktion).

Aber auch **Lebensstiländerungen** können bei GSM helfen. So erhöht eine aufrechterhaltene sexuelle Aktivität die Scheidenelastizität, stärkt die relevante Muskulatur und fördert die Vaskularisierung. Ein Rauch-Stopp kann ebenfalls Symptome bessern, und das Tragen von lockerer Kleidung kann zur Steigerung der genitalen Durchblutung beitragen. **CB**

S Gandhi J et al.: Genitourinary syndrome of menopause: an overview of clinical manifestations, pathophysiology, etiology, evaluation, and management. Am J Obstet Gynecol 2016; 215: 704-11
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/170365

Frage 3: Die Ursache des GSM ist

- A** Östrogenmangel
- B** Hyperöstrogenämie
- C** nicht bekannt
- D** Androgenmangel
- E** Hermaphroditismus

Frage 4: Beim GSM kommt es zu

- A** Vaginaler Hypervaskularisierung
- B** Scheidentrockenheit
- C** Hypertrichosis am Mons pubis
- D** Harnverhalt
- E** Libidosteigerung

Frage 5: Therapeutisch NICHT infrage kommt beim GSM

- A** Testosteron i.v.
- B** systemisches Östrogen
- C** topisches Östrogen
- D** Ospemifen oder Tibolon
- E** Oxytocin

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

Sinn der Menopause

Drei Theorien

Der Beginn der Menopause ist definiert als die letzte Regelblutung, die als solche retrospektiv bestimmt wurde, nach der mindestens ein Jahr lang keine Menstruation mehr auftrat. Aber was für einen evolutionären Sinn hat die Menopause eigentlich?

1. Die Partnerwahl-Hypothese. Eine kürzlich vorgestellte populationsgenetische Hypothese geht von einer entwicklungsgeschichtlichen Änderung im Partnerwahl-Verhalten als Ursache der Entwicklung der weiblichen humanen Menopause aus. Das führte zur zunehmenden Durchsetzung vom „Menopause-Phenotyp“ im menschlichen Genpool. Was hatte sich geändert? Männer begannen evolutionsbiologisch zunehmend, jüngere Frauen als Partner zu wählen. Anders als z. B. männliche Schimpansen oder Gorillas, die heute noch ältere Partnerinnen bevorzugen. Beim Menschen führte das dazu, dass der Selektionsdruck für ältere Frauen sank, und Menopause-Gene akkumulieren konnten.

2. Hypothese der verlängerten Lebenserwartung. Moderne Menschen leben im Durchschnitt länger als früher. Das hat extrinsische (z. B. Gesundheitsversorgung) und intrinsische (Genetik) Gründe. Dabei überleben Frauen schlicht ihre angeborene Reproduktionskapazität zunehmend länger. Ein län-

geres Leben kann Grundlage eines Selektionsmechanismus sein, bei dem die Evolution zwischen früher Reproduktion und Tod abwägen muss. Die größte Schwäche dieser Hypothese ist es allerdings, dass sie nicht erklären kann, weshalb Männer bis ins hohe Alter fertil bleiben.

3. Großmutter-Hypothese. Die Großmutter-Hypothese geht davon aus, dass es für ältere Frauen durchaus von Vorteil sein kann, keine eigenen Kinder mehr auf die Welt zu bringen, und sich stattdessen um die Versorgung der Enkel zu kümmern. Die eigene Fitness wird dadurch möglicherweise besser erhalten als durch das Gebären. Und auch für die Sippe kann das von Vorteil sein, denn die jüngeren Frauen können – sind sie erst einmal von der Kindererziehung entlastet (durch die Großmutter) – mehr neuen Nachwuchs zur Welt bringen (kürzeres Geburtsintervall). **CB**

G Takahashi M et al.: A theory for the origin of human menopause. Front Genet 2017; 7: 222
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/170170

CAVE

Dosisabhängiger Effekt

Cave: Thromboserisiko unter Antipsychotika

Seit längerem schon stehen Neuroleptika unter dem Verdacht, das Risiko venöser Thromboembolien zu erhöhen. Vorsicht ist insbesondere bei postmenopausalen Frauen geboten, wie jetzt chinesische Wissenschaftler herausfanden.

Aus taiwanesischen Krankenversicherungsunterlagen gingen 2520 Fälle neu diagnostizierter venöser Thromboembolien (VTE) bei über 50-jährigen Frauen hervor. Es stellte sich heraus, dass eine antipsychotische Therapie in den letzten 30 Tagen vor dem Indexdatum das VTE-Risiko auf das 1,9-fache erhöhte. Der beobachtete Effekt erwies sich als dosisabhängig: Am höchsten, nämlich auf das 4,6-fache, stieg das Risiko bei einer Chlorpromazin-Äquivalenzdosis von mehr als 300 mg. Auch der Administrationsweg spielte eine Rolle: Bei oraler Gabe kletterte das Risiko „nur“ auf das 1,44-fache, bei parenteraler Gabe dagegen auf das 3,46-fache. Neuroleptika mit hoher Rezeptoraffinität wirkten sich stärker auf das VTE-Risiko aus als niedrigaffine. Lag das Ende der Therapie allerdings schon mehr als drei Monate zurück, fand sich kein erhöhtes Risiko.

Die Autoren plädieren dafür, bei postmenopausalen Frauen unter Antipsychotika ein besonderes Augenmerk auf das individuelle VTE-Risiko zu legen und bei Bedarf parallel eine Heparin-Prophylaxe einzuleiten. **CW**

G Wang MT et al.: Use of antipsychotics and risk of venous ... Thromb Haemost 2016; 115: 1209-19
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/170094

Bakterielle Vaginose – State of the Art

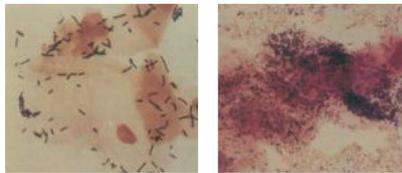
Verlust von Laktobazillen ist nicht immer pathologisch

Bakterielle Vaginosen sind mit einer Vielzahl von Erkrankungen und Auffälligkeiten im Bereich des Genitaltrakts assoziiert. Offensichtlich gibt es jedoch mehrere Subpopulationen von Patientinnen mit unterschiedlicher klinischer Relevanz. Vier Wissenschaftler des New Yorker Weill Cornell Medical College veröffentlichten eine kritische Analyse des aktuellen Kenntnisstands.

Die bakterielle Vaginose (BV) ist die häufigste Erkrankung des unteren Genitaltrakts bei Frauen im fortpflanzungsfähigen Alter. Charakterisiert ist sie durch ein vaginales Mikrobiom, in dem die normalerweise dominierenden Laktobazillen durch eine Mischflora aus anaeroben und fakultativ anaeroben Keimen verdrängt sind. Typische BV-assoziierte Mikroorganismen sind *Gardnerella*, *Atopobium*, *Prevotella*, *Megasphaera*, *Leptotrichia*, *Sneathia*, *Bifidobacterium*, *Dialister*, *Clostridium*-Spezies und *Mycoplasma hominis*. Mit den Folgen einer solchen atypischen Besiedlung beschäftigten sich zahlreiche Studien. Als belegt gelten beispielsweise Assoziationen mit einem höheren Risiko für Infertilität, geringere IVF-Erfolgsraten, HPV-Infektionen, präkanzerogene CIN-Läsionen und postoperative Infektionen nach Hysterektomie. Die Transmission von HIV, Neisserien und Chlamydien scheint eine BV ebenfalls zu erleichtern. In der Schwangerschaft fanden sich Zusammenhänge zwischen einer BV und einem höheren Fehl- und Frühgeburtsrisiko, geringerem Geburtsgewicht und neonataler Morbidität.

Allerdings zeigen die beobachteten Assoziationen oft nur ein geringes Ausmaß und große Varianz, kritisieren die Autoren der Übersichtsarbeit. Eine mögliche Ursache sind Unterschiede bei der Diagnose: Während früher die Amsel-Kriterien herangezogen wurden – die auch vaginale Symptome einschließen –, erfolgt die BV-Diagnose heute überwiegend aufgrund des Nugent-Scores in der Gramfärbung. Dabei sind jedoch beispielsweise *Lactobacillus iners* und *Gardnerella vaginalis* aufgrund ihrer ähnlichen Morphologie nicht immer eindeutig zu unterscheiden, was zu Fehl-diagnosen führen kann.

Eine weitere diagnostische Schwierigkeit: Die Zusammensetzung der Vaginalflora ist keineswegs stabil. Bei vielen Frauen schwankt sie im Verlauf eines Menstruationszyklus. Auch die Verwendung von Vaginalduschen, Geschlechtsverkehr oder sportliches Training



Links: Nugent-Score = 0; rechts: Nugent-Score = 10

können das Mikrobiom temporär verändern. Wird ein solcher transients Anstieg einer BV-assoziierten Bakterienflora antibiotisch behandelt, kann das das bakterielle Gleichgewicht nachhaltig stören.

Zudem gibt es eine beträchtliche Anzahl offensichtlich gesunder Frauen, deren Vaginalflora nicht in erster Linie Laktobazillen enthält, sondern andere Milchsäureproduzenten und variable Anteile von fakultativen oder anaeroben Bakterien, die normalerweise mit BV in Verbindung gebracht werden.

Drei Gruppen von Patientinnen

Generell gilt die BV als sehr rezidivfreudig. In Studien kehrte die Dominanz der BV-assoziierten Bakterien bei mehr als der Hälfte der Patientinnen innerhalb von sechs bis zwölf Monaten nach der Antibiotikatherapie wieder – möglicherweise, weil sie bei diesen Frauen die normale Form der Scheidenbesiedelung darstellte, vermuten die Autoren. Sie postulieren drei Subpopulationen von BV-Patientinnen: diejenigen mit einem **transienten Anstieg** BV-assoziiierter Bakterien, diejenigen, deren normale Vaginalflora von **BV-assoziierten Bakterien dominiert** wird, und diejenigen mit einer **persistierenden atypischen Verschiebung** des bakteriellen Gleichgewichts. Nur in der dritten Gruppe stellt die BV ein behandlungsbedürftiges Problem dar. Welche Faktoren ausschlaggebend für die Persistenz BV-assoziiierter Bakterien in der Vaginal-

flora sind, ist noch wenig erforscht. Unklar ist auch, ob der Verlust von Laktobazillen die Verschiebung auslöst – oder ob diese erst durch das vermehrte Wachstum der BV-Bakterien verdrängt werden. Man weiß jedoch, dass *Gardnerella vaginalis* und andere typische BV-Spezies auch in Lactobacillus-dominierten Mikrobiomen von gesunden Frauen enthalten sind. Nur eine Kombination aus Wirts- und Erregerfaktoren kann dazu beitragen, dass sich bestimmte Keime bevorzugt vermehren.

Dabei spielen verschiedene Komponenten des angeborenen, unspezifischen Immunsystems eine Rolle, vor allem antimikrobielle Peptide (AMP). Im unteren Genitaltrakt findet man eine Vielzahl dieser niedrigmolekularen Stoffe mit breiter mikrobizider Wirkung. Eine veränderte Zusammensetzung ist mit einem erhöhten BV-Risiko assoziiert. Beispielsweise enthält der Fluor von Patientinnen mit einer persistierenden BV mehr Laktoferrin: Dieses Protein bindet Eisen, das Gardnerellen zur Proliferation benötigen, und wird als Teil der Immunantwort auf eine pathologische Besiedelung vermehrt produziert. Die Konzentration von NGAL (neutrophil gelatinase-associated lipocalin), das ebenfalls die bakterielle Eisenaufnahme bremst, ist bei BV-Patientinnen dagegen verringert. Diese Downregulation aus noch unbekanntem Gründen könnte einer der Faktoren sein, die die Vermehrung von BV-assoziierten Bakterien erleichtern. Im Gegenzug wird die Proliferation von Laktobazillen durch eine erhöhte Produktion von Calprotectin gedrosselt. Dieses dimere Protein bindet unter anderem Mangan, das für Laktobazillen einen essenziellen Mikronährstoff darstellt.

Laktobazillen benötigen auch Glykogen, können es aber nicht direkt metabolisieren. Erst durch extrazelluläre Alpha-Amylase wird es für sie verwertbar. Im Genitaltrakt von BV-Patientinnen ist Alpha-Amylase reduziert, was die Verfügbarkeit von Glykogen-Abbauprodukten limitiert und so die Vermehrung der Milchsäurebakterien bremst.

Die von Laktobazillen produzierte Milchsäure trägt nicht nur durch die Absenkung des Scheiden-pH dazu bei, dass das Wachstum BV-assoziiierter Bakterien eingeschränkt wird. Milchsäure in physiologischen vaginalen Konzentrationen aktiviert auch bestimmte T-Helfer-Zellen und fördert die Freisetzung von Interleukinen aus vaginalen Epithelzellen. Weniger Milchsäure bedeutet also weniger Abwehr gegen andere Mikroorganismen.

Wie das Immunsystem auf BV-assoziierte



Keime reagiert, scheint durch genetische Veranlagung mitbestimmt zu werden. Inzwischen wurden zahlreiche Polymorphismen identifiziert, die mit einem erhöhten BV-Risiko assoziiert sind. Die meisten betreffen Proteine, die an der spezifischen und unspezifischen Immunantwort auf Bakterien beteiligt sind.

Von Normal-Flora zur BV

Vorübergehend geschwächte Abwehrkräfte, Stress, eine Antibiotikatherapie oder hormonelle Einflüsse können einen Rückgang der Laktobazillen auslösen. Dieser ist zunächst transient, betonen die Review-Autoren. Ändern sich die Bedingungen wieder zugunsten der Milchsäurebakterien, kehrt die Dominanz dieser Spezies zurück. Erforderlich sind dafür eine ausreichende Milchsäureproduktion, eine hohe Glykogen-Verfügbarkeit und die Begrenzung des Eisen-Angebots. Steigt jedoch die Proliferation von Bakterien, die das *Lactobacillus*-Wachstum inhibieren und mit ihnen um Glykogen konkurrieren, kann sich das BV-Mikrobiom etablieren und einen Biofilm bilden. Dieser Zustand ist durch eine antibiotische Behandlung umkehrbar. **CW**

U Nasioudis D et al.: Bacterial vaginosis: a critical analysis of current knowledge. BJOG 2017; 124: 61-9
 Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/170226

Frage 6: Behandeln sollte man

- A BV-assoziierte normale Vaginalflora
- B eine persistierende atypische Verschiebung
- C einen transienten Anstieg von BV-typischen Spezies
- D eine BV nie
- E nur bei begleitender HIV-Infektion

Frage 7: NICHT typisch für BV ist

- A Gardnerella
- B Mycoplasma pneumoniae
- C Megasphaera
- D Bifidobacterium
- E Mycoplasma hominis

Frage 8: BV erhöht Risiko NICHT für

- A HPV-Infektion
 - B Laktobazillen-Infekte
 - C Infertilität
 - D CIN-Läsion
 - E geringere IVF-Chancen
- Bitte vermerken Sie Ihre Antworten auf Seite 35 im Heft oder unter www.gyn-depesche.de/cme.

KASUISTIK

Unklarer Pleuraerguss

Uterusblutung führte auf die richtige Spur

Eine 52-jährige Patientin unterzog sich jährlich einer kernspintomographischen Untersuchung ihrer Mammae, da sie eine starke familiäre Belastung mit Brustkrebs aufwies. Nun war auf dem MRT zufällig ein rechtsseitiger Pleuraerguss aufgefallen. Zunächst fand man keine Ursache, aber als die Patientin plötzlich Uterusblutungen entwickelte, forschte man in Abdomen und Becken weiter und wurde fündig.

Die Standarddiagnostik bei Pleuraergüssen (u. a. EKG, Thorax- und Bein-CT) war unauffällig. Die Patientin litt weder unter Dyspnoe, noch unter Husten oder sonstigen Atemgeräuschen. Einige Zeit nach dem Zufallsbefund jedoch – man war diagnostisch noch nicht weitergekommen – entwickelten sich plötzlich uterine Blutungen. In der daraufhin durchgeführten Bildgebung des Abdomens und des Beckens sah man neben einer kleinen Ovarialzyste links eine große pelvine Raumforderung (11,5 x 8,5 x 7,8 cm). Man fand allerdings keine Zeichen einer Lymphadenopathie oder Metastasierung. Schlussendlich entschied man sich zur Hysterektomie und bilateralen Salpingo-Oophorektomie zur definitiven Diagnosesicherung.

Die Patientin, selbst Ärztin, hatte zwischenzeitlich recherchiert und fand einen Zusammenhang zwischen der Raumforderung (histologisch als Ovarial-Fibrom bestätigt) und ihrem Pleuraerguss: Das Meigs-Syndrom (auch Demons-Meigs-Syndrom). Beim Meigs-Syndrom entwickelt sich, ausgehend von einer **pelvinen (meist benignen) Raumforderung mit Aszites ein (meist rechtsseitiger) Pleuraerguss**. 1 bis 2% aller Patientinnen mit Ovarialfibrom weisen ein Meigs-Syndrom auf. Typisch ist, dass sich der Pleuraerguss nach Resektion der ovarialen Raumforderung wieder zurückbildet. **CB**

F Ray A et al.: Case 18-2016: a 52-year-old woman with pleural ... N Engl J Med 2016; 374: 2378-87
 Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/170433

Uterusmyome

Fast jede zweite Frau betroffen

Gebärmuttermyome können die Lebensqualität stark einschränken. Seit der Einführung von Ulipristalacetat als erste kausale nicht-invasive Therapieoption im Jahr 2012 können viele Patientinnen effektiv und unter Organerhalt behandelt werden.

„Nach einer aktuellen Prävalenzstudie aus Deutschland können bei fast jeder zweiten Frau über 30 Jahre uterine Myome diagnostiziert werden“, betonte Prof. Peyman Hadji, Frankfurt, auf einer Veranstaltung von Gedeon Richter. Myombedingte Beschwerden traten in der Studie bei nahezu jeder zweiten Frau mit Uterusmyom auf. Neben Symptomen wie Hypermenorrhoe oder Schmerzen sind Uterusmyome mit einem erhöhten Risiko für Fertilitätsstörungen und Schwangerschaftskomplikationen verbunden.

„Ulipristalacetat ist seit 2012 die erste kausale Therapieoption gegen uterine Myome, und ist für betroffene Frauen in jeder Lebenslage geeignet“, so Hadji. Perimenopausale Frauen können durch eine flexible Intervall-Therapie mit Ulipristalacetat die Zeit bis zur Menopause

überbrücken, nach der die Myome oft von selbst schrumpfen. Frauen im gebärfähigen Alter können mit der Therapie verhindern, dass sich die Myome negativ auf das Outcome einer Schwangerschaft auswirken. „Wichtigstes Ziel für die meisten Myom-Patientinnen ist die Reduktion der starken Blutungen und Schmerzen“ fasste Dr. Susanne Ditz, Heidelberg, die Ergebnisse einer Befragung von über 200 Patientinnen mit symptomatischen Myomen zusammen. Die meisten Teilnehmerinnen gaben an, die Symptome als große Belastung im Alltag zu empfinden. **OH**

FACHPRESSEKONFERENZ

„Gebärmuttermyome: Wie hat sich die Myombehandlung verändert?“, Düsseldorf, 9.3.2017, Veranstalter: Gedeon Richter
 Ulipristalacetat: Esmya®
 Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/170285



Topische, systemische, chirurgische und andere Therapien

Vulvodynie: ein aktueller Überblick

Es ist immer noch nicht völlig geklärt, was pathophysiologisch hinter der Vulvodynie steckt. Allerdings gibt es zunehmend die Idee von einer inflammatorischen Ursache. Vielleicht lag man mit dem früheren Terminus „Vestibulitis“ doch gar nicht so falsch, den man 2003 zugunsten der „Vulvodynie“ verlassen hatte, um der „allodynen“ Komponente (Schmerz bei leichter Berührung) mehr Gewicht zu verleihen. Heute gehen die meisten Autoren von einem „multifaktoriellen“ Geschehen aus, was die therapeutische Herangehensweise so schwierig macht.

Die Vulvodynie ist eine Form von chronischen Schmerzen im Bereich der Vulva. Bis zu 28% aller Frauen leiden mindestens einmal im Leben darunter. Die Prävalenz beträgt etwa 8%. Definiert ist die Vulvodynie als persistierender Vulva-Schmerz, für den keine objektifizierbare Pathologie gefunden werden kann (insbesondere keine Infektionen oder keine dermatologischen Befunde). Man unterscheidet in der Klinik zwischen einer lokalisierten und einer generalisierten Vulvodynie, wobei erstere mindestens einen Teil des Vestibulums und letztere die gesamte Vulva betrifft. Die Schmerzen werden typischerweise als spitz, brennend, stechend, juckend oder „wie rohes Fleisch“ beschrieben und werden durch Berührung ausgelöst (z. B. beim Tampon-Einführen oder Koitus). Aber es gibt auch Fälle, in denen der Schmerz ohne Auslöser entsteht. Am häufigsten findet man eine lokalisierte provozierbare Vulvodynie (LPV) vor, besonders bei prämenopausalen Frauen. Die generalisierte Form ist bei peri- und postmenopausalen Patientinnen häufiger. Im folgenden geht es um die LPV, da sie die höhere Prävalenz hat.



Vulvodynie: Wenn leichte Berührungen schmerzen

kehr aufgetragen). Wenig Wirksamkeitsbelege gibt es für andere topische Therapien wie Östrogen, Moisturizer, Muskelrelaxanzien, Capsaicin oder topische trizyklische Antidepressiva oder Antikonvulsiva.

Systemische Wirkstoffe

Erzielt man mit topischen Maßnahmen keine ausreichende Schmerzlinderung, kann man die Therapie mittels oraler Substanzen eskalieren. Hier kommen vor allem zwei Kategorien infrage: Antidepressiva und Antikonvulsiva. Trizyklische Antidepressiva wie Amitriptylin, Nortriptylin oder Desipramin wirken gegen Schmerz und Depression und haben zudem eine Wirkung gegen die neuropathische Schmerzkomponente. In einer aktuellen Studie allerdings war Desipramin bei LPV nicht besser als Placebo. Auch Serotoninwiederaufnahmehemmer zeigten sich überwiegend ineffektiv bei LPV. Eine andere Option können Antikonvulsiva darstellen (z. B. Gabapentin); sie sind insbesondere bei einer begleitenden Beckenbodendysfunktion hilfreich. Zahlreiche Studien konnten im übrigen auch zeigen, dass Placebo zu einer signifikanten Besserung der LPV-Schmerzen führen kann.

Lokale Injektionen

Injektionen sollte man grundsätzlich eher bei lokalisierten Schmerzformen anwenden. Botulinum toxin A wurde im Zusammenhang mit LPV ausgiebig untersucht. Zum einen wirkt es durch die Beeinflussung der Beckenbodenmuskulatur-Verkrampfung, zum anderen inhibiert es Substanz P, die im Zusammenhang mit Entzündung und Schmerz steht. Es

gibt viele Kasuistiken mit erfolgreicher Botulinum-Therapie, aber die einzige randomisierte Studie ergab keinen Vorteil vs. Placebo.

Kortikosteroide zur lokalen Injektion können eine Alternative darstellen, da „Inflammation“ als ätiologisches Konzept bei Vulvodynie zunehmend in den Fokus gerät.

Sonstige Ansätze

Physikalische Therapien und Biofeedback waren in einigen Studien erfolgreich, sowohl bei lokalisierter als auch der generalisierten Vulvodynie-Form und insbesondere, wenn ein begleitender Vaginismus vorlag.

Andere Studien untersuchten psychologische, Sexual- oder Verhaltenstherapien. Auch hier zeigten sich gewisse Therapieerfolge, insbesondere bei der psychologischen und kognitiven Verhaltenstherapie.

Ultima ratio

Die chirurgische Vestibulectomie stellt als invasive Maßnahme die Ultima ratio bei LPV dar. Dafür gilt sie als effektive Therapie, denn in Kasuistiken wurde über eine bis zu 90%ige Schmerzverbesserung berichtet, besonders bei lokalisierten Formen. In einer der wenigen soliden konzipierten Studien war die Vestibulectomie der kognitiven Verhaltenstherapie und der Beckenboden-Physiotherapie überlegen, auch wenn alle Therapien die LPV besserten. **CB**

E Falsetta ML et al.: A review of the available clinical therapies for vulvodynia management and new data implicating proinflammatory mediators in pain elicitation. BJOG 2017; 124: 210-8

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/170364

Frage 9: KEINE topische Therapie-Option laut des Reviews ist:

- A Nitroglycerin-Spray
- B Lidocain
- C Östrogen
- D Capsaicin
- E Baumwollunterwäsche

Frage 10: Die Vulvodynie kennzeichnet NICHT

- A Streptokokken-Infektion
- B chronische Schmerzen
- C lokalisierte/generalisierte Form
- D Entzündung als Ursache
- E Auslöser: leichte Berührung

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

Topische Therapien

Die Therapie der LPV ist häufig durch ein „Trial-and-error-Vorgehen“ geprägt – gute evidenzbasierte Daten gibt es kaum. Initial sollte man die Patientin anhalten, alle hautirritierenden Einflüsse auf die Vulva zu minimieren (keine scharfen Hautreinigungsmittel, ausschließlich Baumwollunterwäsche, Vermeiden von enger Kleidung). Reichen diese Maßnahmen nicht aus, wird oft zu lokalen Therapien gegriffen, wie z. B. lokale Anästhetika (Lidocain, nachts oder vor dem Geschlechtsver-



Bakterielle Vaginose

Gel mit Milchsäure und Glykogen als sanfte Antibiotika-Alternative

Vermehrter übelriechender Ausfluss – das Hauptsymptom einer bakteriellen Vaginose kann für die Betroffenen sehr belastend sein. Insbesondere für Frauen, die sich eine sanfte Behandlung ihrer Infektion wünschen, ist Canesbalance®, ein Vaginalgel mit Milchsäure und Glykogen, eine mögliche Alternative zur Standardtherapie mit Antibiotika wie Metronidazol.

„Aufgrund der typischen Symptomatik – dem fischartigen Geruch – ist eine bakterielle Vaginose in der Regel nicht mit einer Mykose zu verwechseln“, erklärte Prof. Hans-Jürgen Tietz, Berlin. Hintergrund des Leitsymptoms „Fischgeruch“ ist die Vermehrung von Keimen wie *Gardnerella vaginalis*, dessen Wachstum durch einen erhöhten pH-Wert der Scheidenflora begünstigt wird.

Nicht immer erste Wahl: Antibiotika und Antiseptika

Aufgrund ihrer umfassenden antimikrobiellen Wirksamkeit ist die Gabe von Metronidazol die zuverlässige und etablierte Standardtherapie bei einer bakteriellen Vaginose. Insbesondere bei oraler Applikation kann das Antibiotikum jedoch mit Nebenwirkungen assoziiert sein.^{1,2}

Milchsäurehaltige Vaginalgel stabilisieren das Scheidenmilieu, indem sie zu einer schnellen Absenkung des pH-Wertes führen und entziehen so „schädlichen“ Bakterien die Lebensgrundlage. Zusätzlich in Canesbalance® enthaltene

Glykogen, das auch natürlich in der Vaginalflora vorkommt, dient als Nahrungsquelle für physiologisch vorhandene „gute“ Milchsäurebakterien und fördert deren Wachstum und Vermehrung. Diese positiven Effekte von Milchsäure und Glykogen auf die Vaginalflora können weder für Antibiotika noch für Antiseptika gezeigt werden.

Vergleichbar effektiv wie Metronidazol

Die Wirksamkeit eines Vaginalgels mit Milchsäure und Glykogen bestätigt eine klinische Studie: In die randomisierte, kontrollierte, multizentrische dreiarmige Untersuchung wurden 90 Frauen über 18 Jahre mit klinisch und mikrobiologisch diagnostizierter bakterieller Vaginose eingeschlossen. Sie wurden mit dem Milchsäuregel oder Metronidazol bzw. einer Kombination aus Metronidazol und Milchsäuregel behandelt. Bereits nach drei Tagen war unter allen drei Therapie-

regimen eine deutliche Reduktion der Bakterienmenge nachzuweisen: Die Zahl der Clue-cell-positiven Patientinnen war an Tag 3 signifikant niedriger als zu Beginn der Behandlung ($p < 0,001$). Es bestand dabei kein Unterschied zwischen den verschiedenen Regimen (siehe Abb. 1). Der Amin-Test zeigte darüber hinaus unter allen Regimen ei-

nen deutlichen Rückgang des „Fischgeruches“. Nur unter den beiden milchsäurehaltigen Therapieregimen stieg dagegen die Menge der Laktobazillen kontinuierlich an (signifikant höheres Niveau am Tag 14 im Vergleich zu Metronidazol; $p = 0,001$).³ „Bei einer unkomplizierten und nicht chronischen bakteriellen Vaginose kann eine Behandlung mit Milchsäureprodukten als Alternative zur Antibiotika-Therapie erfolgen“, so das Fazit von Tietz.

Vaginale Infektionen verhindern

Für Frauen, die von einer vaginalen Infektion betroffen waren, spielt die Vermeidung von Rezidiven bzw. Neuinfektionen eine wichtige Rolle. Dies gilt auch für vaginale Pilzinfektionen. So lassen sich bei einer akuten Vaginalmykose mit topischem Clotrimazol (z. B. Canesten® Gyn Once Kombi) gute Erfolge erzielen. Für Frauen, die unter Rezidiven der Pilzinfektion leiden, kann darüber hinaus die prophylaktische Behandlung mit einem Präparat, das wie Canesflor® Milchsäurebakterien enthält, sinnvoll sein: *Lactobacillus plantarum P 17630* zeigt in experimentellen Studien eine ausgeprägte Adhäsionsfähigkeit gegenüber Vaginalepithelzellen und wirkt so der Ausbreitung von *Candida albicans* entgegen.⁴

Literatur

[1] Brit Ass for Sexual Health and HIV. UK National Guidelines for the Management of Bacterial Vaginosis 2012. Available at: <http://www.bashh.org/documents/4413.pdf> [Accessed 4 Dec 2014]; [2] Marrazzo JM, Sex Transm Infect 2007; 83(6): 424-425; [3] Decena D et al., J Obstet Gynaecol Res 2006; 32(2): 243-251 (multizentrische, offene, kontrollierte, randomisierte, 3-armige Vergleichsstudie an 90 Frauen), durchgeführt mit Lactacyd Vaginalgel (Bestandteile: Milchsäure, Glykogen, Propylenglykol, Methylhydroxypropylcellulose, Natriumhydroxid, Wasser); [4] Tietz JH, Gyne 2016; 1: 7-23

Impressum

Herausgeber: GFI. Corporate Media

V. i. S. d. P.: Michael Himmelstoß

Redaktion: GFI. Gesellschaft für medizinische Information mbH, München

Berichterstattung: Monika Walter

Quelle: Satellitensymposium „Häufige Mykosen, bakterielle Vaginosen und nicht infektiöse Dermatosen“ im Rahmen des FOKO 2017, Fortbildungskongress der Frauenärztlichen Bundesakademie in Düsseldorf, 10.3.2017, Veranstalter: Bayer Vital GmbH, Leverkusen

Druck: Vogel Druck, Höchberg, © 2017 GFI

Mit freundlicher Unterstützung der Bayer Vital, Leverkusen

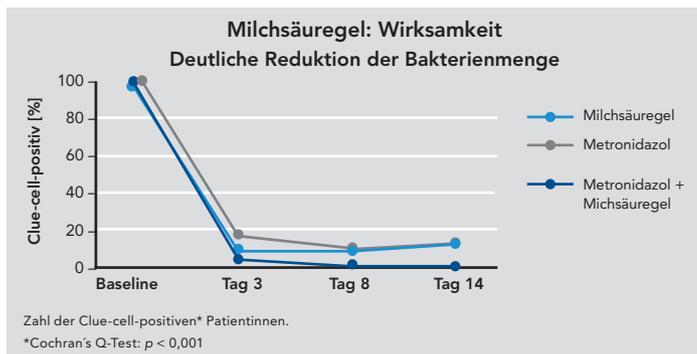


Abb. 1: Unter dem milchsäurehaltigen Gel konnte eine deutliche Reduktion der Bakterienlast beobachtet werden – ohne signifikanten Unterschied zu Metronidazol.³

FOKO 2017 der Frauenärztlichen BundesAkademie (FBA)

Spina bifida pränatal versorgen – Lipofilling bei Mamma-Ca – eHealth

Auf dem diesjährigen Fortbildungskongress der Frauenärztlichen BundesAkademie (FOKO), der vom 9. bis 11. März 2017 in Düsseldorf mit einem reichhaltigen Themenangebot stattfand, gab es einige besondere Innovationen: die Erfolge der offenen Operation der Spina bifida im Mutterleib, das Lipofilling als elegante Alternative oder Ergänzung zur Brustrekonstruktion bei Mammakarzinom-Patientinnen und neue telemedizinische Entwicklungen, die Vorteile für Ärzte und Patientinnen bringen.

Eine Spina bifida wird jedes Jahr bei etwa 7000 Ungeborenen im zweiten Trimenon anhand typischer sonographischer Zeichen festgestellt, wie Prof. Christof Sohn, Heidelberg, ausführte. Die Konsequenzen der Meningomyelozele für das Kind hängen von der Höhe und der Länge des Defekts ab. Im Vordergrund steht die Querschnittssymptomatik. Außerdem kann ein sekundärer Hydrozephalus entstehen, weil das Kleinhirn bedingt durch den Liquorverlust in das Foramen ovale vorfällt (Arnol-Chiari-Typ-II-Malformation).



Mitglied eines multidisziplinären Teams zur Behandlung der Spina bifida bereits im Mutterleib

Prof. Christof Sohn, Heidelberg

In etwa einem Viertel der Fälle entscheiden sich die Eltern für einen Abbruch der Schwangerschaft. Kinder, die mit einem Neuralrohrdefekt auf die Welt kommen, werden standardmäßig versorgt mit Verschluss des Defekts, was eigentlich nur der Infektionsprävention dient, aber nicht das neurologische Outcome verbessert. Bei den meisten Kindern muss zur Entlastung des sekundären Hydrozephalus ein ventrikuloperitonealer Shunt angelegt werden.

Offene pränatale Operation besser als postnatale Versorgung

Eine spektakuläre Innovation stellt die offene pränatale Operation der Spina bifida dar. Sie hat in der multizentrischen US-amerikanischen MOMS-Studie einen eindeutigen Outcome-Vorteil für die Kinder im Vergleich zur postnatalen neurochirurgischen Behandlung gezeigt. Es traten signifikant weniger Chiari-II-Malformationen (4% versus 36%), halb so oft (40% versus 82%) ein Shunt-bedürfnis

tiger Hydrozephalus, und signifikant weniger motorische Probleme auf. Allerdings kam es häufiger zu Komplikationen wie vorzeitigem Blasensprung und Frühgeburten.

In St. Louis, USA, wurde der Eingriff bereits 50 Mal erfolgreich durchgeführt. Das interdisziplinäre Team der Universität Heidelberg arbeitete sich in einer Kooperation mit den Amerikanern in die dort praktizierte Methode ein und wendete sie im Herbst 2016 in Heidelberg erstmals selbst an. Kernpunkt ist der mikrochirurgische schichtweise Defektverschluss, der neurologische Strukturen weitgehend schont.

Lipofilling für kleinere Volumendefekte

Die brusterhaltende Therapie mit nachfolgender Bestrahlung und adjuvanter Hormon- und/oder Chemotherapie kommt heute bei 80% der primären Mammakarzinome zum Einsatz. Doch auch dabei bleiben kleinere Volumendefekte zurück, wie Prof. Lukas Schwentner, Ulm, ausführte. Um sie zu füllen, bietet das Lipofilling eine schonende Alternative zu klassischen Rekonstruktionsverfahren bzw. eine Ergänzung nach komplexen Rekonstruktionen.



Lipofilling ist eine schonende Alternative zur klassischen Rekonstruktion

Prof. Lukas Schwentner, Ulm

Gewonnen wird das Fettgewebe durch Liposuktion meist aus dem Bauch, bei sehr schlanken Frauen auch aus dem Gesäß. Das Aspirat wird dann gefiltert oder dekantiert und gewaschen. Appliziert werden sollte es fächerförmig in einzelnen Kanälen, insgesamt nicht mehr als 200 ml pro Sitzung. Hämatome an den Ent-



nahmestellen sowie Infektionen und Sensibilitätsstörungen können auftreten. Außerdem besteht ein Risiko für Fettgewebnekrosen an den Injektionsstellen, die unter Umständen die radiologische Diagnostik beeinträchtigt.

Das anfangs viel diskutierte und befürchtete Risiko, dass durch das Lipofilling Lokalrezidive getriggert werden, scheint nach einer aktuellen Metaanalyse sehr gering zu sein. Es wird empfohlen, mit dem Lipofilling mindestens ein Jahr Abstand zur Primärtherapie einzuhalten. Bei Vorliegen von BRCA-Mutationen, Schwangerschaft oder abklärungsbedürftigen Befunden ist Lipofilling allerdings kontraindiziert.

Neue telemedizinische Angebote

Auch in die frauenärztliche Versorgung haben telemedizinische Angebote Einzug gehalten. Zwei davon stellte Sean Monks, München, vor. Der Berufsverband der Frauenärzte (BVF) entwickelt analog zu einem erfolgreichen Beispiel in der Pädiatrie ein gynäkologisches Experten-Konsil für niedergelassene Frauenärzte. Es bietet eine Vernetzung mit Spezialisten, z. B. Reproduktionsmedizinern, die der anfragende Arzt zur Beantwortung von speziellen Fragestellungen in individuellen Patientenfällen heranziehen kann. Eine Antwort kommt innerhalb von 24 Stunden – so wird die Zeit bis zur Diagnose und/oder Therapie erheblich kürzer. Neben der Reproduktionsmedizin sind weitere Anwendungsgebiete für das Gyn-Konsil denkbar, etwa spezielle Endokrinologie, Sexualmedizin und Kindergynäkologie.

In vielen gynäkologischen Praxen wird die PraxisApp „Mein Frauenarzt“ bereits als organisatorisches Tool genutzt. Als neue Anwendung stellte Monks die Online-Video-Sprechstunde vor. Mit diesem Angebot kann man z. B. junge Mädchen erreichen, die sonst kaum in die Praxis kommen, immobile ältere Patientinnen oder auch Frauen, die regelmäßiger Kontrollen bedürfen. Über die Vergütung verhandelt die KV gerade mit den Krankenkassen.

AB

Ovarial-Ca im frühen Stadium

Keine Lymphknotenbiopsie notwendig?

Ob man bei Patientinnen mit muzinösem Ovarialkarzinom in einem frühen klinischen Stadium Lymphknotenbiopsien benötigt, wird kontrovers diskutiert. Daher wurde nun ein niederländisches Pathologie-Register daraufhin durchforstet, wie oft es bei den entsprechenden Patientinnen tatsächlich zu Lymphknotenmetastasen gekommen war. Zum ersten Mal wurde dabei die Rate befallener Lymphknoten in Abhängigkeit vom Grading ausgewertet.

Retrospektiv eingeschlossen wurden alle Fälle des Registers, bei denen zwischen 2002 und 2012 ein muzinöses Ovarialkarzinom im frühen klinischen Stadium (MOC, FIGO I oder II) diagnostiziert worden war. Man fand 915 Patientinnen, von denen bei 426 ein Lymphknotenstaging durchgeführt worden war.

Bei vier von 190 Patientinnen mit G1-Tumor konnten LK-Metastasen nachgewiesen werden (2,1%). Im G2-Stadium lagen bei 0,9% Metastasen vor (1 von 115), bei G3-Tumoren bei 13,6% (3 von 22). Bei 99 Patientinnen konnte das Tumorgrading nicht eindeutig bestimmt werden. Ohne klinische Lymphknotenvergrößerung (radiologisch oder palpatorisch) lag die LK-Metastasenrate bei G1- und G2-Grading bei 0,7%. Das progressionsfreie Überleben wurde von Lymphknotenbiopsien in diesen Fällen generell nicht verbessert.

Lymphknotenmetastasen sind bei muzinösen G1- und G2-Ovarialkarzinomen im frühen klinischen Stadium selten. Daher kann man bei diesen Patientinnen auf Lymphknotenbiopsien verzichten, so die Bewertung der niederländischen Autoren. **CB**

K van Baal J et al.: Incidence of lymph node metastases in clinical early-stage ... BJOG 2017; 124: 486-94
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/170175

KOMMENTAR

Für über 20% der Fälle lag keine Grading-Information vor; die Studie wertete lediglich Pathologie- und Radiologie-Befunde aus; es gab keine Informationen zur adjuvanten Chemotherapie. Daher sollte man mit der Verallgemeinerung der Ergebnisse vorsichtig sein, zumal die Situation für G3-Tumoren gar nicht analysiert wurde.

Redaktion Gyn-Depesche

Venöse Thromboembolie

D-Dimer zeigt Krebsrisiko an

Venöse Thromboembolien (VTE) und Krebserkrankungen sind eng verknüpft. Der D-Dimer-Spiegel wird häufig zur Ausschlussdiagnose von VTE herangezogen, ist aber unter anderem auch bei malignen Erkrankungen erhöht. Diesen Zusammenhang kann man sich zunutze machen, um bei einer VTE Rückschlüsse auf das Krebsrisiko zu ziehen.

Norwegische Forscher untersuchten die prognostische Aussagekraft des D-Dimerspiegels an einer Kohorte von 422 Patienten mit einem ersten VTE-Ereignis (239 mit tiefer Venenthrombose, 183 mit Lungenembolie). Anhand ihrer D-Dimerspiegel teilte man die Patienten in drei Tertile ein: 1) <2000 ng/ml, 2) 2000 bis 5000 ng/ml und 3) <5000 ng/ml.

Über den Verlauf des 4,7-jährigen Follow-up wurden 59 Krebserkrankungen diagnostiziert, 28 davon innerhalb des ersten Jahres nach der VTE-Diagnose. Meist handelte es sich um Lungen, Prostata- oder hämatologischen Krebs. Die kumulative Krebsinzidenz betrug 4,3% bei Patienten im D-Dimer-Tertil 1 und 6,9% bzw.

15,5% bei jenen im D-Dimer-Tertil 2 und 3. Gegenüber dem ersten D-Dimer-Tertil hatten Patienten im zweiten und dritten Tertil ein 1,6-fach bzw. 3,3-fach höheres Risiko an Krebs zu erkranken. Die Risikoerhöhung blieb auch zwei Jahre nach dem VTE-Ereignis bestehen.

Ein D-Dimer-Spiegel >5000 ng/ml im Rahmen eines ersten VTE-Ereignisses lässt demnach auf ein mehr als dreifach erhöhtes Risiko für eine Krebserkrankung in den nächsten zwei Jahren schließen. **OH**

K Gran OV et al.: D-dimer measured at first venous thromboembolism is associated with future risk of cancer. Haematologica 2016; Epub Sep 9; doi: 10.3324/haematol.2016.151712

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/161242

Zervixkarzinom-Screening

Bessere Kolposkopie-Triage mit Biomarkern

Das Zervixkarzinom-Screening mittels Pap-Abstrich gehört seit langem zur tagtäglichen Routine. Die Möglichkeit der HPV-Testung kommt seit einiger Zeit hinzu. Dennoch gibt es nach wie vor Screening-Befunde, bei denen das weitere Vorgehen nicht völlig klar ist. Hier kann eine zusätzliche Bestimmung von zwei Biomarkern im Abstrichpräparat die Entscheidung pro oder contra Kolposkopie erleichtern, wie eine Metaanalyse zeigte.

Die umfangreiche Metaanalyse aus Belgien untersuchte die Sensitivität und Spezifität der zusätzlichen immunzytochemischen Bestimmung der Biomarker p16 und Ki-67 in Abstrichpräparaten von Patientinnen, die im Routine-Screening eine auffällige Zytologie aufwiesen (LSIL oder ASCUS) und/oder hrHPV-positiv waren. p16 ist ein Protein, welches den Zellzyklus reguliert und diesen im Normalfall zum Stillstand bringt. Ki-67 hingegen ist ein Proliferationsmarker. Der positive qualitative Nachweis beider Biomarker ist ein Zeichen der Zellzyklus-Deregulation und sollte Veranlassung geben, die Patientin einer Kolposkopie zuzuführen. Wird nur einer der beiden Marker in dem mittlerweile kommerziell verfügbaren Test positiv nachgewiesen, ist eine erneute Co-Testung in zwölf Monaten sinnvoll.

In der Metaanalyse ausgewertet wurden die Daten aus insgesamt 15 Studien (bis Mai 2016) mit Patientinnen zwischen 25 und 65 Jahren.

Dabei zeigte sich, dass die Verwendung des Dual-Biomarker-Assays im Primär-Screening signifikant sensitiver (66%) und geringfügig weniger spezifisch (-1,0%) war als eine alleinige Zytologie (Sensitivität des Assays 86,7 bis 89,4%, Spezifität 92,0 bis 96,25%). Bei Patientinnen, die zur Kolposkopie überwiesen wurden (oder mit einer auffälligen Zytologie), war die Spezifitätsverbesserung durch den Assay signifikant größer als bei der HPV-Testung (bei leichter Sensitivitätsabnahme, 79,7 bis 94,6% bzw. 59,5 bis 75,8%).

Der Dual-Biomarker-Assay p16/Ki-67 führte demnach zu weniger falsch-positiven Befunden und zu einer Zunahme der Anzahl gerechtfertigter Kolposkopien – und konnte so die Kolposkopie-Triage erleichtern. **CB**

K Tjalma WAA: Diagnostic performance of dual-staining cytology for cervical cancer screening ... Eur J Obstet Gynecol Reprod Bol 2017; 210: 275-80
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/170157

SYNOPSIS

Brustkrebs-Screening

Weniger große Tumore, aber ...

Im Idealfall werden durch das Mammographie-Screening bereits kleine Tumore detektiert. In der Realität ist das Screening aber nur begrenzt effektiv und das Problem der Überdiagnose vermutlich größer als vermutet.

Um ein möglichst realistisches Bild von der Effektivität des Mammakarzinom-Screenings zu bekommen, analysierten Forscher US-repräsentative Daten eines nationalen Krebsregisters. Die Einführung des Screenings erhöhte den Anteil detektierter kleiner Tumore (invasive Tumore <2 cm sowie In-situ-Karzinome) von 36 auf 68%. Der Anteil an identifizierten großen Tumoren (invasive Tumore ≥2 cm) sank im Zuge des Screenings von 64 auf 32%. Grund für die Verschiebung ist, dass nach Implementation des Screenings 162 mehr kleine Tumore pro 100 000 Frauen erkannt wurden als zuvor. Die Zahl detektierter großer Tumore sank jedoch nur um 30 pro 100 000 ab. Bei stabiler Brustkrebsinzidenz bedeutet dies, dass das Screening in 30 Fällen verhindern konnte, dass ein kleiner Tumor zu einem großen heranwuchs. Die übrigen 132 entdeckten kleinen Tumore hätten jedoch nie zu klinischen Symptomen geführt und wurden überdiagnostiziert. Die seit dem Screening beobachtete Mortalitätsabnahme geht aus Sicht der Autoren vielmehr auf die Fortschritte in der Brustkrebstherapie zurück als auf das Screening. **OH**

Welch HG et al.: Breast-cancer tumor size, overdiagnosis ... N Engl J Med 2017; 375(15): 1438-47
 Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/170427



Mammakarzinom beim Mann

Welche Gene erhöhen das Risiko?

Brustkrebs bei Männern ist insgesamt selten (Inzidenz in der Allgemeinbevölkerung etwa 1:1000). Über die genetischen Einflüsse weiß man noch nicht viel. Daher untersuchten Forscher aus den USA an einer Kohorte von Männern mit Mammakarzinom (MBC, male with breast cancer), welche genetischen Variationen bei den Betroffenen vorlagen. Es kristallisierten sich drei „Verdächtige“ heraus.

Die retrospektive Studie schloss 715 MBC ein, bei denen ein Gentest auf multiple Mamma-Ca-Gene durchgeführt worden war. Dabei wurden Multi-Gen-Assays von unterschiedlichen Anbietern verwendet und die Männer auf 16 „Brustkrebs-verdächtige“ Gene getestet: ATM, BARD1, BRCA1, BRCA2, BR1P1, CDH1, CHEK2, MRE11A, NBN, NF1, PALB2, PTEN, RAD50, RAD51C, RAD51D und TP53.

Die Detektionsrate der Tests lag über alle Patienten hinweg bei 18,1%. Am häufigsten fand man Mutationen in BRCA2 und CHEK2 (11,0 und 4,1%). Das größte Brustkrebs-Risiko wohnte der BRCA2-Mutation inne: Wiesen Männer diese Genmutation auf, erhöhte sich das Mamma-Ca-Risiko signifikant auf das Vierzehnfache. Ein positiver CHEK2-Assay erhöhte das Risiko auf das 3,7-fache, PALB2 auf das 6,6-fache.

Keine pathologischen Varianten fand bei den MBC für CDH1, PTEN, RAD50/51C und TP53.

Auf das mittlere Erkrankungsalter hatten die genetischen Variationen keinen Einfluss; es lag bei 64 bzw. 62 Jahren. Lediglich Träger des 1100delC-Allels in CHEK2 erkrankten im Schnitt früher (54 Jahre). Als „Nebenbefund“ fand man zudem eine positive Assoziation von BRCA1 und BRCA2 mit dem Auftreten von Prostata- und Pankreaskarzinom.

Es könnte also sinnvoll sein, MBC eine Testung zumindest der drei gefundenen Gene anbieten. Wie allerdings eine genetische Brustkrebs-Screeningstrategie für Männer aussehen könnte, müssen weitere Studien zeigen. **CB**

Pritzlaff M et al.: Male breast cancer in a multi-gene panel ... Breast Cancer Res Treat 2017; 161: 575-86
 Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/170233

Krebs-Screening

Was wir wissen, nicht wissen und glauben ...

„Keine onkologische Vorsorgemaßnahme hat jemals bewiesen, dass sie wirklich Leben rettet“, so die provokante These von Dr. Vinay Prasad aus Portland, USA. Warum das so ist, und was man dagegen tun könnte, weiß er auch ...

Ein zentrales Missverständnis sei, so Prasad, den Wert eines onkologischen Screenings anhand der reduzierten tumorspezifischen Mortalität anstelle der Gesamtmortalität zu bemessen. Denn der echte Nettonutzen ließe sich eben nur anhand der tatsächlich geretteten Leben berechnen. Aber eben diese Senkung der Gesamtmortalität wurde bislang für Screeningmaßnahmen kaum in Studien nachgewiesen.

Beispiel Hämoocult-Test: Während eines 30-jährigen Follow-up gab es 128 Kolonkarzinom-Todesfälle pro 10 000 Teilnehmer in der Screeninggruppe. Im Kontrollarm waren es 192/10 000, ein signifikanter Unterschied von 64/10 000. Allerdings betrug der Unterschied an gesamten Todesfällen

lediglich 2/10 000, was nicht signifikant war. Um einen signifikanten Unterschied zu sehen, hätte die Studie fünfmal größer sein müssen.

Vergleichbare Rechnungen stellte Prasad auch für den PSA-Test, die Mammographie und den Lungenkrebs vor. Die Unsummen, die aktuell in die Promotion von Screeningprogrammen fließen, solle man besser in ausreichend gepowerte Studien stecken, um endlich nachzuweisen, wie viele Leben das Screening wirklich rettet. Er fordert von Ärzten, zumindest ehrlich zu sein und mit den Patienten zu besprechen, welche Daten wir wirklich zur Effektivität von Screeninguntersuchungen haben, und auch die negativen Effekte wie Überdiagnostik, Übertherapie. **CB**

Prasad V et al.: Why cancer screening has never been shown to ... BMJ 2016; 352: h6080
 Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/161076



SYNOPSIS

Ess-Störungen in der Schwangerschaft

Hohes Risiko für Wachstumsstörungen

5 bis 8% aller Schwangeren leiden an Ess-Störungen wie Anorexie oder Bulimie. Über die Auswirkungen auf den Schwangerschaftsverlauf und die fetale Entwicklung gibt es bisher jedoch nur begrenzt Daten.

Im Rahmen einer antepartalen telefonischen Befragung sollten über 83 800 Frauen mit Einlingsschwangerschaft angeben, ob sie zu irgendeinem Zeitpunkt an Anorexie (2,0%), Bulimie (2,1%) oder beidem (0,8%) gelitten hatten. Lag der BMI der Betroffenen unter 18,5 kg/m² wurde die Anorexie als aktive Erkrankung gewertet (0,23%). Frauen mit aktiver Anorexie waren im Schnitt jünger, hatten vor Beginn der Schwangerschaft einen geringeren BMI, rauchten mehr und waren etwas häufiger Alkohol-abstinient.

Verglichen mit Müttern ohne Ess-Störung brachten Mütter mit Anorexie (ohne oder mit zusätzlicher Bulimie) Kinder mit gerin-

gerem Geburtsgewicht, geringerer Körperlänge, kleineren Kopf- und Rumpfumfang und mit einer leichteren Plazenta zur Welt. Anorektische Mütter hatten ein 50 bis 60% höheres Risiko für SGA-Babys.

Noch ungünstiger fiel das Outcome für Schwangere mit aktiver Anorexie aus. Ihre Kinder waren im Schnitt fast 300 g leichter, hatten eine um 1,1 cm kürzere Körperlänge und einen noch geringeren Kopf- und Rumpfumfang als Kinder von nicht essgestörten Frauen.

OH

K Micali N et al.: Size at birth and preterm borth in women with lifetime ... BJOG 2016; 123: 1301-10
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/160995

Depressionen

Wie man geht beeinflusst, wie man denkt

Ein Spaziergang kann als einfachste Form körperlicher Bewegung positive Affektionen stärken und depressive Symptome lindern. Dabei kommt es nicht nur darauf an, wie viel Kilometer man schafft, sondern auch darauf, wie man geht.

Patienten mit Depressionen gehen oft langsamer, lassen die Arme weniger schwingen und lassen ihren Körper mehr zur Seite schwanken, wohingegen der Oberkörper sich nur wenig auf und ab bewegt. Die Haltung ist meist zusammengesunken und nach vorn geneigt. Aus bisherigen Studien weiß man, dass bestimmte Bewegungsmuster die affektive Erinnerung beeinflussen können. Um zu untersuchen, ob das auch für die Gangart bei depressiven Menschen gilt, ließen Forscher 39 freiwillige ahnungslose Studenten bei konstanter Geschwindigkeit auf einem Laufband laufen und dabei per Kamera filmen.

Diese Baseline-Gangart wurde den Teilnehmern als ein zentraler Punkt auf einem Bildschirm angezeigt. Die Teilnehmer erhielten die Vorgabe, verschiedene Gangarten auszuprobieren, um den Punkt möglichst weit in eine der Richtungen zu verschieben. Den Gehern war dabei nicht bewusst, dass der Punkt nur durch eine für glückliche bzw. traurige Menschen

typische Gangart nach rechts oder links verschoben werden konnte. Während des Gehens wurden den Studenten jeweils 20 negativ bzw. positiv konnotierte Wörter aufgezählt, die sie nach acht Minuten ohne vorherige Ankündigung nach Möglichkeit wiedergeben sollten.

Bereits nach zwei Gehminuten erreichten die Teilnehmer durch signifikant unterschiedliche Gangarten einen negativen bzw. positiven Ausschlag auf der angezeigten Skala. Bei typisch depressiver Gangart erinnerten sich die Studenten an 5,47 positive und 5,63 negative Attribute. Verglichen mit ihnen erinnerten sich die glücklichen Geher im Schnitt an 2,2 positive Worte mehr und an 0,16 negative Worte weniger. Je glücklicher die Gangart einer Person war, desto größer war der positive Verzerrungseffekt der Erinnerungen.

OH

R Michalak J et al.: How we walk affects what we remember: gait modifications through biofeedback change negative affective memory bias. J Behav Ther Exp Psychiat 2015; 46: 121-5

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/160850

Zehn am Tag

23-02-2017: Fünf am Tag war gestern. Den größten präventiven Effekt gegen Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs oder vorzeitigen Tod erzielt man mit einer Menge von 800 g oder zehn Portionen Obst und Gemüse pro Tag, fanden britische Forscher in einer Metaanalyse heraus. Besonders empfehlenswert sind danach Äpfel, Birnen, Zitrusfrüchte, Salate, grüne Blattgemüse sowie die verschiedenen Kohlsorten.

Ameisenpassagier gegen MRSA

15-02-2017: Neue wirksame Antibiotika werden dringend gesucht. Ein Bakterium, das auf afrikanischen Ameisen lebt, könnte da helfen. Es gehört zur Familie *Streptomyces* und produziert antibiotische Substanzen namens Formicamycine. Im Labor waren diese Substanzen gut gegen Methicillin-resistente Staphylokokken (MRSA) und gegen Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE) wirksam.

Streber im Norden

14-02-2017: Nicht nur im Pisa-Test liegen skandinavische Länder vorne. Auch Sport treiben Schweden, Finnland und Dänemark am häufigsten. Nach einer europaweiten Studie liegt Deutschland im Mittelfeld, hinter Slowenien, den Niederlanden, Belgien und Luxemburg, aber noch vor England und Frankreich. Schlusslichter sind die Südeuropäer.

Malariaimpfung in Sicht?

15-02-2017: Forscher erreichten mit einer dreimaligen i.v.-Injektion von aseptischen, gereinigten und kryokonservierten Malariaerregern (*Plasmodium falciparum*) über vier Wochen hinweg bei neun gesunden Probanden unter Cloroquin-Chemoprophylaxe einen Malariashutz. Eine kontrollierte Infektion zehn Wochen nach Abschluss der Therapie verlief bei allen ohne Erkrankung. Im Labor fanden sich in Seren von fünf der neun Probanden Antikörper gegen alle 22 getesteten Parasitenproteine.

Penisschrumpfen nach Op

08-02-2017: Nach einer Prostatektomie kann sich die Penislänge verringern. Eine Studie mit 102 Patienten fand die deutlichste Verkürzung nach etwa zehn Tagen. Die Forscher konnten aber Entwarnung geben: Nach zwölf Monaten hatte sich die Penislänge wieder normalisiert.

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.)

Dipl.-Biol. Univ. Olivia Hesse

Chefin vom Dienst: Petra Beuse

Erwin Hellinger

Anzeigenleitung:

Klaus Bombös, Tel.: 0177/7 31 12 54

E-Mail: bomboes@gfi-online.de

Heike Zeiler, Tel.: 089/43 66 30 - 203

E-Mail: zeiler@gfi-online.de

Anzeigenverwaltung:

Alfred Neudert, Tel.: 089/43 66 30 - 293

E-Mail: neudert@gfi-online.de

Anzeigenpreisliste: 2017 vom 1. Okt. 2016**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.
€ 44 zzgl. € 7,40 Inlandsporto;
Auslandsporto: € 18,80, ISSN: 1435-5507

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

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

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

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

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

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

Verleger: Hans Spude

© GFI. Der Medizin-Verlag, 2017



ADHS-Screening bei Eltern

Die Hälfte der Väter und ein Viertel der Mütter sind selbst betroffen

Ob die Eltern von Kindern mit ADHS selbst unter dieser Erkrankung leiden, kann u. a. die Therapieaussichten maßgeblich beeinflussen. In einem Kollektiv von Müttern und Vätern betroffener Kinder untersuchten deutsche Forscher nun Prävalenz und Schwere eines elterlichen ADHS. Es waren erstaunlich viele Elternteile betroffen – Väter deutlich häufiger als Mütter.

79 Kinder und Jugendliche im Alter von durchschnittlich 11,12 ($\pm 2,59$) Jahren (63 Jungen, 16 Mädchen) mit einer durch einen erfahrenen Psychotherapeuten gestellten ADHS-Diagnose wurden eingeschlossen. 58 Kinder wiesen einen gemischten ADHS-Typ und 21 eine ADHS vom Unaufmerksamkeits-dominierten Typ auf. Anhand der Wender Utah Rating Scale (WURS-K) hatte etwa ein Viertel der Mütter (27,3%), aber knapp die Hälfte der Väter (49,1%) im Alter zwischen acht und zehn Jahren selbst an einer relevanten ADHS-Symptomatik gelitten. Auch in den aktuellen ADHS-Symptomen nach einer Selbstbeurteilungsskala (ADHS-SB) waren die Väter (43,1%) häufiger betroffen als die Mütter (33,8%). Insgesamt litten 36,4% der Elternteile früher selbst unter ADHS, und 37,5% zeigten eine aktuelle ADHS-Symptomatik. Dabei litt rund die Hälfte der Eltern (46 Mütter: 61%; 23 Väter: 46,9%)

unter einer nur gering ausgeprägten ADHS (0 bis 7 Symptome nach ADHS-SB). Eine mittelschwere Symptomatik (8 bis 15 Symptome) wiesen 37,7% bzw. 46,9% auf. **NW**

R Starck M et al.: Occurrence of ADHD in parents of ADHD children in a clinical sample. Neuropsychiatr Dis Treat 2016; 12: 581-8

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/160740

KOMMENTAR

Angesichts der hohen Prävalenz von fast 40% sollte bei der Behandlung von ADHS-kranken Kindern stets nach elterlichem ADHS gesucht und dieses – wenn schon nicht selbst psychiatrisch behandelt – in der Therapiegestaltung berücksichtigt werden. Frühere Studien haben gezeigt, dass der Erfolg multimodaler Therapien durch die Einbeziehung der Eltern positiv beeinflusst wird.

Redaktion Gyn-Depesche

Krankhafter Kaufzwang

Jeder Zwanzigste im Kaufrausch

Für den einen ist Einkaufen eine lästige Notwendigkeit, für andere ist es angenehmes Hobby. Im Extremfall kann Einkaufen zur Sucht werden, oft mit dramatischen Folgen. Dabei ist die Prävalenz von krankhaftem Kaufzwang gar nicht so gering.

Kaufsuchtige empfinden oft einen starken Drang oder eine zunehmende Angst, die erst nach dem Tätigen eines Einkaufs zurückgeht. Die Folgen sind häufig eine hohe Verschuldung, Zahlungsunfähigkeit und manchmal auch Gesetzeskonflikte. Oft wirkt sich die Sucht auch negativ auf das soziale Umfeld auf. Ein Kaufzwang gilt als Indikator für psychiatrische Störungen und Drogenmissbrauch.

Vermutlich setzt die Kaufsucht meist im späten Jugend- bis frühen Erwachsenenalter ein. Studien zufolge sind Frauen häufiger betroffen als Männer. Zur Prävalenz gibt es einer aktuellen Metaanalyse zufolge sehr unterschiedliche Angaben.

Die gepoolte Analyse ergab eine Kaufsucht-Prävalenz von 4,9%. Bei den Studentenerhebungen lag die Prävalenz bei 8,3%. Shopping-Center-Besucher und andere Einkaufsspezifische Gruppen brachten es sogar auf 16,2%. Die hohe Heterogenität der Schätzwerte führten die Forscher überwiegend auf die Unterschiede in den untersuchten Zeiträumen, den verwendeten Definitionen und Screeningmethoden zurück. Aufgrund der Prävalenz sollte ein krankhafter Kaufzwang nicht in seiner Bedeutung unterschätzt werden. **OH**

M Maraz A et al.: The prevalence of compulsive buying: a meta-analysis. Addiction 2016; 111: 408-19
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/161154

Osteoporose und Rheuma

Vitamin D + Kalzium für alle?

Rheumatoide Arthritis geht häufig mit Osteoporose einher – verursacht durch die Krankheit selbst sowie durch den Gebrauch von Glukokortikoiden. Die Knochenmineraldichte ändert sich dabei zwar langsam, doch langfristig ist das Osteoporose-Risiko sehr hoch.

Wie sich die Knochenmineraldichte bei Patienten mit länger bestehender rheumatoider Arthritis (rA) verändert, untersuchten Forscher an 242 Frauen und 62 Männern mit rA (Durchschnittsalter 51 Jahre, Erkrankungsdauer im Schnitt 6,3 Jahre). Rund 95% der Patienten wurden bei Baseline mit Kalzium und Vitamin D supplementiert, weitere 4,9% nahmen nur Kalzium ein. Etwa ein Viertel wurde mit niedrigdosierten Glukokortikoiden behandelt. Keiner der Patienten nahm Bisphosphonate ein oder erhielt eine Hormonersatztherapie.

Jeder dritte rA-Patient wies Osteoporose auf. Die Osteoporoseprävalenz an Unterarm (28%), Lumbalregion (14,2%) und Hüfte (11,6%) war etwa doppelt so hoch wie in der Kontrollgruppe (12, 8 bzw. 2,5%). Bei 65 bzw. 29% der 14 Patienten, die nicht mit Vitamin D und Kalzium supplementierten, hatte die Knochendichte am Oberarm bzw. an der Hüfte nach vier Jahren signifikant abgenommen. Bei den Patienten mit regelmäßiger Vit.-D- und Kalziumaufnahme traf dies nur auf 19 bzw. 16% zu.

Glukokortikoide beeinflussten das Osteoporoserisiko dagegen nicht, was die Forscher auf die durch die Medikation gesenkte Krankheitsaktivität und die verstärkte Motivation zur Supplementation zurückführten. **OH**

K Peng J et al.: Bone mineral density in patients with rheumatoid arthritis ... J Clin Rheum 2016; 22(2): 71-4
 Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/161248



„EIN SEHR KRANKER ELEFANT.“

PRAXIS-TIPP

Pummelchen leben länger

Optimaler BMI bei 27 kg/m²?

Laut WHO liegt der optimale BMI zwischen 18,5 und 25 kg/m². Einer aktuellen Studie zufolge ist der mit der geringsten Mortalität assoziierte BMI in den letzten Jahren aber um drei Punkte gestiegen.

In den letzten Jahrzehnten ist der durchschnittliche BMI in den meisten Ländern angestiegen. Gleichzeitig ist die Prävalenz kardiovaskulärer Risikofaktoren bei den Übergewichtigen zurückgegangen. Inwiefern diese säkularen Trends sich auf den optimalen BMI ausgewirkt haben, untersuchten Forscher an Daten von drei Studienkohorten aus der dänischen Allgemeinbevölkerung.

Im Verlauf des Follow-up verstarben 78% der Kohorte von 1976 bis 1978, 53% der Kohorte von 1991 bis 1994 und 6% der Kohorte von 2003 bis 2013 (Mortalitätsraten 30 bzw. 16 und 4 pro 1000 Personenjahre). Erwartungsgemäß stieg die allgemeine Mortalität bei geringen und hohen BMI-Werten an (U-förmige

Assoziation). Der mit der geringsten allgemeinen Mortalität assoziierte BMI-Wert stieg im Verlauf der Jahre von 23,7 (1976 bis 1978) auf 24,6 (1992 bis 1994) und schließlich 27,0 kg/m² (2003 bis 2013) an. Die geringste Mortalität haben folglich heute Personen, die gemäß WHO als leicht übergewichtig gelten.

Verglichen mit einem als normal geltenden BMI zwischen 18,5 bis 24,9 kg/m² sank das Mortalitätsrisiko für Übergewichtige mit BMI zwischen 25 und 30 kg/m² sowie für stark Übergewichtige mit BMI von 30 kg/m² oder mehr im Verlauf der Jahre ab. **OH**

K Afzal S et al.: Change in body mass index associated with lowest mortality in denmark, 1976-2013. JAMA 2016; 315(18): 1898-96
 Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/160776

Hormonersatztherapie

Progesteron: Hormon mit vielen Vorteilen

Der Stellenwert der postmenopausalen Hormonersatztherapie ist ein vieldiskutiertes Thema. Studien belegen, dass die richtige Kombination aus Progesteron und Östrogen sowohl Stoffwechsel und Gefäße, als auch Psyche und Schlaf günstig beeinflussen kann.

Über die zahlreichen Wirkungen von Progesteron im Rahmen einer Hormonersatztherapie (HRT) diskutierten Experten auf einer Veranstaltung von Dr. Kade/Besins. Prof. Petra Stute, Bern, stellte Studienergebnisse zum Brustkrebsrisiko postmenopausaler Frauen unter kombinierter HRT vor. „Erst ab etwa einer fünfjährigen Dauer einer kombinierten HRT steigt das Brustkrebsrisiko an“, so Stute. Für HRT-Kombinationen, die mikronisiertes Progesteron (MP) als Gestagen enthalten, ist die Evidenz für einen Zusammenhang mit erhöhtem Brustkrebsrisiko begrenzt. „Insgesamt ist eine HRT mit MP als Gestagen während einer fünfjährigen Anwendung als brustsicher einzustufen“, so Stute.

„Auch in Bezug auf Stoffwechsel und Gewicht bietet eine HRT mit mikronisiertem Progesteron Vorteile“, ergänzte Prof. Joseph Neulen, Aachen. In verschiedenen Studien führte eine kombinierte HRT mit Östradiol und Pro-

gesteron gegenüber Placebo nicht zu einem Gewichtsanstieg. „Diese war außerdem mit einem günstigeren Fettverteilungsmuster verbunden“, betonte Neulen. Während Nortestosteron-abgeleitete Gestagene das Cholesterinprofil negativ beeinflussen können, konnte in klinischen Studien kein ungünstiger Effekt von MP auf den Fettstoffwechsel festgestellt werden. „Darüber hinaus wirkt eine HRT dem Entstehen von Insulinresistenz und Diabetes entgegen“, so Neulen weiter. „Ein negativer Einfluss durch MP auf den Glucosestoffwechsel blieb in klinischen Studien aus, so dass die günstigen Effekte der Östrogentherapie voll zur Geltung kommen konnten.“ **OH**

FACHPRESSEKONFERENZ

„Progesteron – Potenzial und Mythen: Einfluss von Progesteron auf Organsysteme“, Düsseldorf, 10.3.2017, Veranstalter: Dr. Kade/Besins
 Mikronisiertes Progesteron: Utrogest®

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/170310

THERAPIE-OPTIONEN

Vagiwell® Dehnungsstifte

■ Vagiwell® Dilatoren sind das Mittel der Wahl bei Indikationen wie Dyspareunie, Vaginismus oder während bzw. nach Chemotherapie. Die medizinischen Dehnungsstifte aus Silikon werden bei vaginalen Dehnungsübungen eingesetzt und können Frauen helfen, die Schmerzen beim Geschlechtsverkehr und vaginaler Penetration haben. Da die Indikationen selbst häufig Tabuthemen sind, ist der Leidensdruck der Frauen meist hoch. Ziel der Übungen ist eine Desensibilisierung, bei der die Scheide langsam gedehnt werden soll, so dass Geschlechtsverkehr (wieder) bzw. gynäkologische Untersuchungen schmerzfrei möglich sind. Positive Rückmeldungen der Patientinnen und zahlreiche Nachfragen von Fachärzten bestätigen die hohe Compliance des Produkts. Die Vagiwell® Dehnungsstifte eignen sich für den häuslichen und klinischen Gebrauch, bestehen aus medizini-

schem Silikon und werden in Deutschland produziert. Die leichte Verfügbarkeit, rezeptfrei in Apotheken und online, erleichtert es den betroffenen Frauen, rasch eine gute Lösung für sich zu finden. Weitere Infos unter www.medintim.de.

NEUE STUDIEN

Langzeitverhütung bei jungen Frauen

■ Die TANCO-Studie befragte insgesamt 18 521 Frauen und 1089 Gynäkologen/-innen in Deutschland zum Thema Verhütung. Die Teilnehmerinnen waren im fertilen Alter zwischen 14 und 50 Jahre alt, 66% von ihnen waren Nulliparae. Überrascht hat der hohe Anteil an jungen Frauen bis 24 Jahre, die eine Langzeitverhütung als Option für sich selbst ansehen: Für 60% der Frauen (insbesondere für jüngere Frauen <30 Jahre) wäre Langzeitverhütung eine Option, wenn sie mehr Informationen dazu erhalten würden (Verwenderinnen der Kombinationspille: 63%). Ein Umdenken

Vorschau Gyn-Depesche 3/2017 vom 8.6.2017

- CME:** Tipps zur effektiven postpartalen Kontrazeption
- CME:** Lesbische und bisexuelle Patientinnen: Welche Besonderheiten gilt es zu beachten?
- CME:** Endometriumablation in Lokalanästhesie: Wie geht's, wie sicher ist das Verfahren?
- CME:** Sexuell übertragbare Erkrankungen (STD) und Infertilität: Unterschiedliche Erreger – unterschiedliche Risiken

scheint geboten: Auch jüngere Frauen sollten häufiger über Langzeitverhütungsmethoden aufgeklärt werden.

NEUE BÜCHER

Nachschlagewerk zur Intimchirurgie

Das im Thieme Verlag erschene Buch richtet sich als interdisziplinäres Nachschlagewerk an alle relevanten Fachgruppen. Es soll Ärzte bei der komplexen Aufgabe unterstützen, mithilfe der ästhetischen und rekonstruktiven Intimchirurgie Patienten mit angeborenen Fehlbildungen, Defekten nach Unfällen oder Tumoroperati-

onen zu helfen. Das Buch gliedert sich in fünf Teile, von welchen sich die ersten beiden mit der Ätiologie vulvovaginaler und penoskrotaler Defekte, den Grundlagen ihrer Rekonstruktion und den wichtigsten Lappenplastiken. Ein Abschnitt des Buches widmet sich der funktionell ästhetischen Intimchirurgie bei der Frau bzw. beim Mann, wobei im Einzelnen auf das Vorgehen bei Labioplastiken, Präputium clitoridis, Hymeno- und Perineoplastik sowie Mons-pubis-Straffung und Kolporrhaphie bzw. Phalloplastiken eingegangen wird. *Philip H. Zeplin: Rekonstruktive und Ästhetische Intimchirurgie, Thieme Verlag KG, 2017*

LITERATURDIENST

Bestellung der Originalarbeiten

- Sie können die Kurzfassungen der Originalstudien, die unseren Beiträgen zugrunde liegen, direkt online bei PubMed lesen, wenn Sie dem Link am Ende des Beitrags folgen (z. B. www.gyn-depesche.de/150935).
- Alternativ schicken wir Ihnen gerne eine Kopie der Volltext-Originalstudie per Post zu. Die Anforderung erfolgt online unter der Adresse <http://www.gyn-depesche.de/zeitschrift/originalarbeiten/>.
- Gerne können Sie die Kopie der Originalstudie auch unter Angabe der Ausgabe der Zeitschrift (z. B. Gyn-Depesche 1/2017) und der am Ende genannten Nummer (z. B. 150935) per Post beim Verlag anfordern.

GfI. Gesellschaft für med. Information
 Leserservice
 Paul-Wassermann-Str. 15
 81829 München

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

Abonnenten erhalten eine Originalarbeit pro Ausgabe kostenlos.

Die Gyn-Depesche regelmäßig lesen

Wenn Sie die **Gyn-Depesche** regelmäßig erhalten möchten, füllen Sie bitte online das Formular www.praxis-depesche.de/abo aus, oder schicken Sie uns Ihre Bestellung per Fax an 089 / 43 66 30-210

- Ich möchte die **Gyn-Depesche** abonnieren. Bitte schicken Sie mir alle 6 Ausgaben pro Jahr bis auf Widerruf zum aktuellen Jahresbezugspreis von 44,- Euro (zzgl. 7,40 Inlandsporto) frei Haus. Das Abonnement kann jederzeit monatlich gekündigt werden und enthält die kostenfreie Kopie einer Originalstudie im Monat.

Name, Anschrift

Datum, Unterschrift

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer



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

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



Kennziffer: GD022017

VNR: 2760909007067610018

Einsendeschluss: 11.05.2017

Es ist jeweils nur eine Antwort pro Frage zutreffend.

		A	B	C	D	E
1. An SLE/APS erkranken oft ...	S. 14	<input type="checkbox"/>				
2. Frauen mit SLE ...	S. 14	<input type="checkbox"/>				
3. Die Ursache des GSM ist ...	S. 22	<input type="checkbox"/>				
4. Beim GSM kommt es zu ...	S. 22	<input type="checkbox"/>				
5. Therapeutisch NICHT infrage kommt beim ...	S. 22	<input type="checkbox"/>				
6. Behandeln sollte man ...	S. 24	<input type="checkbox"/>				
7. NICHT typisch für BV ist ...	S. 24	<input type="checkbox"/>				
8. BV erhöht Risiko NICHT für ...	S. 24	<input type="checkbox"/>				
9. KEINE topische Therapie-Option laut ...	S. 26	<input type="checkbox"/>				
10. Die Vulvodynie kennzeichnet NICHT ...	S. 26	<input type="checkbox"/>				

7

Zustellnummer, falls vorhanden (finden Sie auf dem Adressetikett)

Titel, Vorname, Name

Straße, Nr.

PLZ, Ort

E-Mail (Angabe zur Zertifikatszusendung erforderlich)

EFN-Nummer

Ort, Datum Unterschrift

ggf. Praxisstempel

ggf. EFN-Barcode-Aufkleber

Ich versichere, alle Fragen ohne fremde Hilfe beantwortet zu haben.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten gespeichert und an die zuständige Landesärztekammer weitergeleitet werden.

Bitte beantworten Sie alle Fragen online unter www.gyn-depesche.de/cme oder schicken Sie dieses Formular komplett ausgefüllt an:

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



PATENT-
GESCHÜTZT
LAKTOSE
FREI

Mit der Erfahrung von 15 Mio. Frauenjahren!
Machen Sie den Faktencheck auf
www.jenapharm.de



Einfach gut beraten.

Eine für alle: Bei der Entscheidung, Maxim* zu verschreiben, sollten die aktuellen, individuellen Risikofaktoren der einzelnen Frauen, insbesondere im Hinblick auf VTE, berücksichtigt werden. Das Risiko für eine VTE bei Anwendung von Maxim* sollte mit dem anderer kombinierter hormonaler Kontrazeptiva verglichen werden.
1. STC-Marktreport IMS HEALTH GmbH & Co. OHG.

Maxim* Zusammensetzung: 1 überzogene Tablette enthält 0,03 mg Ethinylestradiol und 2 mg Dienogest. *Sonstige Bestandteile:* Mikrokristalline Cellulose, Maisstärke, vorverkleisterte Maisstärke, Maltodextrin, Magnesiumstearat (Ph.Eur.), Sacrose, Glucose-Sirup (Ph.Eur.), Calciumcarbonat, Povidon K90, Povidon K25, Macrogol 35.000, Macrogol 6.000, Talkum, Carnaubawachs, Titanoxid (E 171). **Anwendung:** - Hormonale Kontrazeption; - Behandlung von Frauen mit mittelschwerer Akne, die keine Gegenanzeigen für eine Therapie mit oralen Kontrazeptiva aufweisen, und nach Versagen von geeigneten lokalen Behandlungen. **Gegenanzeigen:** Vorliegen oder Risiko einer venösen Thromboembolie (VTE), z. B.: bestehende VTE oder VTE in der Vorgeschichte (tiefe Venenthrombose, Lungenembolie), erbliche oder erworbene Prädisposition für VTE, groß. Operationen mit längerer Immobilisierung, hohes Risiko für eine venöse Thromboembolie aufgrund mehrerer Risikofaktoren. Vorliegen einer oder Risiko für eine arterielle Thromboembolie (ATE), z. B.: bestehende ATE oder ATE in der Vorgeschichte (z. B. Herzinfarkt) o. Erkrankung im Prodromalstadium (z. B. Angina pectoris); bestehender Schlaganfall, oder transitorische ischämische Attacke in der Vorgeschichte; erbliche oder erworbene Prädisposition für eine ATE; Migräne mit fokalen neurologischen Symptomen in der Vorgeschichte; hohes Risiko für ATE aufgrund von schwerwieg. Risikofaktoren wie: Diabetes mellitus mit Gefäßschädigung, schw. Hypertonie, schw. Dyslipoproteinämie, bestehende oder vorausgegangene Pankreatitis (wenn diese mit schwerer Hypertiglyzidämie verbunden ist), bzw. Lebererkrankungen (solange Leberfunktionswerte noch nicht normalisiert) oder Lebertumoren (benigne oder maligne), bekannte oder vermutete sexualhormonabhängige maligne Tumoren, diagnostisch nicht abgeklärte vaginale Blutungen, Überempfindlichkeit gegen Wirkstoffe od. sonst. Bestandteile. **Nebenwirkungen:** In klinischen Studien wurde häufig berichtet über: Kopf- und Brustschmerzen. Gelegentlich traten auf: Vaginitis/Vulvovaginitis, vaginale Candidiasis oder vulvovaginale Pilzinfektionen, erhöhter Appetit, depressive Verstimmung, Schwindel, Migräne, Hypertonie, Hypotonie, Abdominalschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe, Akne, Alopezie, Pruritus, irreguläre Abbruchblutung, Zwischenblutungen, Brustvergrößerung, Brustodem, Dysmenorrhoe, vaginaler Ausfluss, Ovarialzyste, Beckenschmerzen, Müdigkeit, Gewichtszunahme. Selten traten auf: Salpingo-Oophoritis, Hamwegsinfektionen, Zystitis, Mastitis, Zervizitis, Pilzinfektionen, Candidiasis, Lippenherpes, Influenza, Bronchitis, Sinusitis, Infektionen der oberen Atemwege, virale Infektionen, uterines Leiomyom, Brustlipom, Anämie, Überempfindlichkeit, Virilismus, Anorexie, Depression, mentale Störungen, Schlaflosigkeit, Schlafstörungen, Aggression, ischämischer Schlaganfall, zerebrovaskuläre Störungen, Dystonie, trockenes Auge, Augenirritationen, Oszillopsie, Verschlechterung der Sehfähigkeit, plötzlicher Hörsturz, Tinnitus, Vertigo, Verschlechterung der Hörfähigkeit, kardiovaskuläre Störungen, Tachykardie, venöse Thromboembolie (VTE), arterielle Thromboembolie (ATE), Lungenembolie, Thrombophlebitis, diastolische Hypertonie, orthostatische Dysregulation, Hitzezustände, Venenvarikose, Venenbeschwerden, Venenschmerzen, Asthma, Hyperventilation, Gastritis, Enteritis, Dyspepsie, allergische oder atopische Dermatitis/ Neurodermitis, Ekzem, Psoriasis, Hyperhidrose, Chloasma, Pigmentstörungen/Hyperpigmentation, Seborrhoe, Kopfschuppen, Hirsutismus, Hautveränderungen, Hautreaktionen, Orangenhaut, Spidemiäus, Rückenschmerzen, muskuloskeletale Beschwerden, Myalgie, Schmerzen in den Extremitäten, zervikale Dysplasie, Schmerzen und Zysten der Adnexa uteri, Brustzysten, fibrozytische Mastopathie, Dyspareunie, Galaktorrhoe, Menstruationsstörungen, Brustkorbschmerzen, periphere Ödeme, influenzaähnliche Erkrankungen, Entzündung, Pyrexie, Reizbarkeit, Erhöhung der Bluttriglyzeride, Hypercholesterolemie, Gewichtsabnahme, Manifestation einer asymptomatischen akzessorischen Brust. Häufigkeit aufgrund der verfügbaren Daten nicht abschätzbar: Stimmungsveränderungen, Libidoab- und -zunahme, Kontaktlinsenunverträglichkeit, Urtikaria, Erythema nodosum bzw. multiforme, Brustsekretion, Flüssigkeitsretention. Über folgende unerwünschte Wirkungen im Allgemeinen wurde darüber hinaus berichtet: Hypertonie, Hypertiglyzidämie, Änderung der Glukosetoleranz oder Beeinflussung der peripheren Insulinresistenz, Lebertumore, Leberfunktionsstörungen, Chloasma, Auslösung oder Verstärkung eines Angioödems, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Zervixkarzinom, Auftreten oder Verschlechtern von Erkrankungen, deren Zusammenhang mit der Anwendung nicht geklärt ist: Ikterus und/oder Pruritus im Zusammenhang mit Cholestase; Gallensteinbildung; Porphyrie; systemischer Lupus erythematoses; hämolytisch-urämisches Syndrom; Chorea Sydenham; Herpes gestationis, otosklerosebedingter Hörverlust. Die Häufigkeit der Diagnose von Brustkrebs ist geringfügig erhöht. **Warnhinweis:** Bei der Entscheidung, Maxim zu verschreiben, sollten die aktuellen, individuellen Risikofaktoren der einzelnen Frauen, insbesondere im Hinblick auf venöse Thromboembolien (VTE), berücksichtigt werden. Auch sollte das Risiko für eine VTE bei Anwendung von Maxim mit dem anderer kombinierter hormonaler Kontrazeptiva (KHK) verglichen werden. Enthält Sacrose und Glucose. **Verschreibungspflichtig.** Jenapharm GmbH & Co. KG, Otto-Schott-Str. 15, 07745 Jena. Stand 11/20, 02/2016

LIPHEMKT/WH/09.20.06.0366