

GynDepesche

Schnellinformationen: Evidenzbasiertes Wissen – Internationale Studien – Kommentare – Kongresse



KONTRAZEPTION

Beckenschmerzen

Neben Laparoskopie auch an Palpation denken 14

Implantat-Rückruf

So beraten Sie evidenzbasiert und ehrlich 32

Nach Termination

Vieles spricht für sofortige IUD-Insertion 8

Jede Minute zählt!

Rettende Tipps für Entbindung unter Reanimation 21

Joggen erlaubt

Für Schwangere gibt es aber auch Nachteile 23

Ovarialkarzinom

Screening hat positive Effekte

utrogest® Luteal

Mikronisiertes Progesteron zur vaginalen Anwendung

NEUE
ZULASSUNG
SEIT SOMMER
2018

VIELLEICHT ...

...VIEL LEICHTER

Jetzt haben Sie es noch einfacher, den Kinderwunsch zu unterstützen

- Die Empfehlung in der Lutealphasen-Unterstützung bei ART*
- Die ersten und einzigen zur vaginalen Anwendung zugelassenen Weichkapseln
- Empfohlene Dosierung bis zu 3 x 200 mg täglich
- Anwendbar bis zur 12. Schwangerschaftswoche

„Progesteron wirkt auf die Gebärmutter-schleimhaut und hilft Ihnen schwanger zu werden und zu bleiben, wenn Sie wegen Unfruchtbarkeit in Behandlung sind.“**

* ART - Assistierte Reproduktionstherapie, ** Gebrauchsinformation von Januar 2018

Utrogest® Luteal 200 mg Weichkapseln zur vaginalen Anwendung. **Wirkstoff:** Progesteron. Verschreibungspflichtig. **Zus.:** 1 Weichkapsel enthält 200 mg Progesteron. **Sonst. Bestandt.:** Raffiniertes Sonnenblumenöl, Phospholipide aus Sojabohnen, Gelatine, Glycerol, Titandioxid (E 171), gereinigtes Wasser. **Anw.:** Unterstützung der Lutealphase im Rahmen einer assistierten Reproduktionstherapie (ART). **Gegenanz.:** Ungeklärte Vaginalblutungen; verhaltener Abort / ektop. Schwangerschaft; unbehandelte Endometriumhyperplasie; akute Leberfunktionsstörungen / Lebererkrankungen in der Anamnese, solange sich die Leberfunktionswerte nicht normalisiert haben; bestehender / früherer Brustkrebs bzw. Verdacht; bestehende / vermutete hormonempfl. bösartige Tumoren (Endometriumkrebs); Thrombophlebitis, vorangegang. / bestehende venöse Thromboembolien (tiefe Venenthrombose, Lungenembolie); bestehende / kürzlich aufgetr. thromboembol. Erkrank. (Angina pectoris, Myokardinfarkt, Schlaganfall); thrombophile Erkrankungen (z.B. Protein-C-, Protein-S- oder Antithrombin-Mangel); Porphyrie; Überempfindlichkeit gegenüber Progesteron, Soja, Erdnuss od. sonstigen Bestandteilen; **Nebenw.:** In klin. Studien beobachtet: azyklische Blutungen, Schmierblutungen und weißer bis gelber Vaginalausfluss; bei IVF Anw.: Kopfschmerzen, vulvovag. Beschwerden (vulvovag. Schmerz, vagin. Brennen, vagin. Ausfluss, vulvovagin. Trockenheit); Benommenheit; Schläfrigkeit; Bauchschmerzen; Brustbeschwerden (Schmerzen, Schwellungen, Spannungsgefühl in den Brüsten); Übelkeit; Erbrechen; allerg. Reaktionen. **Weit. Hinw. s. Fach- und Gebrauchsinfo. Stand: 01/2018**

DR. KADE
BESINS



Mehr Informationen unter www.utrogest-luteal.de

Mehr Inhalt, mehr Wissen und einfach mehr Freude am Lesen

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen!

Heute halten Sie die erste Ausgabe der neuen **GynDepesche** in den Händen. Auf den ersten Blick haben Sie sicherlich bemerkt, dass wir die Titelseite völlig überarbeitet haben. Wir hoffen, dass Ihnen dadurch unser Heft noch angenehmer ins Auge fällt, dass Sie die wichtigsten Themen jeder Ausgabe noch schneller finden, und dass sich in der neuen Gestaltung mit einem ganzseitigen Titelmotiv der aktuelle und praxisrelevante Inhalt des Heftes noch besser widerspiegelt.



Aber auch im Innenteil des Heftes haben wir in den vergangenen Monaten kräftig Hand angelegt. So wurden zum Beispiel in allen Rubriken durchgängig neue Schriftarten eingeführt, von denen wir hoffen, dass diese Ihr Lese-Erlebnis deutlich verbessern – mit mehr Weißraum und klareren Schriftzeichen. Im Inhaltsverzeichnis finden Sie zukünftig mehr Hinweise auf die Highlights jedes einzelnen Heftes. Und bei ausgewählten Artikeln verdeutlichen wir die Kernaussage der Studie anhand von schnell zu erfassenden Infografiken (z. B. Seite 9 und 29).

Das alles soll Ihnen, verehrte Leserinnen und Leser, mehr Inhalt, mehr Wissen und einfach mehr Freude am Lesen bieten. Denn Ihre Zeit ist begrenzt und wertvoll, und nie war der „Erkenntnisgewinn pro Lesezeit“ besser als in der neuen **GynDepesche**. Probieren Sie es aus, **am besten mit dem Artikel zum Brustimplantat-Rückruf auf Seite 32**.

Damit Sie zukünftig keine Ausgabe verpassen, möchte ich Ihnen unser Abonnement ans Herz legen – entweder klassisch als gedruckte Ausgabe oder digital als ePaper (Abo-Coupon auf Seite 25 oder unter www.gfi-online.de/abo). Alle neuen Abonnenten erhalten von uns als Dank kostenlos das Supplement „Die **Dritte** Seite“, mit einer Fülle an unterhaltsamen, über den Tellerrand blickenden Berichten zu kuriosen medizinischen Studien.

Ihr

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

Diese Anzeige ist in der PDF-Version nicht verfügbar.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unsere Anzeigendisposition:

Herr Alfred Neudert,
Tel.: 089/436630-293,
E-Mail: neudert@gfi-online.de

DIE DRITTE SEITE

- Kein Ultraschall-Gel zur Hand? 6
- Mit Cassava-Mehl geht's auch! *BJOG*
- Sexismus in der Gynäkologie: Frauen benachteiligt, oder Männer benachteiligt? *AM J OBSTET GYNECOL* 6
- Zyklus-Tracking-Apps: Nicht alle Frauen sehen Vorteile *DIGITAL HEALTH* 6

KONTRAZEPTION

- CME** Ovulation setzt oft früh nach Termination ein: Vieles spricht für sofortige IUD-Insertion *CONTRACEPTION* 8



Natürliche Familienplanung: Doppelte Kontrolle schützt besser *OBSTET GYNECOL* 9

- Gesundheitsbezogene Lebensqualität: Saisonale Depression durch Pille nicht verstärkt *EUR J CONTRACEPT* 10
- Termination: DMPA beeinträchtigt Misoprostol-Wirkung nicht *BMJ SEX REPROD HEALTH* 10
- Gas-Chromatographie: Zyklusphase macht sich im Atem bemerkbar *SCI REP* 10
- Fertilitätsbestimmung: Sorgenfreier Sex dank Smartphone? *CONTRACEPTION* 11

FERTILITÄT

- Kinderwunsch über 40: DHEA verbessert Endometriumfunktion *FERTIL STERIL* 12
- Vitamin D und Folat: Neues zur richtigen Supplementation 12

GENITALTRAKT

- Beckenschmerzen palpieren *BMC WOMENS HEALTH* 14
- Uterusmyome: Anwendungsanpassungen bei bewährter Therapie 14

SEXUALMEDIZIN



Partnerschaft: Der Rhythmus der Lust *PLOS ONE* 16

- Infektionsrisiko: Familie bremst riskantes Sexualverhalten *BMJ OPEN* 16
- Kopfschmerz stört Sexualfunktion *TURK J UROL* 16

GRAVIDITÄT

- CME** Herzstillstand bei Schwangeren: Entbindung unter Reanimation *AM J OBSTET GYNOL* 21



CME Internationaler Konsensus: Strategien bei drohender Frühgeburt *BJOG* 22

VORSCHAU AUF DIE KOMMENDE AUSGABE

- CME Onkologie:** Frühes Ovarialkarzinom – Sicherheit radikaler Eingriffe auf dem Prüfstand
- CME Fertilität:** Hypertonie-Management bei Schwangeren mit Fertilitätsbehandlung
- Psychologie:** Stimmung, Stress und Selbstvertrauen – postpartale Belastung von Primipara
- Urogynäkologie:** Dranginkontinenz-Therapie und Schlafqualität

Verpassen Sie auf keinen Fall die kommende Ausgabe der **GynDepesche** – mit einem Print- oder Digital-Abonnement (Abo-Coupon auf Seite 25 oder unter www.gfi-online.de/abo).

GRAVIDITÄT

- Joggen für Schwangere: Kein Risiko!
BMJ OPEN SPORT EXERC MED 23
- Kinderwunsch, Schwangerschaft und Stillzeit:
Mikronährstoffe frühzeitig ansprechen 23



KONGRESS: Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe 2018: Neues zu Dyspareunie, E-Health und Inkontinenz 24

GEBURTSHILFE

- Vaginale Entbindung nach Sectio: Vorsicht bei langer zweiter Geburtsphase OBSTET GYNECOL 25
- Dammriss bei der Austreibung:
Eine Frage der Geburtstechnik? SEX REPROD HEALTH 25

MENOPAUSE



Gestörter Schlaf: Hitzewallungen und Depressionen NAT SCI SLEEP 26

- Isoflavone, Vitamine und Co.:
Was hilft gegen Wechseljahresbeschwerden?
PRZ MENOPAUZALNY 26
- Kognitive Funktion: Sind Frauen mit später Menopause schlauer? NEUROLOGY 28
- Menopause und HRT:
Symptome und Therapie werden unterschätzt 28

ONKOLOGIE

- Screening auf Ovarialkarzinom:
37% geringere Zehnjahresmortalität OBSTET GYNECOL 29



Rückruf von texturierten Brustimplantaten: So beraten Sie betroffene Patientinnen evidenzbasiert und ehrlich BMJ 32

CHIRURGIE



CME Sectio caesarea: Gesucht, die optimale Nahttechnik BJOG 33

APP-ANALYSE	14
IM FOKUS	12
STENO	29
MED-INFO	34
IMPRESSUM	32
CME Zertifizierte Fortbildung: Fragebogen	35

Kein Ultraschall-Gel zur Hand?

Mit Cassava-Mehl geht's auch!

Das Mehl der Cassawurzel (*Manihot esculenta*) mit Salz in etwas Wasser kurz aufkochen lassen – so lautet das Rezept, mit dem sich eine günstige Alternative zu kommerziellem Ultraschall-Gel herstellen lässt. Dabei steht die Cassava-Paste diesem qualitativ in nichts nach.

In vielen Entwicklungsländern wie z. B. der Demokratischen Republik Kongo stellen mobile Ultraschallgeräte einen wichtigen Baustein in der medizinischen Versorgung dar. Eine 250-ml-Flasche handelsübliches Ultraschall-Gel kostet dort allerdings mehr als 15,- US\$, weshalb man hier bereits seit 2013 notgedrungen auf die natürliche Alternative aus Cassava-Mehl zurückgreift, das mit 0,09 US\$ pro 250ml wesentlich günstiger zu haben ist.

An einem medizinischen Zentrum in New York testete man nun, wie gut die Cassava-Paste mit kommerziellem Ultraschall-Gel mithalten kann. 30 Schwangere sonographierte man zunächst wie üblich mit Standard-Ultraschallgel und dann ein zweites Mal mit dem Cassava-Gemisch. Verglichen wurden die Messungen von biparietalem Durchmesser, Kopf- und Abdomenumfang sowie femoraler Diaphysenlänge des Feten.

Die fünf geübten Untersucher, die den Ultraschall durchführten, bewerteten die Cassava-Paste hinsichtlich Handhabung, Bildgenerierung und Reinigung als dem Standard-Gel ebenbürtig. Auch die Patientinnen waren zufrieden. Zudem wurden Auflösung, Detailgrad und Gesamtbildqualität verglichen: In keinem der drei Bildparameter konnte man einen signifikanten Unterschied feststellen. Sorgen um die Sterilität des Mehlgemisches muss man sich offenbar auch nicht machen, denn es blieb im Experiment mindestens fünf (maximal zehn) Tage bakterienfrei. **OH**

Aziz A et al.: Cassava flour slurry as a low-cost alternative to commercially available gel for obstetrical ultrasound: ... BJOG 2018; 125: 1179-84

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190056

Sexismus in der Gynäkologie

Frauen benachteiligt, oder Männer benachteiligt?

Sexismus ist in unserer Gesellschaft nach wie vor allgegenwärtig. Die #MeeToo-Initiative wollte auf solche Missstände hinweisen, sie möglichst eliminieren, und Verantwortliche (Männer) zur Rechenschaft ziehen. Auch im medizinischen Gebiet der Gynäkologie leiden Ärztinnen unter Sexismus ... aber tatsächlich können auch Männer benachteiligt sein.

Auch zwischen Gynäkologinnen und Gynäkologen herrscht immer noch ein „gender pay gap“: Weibliche Frauenärzte mit derselben Qualifikation verdienen weniger als ihre männlichen Kollegen. Gynäkologinnen werden auch nach wie vor seltener Professorinnen oder Chefärztinnen. In einer schwedischen Studie fand man heraus, dass Frauen in akademischen Laufbahnen einen 2,5fach höheren Impact Score (wissenschaftlicher Veröffentlichungs-Index) aufweisen mussten, um als gleich qualifiziert wie Männer zu gelten. Man sollte meinen, dass diese Art Sexismus gegen Frauen in einem Fach wie der Gynäkologie, das sich mit der Gesundheit von Frauen beschäftigt, weniger ausgeprägt ist – ist sie aber offensichtlich nicht.

Aber es gibt in der Gynäkologie auch einen Sexismus, der gegen männliche Gynäkologen gerichtet ist. Männer gelten in unserer Gesellschaft nach wie vor als stark, rational, emotionsarm und dominant. Das kann dazu führen, dass sich Patientinnen eher von einer weiblichen als von einem

männlichen Gynäkologen behandeln lassen. Manche Patientinnen können oder wollen zu einem Gynäkologen nicht das gleiche Vertrauensverhältnis aufbauen wie zu einer Frau. Manchmal steht sogar die Angst vor Objektivierung oder Sexualisierung dahinter.

Sexismus scheint in der Gynäkologie demnach keine rein „weibliche Angelegenheit“ zu sein. **CB**

Hughes F, Bernstein PS: Sexism in obstetrics and gynecology ... Am J Obstet Gynecol 2018; Epub Jul 11; doi: 10.1016/j.ajog.2018.07.006

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190246



Sexismus in der Gynäkologie – kann es in beide Richtungen geben

Zyklus-Tracking-Apps

Nicht alle Frauen sehen Vorteile

Zyklus-Tracker sind gleich nach Aktivitäts-Trackern die am meisten heruntergeladene Art von Gesundheits-Apps. Sie bieten einige Vorteile – aber nicht für alle Frauen.

Fast alle Teilnehmerinnen einer Studie zum Gebrauch von Zyklus-Apps bewerteten diese als nützlich. Wichtig war vor allem, dass das Programm medizinisch korrekte Inhalte enthielt und den Zyklus möglichst exakt vorhersehen konnte. Was dies betraf, waren Frauen mit regelmäßigem Zyklus auch mit den verfügbaren Programmen zufrieden. Viele Frauen mit unregelmäßigem

Zyklus waren aber oft enttäuscht. Die Bedürfnisse von Frauen mit Fertilitätsstörungen, unregelmäßigen Zyklen oder gesundheitlichen Problemen, die sich auf den Zyklus auswirken, blieben bei den meisten Apps unberücksichtigt. **OH**

Gambier-Ross K et al.: A mixed methods exploratory study of women's relationships with and uses of fertility tracking apps. Digital Health 2018; 4: 1-15
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190055

Diese Anzeige ist in
der PDF-Version nicht
verfügbar.

**Bei Fragen wenden Sie sich bitte
an unsere Anzeigendisposition:**

Herr Alfred Neudert,
Tel.: 089/436630-293,
E-Mail: neudert@gfi-online.de



Ovulation setzt oft früh nach Termination wieder ein

Vieles spricht für sofortige IUD-Insertion

Nach einem Schwangerschaftsabbruch wünschen sich viele Frauen eine effektive Verhütung – ein günstiger Zeitpunkt, um im Anschluss an den Eingriff ein IUD einzusetzen.

Nach einer terminierten unerwünschten Schwangerschaft ist das Risiko eines weiteren Aborts hoch: Bei 20 bis 60% aller Abtreibungen in Europa handelt es sich um wiederholte Eingriffe. Schuld ist oft die Wahl einer unsicheren Kontrazeptionsmethode oder eine unzuverlässige Anwendung. Vielen Frauen ist auch nicht bewusst, wie schnell die Fertilität wiederkehrt: Nach einer chirurgischen Ausräumung im ersten Trimenon findet bei 80% der Frauen innerhalb eines Monats eine Ovulation statt.

Der Arzttermin zur Ausschabung ist ein optimaler Zeitpunkt, um mit einer effektiven Verhütung zu beginnen. Die US-amerikanische Society of Family Planning stellte deshalb evidenzbasierte Empfehlungen für die Kontrazeption nach chirurgischem Schwangerschaftsabbruch zusammen.

Pille, Patch & Co.

Nach einer instrumentellen Ausräumung im ersten oder zweiten Trimenon kann am gleichen Tag mit jeder kurz wirksamen hormonellen Methode begonnen werden. Zwar existieren dafür keine Vergleichsstudien, doch spricht die weitreichende klinische Erfahrung für dieses Vorgehen. Ein möglicher Anstieg der Gerinnungsfaktoren hat sich nicht als klinisch signifikant er-



Von dem Einsatz eines IUD direkt nach dem Abort können viele Frauen profitieren

wiesen. Die Inzidenz einer Lungenembolie ist mit 10 bis 20 Fällen pro 100.000 Aborte geringer als nach einer Entbindung im dritten Trimenon. Auch bei östrogenfreien Präparaten spricht nach derzeitiger Evidenz nichts gegen einen Anwendungsbeginn unmittelbar nach der Uterusevakuati- on. Vaginalring, transdermale Pflaster und DMPA-Injektionen werden ebenfalls als sicher angesehen.

Gleiches gilt für lang wirksame Methoden wie subdermale Implantate, Levonorgestrel- oder Kupfer-IUD. Der Vorteil einer Insertion am Tag des Aborts: Das Risiko einer weiteren ungeplanten Schwangerschaft ist wesentlich geringer als bei weniger effektiven Methoden oder einer verzögerten Insertion. Fast jede zweite Frau beginnt nach einem Abort nicht wie geplant mit der Pilleneinnahme oder bricht sie wieder ab. Wurde die Einlage eines IUD zu einem späteren Zeitpunkt geplant, erfolgte diese in verschiedenen Studien ebenfalls nur in höchstens der Hälfte der Fälle. Da die Zervix bei der Ausräumung bereits dilatiert ist, ist eine unmittelbar anschließende IUD-Insertion außerdem weniger zeitaufwändig und schmerzhaft. Auch eine eventuell bereits vorhandene lokale oder systemische Anästhesie erleichtert

die Prozedur. Hinsichtlich Verweildauer und Patientenzufriedenheit offenbarten sich keine Unterschiede zwischen einer sofortigen und einer späteren Insertion eines IUD oder subdermalen Implantats.

Erhöhte Expulsionsrate

Als Nachteil eines IUD-Einsatzes am Tag des Aborts könnte sich insbesondere eine höhere Expulsionsrate infolge der dilatierten Zervix und eines verstärkten Uteruston- us unmittelbar nach dem Schwangerschaftsabbruch erweisen. In einer Studie mit 575 Patientinnen war die Expulsionsrate bei der IUD-Einlage nach einer Vakuumaspiration im ersten Trimenon doppelt so hoch wie bei einer zwei bis sechs Wochen späteren Insertion (5,0 versus 2,7%); der Unterschied blieb jedoch unter der Signifikanzgrenze. Mehrere Studien wiesen darauf hin, dass das Risiko nach einer Termination im zweiten Trimenon höher ist – sowohl bei einer sofortigen wie bei einer verzögerten Insertion.

Auf die möglicherweise erhöhte Ausstoßungsgefahr sollte die Patientin hingewiesen werden. Dennoch überwiegen nach Einschätzung der Autoren für die meisten Frauen die Vorteile einer IUD-Insertion am Tag des Aborts. Auch unter Berücksichtigung eines höheren Expulsionsrisikos ist die langfristige Verhütung mit einem IUD bei einer Insertion unmittelbar nach dem Abbruch wahrscheinlicher als bei einem späteren Termin.

Infektion und Perforation selten

Das Infektionsrisiko scheint bei einer IUD-Insertion direkt nach chirurgischer Termination nicht anzusteigen. Vor dem Abort wird aber eine universelle Antibiotikaprophylaxe und bei Frauen unter 25 Jahren oder erhöhtem Risiko für sexuell übertragbare Infektionen ein Screening auf Chlamydien und Gonorrhoe empfohlen.

Theoretisch denkbar wäre außerdem, dass die graviditätsbedingten Veränderungen des Myometriums das Perforationsrisiko erhöhen. In Studien kam es jedoch weder nach einer direkt nach einem Abort erfolgten noch bei späterer IUD-Einlage zu

BERATUNG ERWÜNSCHT

Die kontrazeptive Beratung sollte unbedingt in die Abortversorgung integriert werden, wenn Frauen keine erneute Schwangerschaft wünschen. Zu den Minimalanforderungen gehört der Hinweis auf die schnelle Rückkehr der Fertilität und die zur Verfügung stehenden Verhütungsmethoden. Als hilfreich hat sich dabei die motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing, MI) erwiesen, die mit offenen Fragen, aktivem Zuhören und Stärkung der Selbstwirksamkeit die Bereitschaft zur Verhaltensänderung aufbauen soll.

Für manche Patientinnen bedeutet der Abort aber eine zu große psychische Belastung, als dass sie einer kontrazeptiven Beratung zugänglich wären. Dies sollte man akzeptieren, ebenso wie die Entscheidung für eine unsichere Kontrazeptionsmethode oder gegen eine sofortige Verhütung.

JUGENDLICHE PROFITIEREN BESONDERS

Eine starke Empfehlung sprachen die Autoren auch für IUD, Implantate oder jede andere Form der reversiblen Kontrazeption unmittelbar nach einem elektiven Abort bei Jugendlichen aus. Bei jungen Mädchen macht sich der Vorteil der lang wirksamen Methoden besonders bemerkbar: Während nur 11 % der jungen Mädchen ein Jahr nach dem Schwangerschaftsabbruch noch die Pille einnahmen, blieben mit IUD oder Implantat über 80% bei der gewählten Methode.

einer Perforation. Das geringe Risiko kann durch eine Insertion unter Ultraschallkontrolle weiter minimiert werden.

Die Empfehlung eines IUD gilt aber nicht uneingeschränkt: Nicht unmittelbar nach dem Abort eingesetzt werden sollte ein IUD, wenn dabei Komplikationen auftreten, beispielsweise starke Blutungen, eine Uterusatonie oder -perforation. Auch im Falle einer uterinen Infektion ist die Insertion kontraindiziert. **CW**

Roe AH, Bartz D: Society of Family Planning clinical recommendations: contraception after surgical abortion. Contraception 2019; 99(1): 2-9

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181429

Frage 1: Nach einem Abort

- A** ist die Wiederholungsrate gering
- B** ist innerhalb eines Monats mit einer Ovulation zu rechnen
- C** ist im Folgemonat mit keiner Ovulation zu rechnen
- D** ist sofortige Kontrazeption unnötig
- E** sind IUD kontraindiziert

Frage 2: Die IUD-Insertion nach der Uterusevakuuation ist assoziiert mit einer

- A** höheren Infektionsrate
- B** höheren Perforationsrate
- C** höheren Schwangerschaftsrate
- D** höheren Expulsionsrate
- E** geringeren Lagedauer

Frage 3: Kontraindiziert ist nach einer Termination

- A** Pille
- B** DMPA
- C** transdermales Hormonpflaster
- D** Kupfer-T
- E** keine Kontrazeptionsmethode

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

Natürliche Familienplanung

Doppelte Kontrolle schützt besser

Wie schützen verschiedene Methoden zur natürlichen Familienplanung (NFP) vor einer ungeplanten Schwangerschaft? Daten aus 53 Studien geben Auskunft.

Die Bestimmung der fruchtbaren Zyklustage erfolgte nach der Kalendermethode, durch Computeralgorithmen, Beobachtung des Zervixschleims, Hormonbestimmung und/oder Messung der Basaltemperatur. Die Qualität der verfügbaren Studien war moderat (n=21) bis gering (n=32).

Die beobachteten Schwangerschaftsraten bei typischem Gebrauch im ersten Anwendungsjahr zeigten eine große Schwankungsbreite – sowohl zwischen als auch innerhalb der NFP-Varianten. Dies galt selbst dann, wenn qualitativ minderwertige Studien ausgeschlossen wurden.

So lag der Pearl-Index beispielsweise in vier Studien mit knapp 3.800 Teilnehmerinnen, die die Billings-Methode (Beobachtung des Zervikalschleims) anwandten, zwischen 10,5 und 33,6. Am besten schnitt die symptothermale Methode Sensiplan® der deutschen Arbeitsgruppe NFP ab, die auf Veränderungen von Zervixschleim, Basaltemperatur, Muttermund und anderen körperlichen Symptomen beruht: Sie kam in einer Studie mit 900 Anwenderinnen auf eine Schwangerschaftsrate von 1,8 in 100 Frauenjahren. Bei fehlerfreier Anwendung lag sie sogar bei nur 0,4 (siehe Abb. 1). Auch die Verhütung nach dem symptohormonalen Marquette-Modell

schien vergleichsweise sicher zu sein. Hier ergab sich in fünf Studien ein Pearl-Index von 1,8 bis 7,0 durch die Kombination von Zervixschleimbeurteilung und LH-Messung im Urin. Mit dem auf Östrogen- und LH-Bestimmungen im Morgenurin basierenden Verhütungscomputer Persona lag er dagegen beim typischen Gebrauch im ersten Jahr bei 25,6 und bei perfekter Anwendung bei 12,1. Die vereinfachte Kalendermethode „Standard Days“, bei der die Frau ihre fruchtbaren Tage durch verschiedenfarbige Perlen in einer Kette bestimmt, kam auf Schwangerschaftsraten zwischen 11,2 und 14,1 pro 100 Frauenjahre.

Insgesamt beurteilten die Autoren die verfügbare Evidenz zur Verhütungssicherheit der NFP-Methoden aber als unzureichend. Um der zunehmenden Nachfrage nach „natürlicher“ Verhütung gerecht zu werden, seien dringend qualitativ hochwertige Studien nötig. Für einige Systeme – z.B. manche Verhütungscomputer oder -Apps sowie für Modifikationen existierender Methoden – fehlte gar jegliche Studie zur Effektivität. **CW**

Peragallo Urrutia R et al.: Effectiveness of fertility awareness-based methods for pregnancy prevention: A systematic review. Obstet Gynecol 2018; 132: 591-604

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190041

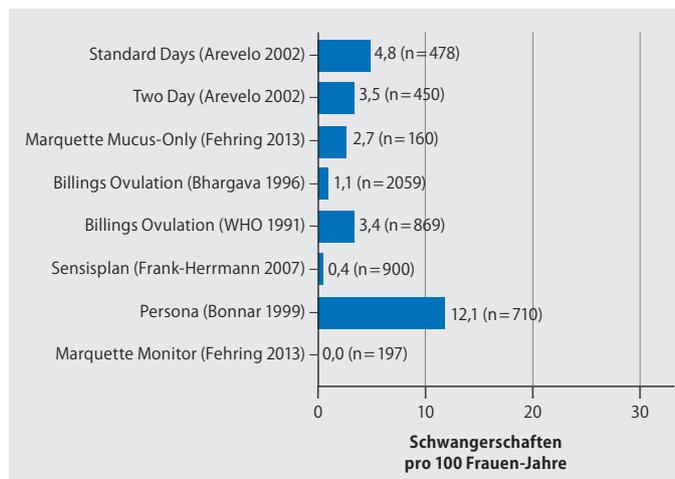


Abb. 1: Pearl-Index für verschiedene NFP-Methoden im ersten Anwendungsjahr bei fehlerfreier Anwendung

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Saisonale Depression durch Pille nicht verstärkt

Hormonelle Kontrazeptiva können Menstruationsbeschwerden bei jungen Mädchen effektiv lindern, ohne eine eventuelle depressive Symptomatik zu verschärfen. Das bestätigt eine schwedische Studie.

Beim Besuch einer Klinik für Jugendliche in Uppsala füllten 431 junge Mädchen zwischen 14 und 20 Jahren einen Fragebogen zu ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36) aus und machten Angaben zu ihrem Menstruationszyklus und assoziierten Beschwerden. 193 Mädchen erhielten ein hormonelles Kontrazeptivum – in den meisten Fällen die Pille – und wurden

drei Monate später erneut befragt. Weder der Gesamtscore des SF-36 noch die Werte in den Domänen Vitalität und psychische Gesundheit veränderten sich signifikant.

Im Gesamtkollektiv war eine mögliche Depression aufgrund der erzielten Punktzahlen im Bereich Vitalität (≤ 40) bei 21% der Teilnehmerinnen festgestellt worden, im Bereich psychische Gesundheit (≤ 48) bei 9%. Besonders schlecht waren die Scores in den Frühlingsmonaten, besonders hoch von Juli bis Oktober, was für einen Zusammenhang mit der in Schweden weit verbreiteten Vitamin-D-Defizienz spricht. Hinweise aus anderen Studien, dass kombinierte orale Kontrazeptiva eine bereits vorhandene depressive Symptomatik bei Jugendlichen verstärken könnte, wurden hier somit nicht bestätigt. **CW**

Kristjánsdóttir J et al.: Health-related quality of life in young women starting hormonal ... Eur J Contracept Reproductive Health Care 2018; 23: 171-8
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190043



Termination

DMPA beeinträchtigt Misoprostol-Wirkung nicht

Die Erfolgsrate eines medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs scheint durch die Injektion von DMPA parallel zur Misoprostol-Gabe nicht gefährdet.

In Edinburgh und Umgebung wurden innerhalb von vier Jahren 4.838 medikamentöse Abbrüche durchgeführt. Die Versagerquote betrug 0,4%. Assoziiert mit einem höheren Risiko für einen nicht erfolgreichen Abbruch waren ein höheres Gestationsalter (≥ 8 Wochen) und eine vorangegangene Termination. Es fand sich aber kein Hinweis darauf, dass eine zum Zeitpunkt der Misoprostol-Gabe begonnene hormonelle Verhütung den Abgang beeinträchtigen könnte. Knapp 10% der Frauen entschieden sich für die i.m.-Injek-

tion von DMPA. Im Vergleich zur Gruppe, die 24 bis 48 Stunden nach der Einnahme von Mifepriston kein hormonelles Kontrazeptivum erhielten, war bei ihnen das Risiko eines nicht vollständigen Aborts knapp halb so groß. Der Unterschied war jedoch nicht signifikant. Letzteres galt auch für andere hormonelle Methoden wie Pille oder Implantat. **CW**

Lang C et al.: Initiating intramuscular depot medroxyprogesterone acetate 24 - 48 hours after mifepristone administration does not affect success of early medical ... BMJ Sex Reprod Health 2018; 44: 242-7
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190045

Gas-Chromatographie

Zyklusphase macht sich im Atem bemerkbar

Wissenschaftler der Universität Rostock untersuchten, wie sich die Konzentration flüchtiger Metabolite in der Atemluft im Lauf des Menstruationszyklus mit und ohne orale Kontrazeptiva verändert.

Bei 24 gesunden Frauen wurde sechsmal während eines Menstruationszyklus die Konzentration bestimmter flüchtiger organischer Verbindungen (volatile organic compounds, VOC) massenspektrometrisch bestimmt. Eine Hälfte der Probandinnen nahm orale Kontrazeptiva, die andere verhütete nicht hormonell.

In der Kontrollkohorte ohne hormonelle Kontrazeption sank zum (vermuteten) Zeitpunkt der Ovulation die Konzentration von Ammoniak und Aceton. Mit oraler Kontrazeption war dies nicht der Fall, dafür nahm der Gehalt an Dimethylsulfid nach der Menstruationsblutung deutlich ab und blieb bis zum Beginn des nächsten Zyklus auf einem niedrigeren Niveau. In der Kontrollgruppe sank der Spiegel dagegen kaum. Die Isopren-Konzentration stieg ohne orale Kontrazeptiva während der Ovulations- und der Lutealphase an, während sie unter der Pille in der Zyklusmitte zurückging.

Die mit dem Zyklus assoziierten Veränderungen bestimmter VOC in der Atemluft führen die Autoren hauptsächlich auf hormonell bedingte Veränderungen des Stoffwechsels zurück. Beispielsweise stimuliert Östrogen den Glucosemetabolismus und -transport in die Zellen, wodurch die Konzentration des Abbauprodukts Aceton durch den Östrogenabfall beim Eisprung entsprechend sinkt. Wird stetig exogenes Östrogen zugeführt, bleibt der Acetonspiegel dagegen relativ konstant. Aus Sicht der Autoren könnten solche Atemgasanalysen zum Monitoring des Hormonhaushalts angewandt werden. **CW**

Sukul P et al.: Natural menstrual rhythm and oral contraception diversely affect exhaled breath compositions. Sci Rep 2018; 8(1): 10838
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190038

Foto: yourphotoday

Fertilitätsbestimmung

Sorgenfreier Sex dank Smartphone?

Handy-Apps zur Verhütung erfreuen sich wachsender Beliebtheit. US-amerikanische Wissenschaftler testeten die kontrazeptive Sicherheit einer Fertilitäts-App, die ohne Temperaturmessung auskommt. Das Ergebnis halten sie für vielversprechend.

An der Studie zur Verhütungssicherheit nahmen 629 Frauen zwischen 18 und 35 Jahren teil, die sich die App „Dynamic Optimal Timing“ (Dot™) auf ihr Smartphone heruntergeladen und mindestens bis zum darauffolgenden Zyklusbeginn benutzt hatten. Für die statistische Berechnung der fruchtbaren Tage benötigt die App lediglich die Eingabe des ersten Blutungstags. Voraussetzung ist eine Zykluslänge zwischen 20 und 40 Tagen mit einer Schwankungsbreite von weniger als zehn Tagen. Alle Studienteilnehmerinnen waren sexuell aktiv, wollten nicht schwanger werden und verwendeten seit mehr als drei Monaten keine hormonelle Kontrazeption. Über die normale App-Nutzung

hinaus machten sie täglich Angaben, ob sie Geschlechtsverkehr mit oder ohne Kondom oder „Pille danach“ hatten.

Zwei Drittel der Frauen nutzten die App mindestens sechs Monate lang. Von 2.707 Zyklen lagen vollständig auswertbare Daten vor. Insgesamt kam es über 208,2 Frauenjahre zu 15 bestätigten Schwangerschaften, was einer Versagerrate von 3,5% während sechs Zyklen entspricht. In allen Fällen lag eine fehlerhafte Anwendung vor – die Teilnehmerinnen hatten trotz des von der App angezeigten Warnhinweises ungeschützten Geschlechtsverkehr gehabt.

17 Frauen hatten die Studie nach dem Beginn des fertilen Fensters ohne weitere

KOMMENTAR

Der Algorithmus, mit dem die App das fertile Fenster bestimmt, beruht auf Daten von ca. 7.000 Menstruationszyklen, die im Rahmen der WHO Ovulation Method Study erhoben wurden. Die Gesamterhebung über 13 Anwendungszyklen wurde im Oktober 2018 beendet.

Angaben beendet. Ging man von dem unwahrscheinlichen Fall aus, dass alle Aussteigerinnen in diesem Zyklus schwanger wurden, so stieg die Versagerquote auf 7,2%.

Da die Vorhersagegenauigkeit der fertilen Tage mit steigender Nutzungsdauer der App zunimmt, halten die Autoren die berechnete Versagerquote für vielversprechend. Sie gehen davon aus, dass die Ergebnisse der über 13 Anwendungszyklen fortgeführten Studie vermutlich eine hohe Verhütungssicherheit für die App belegen wird.

CW

Jennings VH et al.: Estimating six-cycle efficacy of the dot app for pregnancy prevention. *Contraception* 2018; doi: 10.1016/j.contraception.2018.10.002
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190039

Diese Anzeige ist in
der PDF-Version nicht
verfügbar.

**Bei Fragen wenden Sie sich bitte
an unsere Anzeigendisposition:**

Herr Alfred Neudert,
Tel.: 089/436630-293,
E-Mail: neudert@gfi-online.de

Geschafft! Die Weihnachtsferien sind vorbei und damit die Zeit mit dem höchsten Herzinfarktrisiko, glaubt man einer schwedischen Beobachtungsstudie. Die höchste Herzinfarktrate droht an Heiligabend mit einem um 37% erhöhten Risiko gegenüber dem Durchschnitt, und einem Spitzenwert an Herzinfarktraten gegen 22 Uhr. In den Weihnachtsferien insgesamt ist das Risiko um 15% erhöht, in den Sommerferien um 12%. Die Wissenschaftler glauben, dass Emotionen wie Wut, Angst, Traurigkeit, Trauer und Stress, welche gerade die Weihnachtsfeiertage oft begleiten, als Mitauslöser eines Herzinfarkts eine Rolle spielen. Silvester war dagegen nicht mit einem erhöhten Herzinfarktrisiko assoziiert.

Moman AM et al.: Christmas, national holidays, sport events, and time factors as triggers of acute myocardial infarction: SWEDEHEART observational study 1998-2013. *BMJ* 2018; 363: k4811

Geburten schützen nicht vor Herzinfarkt und Schlaganfall, ganz im Gegenteil, wie die Metaanalyse von zehn Kohortenstudien mit insgesamt mehr als drei Millionen Frauen und 150.512 inzidenten Fällen einer kardiovaskulären Erkrankung im Verlauf zeigte. Die Ergebnisse waren eindeutig: Jede Geburt erhöhte das Risiko für eine kardiovaskuläre Erkrankung unabhängig von anderen Risikofaktoren um 4%, das einer koronaren Herzkrankheit um 5% und das eines Schlaganfalls um 3%. Darüber sollten Frauen aufgeklärt und verstärkt zu präventiven Maßnahmen motiviert werden.

Li W et al.: Parity and risk of maternal cardiovascular disease: a dose-response meta-analysis of cohort studies. *Eur J Prev Cardiol* 2018; *Epub Dec 19*; doi: 10.1177/2047487318818265

KHK oder Schlaganfall können auch auf Krebs hindeuten. Eine Datenanalyse von 374.331 über 67-jährigen Patienten mit einer Karzinomdiagnose aus der populationsbasierten SEER-Datenbank in den USA zeigte, dass das Risiko für ein arterielles thromboembolisches Ereignis bei älteren Krebspatienten im Jahr vor der Krebsdiagnose um 69% erhöht ist und im Monat vor der Krebsdiagnose einen Spitzenwert erreicht. 0,62% der Krebspatienten waren in dieser Zeit von einem solchen Ereignis betroffen. Am deutlichsten mit Herzinfarkt und Schlaganfall assoziiert war eine darauffolgende Diagnose von Lungen- und Darmkrebs sowie von fortgeschrittenen Malignomen.

Navi BB et al.: Arterial thromboembolic events preceding the diagnosis of cancer in older persons. *Blood* 2018; *Epub Dec 21*; doi: 10.1182/blood-2018-06-860874

PRAXIS-TIPP

Kinderwunsch über 40

DHEA verbessert Endometriumfunktion

Bei älteren Patientinnen mit Kinderwunsch schränkt nicht nur die verminderte Eizellreserve, sondern auch die nachlassende Endometriumrezeptivität die Konzeptionschance ein. Kann Dehydroepiandrosteron (DHEA) helfen?

Auf der Suche nach den geeigneten Maßnahmen zur Erhöhung der Implantationsraten entnahm man 16 gesunden Frauen im Alter von durchschnittlich 44,7 Jahren, endometriale Stromafibroblasten. Alle Spenderinnen befanden sich in der Proliferationsphase des Zyklus. Mit speziellen Kulturmedien induzierte man bei den Zellproben eine Dezidualisierung. Ein Teil der Proben wurde zusätzlich mit DHEA inkubiert.

Der Zusatz von DHEA steigerte die Testosteronsynthese gegenüber den Kontrollproben um das Dreifache und die Dihydrotestosteronsynthese um

mindestens das Doppelte. Ferner exprimierten die mit DHEA behandelten Zellen verstärkt Marker für die Dezidualisierung sowie SSP1, einen Marker für die Endometriumrezeptivität.

DHEA fungiert als Vorläufer für die im Endometrium synthetisierten Androgene, schlussfolgern die Autoren. Möglicherweise könnten daher Frauen im fortgeschrittenen reproduktiven Alter hinsichtlich ihrer Schwangerschaftschancen von einer DHEA-Supplementation profitieren. **LO**

Gibson DA et al.: Dehydroepiandrosterone enhances decidualization ... *Fertil Steril* 2018; 109(4): 728-34.e2.

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190061

Vitamin D und Folat

Neues zur richtigen Supplementation

Viele Schwangere und Frauen mit Kinderwunsch denken darüber nach, welche Vitamine und Spurenelemente für das gewünschte oder bereits gezeugte Kind wichtig sein könnten. Zur richtigen Supplementation von Vitamin D und Folat gibt es nun neue Daten.

Normalerweise korrelieren Gesamt- und freies 25(OH)D eng miteinander. Prof. Stefan Pilz, Graz, stellte auf einer Veranstaltung von Merck Selbstmedikation im Rahmen des DGGG-Kongresses dazu neue Daten vor. Danach korreliert der Gesamt-Serumspiegel von 25(OH)D bei Einnahme hormoneller Kontrazeptiva und in der Schwangerschaft eben *nicht* mit der freien Vit.-D-Form. Das führt dazu, dass der Vit.-D-Spiegel (gemessen als Gesamt-25(OH)D) bei diesen Frauen überschätzt wird und bei Absetzen der Kontrazeptiva der Vitamin-D-Wert um etwa 26% abfällt. Pilz empfiehlt daher eine tägliche Supplementation von 800 bis 1.000 IE Vitamin D vor, während und nach der

Schwangerschaft. Prof. Rima Obeid, Hamburg, präsentierte aktuelle Daten, nach welchen fast 90% aller Frauen im gebärfähigen Alter in Deutschland eine unzureichende Erythrozyten-Folat-Konzentration aufweisen, wenn sie nicht supplementieren. Der für die Prävention von folatsensitiven Neuralrohrdefekten nötige Schwellenwert von >906 nmol/l ist im Schnitt schon nach einer vierwöchigen Folat-Einnahme von 800 µg/Tag erreichbar, so Obeid. **CB**

FACHPRESSEKONFERENZ „Breaking News zu Folat und Vitamin D: Welche neuen Perspektiven bringt eine ausreichende Versorgung bei Kinderwunsch und Schwangerschaft?“, Berlin, 2.11.2018, Veranstalter: Merck Selbstmedikation
Vitamin D, Folat: femibion®

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181462

Diese Anzeige ist in
der PDF-Version nicht
verfügbar.

**Bei Fragen wenden Sie sich bitte
an unsere Anzeigendisposition:**

Herr Alfred Neudert,
Tel.: 089/436630-293,
E-Mail: neudert@gfi-online.de

Brust-Selbstcheck



Die von drei Schweizer Fachärzten entwickelte App „Brust-Selbstcheck“ unterstützt Frauen bei der Selbstuntersuchung ihrer Brust im Rahmen der Krebsvorsorge. Übersichtlich gestaltete Videos und Animationen informieren die Anwenderin über den Aufbau der weiblichen Brust und wie sich Veränderungen ertasten lassen. Zudem erklärt die App, worauf bei sicht- oder tastbaren Auffälligkeiten besonders zu achten ist. Über eine Alarmfunktion wird die Benutzerin regelmäßig an die Selbstchecks erinnert (kostenlos für iOS).

Schwanger & Essen



Vergangenes Jahr hat die bayerische Staatsregierung die App „Schwanger & Essen“ veröffentlicht. Anwenderinnen erhalten darin fundierte Informationen rund um die Themen Ernährung, Bewegung und Gewichtsmanagement bei Kinderwunsch und während der Schwangerschaft. Nützliche Praxis-Tipps und Erklär-Videos von Experten helfen den Nutzerinnen, sich im Informations-Dschungel rund um das Thema Schwangerschaft zurechtzufinden. Die Verwendung der App ersetzt natürlich keinen Arztbesuch, ist werdenden Müttern aber sicher ein hilfreicher und unterhaltsamer Begleiter (kostenlos für iOS und Android).

Digitales Beckenbodentraining zu Hause (Kegel 4.0)



Die Bluetooth-gesteuerte Sensorik im SensorSeat schafft eine direkte Verbindung der Muskulatur mit der Acticore-App. Der Sensor misst Muskelkontraktionen direkt am Damm und liefert die Basis für die drei wissenschaftlich aufgebauten Trainingstypen (Ausdauer, Schnellkraft, Kondition). Der digitale Coach ANI begleitet das Training in elf unterschiedlichen Leistungsleveln pro Trainingstyp. Nutzer(innen) spielen mit dem Beckenboden ein Videospiel und trainieren dabei. Täglich 6 bis 8 Minuten Spiel/Training steigern in wenigen Wochen die Leistung der Beckenbodenmuskulatur, was Kontinenz, Stabilität und Empfindung gut tut (kostenlos für iOS und Android). Weitere Informationen unter www.acticore.de.

PRAXIS-TIPP

Beckenschmerzen palpieren

Viele Frauen klagen über chronische Beckenschmerzen. Untersuchungen bis hin zur Laparoskopie decken aber oft keine Ursache auf. Dann lohnt sich ein Blick auf mögliche muskuloskelettale Auslöser.

Eine Dysfunktion der sakroiliakalen Gelenke wurden schon als mögliche Ursache chronischer Beckenschmerzen (chronic pelvic pain, CPP) identifiziert, auch eine Überempfindlichkeit von Beckenbodenmuskeln. Dafür, dass myofasziale Strukturen beteiligt sein können, spricht die Auslösbarkeit von Beckenschmerzen bei geeigneten Provokationstests. In einer Studie mit 36 Patientinnen mit CPP nach Entbindung sowie 29 vergleichbaren Frauen ohne solche Schmerzen definierte man 13

anatomische Referenzpunkte auf der Innenseite des Beckens, die bei vaginaler Untersuchung palpieren wurden. Bei Frauen mit CPP ließen sich an mehr der Triggerpunkte Schmerzen provozieren, und sie waren stärker, verglichen mit der Kontrollgruppe. Die maximale individuelle Summe der Schmerz-Intensitäten bei Frauen ohne CPP wurde von 85% der CPP-Frauen übertroffen. **WE** Torstensson T et al.: Anatomical landmarks of the intra-pelvic side-wall ... *BMC Womens Health* 2018; 18(1): 54
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190063

Uterusmyome

Anwendungsanpassungen bei bewährter Therapie

Die Behandlung mit einem selektiven Progesteronrezeptor-Modulator scheint für viele Frauen mit Uterusmyomen eine schonendere Alternative zur Operation darzustellen. Dabei sind neue Anwendungshinweise zu beachten.

In Studien erreichte die medikamentöse Therapie mit Ulipristalacetat im Vergleich zu Placebo eine ausgeprägtere Besserung der Lebensqualität, eine Reduktion der Blutungsstärke, eine höhere Amenorrhoe-Rate und eine Reduktion des Myomvolumens, wie *Prof. Peymann Hadji*, Frankfurt, auf einer Veranstaltung von Gedeon Richter betonte. Wegen der im zeitlichen Zusammenhang mit Ulipristalacetat vereinzelt aufgetretenen Fälle schwerer Leberschädigung führte die europäische Arzneimittelagentur (EMA) ein Risikobewertungsverfahren durch. Ein kausaler Zusammenhang konnte nicht abschließend festgestellt werden.

Zur Risikominimierung wurden Indikationseinschränkungen und Warnhinweise vom Hersteller im Juli 2018 in einem Rote-Hand-Brief formuliert. UPA kann als einma-

liges Behandlungsintervall über drei Monate zur präoperativen Behandlung mittlerer bis starker Symptome bei erwachsenen Frauen, die für eine Operation vorgesehen sind, verordnet werden. Eine zeitlich unbegrenzte Intervall-Therapie darf ausschließlich bei Patientinnen im fortpflanzungsfähigen Alter angewendet werden, wenn für diese eine Operation aus medizinischen oder persönlichen Gründen nicht in Frage kommt. Kontraindiziert ist Ulipristalacetat bei Frauen mit bestehenden Leberfunktionsstörungen. Bluttests zur Bestimmung der Transaminasen GOT und GPT sind entsprechend der Fachinformation durchzuführen. **TH**

FACHPRESSEKONFERENZ „Medikamentöse Myomtherapie – Quo vadis“, Berlin, 1.11.2018, Veranstalter: Gedeon Richter

Ulipristalacetat: Esmya®
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190002

Diese Anzeige ist in
der PDF-Version nicht
verfügbar.

**Bei Fragen wenden Sie sich bitte
an unsere Anzeigendisposition:**

Herr Alfred Neudert,
Tel.: 089/436630-293,
E-Mail: neudert@gfi-online.de

Partnerschaft

Der Rhythmus der Lust

Das sexuelle Begehren ist Schwankungen unterworfen, die körperliche und seelische Ursachen haben können. Mit Methoden der Signalanalyse aus der Physik fanden Forscher heraus, dass die Lust bei Sexualpartnern überraschend ähnlichen Mustern folgt.

Einen Monat lang führten 133 getrenntgeschlechtliche Paare (Altersspektrum 21 bis 64 Jahre) Tagebuch darüber, wie stark sie ihren Partner/ihre Partnerin am vergangenen Tag sexuell begehrt hatten. Die Teilnehmer waren zu knapp drei Vierteln hetero-, zu einem Viertel bisexuell orientiert. Die protokollierten Fluktuationen im

Lustempfinden beider Partner zeigten ein ähnliches, weitgehend synchrones Muster.

Bei den meisten Frauen und Männern schwankte die Intensität des Begehrens ein- bis viermal pro Monat. Bei beiden Geschlechtern gab es aber auch Fälle, bei denen sie fast gar nicht oder bis zu 15 Mal auf und ab ging. In der Regel blieb die Lust drei oder mehr aufeinanderfolgende Tage auf einem stabilen Niveau.

Die Ergebnisse bekräftigen, dass Phasen mit geringem sexuellen Verlangen weder bei Männern noch bei Frauen pathologisch, sondern vollkommen normal sind, ebenso wie gelegentliche Diskrepanzen zwischen Sexualpartnern. **CW**

Vowels MJ et al.: Using spectral and cross-spectral analysis to identify patterns and synchrony in couples' sexual desire. PLoS ONE 2018; 13: e0205330
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190044



Lustempfinden ist oft synchron ...

Infektionsrisiko

Familie bremst riskantes Sexualverhalten

Ob junge Menschen alleine oder noch bei ihrer Herkunftsfamilie leben, kann die Zahl der Sexualpartner und damit das Risiko sexuell übertragbarer Infektionen (STI) beeinflussen.

Dies ergab eine britische Umfrage von 3.869 jungen Frauen und Männern zwischen 16 und 24 Jahren. Rund 80% von ihnen hatten bereits sexuelle Erfahrungen gesammelt. Von den befragten Mädchen wohnten 57,1% noch zu Hause bei ihren Eltern oder anderen Verwandten. Deutlich beliebter war „Hotel Mama“ mit einem Anteil von 68,7% bei den Männern.

Die Konstellation des Haushalts erwies sich als wichtiger Indikator für riskantes Sexualverhalten. Junge Frauen, die alleine oder in einer Wohngemeinschaft mit nicht verwandten Menschen lebten, gaben häufiger an, im vergangenen Jahr zwei oder mehr Sexualpartner gehabt zu

haben: Im Vergleich zu denjenigen, die noch im Elternhaus wohnten, stieg die Wahrscheinlichkeit nach dem Auszug um 54 bzw. 76%. Das Risiko für ungeschützten Geschlechtsverkehr verdoppelte sich bei alleinlebenden Mädchen und jungen Frauen. Bei jungen Männern waren die Unterschiede weniger ausgeprägt. Am unwahrscheinlichsten waren wechselnde Sexualkontakte bei beiden Geschlechtern beim Zusammenleben mit einem Partner/einer Partnerin mit oder ohne Kinder. **CW**

Curtis TJ et al.: Household structure and its association with sexual risk behaviours and sexual health outcomes: evidence from a British probability sample survey. BMJ Open 2018; 8(12): e024255
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190070

PRAXIS-TIPP

Kopfschmerz stört Sexualfunktion

Chronische Schmerzen können die Sexualfunktion einschränken. Das trifft auch auf Migräne und Spannungskopfschmerzen zu.

An einer Universitätsklinik im nordtürkischen Samsun rekrutierte man drei Gruppen von Teilnehmerinnen: 45 Patientinnen mit neu diagnostizierter Migräne, 47 mit Spannungskopfschmerzen und 50 gesunde Frauen (Durchschnittsalter 37 Jahre). Sie alle waren sexuell aktiv. Zur Evaluation eventueller Sexualstörungen diente der Female Sexual Function Index (FSFI). Patientinnen mit bekannter Hormonstörung oder psychiatrischer Erkrankung waren ausgeschlossen.

Der FSFI-Gesamtscore der beiden Gruppen von Schmerzpatientinnen unterschied sich kaum. Mit 16,77 bzw. 17,56 Punkten lag er jedoch signifikant unter dem in der Kontrollgruppe erzielten Wert von 26,18. Dies galt für alle sechs Domänen (Libido, sexuelle Erregung, Lubrikation, Orgasmus, Befriedigung und Schmerzen). Zudem blieben alle Subscores der beiden Studiengruppen deutlich unterhalb des Grenzwerts von 3,6 und erfüllten damit das Kriterium für sexuelle Dysfunktion. Darauf sollte man aus Autorensicht bei der Therapie von Kopfschmerzpatientinnen achten.

Ob der negative Einfluss auf das Sexualleben durch die Schmerzen selbst, durch verwendete Medikamente oder assoziierte depressive Symptome verursacht wird, ging aus der Studie nicht hervor. **CW**

Aydin M et al.: The effect of migraine ... Turk J Urol 2018; 44: 418-22
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190071

Kombinierte orale Kontrazeptiva

Estradiolvalerat und Dienogest – eine gute Wahl

Das erste kombinierte orale Kontrazeptivum (KOK) mit Estradiolvalerat als Estrogen- und Dienogest als Gestagenkomponente (Qlaira®) kann für viele Frauen, die eine Verhütung wünschen, eine gute Wahl sein. Estradiolvalerat/Dienogest bietet eine hohe kontrazeptive Sicherheit unter realen Praxisbedingungen,¹ ist mit weniger hormonenzugsbedingten Symptomen assoziiert² und verfügt über ein positives Sicherheitsprofil.³ Die neuen Daten zum Sicherheitsprofil von Estradiolvalerat/Dienogest führten auch zu Änderungen in der Fachinformation.^{3,4}

Hohe kontrazeptive Sicherheit, gute Zykluskontrolle, gute Verträglichkeit, keine bzw. nur wenige Risiken, leichte Anwendung, eine schnelle Rückkehr zur Fertilität nach dem Absetzen und ggf. Zusatznutzen – das sind Prof. Inka Wiegratz, Frankfurt, zufolge die Erwartungen von Frauen an eine kontrazeptive Methode.

Für viele Frauen eine gute Wahl ist Qlaira®, die erste Pille bei der Estradiolvalerat (E₂V) als Estrogen zum Einsatz kommt. Gestagenkomponente ist Dienogest (DNG), das trotz einer geringen Affinität zum Progesteronrezeptor einen starken gestagenen Effekt zeigt. DNG hat keine androgene, dafür eine deutliche antiandrogene Aktivität. In vivo demonstriert DNG keine signifikanten mineralokortikoiden oder glukokortikoiden Eigenschaften.⁴

VTE: Individuelle Risiken relevant

Venöse Thromboembolien (VTE) sind ein relevantes Risiko für alle Frauen im gebärfähigen Alter: Ungefähr zwei von 10.000 Frauen, die kein kombiniertes

hormonelles Kontrazeptivum (KHK) anwenden und nicht schwanger sind, erleiden im Verlauf eines Jahres eine VTE. Wie hoch das Risiko im individuellen Fall ist, hängt von den zugrundeliegenden Risikofaktoren ab. So wird das VTE-Risiko beispielsweise durch einen Body Mass Index (BMI) von über 30 kg/m², eine längere Immobilisierung, familiäre Vorbelastung sowie ein Alter über 35 Jahre erhöht.⁴

Epidemiologische Studien mit Frauen, die niedrig dosierte KOK (< 50 µg Ethinyl- estradiol, EE) anwenden, ergaben, dass im Verlauf eines Jahres bei ca. sechs bis zwölf von 10.000 Frauen eine VTE auftritt.⁴ Die Anzahl an VTE pro Jahr unter niedrig dosierten KOK ist dabei geringer als die erwartete Anzahl während der Gravidität oder in der Zeit nach der Geburt.⁴

Estrogen triggert das VTE-Risiko

Anhand der Daten von *Lidegaard et al.* machte *Wiegratz* in diesem Zusammenhang deutlich, dass der eigentliche Treiber des erhöhten Thromboserisikos unter KOK die Estrogenkomponente ist: Die

Kohortenstudie auf der Basis eines dänischen Registers schloss 8 Mio. Frauenjahre ein und erfasste über 4.000 VTE-Ereignisse. Unter KOK lag die Inzidenz von VTE – unabhängig von der Art des Gestagenanteils über der von Frauen, die keine Hormone einnahmen. Die Auswertung deutet auf einen direkten Einfluss der Dosierung von EE hin. KOK mit einem EE-Anteil von 50 µg waren mit einem höheren Risiko assoziiert, mit sinkender Estrogendosierung deutete sich eine Abnahme des Risikos an.⁵ Gestagene würden dieses Risiko möglicherweise modifizieren, so *Wiegratz*.⁶ Eine Monotherapie mit Gestagenen war im dänischen Register nicht mit einem erhöhten VTE-Risiko verbunden.⁵

Empfehlungen des BfArM

Wiegratz riet, den Fokus auf die individuellen Risikofaktoren der einzelnen Anwenderin zu legen und wies auf die Notwendigkeit hin, die Risikofaktoren regelmäßig neu zu beurteilen. Zudem sollte das Bewusstsein für die Anzeichen und Symptome von VTE bzw. arteriellen Thromboembolien bei den Verwenderinnen geschärft werden, so *Wiegratz*.

Diese Einschätzungen stehen im Einklang mit den Empfehlungen des Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): Insbesondere für Erstanwenderinnen und Anwenderinnen unter 30 Jahren sollte die Verordnung eines KOK mit bekannt niedrigerem VTE-Risiko (LNG-haltige KOK) bevorzugt werden.⁷

Begrenzte Daten legen nahe, dass E₂V/DNG ein Risiko für eine VTE in der gleichen Größenordnung haben könnte wie LNG-haltige KOK. Basis dieser Einschätzung ist die Auswertung der europäischen Studienpopulation der INAS-SCORE-Studie, die 100.000 Frauenjahre erfasste und das VTE-Risiko verschiedener KOK verglich (siehe Abb. 1). Die adjustierte Hazard Ratio unter E₂V/DNG vs. andere KOK, einschließlich Levonorgestrel(LNG)-haltige, betrug in der Studie 0,4 (95%-Konfidenzintervall [KI] 0,2 - 0,98), d.h., das Risiko war geringer. Für E₂V/DNG vs. LNG-haltige KOK lag die HR bei 0,5 (95%-KI 0,2 - 1,5; Unterschied nicht signifikant). Die Daten waren adjustiert bzgl. Alter, BMI, Dauer der gegenwärtigen Anwendung und

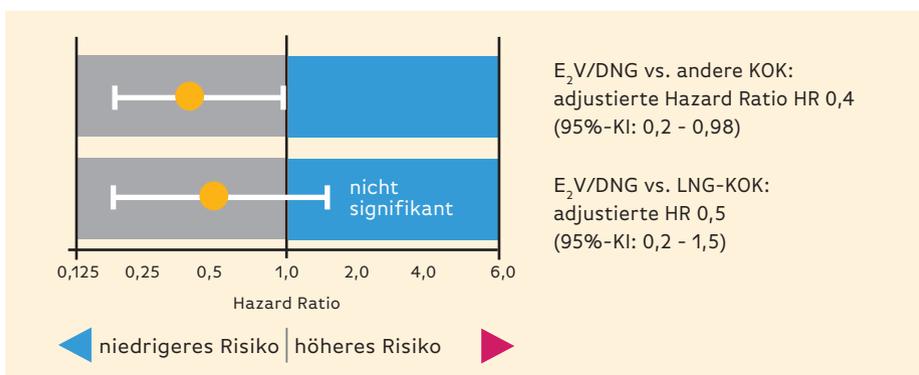


Abb. 1: In der INAS-SCORE-Studie wurde für E₂V/DNG und LNG-haltige KOK ein VTE-Risiko in der gleichen Größenordnung beobachtet.^{nach 3}

Familienanamnese für VTE.³ Diesen Ergebnissen folgend wurde in die aktuelle Fachinformation das neue Sicherheitsprofil von E₂V/DNG aufgenommen: „Arzneimittel, die LNG, Norgestimat oder Norethisteron enthalten, sind mit dem geringsten Risiko für eine VTE verbunden. Begrenzte Daten legen nahe, dass E₂V/DNG ein Risiko für eine VTE in der gleichen Größenordnung haben könnte. Die Entscheidung, ein anderes Arzneimittel (wie z. B. E₂V/DNG) anzuwenden, das nicht zu denen mit dem geringsten VTE-Risiko gehört, sollte nur nach einem Gespräch mit der Frau getroffen werden. Bei dem Gespräch ist sicherzustellen, dass sie Folgendes versteht: das Risiko für eine VTE bei Anwendung von E₂V/DNG; wie ihre vorliegenden individuellen Risikofaktoren dieses Risiko beeinflussen; und dass ihr Risiko für VTE in ihrem allerersten Anwendungsjahr am höchsten ist. Es gibt zudem Hinweise, dass das Risiko erhöht ist, wenn die Anwendung eines KOK nach einer Unterbrechung von vier oder mehr Wochen von der Patientin wieder aufgenommen wird.“⁴

Hohe kontrazeptive Sicherheit

E₂V/DNG enthält in jeder Tablette die für den jeweiligen Zyklustag optimale Dosierung, um höchstmögliche kontrazeptive Sicherheit und Zyklusstabilität zu gewährleisten. E₂V/DNG wird im 28-Tage-Blister angeboten. Die Tatsache, dass E₂V/DNG ohne Einnahmepause angewendet wird, reduziert das Risiko für das Vergessen der Wiedereinnahme nach der Pause. Dies ist relevant, da sich fast die Hälfte der Einnahmefehler in der ersten Woche nach der Pause ereignen.⁸

Die erleichterte Adhärenz unter E₂V/DNG könnte einer der Gründe für die hohe Verhütungssicherheit des KOK sein: Während andere KOK eine kontrazeptive Versagerrate von 0,53 % aufweisen, liegt sie unter E₂V/DNG bei 0,26 %, so die Ergebnisse der INAS-SCORE-Studie (siehe Seite 4).¹

Günstiges Blutungsmuster

Daten von Ahrendt et al. demonstrieren darüber hinaus ein günstiges Blutungsmuster unter E₂V/DNG: Die randomisierte kontrollierte Studie mit knapp 800 Frauen zeigt ein mit oralen Kontrazeptiva, die 20 µg EE und LNG enthalten, vergleichbares Blutungsmuster. Unter E₂V/DNG sind – wie für Dienogest-haltige Präparate bekannt – bei signifikant mehr Frauen die monatlichen Blutungen kürzer und schwächer als unter EE/LNG-haltigen oralen Kontrazeptiva bzw. bleiben länger aus (p < 0,001 für jeden Zyklus).⁹

Zusatznutzen

E₂V/DNG mit einem hormonfreien Intervall von nur zwei Tagen gewährleistet stabile Estradiolspiegel über den gesamten Zyklus (siehe Abb. 2).^{4,10} In Pillen mit einem 21/7-Einnahmeschema sind die Hormonschwankungen dagegen stärker ausgeprägt (siehe Abb. 3).¹¹ Der gleichmäßige Estradiolspiegel könnte der Grund für den positiven Einfluss auf hormonenzugsbedingte Symptome unter E₂V/DNG sein: Daten von Macias et al. zeigen in Zyklus 6 im Vergleich zu Baseline einen deutlicheren Rückgang von Kopf- und Unterleibsschmerzen unter E₂V/DNG vs. 21/7-Pillen (-48 mm VAS vs. -36 mm VAS).¹¹

In der Verhütungsberatung auch Langzeitoptionen berücksichtigen

Der TANCO-Studie zufolge nutzen mehr als die Hälfte aller Frauen, die verhüten, die Pille (56 %). Zweithäufigste Verhütungsmethode ist die Hormonspirale (6 % der Frauen). In die Studie eingeschlossen waren über 18.000 Frauen zwischen 14 und 50 Jahren.¹⁶

Überrascht hat in der Befragung der hohe Anteil an Frauen, 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. Gynäkologinnen/Gynäkologen schätzen dagegen den Anteil der potenziellen Verwenderinnen für eine Langzeitverhütungsmethode nur auf 18 %.¹⁶

Da gerade jüngere Frauen eine sehr hohe Verhütungssicherheit aufgrund ihrer Lebenssituation – beispielsweise in Ausbildung oder frisch im Beruf – wünschen, die nicht (mehr) vergessen werden kann, sollten auch sie in der Verhütungsberatung über Langzeitverhütungsmethoden aufgeklärt werden – so ein Fazit der Studie.¹⁶

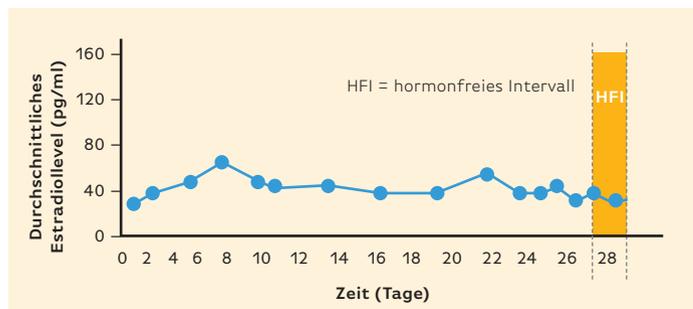


Abb. 2: E₂V/DNG hat ein hormonfreies Intervall von nur zwei Tagen, was über den gesamten Zyklus stabile Estradiolspiegel gewährleistet ^{nach 4,10}

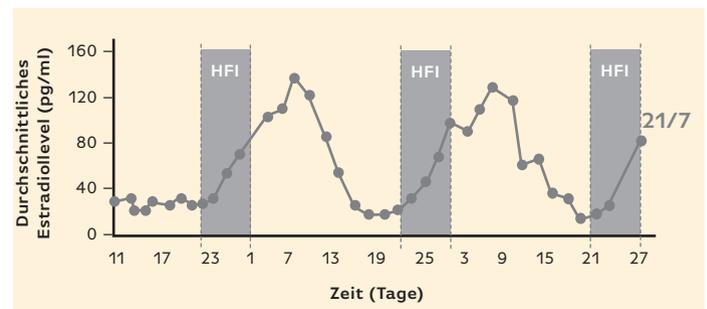


Abb. 3: Bei 21/7-Pillen sind die Hormonschwankungen stärker ausgeprägt ^{nach 11}

Real World Evidence

INAS SCORE liefert Daten zur kardio-vaskulären Sicherheit von E₂V/DNG

Die groß angelegte Praxisstudie INAS SCORE wurde unter realen Bedingungen durchgeführt. Sie schloss über 50.000 Frauen und damit im Beobachtungszeitraum über 100.000 Frauenjahre ein. Die Auswertung der umfangreichen Daten legt nahe, dass das Risiko bestätigter VTE für E₂V/DNG in der gleichen Größenordnung liegen könnte, wie das LNG-haltiger KOK.³ Die Studienergebnisse unterstreichen auch die hohe Verhütungssicherheit von E₂V/DNG, die anderen oralen Kontrazeptiva überlegen war.¹

Das kardiovaskuläre Sicherheitsprofil kombinierter oraler Kontrazeptiva (KOK) ohne Ethinylestradiol als Estrogenkomponente wurde bisher nicht in einer großen Studie untersucht, die auf die Ermittlung seltener Ereignisse ausgelegt war. Diese Lücke schließt die INAS-SCORE-Studie. Die Real-World-Untersuchung vergleicht Praxisdaten zur Anwendung von E₂V/DNG mit anderen KOK in einer repräsentativen Population.³

Praxisstudie wertet über 100.000 Frauenjahre aus

Eingeschlossen wurden mehr als 50.000 Frauen aus den USA und sieben europäischen Ländern. Die Frauen nahmen erstmals KOK ein, wechselten ohne Un-

terbrechung von einem KOK auf ein anderes oder begannen nach mehr als vierwöchiger Unterbrechung wieder mit der Einnahme eines KOK. Das maximale individuelle Follow-up lag zwischen zwei und 5,5 Jahren. So konnten über 100.000 Frauenjahre ausgewertet werden.³

Vertrauenswürdigkeit: Datenerhebung mit großem Aufwand

Um die Vertrauenswürdigkeit der Ergebnisse zu steigern, wurden erhebliche Anstrengungen unternommen: Zunächst wurden Fragebogen zu den Ausgangswerten von den Frauen selbst ausgefüllt (z. B. zu Gesundheitszustand oder KOK-Anamnese). Der Fragebogen wurde anschließend von Ärztin/Arzt bzw. Mitarbeiter

Real-World-Daten ergänzen randomisierte kontrollierte Studien

Die Ergebnisse randomisierter, kontrollierter Studien (RCT) bilden die robuste wissenschaftliche Basis u. a. für die Zulassung eines Arzneimittels. Real World Evidence (RWE) schließt die Lücke zwischen klinischen Studien und routinemäßiger praktischer Anwendung.

- RWE ergänzt die Daten aus RCT und ist eine wichtige Quelle für Informationen zu Nutzen und Risiken therapeutischer Interventionen¹³
- Sie spiegelt die Diversität von Patienten und klinischen Situationen unter routinemäßigen Bedingungen der klinischen Praxis wider¹⁴
- Wichtige Studiendesigns für RWE sind Querschnitts-, Fall-Kontroll- und Kohortenstudien
- Im Vergleich zu früher sind RWE-Studien durch methodische Verbesserungen, die Entwicklung großer Datenbanken und die Möglichkeit in Echtzeit analysieren zu können, heute deutlich aussagekräftiger¹⁵
- RWE spiegeln den Praxisalltag wider, verbessern das Verständnis für seltene Ereignisse (durch Einschluss großer Patientenzahlen) und ermöglichen die Untersuchung von Langzeitrisiken bzw. langfristigen Vorteilen

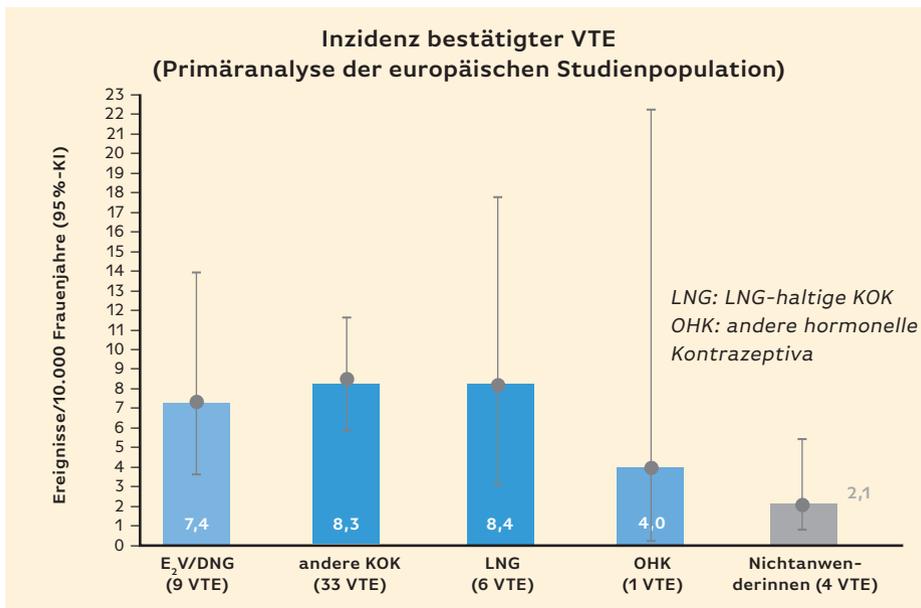


Abb. 4: Die Inzidenz bestätigter VTE lag unter E₂V/DNG in der gleichen Größenordnung wie unter LNG-haltigen KOK^{nach 3}

/-innen geprüft. Alle sechs Monate erfolgte ein Follow-up.³

Die Verlustrate während der Nachverfolgung wurde beispielsweise durch Erinnerungsschreiben, telefonischen Kontakt, Suche in sozialen Netzwerken und über Meldebehörden minimiert. Gemeldete schwerwiegende unerwünschte Ereignisse einschließlich arterieller Thromboembolien (ATE) und VTE wurden als bestätigt oder nicht bestätigt klassifiziert. Eine medizinische Prüfkommision aus Fachärzten für Epidemiologie, Arzneimittelsicherheit und Innere Medizin nahm Kontakt zu den Teilnehmerinnen sowie zum Diagnose stellenden/behandelnden Arzt auf, um die von den Patientinnen angegebenen Informationen

zu klären und zu validieren. Dabei wurden Diagnosen, diagnostische Verfahren und Behandlung mitberücksichtigt.

Für die Analyse wurde die Klassifizierung aller VTE durch eine unabhängige, verblindete Beurteilung verifiziert.³

Kardiovaskuläre Risiken unter KOK im Fokus

Primäres Studienziel war die Beurteilung kardiovaskulärer Risiken bei Kurz- und Langzeitanwendung von E₂V/DNG und anderen KOK in einer Studienpopulation, die die tatsächlichen Anwenderinnen der jeweiligen Präparate repräsentiert. Bei den mit E₂V/DNG verglichenen anderen KOK wurde eine Subgruppe mit LNG-haltigen-KOK analysiert. Außerdem wurden neben venösen Thromboembolien wie z. B. tiefe Venenthrombose oder Lungenembolie sowie arteriellen Thromboembolien wie z. B. Myokardinfarkt oder zerebrovaskuläre Ereignisse auch alle anderen schwerwiegenden kardiovaskulären Ereignisse ausgewertet.³

Die Primäranalyse der europäischen Studienpopulation zeigte für E₂V/DNG ein Risiko bestätigter VTE, das in der Größenordnung des Risikos LNG-haltiger

KOK liegt (siehe Abb. 4).³ Darüber hinaus war in der europäischen Studienpopulation auch die Inzidenz bestätigter ATE für E₂V/DNG niedriger als unter anderen KOK, darunter auch LNG-KOK.³

Sekundärer Studienendpunkt: Verhütungssicherheit

Die INAS-SCORE-Studie untersuchte außerdem die Verhütungssicherheit der KOK im Alltag der Anwenderinnen: Bei 105.761 Frauenjahren traten insgesamt 667 ungeplante Schwangerschaften ein. Die kontrazeptive Fehlerrate war dabei in den USA vierfach höher als in Europa. In Europa betrug die kontrazeptive Fehlerrate pro 100 Frauenjahre 0,5. In beiden Kohorten (USA und Europa) war das kontrazeptive Versagen häufiger in den ersten beiden Jahren der KOK-Anwendung. Die meisten ungeplanten Schwangerschaften waren auf eine „nicht perfekte“ Anwendung zurückzuführen.¹

Wurde die europäische Studienpopulation weiter aufgeschlüsselt, zeigte sich, dass unter E₂V/DNG die Versagerquote mit 0,26 % geringer war als unter anderen KOK mit 0,53 % und unter LNG-KOK 0,79 % (siehe Abb. 5). Nach Ansicht der Autoren könnten die längere Estrogenphase und das kürzere hormonfreie Intervall mögliche Gründe für die höhere kontrazeptive Sicherheit von E₂V/DNG im Vergleich zu anderen KOK sein.¹ Aber auch die durchgängige Einnahme über 28 Tage könnte ein möglicher Grund sein, da erfahrungsgemäß die meisten Anwendungsfehler in der ersten Einnahmewoche nach der Pause gemacht werden.⁸

Rasche Rückkehr der Fertilität nach dem Absetzen

Die Schwangerschaftsraten nach Absetzen des Kontrazeptivums bei Kinderwunsch waren hoch: Von den 50.203 Frauen, die an der Studie teilnahmen (Europa und USA), haben 1.167 (2,3%) das Kontrazeptivum aufgrund von Kinderwunsch abgesetzt. Insgesamt wurden 89% der Frauen innerhalb von zwei Jahren nach dem Absetzen schwanger. Nach Adjustierung bzgl. Alter unterschieden sich die Schwangerschaftsraten zwischen den Kohorten nicht.¹

Fazit der INAS-SCORE-Studie

Die Ergebnisse der INAS-SCORE-Studie zeigen, dass ein E₂V/DNG-haltiges KOK in der praktischen Anwendung mit einem kardiovaskulären Risiko verbunden ist, das in der gleichen Größenordnung liegen könnte, wie das LNG-haltiger KOK.³ Durch die Real-World-Bedingungen dieser Studie können Ärzte darauf vertrauen, dass die Daten die klinische Routinepraxis widerspiegeln und damit die Daten aus klinischen Studien um wichtige Informationen ergänzen.¹

E₂V/DNG bietet darüber hinaus eine hohe kontrazeptive Sicherheit bei typischer Anwendung. Der INAS-SCORE-Studie zufolge ist E₂V/DNG mit einem gleichen oder sogar geringeren Risiko für kontrazeptives Versagen assoziiert als andere KOK oder LNG-haltige KOK (Europakohorte).¹

Die Schwangerschaftsraten nach Absetzen des KOK bei Kinderwunsch sind hoch.¹

Literatur

- [1] Barnett et al., Eur J Contracept Reprod Health Care 2017;22(1):17-23; [2] MacGregor EA, Guillebaud J, BMJ Sex Reprod Health 2018;0:1-7. doi:10.1136/bmj.srh-2017-200036; [3] Dinger J et al., Contraception 2016;94:328-339; [4] Fachinformation Qlaira®, Stand Oktober 2018; [5] Lidegaard et al., BMJ 2011;343:d6423; [6] Vinogradova et al., BMJ 2015;350:h2135; [7] https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikofinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RV_STP/g-i/khk2.html (9. Februar 2018); [8] Aubeny E et al., Eur J Contracept Reprod Health Care 2002;7:155-161; [9] Ahrendt et al., Contraception 2009;80:436-44; [10] Fruzzetti F et al., Gynecol Endocrinol 2012;28:400-408; [11] Macias G et al., J Obstet Gynaecol 2013;33:591-596; [12] Briggs P et al., Int J Womens Health 2016;8:477-487; [13] ABPI. Demonstrating Value with Real World Data. White Paper 2011; [14] ISPOR. Nachzulesen unter: https://www.ispor.org/research_pdfs/48/pdffiles/PHP280.pdf (abgerufen im September 2017); [15] Heikinheimo O et al., Eur J Contracept Reprod Health Care 2017;1-10; [16] Merki-Feld GS et al., Eur J Contracept Reprod Health Care 2018 Jun;23(3):183-193. doi: 10.1080/13625187.2018.1465546. Epub 2018 May 22.

Impressum

Herausgeber: GFI. Corporate Media
 V. i. S. d. P.: Dr. med. Christian Bruer
 Redaktion: GFI. Gesellschaft für medizinische Information mbH, München
 Berichterstattung: Monika Walter
 Quelle u. a.: Lunchsymposium „Das Duell: Orale versus intrauterine Kontrazeption“ Berlin, 2.11.2018, im Rahmen des 62. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)
 Druck: Vogel Druck, Höttingberg
 © 2019 GFI

Mit freundlicher Unterstützung der Jenapharm GmbH & Co. KG

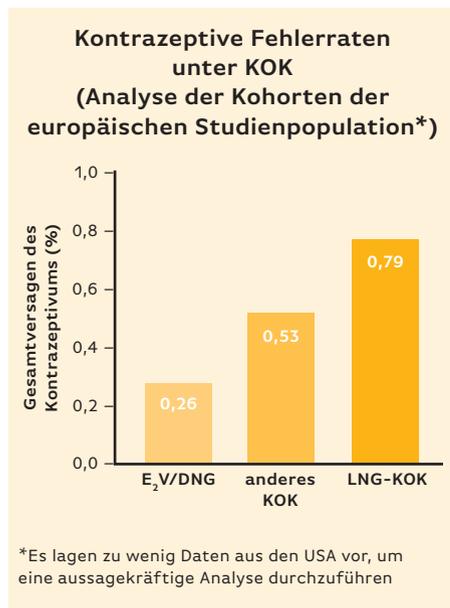


Abb. 5: Die Einnahme von E₂V/DNG ist bei typischer Anwendung im Vergleich zu anderen KOK und LNG-haltigen KOK mit einer geringeren kontrazeptiven Fehlerrate assoziiert^{nach 1}

Herzstillstand bei Schwangeren



Entbindung unter Reanimation

Anders als früher einmal gedacht, stehen die Wiederbelebungschancen Schwangerer mit Herzstillstand gar nicht so schlecht. Jedoch erfordert diese seltene Notfallsituation anspruchsvolles Multi-Tasking in Rekordzeit. Die Kernelemente der erfolgreichen Wiederbelebung sind eine hochqualitative Herz-Lungen-Massage bei gleichzeitiger Linksverschiebung der Gebärmutter und eine möglichst rasche Entbindung.

Bei der Reanimation schwangerer Frauen gelten besondere physiologische Bedingungen, denn Schwangere sind anfälliger für Atemwegsblockaden, Aspirationen und Hypoxämie. Herzschlagvolumen und Herzrate sind erhöht, der vaskuläre Widerstand verringert. Östrogen und Progesteron sorgen für eine vaskuläre Einengung von oberem Pharynx und Larynx, was die Intubation besonders schwierig macht – es empfiehlt sich daher ein kleinerer Trachealtubus von 6 bis 7 mm.

Der PO_2 liegt bei 101 bis 106, der PCO_2 bei 28 bis 32 mmHg und der Blut-pH bei 7,4 bis 7,45. Ab dem zweiten Trimester bewirkt die uteroplazentale Einheit eine aortocavale Kompression, deren Entlastung im Fokus der Wiederbelebung steht.

Alles in 4 bis 5 Minuten

Nach der „Vier-Minuten-Regel“ ist nach vier bis fünf Minuten erfolgloser Reanimationsbemühungen mit hypoxischen Hirnschäden beim Feten zu rechnen. Im Idealfall sollte daher bis zur perimortalen Entbindung nicht mehr Zeit vergehen. Auch wenn das Management in der Realität länger dauert, sollte man vom Protokoll nicht abweichen. Das fetale Monitoring sollte man am besten ausschalten und sich ganz auf die Mutter konzentrieren. Innerhalb des kurzen Zeitfensters müssen mehrere Aufgaben parallel gemeistert werden:

DIE SUCHE NACH DER ÄTIOLOGIE

Während die Wiederbelebung eingeleitet wird, sollte man nach Hinweisen für die Ursache des Herzstillstandes suchen, um gezielte Maßnahmen ergreifen zu können. Die Liste der möglichen Ursachen ist lang: Anästhesie-Komplikationen und Blutungen (die häufigsten Ätiologien), Traumata, kardiovaskuläre oder metabolische Auslöser, Hypertonie, Medikamente oder Drogen, Embolie, Fieber und Hypokalzämie.

■ Die **maternale kardiopulmonale Reanimation (CPR)** erfolgt wie üblich mit einer Kompressionsrate von 100 bis 120 pro min., 5 bis 6 cm tief mit Druckpunkt im unteren Sternumdrittel. Vor der Intubation, die so schnell wie möglich erfolgen sollte, folgen auf 30 Kompressionen zwei Beatmungen per Beutel mit Maske mit 100% O_2 .

Pads geben Aufschluss über den initialen Herzrhythmus und den eventuellen Bedarf einer sofortigen Defibrillation. Der Infusionszugang sollte i.v. kranial des Abdomens oder intraösösär gelegt werden.

■ Die **Linksverschiebung des Uterus** (entweder rechtsseitig der Patientin mit einer Hand schiebend oder linksseitig mit beiden Händen ziehend) ist notwendig, um die aortocavale Kompression zu entlasten und damit die Reanimationsbedingungen zu optimieren. Am effektivsten ist die Entlastung durch eine perimortale Sectio.

■ Eine **perimortale Entbindung** sollte gemäß aktueller Leitlinien ab der 20. SSW durchgeführt werden. Für die schnelle Schätzung des Schwangerschaftsalters wird eine Kombination von körperlicher Untersuchung und kurzem Ultraschall empfohlen. Bei all diesen Manövern sollte die parallel laufende CPR nie für länger als zehn Sekunden unterbrochen werden. Ob der Fetus lebensfähig ist oder nicht, spielt keine Rolle. Sind Fetus und Plazenta entbunden, kann die Gelegenheit für unterstützende Reanimationsmaßnahmen, wie eine direkte Herzmassage oder Aortenkompression, genutzt werden.

Geeignete Medikation

Vasopressor der Wahl ist Epinephrin 1 mg i.v./i.o. alle drei bis fünf Minuten. Kalzium sollte verabreicht werden, wann immer Magnesiumsulfat-Toxizität oder



Sectio „in reanimationem“: Jede Minute zählt

Hyperkaliämie differenzialdiagnostisch relevant sind. Amiodaron kommt bei Vorhofflimmern oder pulsloser ventrikulärer Tachykardie infrage, wenn CPR, Defibrillation und Epinephrin nicht anschlagen. Natriumhydrogenkarbonat wird standardmäßig nicht empfohlen, ist aber bei toxischer Ingestion während eines Herzstillstandes indiziert.

Bei Verdacht auf Toxizität der Lokalanästhesie wird niedrigdosiertes Epinephrin ($< 1 \mu\text{g}/\text{kg}$) mit 20%iger Lipidemulsion (1,5 ml/kg als Bolus, dann als Infusion zu 0,25-0,5 ml/kg/min) gegeben. **OH**

Zelop CM et al.: Cardiac arrest during pregnancy: ongoing conundrum. Am J Obstet Gynecol 2018; 219(1): 52-61

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190009

Frage 4: Bei der Reanimation

- A gilt die „10-Minuten-Regel“
- B sollte der Uterus nach links verschoben werden
- C empfiehlt sich ein größerer Tubus
- D sollte der Uterus nach rechts verschoben werden
- E ist eine Sectio kontraindiziert

Frage 5: Mögliche Ursachen des Herzstillstandes sind

- A Anästhesie-Komplikationen
- B Blutungen
- C Hypertonie
- D Hypokalzämie
- E Alle Antworten treffen zu

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

Internationaler Konsensus

Strategien bei drohender Frühgeburt

Britische Wissenschaftler untersuchten in einem systematischen Review, inwieweit die Empfehlungen zur Prophylaxe und Behandlung von Frühgeburten in Leitlinien international übereinstimmen.

Frühgeburten sind weltweit eine der Hauptursachen für perinatale Todesfälle. Die überlebenden Kinder leiden häufig unter schweren neonatalen Komplikationen und langfristigen Folgeschäden. Welche Maßnahmen die optimale klinische Versorgung zur Prävention und Therapie von Frühgeburten enthalten sollte, ist zum Teil noch Gegenstand der Diskussion. Die Implementierung von Behandlungsleitlinien kann helfen, das kindliche Outcome zu verbessern.

Also machten sich britische Autoren auf die Suche nach entsprechenden Leitlinien zur Prävention oder Behandlung von Frühgeburten. Anhand einer Liste von 27 Fragen zu verschiedenen Screening-Methoden

sowie zu medikamentösen, chirurgischen und anderen Interventionen überprüften sie, wo sich Übereinstimmungen oder Widersprüche fanden. 49 Leitlinien gingen in die Untersuchung ein; eine deutsche war nicht dabei. Als Konsensus wurde definiert, wenn sich mindestens 70% der Leitlinien, die sich zu einer bestimmten Interventions- oder Screening-Maßnahme äußerten, jeweils dafür oder dagegen aussprachen.

Zervixlänge und Bakteriurie

Einig waren sich die Leitlinien bezüglich des Screening in zwei Punkten. Acht von neun Organisationen empfahlen die Messung der Zervixlänge bei Patientinnen mit einem hohen Frühgeburtsrisiko – zwei davon allerdings nur bei Einlingsschwangerschaften. Für ein Screening auf asymptomatische Bakteriurie zur Prävention von Frühgeburten sprachen sich zwei Leitlinien

aus; in den restlichen fanden sich dazu keine Angaben. Die Zervixlängenmessung bei allen Schwangeren befürworteten nur zwei von acht Fachgesellschaften, vier lehnten sie explizit ab. Auch ein Screening auf bakterielle Vaginosen bei Patientinnen ohne vorzeitige Wehen oder Blasensprung wurde mehrheitlich nicht empfohlen. Kein



Auf welche Maßnahmen kommt es wirklich an?

Konsensus fand sich hinsichtlich des Fibronektintests zur Vorhersage einer Frühgeburt bei Hochrisikopatientinnen: vier waren dafür, drei dagegen.

Die „Dos“ ...

Von zehn untersuchten medikamentösen Interventionen zur Prophylaxe oder Behandlung einer Frühgeburt fanden fünf mehrheitliche Unterstützung. Fast einheitlich sprachen sich die Leitliniengesellschaften für eine kurzfristige Tokolyse bis 48 Stunden aus. Als Indikation nannten die meisten eine spontane vorzeitige Wehentätigkeit in der 24. bis 34. SSW, manche auch einen vorzeitigen Blasensprung. Einige zogen einen Einsatz bereits in der 22./23. Woche in Betracht. Vereinzelt wurden auch Zwillingsschwangerschaften eingeschlossen. Zeichen einer systemischen Infektion oder ein bestehender Diabetes galten in manchen Fällen als Kontraindikation.

Fast durchgehend befürwortet wurde auch die pränatale Gabe von Glukokortikoiden zur Lungenreifeinduktion. Weniger einheitlich waren die Empfehlungen hinsichtlich eines zweiten Steroidzyklus bei weiterhin bestehendem Risiko: Fünf Leitlinien sprachen sich dafür aus, fünf dagegen. Breiter Konsensus fand sich zudem für die Anwendung von vaginalem Pro-

gesteron bei asymptomatischen Frauen ohne Frühgeburt in der Anamnese, aber mit einer Zervixlänge unter 20 mm vor der 24. SSW. Uneinig war man sich darüber, ob vaginales Progesteron bei Frauen mit vorangegangener Frühgeburt, aber ohne Zervixverkürzung eingesetzt werden sollte.

... und die „Don'ts“

... und die „Don'ts“

Die Gabe von Magnesiumsulfat zur fetalen Neuroprotektion und die Antibiotikaphylaxe für Patientinnen mit vorzeitigem Blasensprung wurde ebenfalls durchgängig empfohlen. Abgeraten wurde dagegen von Antibiotika bei Frauen mit intakten Membranen, von einer Langzeittokolyse zum Erhalt der Gravidität bei Wehentätigkeit sowie von vaginalem Progesteron bei Zwillingsschwangerschaften.

Klare Empfehlungen zur Cerclage

Eine Zervixcerclage wurde in zwei Szenarien mit großer Mehrheit befürwortet: zum einen bei Frauen mit einer vorangegangenen Frühgeburt bei einer Zervixlänge von weniger als 25 mm vor der 24. SSW, zum anderen elektiv bei Schwangeren mit mehr als drei Frühgeburten. In zwei Leitlinien fand darüber hinaus die Möglichkeit einer transabdominalen Cerclage Erwähnung. Beide empfahlen sie im Falle einer erfolglosen Zervixcerclage bei Patientinnen mit Zervixinsuffizienz.

Klar gegen eine Cerclage sprachen sich die meisten Leitlinien bei einer Zervixverkürzung ohne Frühgeburt in der Vorgeschichte aus, bei Zwillingsschwangerschaften, nach nur einer Frühgeburt vor der 34. SSW oder bei Uterusanomalien oder zervikalem Narbengewebe ohne weitere Risikofaktoren. Ebenfalls abgeraten wurde von der Kombination einer Cerclage mit der Gabe von Progesteron bei Patientinnen mit einem hohen Risiko für vorzeitige Wehen. Zum Einsatz eines Cerclage-Pessars äußerte sich nur eine chinesische Leitlinie: Sie lehnte ihn sowohl bei Einlings- als auch bei Zwillingsschwangerschaften ab. Zwei weitere befanden die Datenlage aber als nicht ausreichend für eine Empfehlung dafür oder dagegen.

Keinerlei Aussagen fanden die Review-Autoren in den 49 analysierten Leitlinien zur Amnioinfusion bei vorzeitigem Blasensprung. Zur Notfall-Cerclage gab es nach Ansicht zweier Fachgesellschaften nicht genügend Evidenz, um ihren Nutzen beurteilen zu können. Auch zur Prävention und Therapie einer drohenden Frühgeburt bei höhergradigen Mehrlingsschwangerschaften lagen keine Empfehlungen vor. Bevor eine Fachgesellschaft neue Behandlungsleitlinien entwickelt, so das Fazit der Autoren, sollte sie zunächst die bereits bestehenden einem systematischen Review unterziehen. Vorhandene Ressourcen ließen sich so optimal ausnutzen. **CW**

Medley N et al.: Clinical guidelines for prevention and management of preterm birth: a systematic review. BJOG 2018; 125: 1361-9

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190010

Frage 6: Vaginales Progesteron wird mehrheitlich abgelehnt

- A bei einer Zervixlänge unter 20 mm
- B vor SSW 24
- C bei Zwillingsschwangerschaften
- D in der 24. bis 34. SSW
- E nach einer vorangegangenen Frühgeburt

Frage 7: Kein Konsensus fand sich

- A zur Kurzzeit-Tokolyse bis 48 Stunden
- B zur Zervixcerclage nach mehr als drei Frühgeburten
- C zur Lungenreifeinduktion
- D zur Zervixlängenmessung bei erhöhtem Risiko
- E zum Fibronektintest

Frage 8: Empfohlen wird

- A Magnesiumsulfat zur fetalen Neuroprotektion
- B die Notfall-Cerclage
- C die Amnioinfusion bei vorzeitigem Blasensprung
- D Antibiotikaphylaxe bei intakter Fruchtblase
- E die Verwendung eines Cerclage-Pessars

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

PRAXIS-TIPP

Joggen für Schwangere: Kein Risiko!

Beim Joggen wird der Beckengürtel bei jedem Schritt starken Kräften ausgesetzt, und der Uterus förmlich durchgeschüttelt. Dass dadurch das Risiko für Schwangerschaftskomplikationen steigt, muss man aber nicht fürchten.

Dies ergab eine Umfrage von knapp 1.300 Frauen, die regelmäßig im Park joggen und bereits eine Schwangerschaft hinter sich hatten. 45% von ihnen hatten das Lauftraining während ihrer Schwangerschaft bzw. sobald sie von dieser wussten, eingestellt. 15% hatten im ersten, 25% im zweiten Trimenon damit aufgehört, 16% hatten auch im dritten Trimenon trainiert.

Ob nun die Frauen während ihrer Schwangerschaft gejoggt hatten oder nicht, hatte weder einen Einfluss auf das Schwangerschaftsalter bei der Geburt (279,0 vs. 279,6 Tage), noch auf Abweichungen von einem normalen Geburtsgewicht (44,9 vs. 46,9%) oder die Frühgeburtenrate (5,9 vs. 7,6%).

Nur einen Nachteil hatte das regelmäßige Laufen: Gegenüber Nicht-Läuferinnen war die Rate an assistierten vaginalen Entbindungen bei den Läuferinnen um ca. 30% höher (22 vs. 27%; OR 1,32; 95%-KI 1,02-1,71; $p=0,03$). Dies lag vermutlich an der besser trainierten und daher weniger nachgiebigen Beckenbodenmuskulatur der sportlicheren Schwangeren. Aus Sicht der Autoren sind die Vorteile der regelmäßigen Bewegung während der Schwangerschaft aber wesentlich größer. **OH**

Kuhr K et al.: Is recreational running associated with earlier delivery and lower birth weight in women who continue to run ... BMJ Open Sport Exerc Med 2018; 4(1): e000296

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190054

Kinderwunsch, Schwangerschaft und Stillzeit

Mikronährstoffe frühzeitig ansprechen

Die Bedeutung einer optimierten Mikronährstoffversorgung im Rahmen der Schwangerschaft ist bekannt. Dennoch wurden im Jahre 2018 noch fast zwei Drittel der Frauen beispielsweise mit einer Folat-Mangelversorgung schwanger. Auch im weiteren Verlauf einer Schwangerschaft sowie in der Stillzeit bleibt das Thema nicht ausreichend adressiert.

„Oft machen sich Frauen erst dann Gedanken über ihre Mikronährstoffversorgung, wenn sie schon schwanger sind,“ begründete Dr. Matthias Krick, Moers, auf einer Veranstaltung von Bayer Vital, die schlechte Folatversorgung bei Schwangerschaftsbeginn. Laut Krick bietet z.B. die jährliche Krebsvorsorgeuntersuchung einen guten Anlass, um junge Frauen aktiv auf einen potenziellen Kinderwunsch anzusprechen und schon früh zumindest das Thema „Folsäure“ anzusprechen. „Das kostet keine zwei Minuten und wird, bei re-

gelmäßiger Ansprache, im Gedächtnis der jungen Frau bleiben“, so der Experte. Weitere geeignete Zeitpunkte um das Thema Mikronährstoffversorgung zu platzieren, sind Krick zufolge die Frühschwangerschaft beim ersten Kontakt und die postpartale Nachsorge. **MW**

SYMPOSIUM „Kinderwunsch, Schwangerschaft, Stillzeit: 3 Phasen – 1 Konzept. Umfassende Nährstoff-Versorgung – Neues aus Wissenschaft und Praxis“, im Rahmen des 62. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG): Berlin, 2.11.2018, Veranstalter: Bayer Vital Mikronährstoff-Supplement: Elevit®
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181522

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie & Geburtshilfe 2018

Neues zu Dyspareunie, eHealth und Inkontinenz

Der vergangene „Gynäkologenkongress“ (DGGG) in Berlin bot über 5.000 Teilnehmern wissenschaftlich gesicherte Fakten und wertvolle Expertentipps für die Behandlung und Gesundheitsvorsorge bei Frauen jeden Alters.

Das Eis des Schweigens brechen

Die Dyspareunie ist laut *Dr. Julia Bartley*, Berlin, ein in der gynäkologischen Praxis vernachlässigtes Problem. *Bartley* zufolge ist es eine ärztliche Aufgabe, das Thema aktiv anzusprechen und den Betroffenen Hilfe anzubieten. Zu den häufigsten Ursachen bei Frauen ab der Menopause gehören die vulvovaginale Atrophie (VVA). Wie die europäische Studie EVES mit 2.160 Teilnehmerinnen im Alter von 45 bis 75 zeigte, leiden 90% aller postmenopausalen Frauen an Beschwerden aufgrund einer VVA, was sich auch in einer Beeinträchtigung der Lebensqualität niederschlug. Als wirk-



Vulvovaginale Atrophie gehört zu den häufigsten Ursachen der Dyspareunie

Dr. Julia Bartley, Berlin

same Behandlungsoptionen nannte *Bartley* Gleitmittel und Feuchtigkeitscreme, lokale oder systemische Estrogenanwendungen, selektive Estrogenrezeptormodulation (SERM), das in der EU bislang nicht als Arzneimittel zugelassene Dehydroepiandrosteron (DHEA) und Lasertherapie.

Pressen mit Blick auf den Monitor?

Entgegen der Skepsis vieler Kollegen brach *Prof. Karim Kalache*, Dohar, Katar, eine Lanze für den intrapartalen translabialen, transperinealen Ultraschall. Laut *Kalache* gibt es bislang keine Studie, die gezeigt hat, dass in der Austreibungsphase die vaginale Untersuchung noch brauchbare und zuverlässige Informationen über Position und Stellung des Fetus gibt. Nach *Kalaches* Einschätzung ist hier die Sonographie überlegen, und nun geht es darum, in geeigneten Studien zu untersuchen, ob sich deren Anwendung

positiv auf den Geburtsverlauf auswirkt. In einer belgischen Studie stuften 71% von insgesamt 33 Gebärenden den Ultraschall als angenehmer ein als die vaginale Untersuchung. Die befragten Hebammen dagegen bevorzugten mehrheitlich die manuelle vaginale Untersuchung. In einer



In der Austreibungsphase scheint die Sonographie der vaginalen Untersuchung überlegen zu sein

Prof. Karim Kalache,
Dohar, Katar

randomisiert kontrollierten Pilotstudie in Italien mit insgesamt 40 Nulliparae war bei denjenigen, die beim Pressen auf das Echtzeit-Ultraschallbild schauen durften, die Austreibungsphase kürzer und die Zunahme des Progressionswinkels innerhalb der ersten 20 Minuten größer als bei den Frauen, die konventionell zum Pressen angehalten wurden.

Die meisten Verhütungsapps taugen nichts

Eine Vielzahl von Verhütungsapps überschwemmt derzeit den Markt. Die meisten davon hält *Dr. Petra Frank-Hermann*, Heidelberg, für unbrauchbar. Prognose-Apps,



Vorsicht vor unseriösen Verhütungsapps!

Dr. Petra Frank-Hermann,
Heidelberg

die angeblich das fertile Fenster vorherzusagen können, hält sie für besonders tückisch, da sie die eingegebenen Daten gar nicht für die Fertilitätsprognose im selben Zyklus verwenden. Etwas besser seien NFP-Apps, die auf den bewährten und systematisch evaluierten symptomthermalen



Methoden basieren. Dazu zählen z.B. die Apps Lady Cycle, myNFP, Neome oder Lily.

„Voraussetzung ist allerdings, dass die Nutzerinnen lernen, ihren Körper gut zu beobachten und dass sie Zugang zu einem qualifizierten Beratungsservice haben“, betonte *Frank-Hermann*. Apps mit neuen Parametern, beispielsweise der Hormonkonzentration im Speichel, oder die über eine Art Fitnessarmband gemessene nächtliche Körpertemperatur, seien noch zu wenig evaluiert, um ihre Sicherheit beurteilen zu können.

Suburethrales Band über retro-pubischen Zugang

Mehr als ein Drittel aller über 40-jährigen Frauen hat *Dr. Gert Naumann*, Erfurt, zufolge eine behandlungsbedürftige Belastungsharninkontinenz. Als konservative Maßnahmen werden unter anderem Gewichtsreduktion, Pessartherapie und Beckenbodentraining empfohlen. Erst nach Ausschöpfen der konservativen Therapie sollte eine OP in Betracht gezogen werden.



Suburethrale spannungsfreie Schlinge als wirksame und wenig invasive Methode

Dr. Gert Naumann, Erfurt

Die Anlage suburethraler spannungsfreier Bänder hat sich *Naumann* zufolge in den letzten Jahren als Methode der Wahl durchgesetzt. Dabei sei der retropubische Zugang am besten untersucht. In 2018 wurden mehrere Studien veröffentlicht, die die hohe Wirksamkeit des Verfahrens belegen, mit objektiven Kontinenzraten bis zu 90% und subjektiven Kontinenz- und Besserungsraten von 80 bis 87%.

TH

Vaginale Entbindung nach Sectio

Vorsicht bei langer zweiter Geburtsphase

Besteht ein erhöhtes Risiko für Mutter und Kind, wenn nach einem vorangegangenen Kaiserschnitt die zweite Geburtsphase länger dauert?

Analysiert wurden die Daten von 4.579 Gebärenden, die bereits einmal mittels Sectio entbunden hatten. Von ihnen konnten 4.147 (90,6%) jetzt vaginal entbinden. Dabei korrelierte die vaginale Entbindungsrate umgekehrt mit der Dauer der zweiten Geburtsphase. Sie betrug 97,3% bei einer Wehendauer von weniger als einer Stunde und sank auf 45,5%, wenn die zweite Geburtsphase vier Stunden oder länger dauerte. Auch stieg mit der Wehendauer das Risiko für maternale Komplikationen. So betrug das Risiko für eine Uterusruptur oder Dehiszenz nur 0,7% bei einer Wehendauer < 1 h gegenüber 3,1% bei einer Wehendauer ≥ 3 h. Das kindliche Risiko wurde durch die Dauer der zweiten Geburtsphase nicht signifikant beeinflusst.

Auch wenn bei einer Verlängerung der zweiten Geburtsphase auf über drei Stunden grundsätzlich eine vaginale Entbin-

dung bei der Hälfte der Gebärenden nach einem vorausgegangenem Kaiserschnitt noch möglich ist, so steigt doch das mütterliche Risiko, so dass bei solchen Frauen eine intensive Überwachung während der Geburt erforderlich ist. **PS**

Hehir MP et al.: Second-stage duration and outcomes among women who labored a prior cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2018; 131: 514-22

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190067

Dammriss bei der Austreibung

Eine Frage der Geburtstechnik?

Geburtshilfliche Techniken, die oft von Hebammen angewendet werden, um die Geburt in der Austreibungsphase zu erleichtern, haben einen Effekt auf das Dammrissrisiko.

Untersucht wurden die Daten von 704 Primiparae. Bei 57% der Frauen wurde zur Geburtsunterstützung angeleitetes Pressen eingesetzt, bei 30% nahm die Hebamme eine Dehnung der Vagina mit den Fingern vor (eine in Schweden als „Levatorruck“ gebräuchliche Technik). In 22% der Fälle wurde das Perineum manuell gedehnt, in

18% der „Handtuchtrick“ angewandt; das heißt, die Gebärende und die Hebamme ziehen während der Wehen in entgegengesetzte Richtungen an einem Bettlaken oder Handtuch, um das Pressen zu unterstützen. 30% der Frauen saßen während der Entbindung auf dem Geburtsstuhl, was die häufigste Geburtsposition war.

Bei 77,3% der Frauen trat ein Dammriss vom Grad 2 auf. 19% erlitten keine oder nur geringfügige genitale Verletzungen. Bei 3,6% der Frauen trat ein Dammriss vom Grad 3 auf, bei 3,1% wurde eine Episiotomie durchgeführt. In der Multivarianzanalyse fand sich kein signifikanter Hinweis auf einen Einfluss der verwendeten Geburtshilfetechniken auf die Häufigkeit von Grad-2- oder Grad-3-Dammrissen. Auch die Zahl der Berufsjahre der Hebammen schien keinen Einfluss auf das Risiko für eine perineale Verletzung zu haben.

Bisherige Studien zum Einfluss der Berufserfahrung von Hebammen auf das Dammrissrisiko lassen aber vermuten, dass die Kombination Geburtsstuhl, unerfahrene Hebamme und Multipara mit einem erhöhten Risiko einhergehen könnte. **TH**

Edqvist M et al.: Practices used by midwives during the second stage of labor to facilitate birth ... *Sex Reprod Health* 2018; 15: 18-22

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190050

ABONNEMENT

Ich möchte regelmäßig über aktuelle Studienergebnisse und neues praxisrelevantes Wissen informiert werden. Deshalb abonniere ich die **GynDepesche** bis auf Widerruf. Das Abonnement kann jederzeit monatlich gekündigt werden. Die Bezahlung erfolgt per Rechnung. Als Abonnent erhalten Sie auf Wunsch die Kopie einer Originalarbeit pro Heftausgabe kostenlos (Literaturservice).

Bitte wählen Sie:

- Ich möchte die **GynDepesche** als gedrucktes Heft per Post erhalten (Print-Ausgabe), für € 49,-/Jahr zzgl. € 8,10 Inlandspporto (€ 18,80 Auslandspporto)
- Ich möchte die **GynDepesche** digital als PDF per E-Mail erhalten (ePaper), für € 35,-/Jahr

Anrede/Titel	Vorname	Name
Straße		Hausnummer/Postfach
PLZ	Ort	
E-Mail-Adresse		
Medizinisches Interessengebiet (z. B. „Gravidität“)		

Datum Unterschrift

Bitte faxen Sie den Coupon ausgefüllt an **089 / 43 66 30 - 210** oder senden ihn an: GFI. Gesellschaft für medizinische Information mbH, Paul-Wassermann-Straße 15, 81829 München.

Hinweis: Alternativ können Sie dieses Formular auch bequem online ausfüllen unter www.gfi-online.de/abo – mit der zusätzlichen Zahlungsoption „Bankeinzug“.



26% werden so stark im Schlaf gestört, dass eine Insomnie vorliegt

Gestörter Schlaf

Hitzewallungen und Depressionen

Zwischen 40 und 56% aller Frauen im menopausalen oder postmenopausalen Alter klagen über Schlafstörungen. Schuld sind oft die Hitzewallungen oder auch Depressionen.

Die am häufigsten genannte Beschwerde von Frauen mit perimenopausalen Schlafstörungen ist häufiges Aufwachen. Verantwortlich dafür sind meist die menopausalen Hitzewallungen. So berichten Frauen mit mittelschweren bis schweren Schweißausbrüchen mehr als dreimal so häufig über nächtliche Schlafunterbrechungen wie Frauen ohne Hitzewallungen. 26% aller perimenopausalen Frauen werden sogar so stark davon im Schlaf gestört, dass sie die Diagnosekriterien für Insomnie erfüllen.

Aber auch depressive Stimmungen und Angststörungen können sich negativ auf den Schlaf auswirken, und umgekehrt. Mit der menopausalen Transition nimmt auch das Risiko für Depressionen zu. Anders als die Hitzewallungen führen diese eher zu Einschlafproblemen und verfrühtem Aufwachen und damit zu einer allgemein verkürzten Schlafdauer. Weitere Störfaktoren, die den Schlaf in der Perimenopause beeinträchtigen können, sind schlafbezogene Atemstörungen und nächtliche periodische Extremitätenbewegungen – beides Probleme, die mit dem Alter zunehmen.

Die multifaktorielle und komplexe Ätiologie von Schlafstörungen erfordert ein individuelles und oft kombiniertes Vorgehen. So kann eine Linderung der Hitzewallungen durch eine Hormonersatztherapie häufig auch die Schlafqualität verbessern. Auch Isoflavone aus Sojaprodukten können die menopausalen Symptome reduzieren. Die primäre Maßnahme bei Patientinnen mit chronischer Insomnie ist eine spezifische dafür ausgelegte kognitive Verhaltenstherapie (CBT-I). Wirksame Präventionsmaßnahmen sind eine gute Schlafhygiene und viel körperliche Bewegung. **OH**

Baker FC et al.: Sleep problems during the menopausal transition: prevalence, impact, and management challenges. *Nat Sci Sleep* 2018; 10: 73-95

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190053

Isoflavone, Vitamine und Co.

Was hilft gegen Wechseljahresbeschwerden?

Angesichts der hohen Lebenserwartung verbringen Frauen heutzutage nahezu ein Drittel ihrer Lebenszeit in der Postmenopause. Die damit verbundenen Hormonveränderungen beeinträchtigen nicht nur das subjektive Wohlbefinden, sondern begünstigen die Abnahme der Knochendichte und erhöhen das kardiovaskuläre Risiko. Kann eine erhöhte Zufuhr von Isoflavonen, Kalzium, Vitamin D und Inulin dem entgegenwirken?

Mit dieser Fragestellung hat sich ein Team italienischer Wissenschaftler im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie beschäftigt. An der Untersuchung nahmen 50 postmenopausale Frauen im Alter zwischen 42 und 57 Jahren teil. Alle Probandinnen litten an klimakterischen Beschwerden, standen diesbezüglich jedoch nicht unter einer medikamentösen Therapie. Gemäß Randomisierung nahmen je die Hälfte der Studienteilnehmerinnen über einen Zeitraum von zwölf Monaten ein Kombinationspräparat aus Isoflavonen, Kalzium, Vitamin D und Inulin bzw. ein Placebo ein. Vor und nach der Behandlung erfassten die Forscher mit Hilfe von Fragebögen die Lebensqualität sowie die Sexualfunktion der Probandinnen. Ferner bestimmten sie ihre Knochendichte, erfassten verschiedene anthropometrische Parameter, analysierten mittels Bioimpedanz ihre Körperzusammensetzung und erstellten ein Lipidprofil.

Das Ergänzungspräparat zeigte Wirkung: Die mit der Kombination behandelten Frauen berichteten im Gegensatz zu den Kontrollen über eine signifikante Verbesserung der vasomotorischen Beschwerden sowie der Sexualfunktion. Ferner beobachteten die Forscher in dieser Gruppe einen signifikanten Anstieg des HDL-Cholesterins, nicht jedoch des LDL- und des Gesamtcholesterins sowie der Triglyceride. Im Kontrollkollektiv traten keine signifikanten Veränderungen des Lipidstatus ein, allerdings kam es bei diesen Frauen – nicht jedoch bei den mit dem Kombinationspräparat behandelten Frauen – zu einer signifikanten Zunahme des BMI sowie des Körperfettanteils. Die Knochendichte blieb im Verum-Arm stabil und nahm im Placebo-Arm signifikant ab.

Somit hat die Versorgung postmenopausaler Frauen mit Isoflavonen in Kombination mit Kalzium, Vitamin D und Inulin, gleich mehrere Vorteile, so das Fazit der Wissenschaftler. Die Substanzen können klimakterische Beschwerden effektiv lindern, die Lebensqualität und die Sexualfunktion verbessern, außerdem die Knochendichte erhöhen und sich günstig auf die Blutfette und die Körperzusammensetzung auswirken. Weitere Studien müssen diese vielversprechenden Ergebnisse bestätigen. **LO**

Vitale SG et al.: Isoflavones, calcium, vitamin D and inulin improve quality of life, sexual function, body composition and metabolic parameters in menopausal women: result from a prospective, randomized, placebo-controlled, parallel-group study. *Prz Menopauzalny* 2018; 17(1): 32-8

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190062

Diese Anzeige ist in
der PDF-Version nicht
verfügbar.

**Bei Fragen wenden Sie sich bitte
an unsere Anzeigendisposition:**

Herr Alfred Neudert,
Tel.: 089/436630-293,
E-Mail: neudert@gfi-online.de

Kognitive Funktion

Sind Frauen mit später Menopause schlauer?

Beobachtungsstudien lieferten Hinweise, dass eine spätere Menopause möglicherweise mit besseren kognitiven Funktionen einhergeht. Britische Wissenschaftler gingen der Sache auf den Grund.

Sie analysierten Daten von 1.315 Frauen, einer Stichprobe aus allen im März 1946 in Großbritannien Geborenen. Sie waren kognitiven Tests zum Sprachgedächtnis und zur Verarbeitungsgeschwindigkeit unterzogen worden; und das zu maximal vier Messzeitpunkten, nämlich im Alter von 43, 53, 60 bis 64 und 69 Jahren.

Hinsichtlich der kognitiven Verarbeitungsgeschwindigkeit zeigte sich beim Vergleich der frühen und späten Menopausen kein Unterschied. Ein späterer Menopauseneintritt ging aber mit einem besseren Sprachgedächtnis einher als ein früher. Allerdings traf dies nur bei Frauen mit natürlicher Menopause zu, nicht bei chirurgisch induzierter.

Somit konnte der vermutete Zusammenhang zumindest hinsichtlich der sprachlichen Ebene der kognitiven Leistung bestätigt werden.

TH

Kuh D et al.: Age at menopause and lifetime cognition – Findings from a British birth cohort study. *Neurology* 2018; 90: e1673-81
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190048

Menopause und HRT

Symptome und Therapie werden unterschätzt

Bevor sie in die Wechseljahre kommen, scheinen deutsche Frauen zwar besser über die Menopause informiert zu sein als andere Europäerinnen, unterschätzen aber die negativen Auswirkungen dieses Lebensabschnitts und sind sich über die Behandlungsmöglichkeiten nicht bewusst.

Die Umfrage zum Thema Wechseljahre schloss 6.061 Frauen im Alter von 45 bis 55 Jahren aus sechs Ländern ein, berichtete *Dr. Katrin Schaudig*, Hamburg, auf einer Veranstaltung von Mylan. Aus Deutschland nahmen 1.007 Frauen teil. 70% der Teilnehmerinnen befanden sich in den Wechseljahren bzw. wiesen entsprechende Symptome auf.

Sieben von zehn der Befragten glaubten, über die Wechseljahre informiert zu sein. Sehr gut informiert fühlten sich allerdings nur 23. Viele prämenopausale Frauen hatten unklare Vorstellungen von den Symptomen, die sie erwarteten. Sie nannten Hitzewallungen, übermäßiges Schwitzen, Stimmungsschwankungen und Gewichtszunahme, brachten aber andere häufige Symptome wie Müdigkeit, Schlafstörungen, geringe Libido, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen sowie Gelenk- und Muskelsteifigkeit nicht mit den Wechseljahren in Verbindung.

Das Ergebnis entspricht den Beobachtungen von *Dr. Anneliese Schwenkha-*
gen, Hamburg, aus ihrer Praxis. „Auch

wenn Frauen unter diesen Symptomen leiden, assoziieren sie diese oft nicht mit den Wechseljahren. Viele nehmen auch deshalb keine ärztliche Hilfe in Anspruch, weil sie glauben, diese Symptome ‚gehören dazu und müssen ertragen werden, da sie nicht behandelt werden können‘, so *Schwenkha-*
gen.

Demgegenüber berichten Frauen, die eine Hormonersatztherapie (HRT) nutzen, dass die Therapie nicht nur die Symptome – vor allem Hitzewallungen, Schwitzen, Stimmungsschwankungen und Herzklopfen – lindert, sondern darüber hinaus die Lebensqualität insgesamt verbessert.

Die Gynäkologinnen empfehlen, die Frauen ganzheitlich zu betreuen. Dazu gehört eine umfassende Aufklärung über die Bedeutung einer gesunden Lebensweise und eine ergänzende Therapie, z. B. in Form einer HRT, die dann abhängig von der individuellen Situation der Patientin angeboten werden kann.

AY

FACHPRESSEKONFERENZ „Tabuthema Menopause“, Frankfurt am Main, 22.11.2018, Veranstalter: Mylan
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181428

EIN APFEL TÄGLICH, KEINE KRANKHEIT QUÄLT DICH?

Weshalb dieses Sprichwort irrt, und was der regelmäßige Obstverzehr wirklich bewirkt, lesen Sie in unserem neuen Supplement



Das Supplement „Die **Dritte Seite**“ erhalten Sie **nur als Abonnent** der **GynDepesche** **exklusiv, gratis und automatisch** zugesandt.

Abonnieren Sie jetzt die **GynDepesche** mit dem Coupon auf Seite 25 in diesem Heft oder schnell und komfortabel unter www.gfi-online.de/abo

Screening auf Ovarialkarzinom

37% geringere Zehnjahresmortalität

Die meisten Ovarialkarzinome werden erst in einem fortgeschrittenen Stadium entdeckt, in dem die Heilungsaussichten trotz moderner Therapien gering sind. Ein Ultraschall-Screening für Risikogruppen könnte die Frühdetektion und damit die Überlebenschancen erheblich verbessern.

Von Januar 1987 bis Juni 2017 wurden an der University of Kentucky in den USA alle asymptomatischen Frauen ab einem Alter von 50 Jahren (bzw. ab 25 Jahren bei familiärer Vorgeschichte von Ovarialkarzinom) zu einer jährlichen transvaginalen Screening-Sonographie eingeladen. Insgesamt 46.101 Frauen nahmen an dem regelmäßigen Screening teil (mittleres Alter 66 Jahre). Das Follow-up überspannte einen Zeitraum von 9,2 Monaten bis 27 Jahren; im Schnitt wurde jede Frau 6,5 mal sonographiert.

88 epitheliale Ovarialkarzinome wurden detektiert, davon 71 invasive und 17 mit geringem malignem Potenzial: 42% im Stadium I, 21% im Stadium II und 37% im Stadium III. Stadium-IV-Karzinome wurden nicht entdeckt.

Die krankheitsspezifischen Fünf-, Zehn- und 20-Jahres-Überlebensraten lagen bei den Frauen mit per Screening detektiertem invasivem Ovarialkarzinom bei $86 \pm 4\%$, $68 \pm 7\%$ bzw. $65,7\%$. Demgegenüber betragen die Überlebensraten nur $45 \pm 2\%$,

$31 \pm 2\%$ und $\pm 19,3\%$ bei einer Kontrollgruppe aus nicht-gescreenten Frauen mit klinisch diagnostiziertem Ovarialkarzinom, die am gleichen Krankenhaus nach den gleichen Therapiealgorithmen behandelt worden waren. Das Ultraschall-Screening detektierte Ovarialkarzinome mit einer Sensitivität von $87,2\%$ und einer Spezifität von $98,7\%$.

Standardmäßig wurde bei einem sonographisch detektierten Ovarialtumor eine Laparoskopie durchgeführt. Frauen bei benigner Erkrankung erhielten i. d. R. keine weiteren Eingriffe. Chirurgische Komplikationen kamen nur bei $6,6\%$ von ihnen vor und waren in 97% der Fälle gering ausgeprägt. Aufgrund des großen Überlebensvorteils und der geringen Risiken ist aus Sicht der Autoren ein Ultraschall-Screening für Patientinnen mit erhöhtem Ovarialkarzinom-Risiko empfehlenswert. **OH**

Van Nagell JR et al.: Survival of women with type I and II epithelial ovarian cancer detected by ultrasound screening. *Obstet Gynecol* 2018; 132: 1091-100

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190059

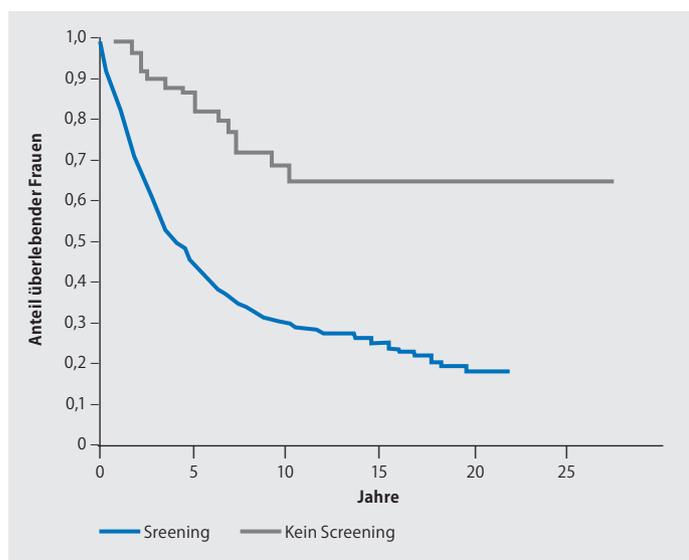


Abb. 1: Krankheitsspezifisches Überleben für gescreente und nicht gescreente Frauen mit epitheliale Ovarialkarzinom

Sturzrisiko durch Antidepressiva?

02-01-2019: Eine retrospektive Kohortenstudie aus Schweden legt eher nahe, dass das Sturzrisiko mit der Depression selbst und ihrer Komorbidität zusammenhängt: Das Frakturrisiko der über 65-Jährigen stieg bei anhaltender Depression nämlich bereits vor Beginn der medikamentösen Therapie stark an und fiel nach Therapiebeginn langsam, aber stetig wieder ab.

Diabetes-Check beim Zahnarzt

02-01-2019: In den USA waren 7,7% der Einwohner in den letzten zwölf Monaten nur beim Zahnarzt, nicht beim Hausarzt. Ein Drittel hatte laut der NHANES-Studie ein hohes Risiko für Prädiabetes, 15,8% einen HbA_{1c}, der auf einen Prädiabetes oder Diabetes hinweist. Deshalb raten die Autoren ein zu einem Diabetesscreening beim Zahnarzt.

Raucher bluten häufiger

02-01-2019: Das Risiko für schwere Blutungen ist nach der prospektiven Kopenhagener Populationsstudie bei Rauchern gegenüber Nierauchern um 49% erhöht. Besonders deutlich war der Unterschied bei intrakraniellen Blutungen.

Mit Spirale ins MRT

20-12-2018: Trägerinnen einer kupferhaltigen Spirale müssen sich keine Sorgen machen, wenn eine Kernspintomographie ansteht: Nach einer Studie besteht weder im 1,5- noch 3-Tesla-Gerät ein signifikantes Risiko für eine Schädigung durch das Magnetfeld.

Lebensqualität ist relativ

18-12-2018: Der Lebensqualitätsfragebogen QLQ-C30 der europäischen Krebsforschungsorganisation EORTC wurde systematisch in 15 Ländern evaluiert, um Basiswerte von Menschen ohne Krebs zu gewinnen. Die regionalen Unterschiede in den Werten des Wohlbefindens waren deutlich – Deutschland liegt dabei im Mittelfeld.

Heute Zeugnis, morgen Prügel

17-12-2018: Nach einer retrospektiven Studie aus den USA gibt es eine Assoziation von Zeugnisausgabe und körperlichem Missbrauch am Folgetag: Die Anrufe bei einem Notruftelefon waren am Samstag nach einer freitäglichen Zeugnisausgabe 3,75 Mal häufiger als an den übrigen Samstagen.

Zervixkarzinom-Vorsorge mit qualifizierter und validierter Diagnostik

Frauen ab 35 Jahren alle drei Jahre ein Co-Screening anbieten

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Eckpunkte für das zukünftige Screening auf Gebärmutterhalskrebs veröffentlicht. Demnach soll Frauen statt der derzeitigen jährlichen zytologischen Untersuchung alle drei Jahre eine Kombinationsuntersuchung – bestehend aus einem Test auf genitale Infektionen mit humanen Papillomaviren (HPV) und einer zytologischen Untersuchung angeboten werden.¹ Die Bedeutung der HPV-Testung für die Prävention von zervikalen Neoplasien unterstreichen die Ergebnisse einer aktuellen hochrangig publizierten klinischen Studie mit insgesamt 25.223 randomisierten Frauen: Die Auswertung legt nahe, dass die HPV-Testung sensitiver ist als die zytologische Untersuchung und die Inzidenz intraepithelialer zervikaler Neoplasien vermindern könnte.² Der klinisch validierte cobas® HPV Test war der erste von der FDA für ein HPV-Primärscreening zugelassene HPV-Test.

Trotz einer aufwändigen Vorsorge ist das Zervixkarzinom immer noch eine häufige Krebserkrankung bei Frauen – alleine in Deutschland erkranken etwa 4.500 Frauen pro Jahr an Gebärmutterhalskrebs und mehr als 1.500 Frauen sterben daran.³ Um die Inzidenz des Zervixkarzinoms weiter zu reduzieren, sind deshalb neue Screeningstrategien nötig.

G-BA-Eckpunkte zum Zervix-Ca-Co-Screening

Gemäß der vom G-BA veröffentlichten Eckpunkte zum Zervixkarzinom-Screening haben Frauen ab 35 Jahren künftig im Abstand von drei Jahren Anspruch auf eine kombinierte Untersuchung mit einem Test auf humane Papillomaviren (HPV) und einem Pap-Test.¹ Der G-BA arbeitet derzeit an der Umsetzung der Empfehlungen für Ärzte.

Die Wertigkeit eines HPV-Tests bei der Prävention eines Zervixkarzinoms wird durch eine aktuelle randomisierte kanadische Studie, der HPV-FOCAL-Studie, unterstrichen. Insgesamt wurden 25.223 Frauen in drei Gruppen randomisiert (Interventions-, Kontroll- und Safety-Gruppe), und 19.009 in die ver-

gleichende Auswertung eingeschlossen. In den vorangegangenen fünf Jahren durften die Teilnehmerinnen keine zervikale intraepitheliale Neoplasie von Grad 2 oder höher (CIN2+) sowie kein invasives Zervixkarzinom und im vergangenen Jahr keinen Pap-Test gehabt haben.²

Frauen der Interventionsgruppe erhielten eine HPV-Testung und wurden im Falle eines negativen Test nach vier Jahren wieder einbestellt. Frauen der Kontrollgruppe erhielten eine zytologische Untersuchung. Bei negativem Ergebnis wurde die Frau nach jeweils zwei Jahren wieder einbestellt.²

Nach vier Jahren wurde in beiden Gruppen sowohl ein HPV- als auch ein zytologischer Test durchgeführt. Ein positiver Befund war gefolgt von einer standardisierten Triage und Kolposkopie.²

HPV-Test reduziert Läsionen versus Zytologie

Über 85% der Teilnehmerinnen verpassten keinen der Untersuchungszeitpunkte. In der ersten Untersuchungsrunde wurden in der Interventionsgruppe um 61% mehr CIN3+ Läsionen gefunden als in der Kontrollgruppe. Der primäre End-

Pathogenese des Zervixkarzinoms

■ Über 99% aller Zervixkarzinome sind auf eine Infektion mit Hochrisiko-Genotypen humaner Papillomviren (HPV) zurückzuführen.

■ In ca. 90% der Fälle eliminiert das körpereigene Immunsystem die infizierten Zellen. Persistiert die Infektion, vermehrt sich HPV zunehmend und kann zu krankhaften Veränderungen der Zervix, meist im Bereich der Transformationszone, führen.

■ Über einen längeren Zeitraum hinweg können sich Dysplasien unterschiedlicher Ausprägungen entwickeln (CIN 1-3).

■ In einigen Fällen transformieren die Zellen weiter, und die neoplastische Veränderung wandert in das Nachbargewebe ein. Jedoch dauert dieser Prozess oft mehrere Jahre, und nicht jede neoplastische Veränderung progrediert zum invasiven Karzinom.^{5,6}

punkt war der Status nach vier Jahren. Der HPV-Test zeigte eine deutliche Überlegenheit gegenüber der zytologischen Testung: Während unter dem HPV-Test nur noch 22 Fälle mit einer CIN3+ Läsion identifiziert wurden, waren es in der Kontrollgruppe 52 Fälle (Risk Ratio 0,42; 95%-Konfidenzintervall 0,15-0,69). Auch beim sekundären Endpunkt, der Inzidenz von CIN2+ Läsionen war der HPV-Test der zytologischen Untersuchung überlegen (48 versus 100 Teilnehmerinnen; RR 0,47; 95%-KI: 0,34-0,67).² Aus den Daten lässt sich ableiten, dass eine primäre HPV-Testung maligne Veränderungen der Gebärmutter-schleimhaut früher und präziser aufdecken kann als eine zytologische Untersuchung.

Auf die Testmethode kommt es an

Entscheidend für die Aussagekraft des HPV-Screenings ist die Qualität der eingesetzten Tests. Aktuell werden weltweit

über 150 unterschiedliche kommerzielle Verfahren zum HPV-Nachweis angeboten. Die US-amerikanische Zulassungsbehörde FDA verlangt von HPV-Tests den Nachweis wesentlicher Qualitätsmerkmale, z.B. ob der Test in umfangreichen Kollektiven validiert wurde. Der cobas® HPV Test für das cobas® 4800 System war der erste HPV-Test, der für alle Screeningpopulationen eine FDA-Zulassung erhalten hat. Darüber hinaus wurde er in prospektiven Studien validiert und erfüllt so die Qualitätsanforderungen für das primäre Screening.⁴ In Europa werden für Tests im Screening die Erfüllung der so genannten Meijer-Kriterien sowie eine Langzeitsicherheit von drei Jahren bei negativem HPV-Befund vorausgesetzt.

Der cobas® HPV Test identifiziert die für das Zervixkarzinom-Risiko 14 relevanten Hochrisiko-Genotypen und wertet gleichzeitig das individuelle Ergebnis der beiden aggressivsten HPV-Genotypen HPV 16 und HPV 18 aus. Damit kann das individuelle Risiko für Zervixkarzinome noch genauer bestimmt werden. Das Ergebnis

Status Quo der Früherkennung beim Zervixkarzinom

■ Die Inzidenz ging seit dem 1971 eingeführten opportunistischen zytologischen Screening in Deutschland um über 60% zurück, wobei die Teilnehmerrate pro Jahr weiterhin gering ist (36 bis 51%), über drei Jahre hinweg werden jedoch ca. 80% der Frauen erreicht.⁷ Durch eine rechtzeitige Erkennung von lokal begrenzten Dysplasien kann eine Progredienz zum invasiven Zervixkarzinom verhindert werden. So beträgt die Überlebensrate bei frühzeitiger Erkennung über 90%.⁸

■ In den ersten Jahrzehnten nach Einführung des zytologischen Pap-Screenings konnte die Inzidenz des Zervixkarzinoms signifikant reduziert werden. Seit einigen Jahren stagniert die Rate an Neuerkrankungen.⁸

kann entweder als Gesamtergebnis oder in individueller Genotypisierung nach den beiden Typen HPV 16 und 18 getrennt dargestellt werden – damit entspricht das Testdesign exakt den Forderungen von internationalen Leitlinien.

Biomarker bei unklaren Befunden

Aber auch Biomarker spielen bei der Zervixkarzinom-Vorsorge bzw. der weiteren Abklärung von auffälligen Screeningbefunden eine zunehmend wichtige Rolle: Wurden bei einer Patientin Hochrisiko-HPV nachgewiesen, oder liegt ein auffälliger Pap-Befund vor (z.B. ASC-US, LSIL), kann die Bestimmung der Proteine p16 und Ki-67 wertvolle Informationen zum weiteren diagnostischen Prozedere liefern (p16 hat physiologisch einen antiproliferativen Effekt, Ki-67 wird im Zellkern proliferierender Zellen exprimiert).

Werden beide Marker in einer Zelle exprimiert, ist das ein Zeichen höhergradiger zervikaler Dysplasien. Der immunzytochemische Biomarker CINtec® PLUS stellt die Expression von p16/Ki-67 qualitativ dar (siehe Abb. 1). Sind beide Biomarker positiv, sollte eine Kolposkopie empfohlen werden. So schafft der CINtec® PLUS Cytology Test bei unklaren

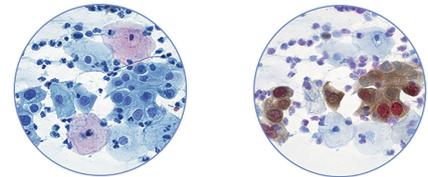


Abb. 1: Zytologisches Abstrich-Präparat, gefärbt nach Papanicolaou (links) und mit CINtec® Plus (rechts; Marker p16/Ki-67)

ren oder leichtgradig auffälligen Primärscreening-Ergebnissen Klarheit, welche Patientinnen von einer Kolposkopie am meisten profitieren.

Zervixkarzinom – weitverbreitet und dennoch vermeidbar

■ Das Zervixkarzinom und seine Vorstufen können, wenn sie frühzeitig erkannt werden, gut behandelt werden. Dennoch sterben weltweit jährlich ca. 266.000 Frauen am Zervixkarzinom. Mit ca. 528.000 Neuerkrankungen pro Jahr stellt das Zervixkarzinom weltweit die viert häufigste Krebserkrankung bei Frauen dar.⁸ In Deutschland beträgt die derzeitige altersstandardisierte Inzidenzrate mit ca. 4.500 Neuerkrankungen pro Jahr etwa 9,2 pro 100.000 Frauen.³

Literatur

[1] www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/742

[2] Oglivie GS et al., JAMA 2018; 320: 43-52

[3] Robert-Koch-Institut, Zentrum für Krebsregisterdaten: Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom). 2018, https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Gebaermutterhalskrebs/gebaermutterhalskrebs_node.html (Stand: 25.10.2018)

[4] Wright TC et al., Am J Obstet Gynecol 2012; 206: 46.e1-11

[5] Centers for Disease Control and Prevention: Human papillomavirus: Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases. <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/hpv.html> (Stand: 20.01.2015)

[6] Wright TC: Natural history of HPV infections. J Fam Pract 2009; 9 (58 Suppl HPV): S3-7

[7] Hillemanns et al., Zervixkarzinomfrüherkennung. Stand der Diskussion. Gynäkologe 2014; 47: 334-339

[8] WHO, International Agency for Research on Cancer: GLOBOCAN 2012: GLOBOCAN Cancer Fact Sheets: Cervical Cancer. Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. (2012), http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx?cancer=cervix (Stand: 05.08.2015)

Impressum

Herausgeber: GFI. Corporate Media

V. i. S. d. P.: Dr. med. Christian Bruer

Redaktion: GFI. Gesellschaft für medizinische Information mbH, München

Berichterstattung: Monika Walter

Druck: Vogel Druck, Höchberg

© 2019 GFI.

Mit freundlicher Unterstützung der Roche Diagnostics Deutschland GmbH, Mannheim

Impressum

Herausgeber:

GfI. Gesellschaft für medizinische Information mbH

Anschrift des Verlages:

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

Geschäftsführung:

Dr. med. Christian Bruer

Redaktion:

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

Anzeigenleitung:

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

Anzeigenverwaltung:

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

Anzeigenpreisliste: 2019 vom 1. Okt. 2018

Erscheinungsweise: 6 Ausgaben im Jahr

Grafik und Satz: vm-grafik, München

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

Bezugsbedingungen: 6 Ausgaben p.a.;

€ 49,- zzgl. € 8,10 Inlandsporto (Ausland € 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 werden und damit von jedermann benutzt werden können. Als Sonderveröffentlichung oder mit Namen oder Kürzel des Verfassers gekennzeichnete Beiträge geben nicht in jedem Fall die Meinung der Redaktion wieder. Für unverlangt eingesandte Manuskripte wird keine Gewähr übernommen. Angaben zu Therapien und insb. Dosierungen sind anhand wissenschaftlicher Informationen oder der Fachinformation auf ihre Richtigkeit zu überprüfen. Der Verlag übernimmt für diese Angaben keine Gewähr. Die Rechte für die Nutzung von Artikeln für elektronische Pressespiegel oder Online-Presseschauen erhalten Sie über die PMG Presse-Monitor GmbH (Tel. 030/28 49 30 oder www.presse-monitor.de).

Verleger: Hans Spude

© GfI. Der Medizin-Verlag, 2019



IA-MED
geprüft Facharzt-
Studie 2018

PRAXIS-TIPP

Rückruf von texturierten Brustimplantaten

So beraten Sie betroffene Patientinnen evidenzbasiert und ehrlich

Kürzlich rief die Firma Allergan alle texturierten Brustimplantate in der EU zurück. In einem Schreiben, das öffentlich verfügbar ist, weist die Firma darauf hin, dass „allein aufgrund dieser Information [dass das CE-Zeichen abgelaufen ist; Anm. d. Red.] die chirurgische Entfernung nicht empfohlen wird.“ Der wahre Hintergrund der Debatte wird dabei mit keinem Wort erwähnt: Es gibt Studien, die auf ein Risiko der Entstehung von anaplastisch-großzelligen Lymphomen (ALCL) im Zusammenhang mit texturierten Brustimplantaten hindeuten. Allergan bietet Patientinnen und ihren behandelnden Gynäkologen mit ihrem Schreiben kaum eine ehrliche Hilfestellung, wie mit der Situation umzugehen ist – zwei Autoren aus dem UK und den USA in einem Editorial im *BMJ (British Medical Journal)* schon.

In einer prospektiven Studie mit über 17.000 Patientinnen mit knapp 32.000 texturierten Brustimplantaten kam es in acht Fällen zu einem ALCL. Das entspricht einer Inzidenz von 1 zu 4.424 Implantaten oder 1 zu 2.207 Patientinnen. Das Risiko scheint bei weniger texturierten Varianten geringer zu sein (ca. 1:50.000 bis 1:80.000). Außerdem konnte man eine geografische Variabilität feststellen: 1:11.765 in den USA, 1:6.920 in den Niederlanden und 1:3.345 in Australien. Die Autoren nehmen an, dass diese Unterschiede in der Häufigkeit von derartigen Implantaten und in unterschiedlichen Meldewesen begründet liegen.

Die Symptome eines ALCL in Zusammenhang mit einem Brustimplantat können sein:

- Schwellung um das Implantat herum (als Zeichen eines Seroms); bei ca. 80 % der Betroffenen mit ALCL vorhanden
- Knoten (40%)
- Kapselkontraktur (8%)
- Rash (2%)

Patientinnen mit diesen Symptomen sollten einem Spezialisten zur weiteren Abklärung vorgestellt werden. Zeigt sich in der **Sonographie** dann eine **Flüssigkeitsansammlung** um das Implantat herum, sollte diese punktiert, das **Serom aspiriert** und das Material

in die **Zytologie** gesendet werden. Bei einem ALCL sieht man dann große anaplastische, CD-30-positive Zellen. Man schätzt, dass ca. 10% aller Spätserome ein ALCL als Ursache haben. Bei positiver Zytologie empfiehlt sich ein PET-CT.

Ist das **ALCL** auf das Serom und die Implantatkapsel **begrenzt**, ist die **vollständige Kapselektomie mit Implantatentfernung** angezeigt. Im frühen ALCL-Stadium kann ein Wiederaufbau mit autologem Gewebe oder runden Glatwand-Implantaten erwogen werden. Eine **Lymphknotenbiopsie** ist nur bei **vergrößerten** oder **verdächtigen** Drüsen notwendig.

Bei einigen Patientinnen kann es zu einer **metastasierenden Erkrankung** kommen. Dann ist eine **Chemotherapie** mit/ohne dem monoklonalen Antikörper **Brentuximab** notwendig. Wird das ALCL allerdings frühzeitig erkannt, ist die Prognose exzellent.

Ein **Screening** von **asymptomatischen** Patientinnen wird **nicht empfohlen**, da keine radiologischen Zeichen vor der Serombildung zur Darstellung kommen. Auch eine prophylaktische Entfernung der Implantate wird nicht empfohlen.

CB

Dixon JM, Clemens M: Breast implants and anaplastic large cell lymphoma. *BMJ* 2018; 363: k5054

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190247

Sectio caesarea

Gesucht: die optimale Nahttechnik

Angesichts weltweit steigender Sectioraten wächst auch die Bedeutung möglicher langfristiger Folgen der Schnittentbindung. Die Nahttechnik spielt dabei eine große Rolle.

Zu den kurzfristigen Risiken der Sectio zählen Infektionen, Hämorrhagien und venöse Thromboembolien. Langfristige Folgen können u.a. Blutungsstörungen, Dysmenorrhoe, Dysurie oder verminderte Fertilität sein. Bei einer nachfolgenden Schwangerschaft besteht die Gefahr einer Dehiszenz oder Ruptur der Uterusnaht sowie von Plazentationsstörungen oder einer ektopten Gravidität in der Sektionarbe. Der Nachweis eines Narbendefekts (Isthmozele) am nicht-schwangeren Uterus scheint mit postmenstruellem Spotting, Uterusdehiszenz oder -ruptur, Plazentationsstörungen, einer höheren Komplikationsrate bei einer Implantation der Schwangerschaft in der Sectionarbe und erfolgloser Weheninduktion zusammenzuhängen. Für mögliche langfristige Komplikationen scheint vor allem die geringe verbleibende Myometriumdicke im Bereich der Nische verantwortlich zu sein. Als Einflussfaktor für die Entstehung einer Narbendehiszenz wird vor allem die Nahttechnik beim Verschluss der Uterotomie diskutiert.

Welche Naht ist die beste?

Die Variationsbreite der eingesetzten Nahttechniken ist groß: einschichtige und zweischichtige Nähte, durchschlungene und nicht durchschlungene, durchgestochene „Komplettnähte“ mit Einbeziehung der Dezidua und „gespaltene“ Nähte. Die vorliegende Metaanalyse sollte klären, welche Variante hinsichtlich des maternalen Komplikationsrisikos am vorteilhaftesten ist. 20 Studien mit insgesamt 15.053

Patientinnen gingen in die Untersuchung ein. Primäres Outcome war die verbleibende Myometriumdicke (Residual Myometrium Thickness, RMT); sekundäre Kriterien waren unter anderem gynäkologische Symptome, Fertilitätsstörungen und Komplikationen bei einer Folgeschwangerschaft.



Entscheidend für das spätere Komplikationsrisiko – die richtige Nahttechnik

Zweischichtig

14 RCT und drei prospektive Kohortenstudien verglichen den Effekt von ein- mit zweischichtigen Uterotomienähten. Die Ergebnisse sprachen für die doppelschichtige Naht: Im Vergleich zur einfachen war die RMT signifikant um signifikante 1,26 mm dicker. Am deutlichsten zeigte sich der Unterschied, wenn durchschlungene Nähte verwendet wurden. Ein Einfluss auf die Prävalenz von Narbendefekten fand sich jedoch nicht. Auch die Rate intraoperativer oder kurzfristiger postoperativer Komplikationen unterschied sich nicht. Erwartungsgemäß war allerdings die Operationszeit bei der einschichtigen Naht kürzer. Bezüglich Infertilitätsproblemen und Schwangerschaftsraten erwiesen sich die beiden Nahttechniken als vergleichbar, ebenso bei der Prävalenz von Uterusdehiszenzen oder -rupturen. Die Dysmenorrhoe-Rate nach fünf Monaten und drei Jahren lag bei einer einschichtigen Naht um etwa 20% höher.

Nicht durchschlungen

Drei RCT und zwei prospektive Kohortenstudien untersuchten den Einfluss von durchschlungenen und nicht durchschlungenen Nähten. Bei der durchschlungenen Naht war die RMT im gewichteten Mittel

MIT ODER OHNE DEZIDUA?

Ob sich das Erfassen der Dezidua beim Uterotomieverschluss auf die Dicke des Restmyometriums auswirkt, wurde in keiner Studie untersucht. Zwei Studien – eine mit einschichtigen, durchschlungenen Nähten und eine mit zweischichtigen, nicht durchschlungenen Nähten – evaluierten den Einfluss auf die Prävalenz von Narbendefekten. Im Mittel erwies sich diese um 70% höher, wenn die Dezidua nicht mit erfasst wurde. Auch die Heilungsrate war schlechter.

um 1,62 mm geringer. Wiederum zeigten sich die größten Unterschiede bei zweischichtigen Nähten. Die Heilungsrate, die sich durch den Quotienten aus RMT und angrenzender Myometriumdicke errechnete, lag bei einer zweischichtigen durchschlungenen Naht signifikant unterhalb derjenigen bei einer zweischichtigen nicht durchschlungenen. Das Vorkommen von Nischen in der Uterusnaht war bei beiden Techniken ähnlich hoch. Der intraoperative Blutverlust stieg bei der durchschlungenen Naht um knapp 40 ml. Gynäkologische Symptome wurden nicht verglichen.

Aus ihren Auswertungen schlossen die Autoren, dass beim Verschluss der Uterotomie die zweischichtige, nicht durchschlungene Naht gegenüber der einschichtigen, durchschlungenen von Vorteil ist. Auch das Einbeziehen der Dezidua kann aus ihrer Sicht empfohlen werden. **CW**

Stegwee SI et al.: Uterine caesarean closure techniques affect ultrasound findings and maternal outcomes: ... BJOG 2018; 125: 1097-108

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181430

Frage 9: Die verbleibende Myometriumdicke (RMT) ist

- A von der Nahttechnik unabhängig
- B abhängig von der Operationsdauer
- C bei durchschlungener Naht größer
- D bei doppelschichtiger Naht größer
- E bei einschichtiger Naht größer

Frage 10: Das Erfassen der Dezidua

- A erhöht die RMT
- B verringert die RMT
- C erhöht das Risiko für Narbendefekte
- D senkt das Risiko für Narbendefekte
- E beeinflusst die Heilungsrate nicht

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

SERVICE

Digitales Terminmanagement-System

■ Notfälle, Spontanbesuche und Personalausfälle verschlingen im Praxisalltag viel Zeit. Das Terminmanagement-System von Doctolib® erleichtert den koordinativen Aufwand. In dem regelbasierten Online-Terminbuchungssystem wird festgelegt, zu welchen Zeiten und unter welchen Bedingungen Patienten Termine online buchen können. Die gebuchten Termine werden dann automatisch in den angebotenen Kalender übertragen, ohne von der Praxis einzeln bestätigt werden zu müssen. Standardmäßig werden alle Patienten an ihren Termin erinnert und erhalten dabei zusätzlich auch alle dafür wichtigen Informationen, z.B. Erscheinen im Nüchternzustand oder mitzubringende Vorbefunde. Eine integrierte Wartelistenfunktion informiert den Patienten automatisch über einen freigewordenen

Termin. Die Online-Buchungen können auf der Website des Arztes oder über die Plattform doctolib.de erfolgen. Weitere Infos unter info.doctolib.de.

THERAPIE-OPTIONEN

Folsäure-Präparat mit optimierter Formulierung

■ Velnatal® plus Quatrefolic® ist ein Nahrungsergänzungspräparat zur Folsäure-Rundumversorgung sowohl für Frauen mit Kinderwunsch als auch Schwangere und Stillende. Die innovative Formulierung der Folsäure Quatrefolic® sorgt für eine hohe Bioverfügbarkeit. Das Präparat ist daher auch für Frauen geeignet, die aufgrund eines genetischen Polymorphismus Folsäure nicht in ihre aktive Form umwandeln können. Zusätzlich enthält das Präparat die Omega-3-Fettsäure Docohexaensäure (DHA). Diese stammt aus biologisch gezüchteten Algen, so dass sie vor Verunreinigungen aus dem Meer geschützt und geschmacks-

neutral ist. Zudem ist Velnatal® plus Quatrefolic® laktose- und glutenfrei. Weitere Infos unter www.velnatal.de

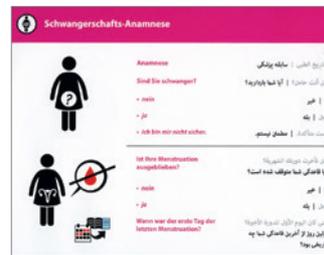
NEUE BÜCHER

MedGuide: Schwangerschaft/Geburtshilfe

■ Nur mithilfe eingehender Patientengespräche ist eine optimale medizinische Versorgung möglich. Damit die Kommunikation auch in der gynäkologischen Praxis oder der Geburtsklinik nicht an der Sprachbarriere scheitert, wurde der medizinische Sprachführer „Schwangerschaft/Geburtshilfe“ veröffentlicht (Deutsch/Arabisch/Farsi). Auf rund 130 Seiten finden sich Übersetzungen zahlreicher medizinischer

Fragen und Antworten, die im Gespräch mit Patientinnen typisch und häufig sind. Zur Verständigung mit nicht-alphabetisierten Patientinnen werden alle Ausführungen von Piktogrammen begleitet. Inhaltlich reicht der Sprachführer vom ersten Besuch in der Frauenarztpraxis über nachfolgende Kontrolluntersuchungen bis hin zu Geburt, Wochenbett und Nachsorge. Zudem bietet der Sprachführer anschauliche Erklärungen zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, Verhaltenstipps sowie allgemeine Patienteninformationen. Ebenfalls erhältlich ist der Sprachführer in den Ausgaben Deutsch-Tigrinya-Kurdisch sowie Deutsch-Türkisch-Russisch.

Michael Schwarz, Bettina Kleinmann: MedGuide Schwangerschaft / Geburtshilfe – medizinischer Sprachführer auf Deutsch, Arabisch, Farsi. Edition Willkommen Michael Schwarz, M.A. 2017. Weitere Infos unter www.edition-willkommen.de



LITERATURSERVICE

Sie können die englischsprachige Kurzfassung (Abstract) der Originalstudie, die einem Beitrag zugrunde liegt, direkt online lesen, wenn Sie dem Link am Ende des jeweiligen Artikels folgen (www.gyn-depesche.de/xxxxxx).

Auf Wunsch schicken wir Ihnen zusätzlich eine Kopie der Volltext-Originalstudie zu (nur zum persönlichen Gebrauch).

HINWEIS: Dieser Service steht **exklusiv unseren Abonnenten** zur Verfügung. Diese erhalten eine Originalarbeit pro Ausgabe kostenlos, alle weiteren angeforderten Originalarbeiten kosten € 15,-/Stück (Bezahlung per Rechnung).

Bitte schicken Sie mir folgende Originalarbeit(en):

ID-Nr. des Artikels (Nr. hinter www.gyn-depesche.de/ am Ende des Artikels)

ID-Nr. des Artikels (Nr. hinter www.gyn-depesche.de/ am Ende des Artikels)

ID-Nr. des Artikels (Nr. hinter www.gyn-depesche.de/ am Ende des Artikels)

ID-Nr. des Artikels (Nr. hinter www.gyn-depesche.de/ am Ende des Artikels)

_____ Datum Unterschrift

_____ E-Mail-Adresse

_____ Anrede/Titel Vorname Name

_____ Straße Hausnummer/Postfach

_____ PLZ Ort

Zertifizierte Fortbildung



- 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.
- Einsendeschluss: 21.03.2019, Kennziffer: GD012019
VNR: 2760909008425320019
- In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer



BAYERISCHE
LANDESÄRZTEKAMMER

GynDepesche

Es ist jeweils nur eine Antwort pro Frage zutreffend.

		A	B	C	D	E
1. Nach einem Abort ...	S. 8	<input type="checkbox"/>				
2. Die IUD-Insertion nach der Uterusevakuuation ...	S. 8	<input type="checkbox"/>				
3. Kontraindiziert ist nach einer Termination ...	S. 8	<input type="checkbox"/>				
4. Bei der Reanimation ...	S. 21	<input type="checkbox"/>				
5. Mögliche Ursachen sind ...	S. 21	<input type="checkbox"/>				
6. Vaginales Progesteron wird mehrheitlich ...	S. 22	<input type="checkbox"/>				
7. Kein Konsensus fand sich ...	S. 22	<input type="checkbox"/>				
8. Empfohlen wird ...	S. 22	<input type="checkbox"/>				
9. Die verbleibende Myometriumdicke (RMT) ist ...	S. 33	<input type="checkbox"/>				
10. Das Erfassen der Dezidua ...	S. 33	<input type="checkbox"/>				

F

Zustellnummer, falls vorhanden (finden Sie auf dem Adressetikett)

Titel, Vorname, Name

Straße, Nr.

PLZ, Ort

E-Mail (Angabe zur Zertifikatszusendung erforderlich)

EFN-Nummer

Ort, Datum Unterschrift

ggf. Praxisstempel

ggf. EFN-Barcode-Aufkleber

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

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

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

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

Kyleena™

5 Jahre. Niedrigstdosiert.

GYNAKOLOGEN
PHARMA TREND
Das **innovativste**
Produkt®
Top1
2018

Jenapharm



WENN SIE MICH FRAGEN
.....
ICH MÖCHTE
SICHER VERHÜTEN
ABER SICHER
NICHT MIT
VIELEN HORMONEN
.....

**DER NATÜRLICHE
HORMONELLE ZYKLUS
BLEIBT MEIST UNVERÄNDERT^{1,2}**



0,29
5-JAHRES-PEARL-INDEX^{1*}

NIEDRIGSTE TÄGLICHE LNG-DOSIS^{1**}

ÖSTROGENFREI¹

GEEIGNET FÜR NULLIPARE UND
PARE FRAUEN¹

¹ 1-Jahres-Pearl-Index: 0,16 (95%ige KI 0,02–0,58). 5-Jahres-Pearl-Index: 0,29 (95%ige KI 0,16–0,50). Die Versagerquote lag nach einem Jahr bei ca. 0,2 %. Die kumulative Versagerquote lag nach 5 Jahren bei ca. 1,4 %.

^{**} Bei einem 5-Jahres-IUS



1. Fachinformation Kyleena™, Stand September 2018. 2. Apter D et al. Fertil Steril 2014;101:1656–1662.

Kyleena™ 19,5 mg intrauterines Wirkstofffreisetzungssystem. Wirkstoff: Levonorgestrel. Vor Verschreibung Fachinformation beachten. **Zusammensetzung:** Wirkstoff: 1 intrauterines Wirkstofffreisetzungssystem (IUS) enthält 19,5 mg Levonorgestrel. *Sonst. Bestandteile:* Polydimethylsiloxan, quervernetzt; Polydimethylsiloxan, quervernetzt (enthält 30–40% hochdisperses Siliciumdioxid); Polyethylen (enthält 20–24% Bariumsulfat); Polypropylen (enthält ≤ 0,5% Ciactalan-Kupfer); Silber. **Anwendungsgebiet:** Kontrazeption für eine Anwendungsdauer von bis zu 5 Jahren. **Gegenanzeigen:** Überempf. gegen Wirkstoff oder sonst. Bestandteile; Schwangerschaft; akute oder rez. PID; Krankheiten, d. m. erhöht. Risiko f. Beckeninfektionen verbunden sind; akute Zervizitis o. Vaginitis; postpart. Endometritis; sept. Abort i. d. letzten 3 Monaten; bestehende zervikale intraepitheliale Neoplasie; maligne Erkrank. v. Uterus o. Zervix; gestagen-sensitive Tumoren (z. B. Mammakarzinom); irreg. uterine Blutung unbekannter Ätiologie; Uterusfehlbildungen einschl. Uterusmyome, die die Insertion u./o. korrekte Lage des IUS behindern würden (d. h. wenn sie die Gebärmutterhöhle verformen); akute Lebererkrankung oder –tumor. **Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung:** Nicht zur postkoitalen Kontrazeption geeignet. Ektopische Schwangerschaft: Die Pat. ist über das Risiko und die Anzeichen einer ektopischen Schwangerschaft aufzuklären. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Kopfschmerzen; Abdominal-/Beckenschmerz; Akne/Seborrhoe; Blutungsänderungen einschließlich vermehrte und verminderte; Menstruationsblutungen; Schmierblutungen; seltene Menstruationsblutungen und Amenorrhoe; Ovarialzyste (In klin. Studien mussten Ovarialzysten als Nebenwirkungen gemeldet werden, wenn es sich um ungewöhnliche, nicht-funktionelle Zysten handelte u./o. im Ultraschall ein Durchmesser > 3 cm gemessen wurde); Vulvovaginitis *Häufig:* Depressive Stimmung/Depression; Migräne; Übelkeit; Alopezie; Infektionen des oberen Genitaltrakts; Dysmenorrhoe; Brustschmerzen/-beschwerden; Ausstoßung des Pessars (vollständig und teilweise); Genitaliausfluss *Gelegentlich:* Hirsutismus, Uterusperforation. Die Häufigkeit („gelegentlich“) basiert auf einer groß angelegten, prospektiven, vergleichenden, nicht-interventionellen Kohortenstudie bei Anwenderinnen eines anderen Levonorgestrel-IUS und von Kupfer-IUDs, die zeigte, dass das Stillen zum Zeitpunkt der Insertion und die Insertion in einem Zeitraum von bis zu 36 Wochen nach einer Geburt unabhängige Risikofaktoren für eine Perforation darstellen. In den klinischen Studien mit Kyleena, in denen stillende Frauen ausgeschlossen waren, war die Häufigkeit von Perforation „selten“. *Beschreibg. ausgewählter Nebenwirkungen:* Bei der Anwendg. eines Levonorgestrel-haltigen IUS wurden Fälle von Überempfindlichkeit einschl. Ausschlag, Urtikaria u. Angioödem berichtet. Wird eine Frau während Anwendg. v. Kyleena schwanger, ist die relative Wahrscheinlichkeit f. eine ektopische Schwangerschaft erhöht. Die Rückholfäden können beim Geschlechtsverkehr v. Partner gespürt werden. Folgende unerwünschte Arzneimittelwirkungen wurden in Verbindg. mit dem Insertionsverfahren o. Entfernen v. Kyleena berichtet: Schmerzen o. Blutung während d. Maßnahme, durch d. Insertion bedingte vasovagale Reaktion mit Schwindel o. Synkope. Maßnahme kann bei Epileptikerinnen einen Krampfanfall hervorrufen. Bei anderen IUPs wurden nach der Insertion Fälle einer Sepsis (einschl. mit Streptokokken d. Gruppe A) berichtet. **Verschreibungspflichtig. Packungsgrößen:** 1 x 1 IUS (N 3), 5 x 1 IUS Jenapharm GmbH & Co. KG, Otto-Schott-Str. 15, 07745 Jena **Stand:** FI/4, 09/2018.