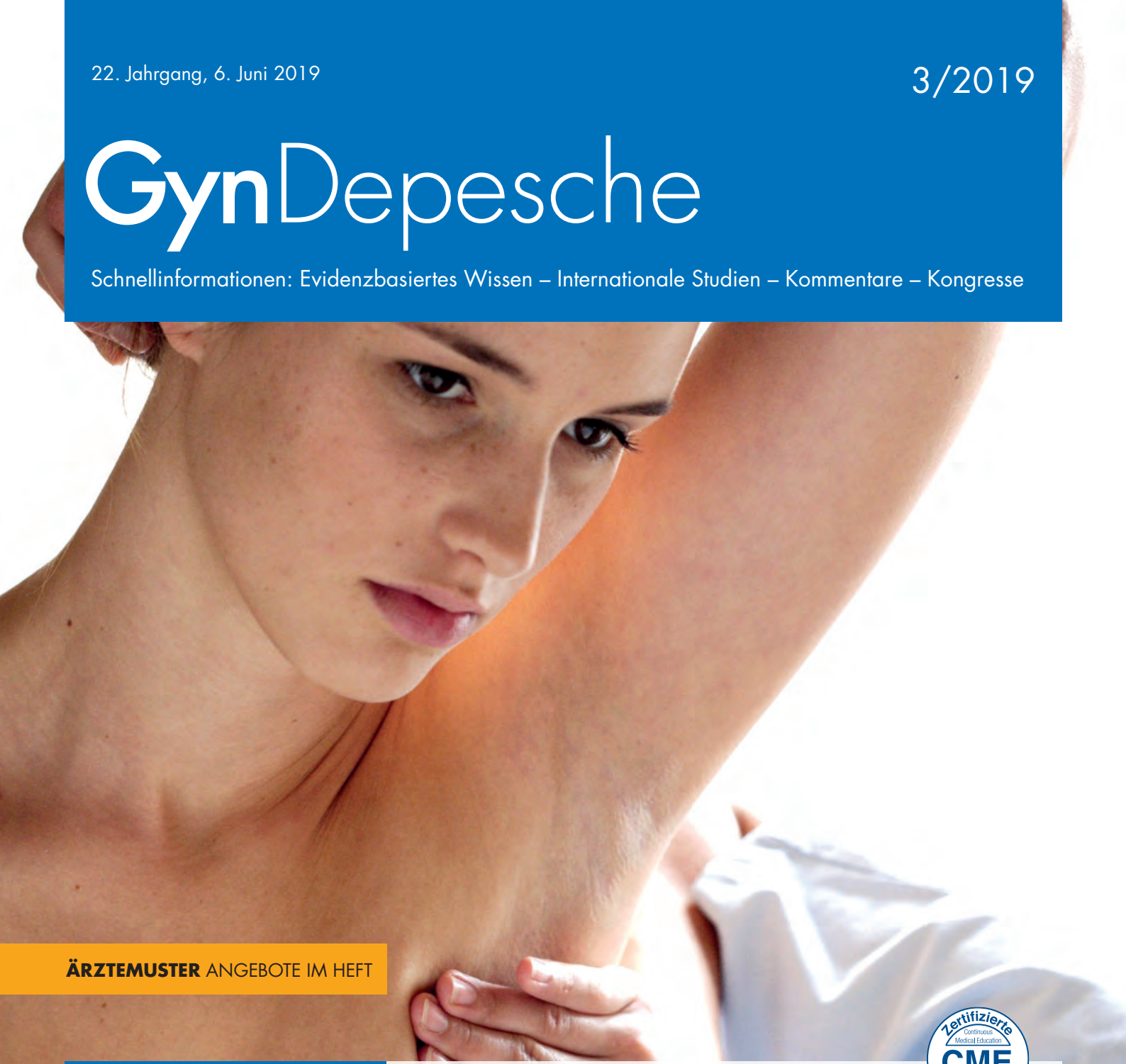
22. Jahrgang, 6. Juni 2019

3/2019

GynDepesche

Schnellinformationen: Evidenzbasiertes Wissen – Internationale Studien – Kommentare – Kongresse



ÄRZTEMUSTER ANGEBOTE IM HEFT

Zertifizierte Continuous Medical Education CME GynDepesche Fortbildung

SENOLOGIE

Mammakarzinom
Fibrose-Schmerz nach Lymphknotendissektion 36

Zwillingsgeburt
Die Bildgebung der Chorionizität kann trügen 24

Ovarielle Insuffizienz
Wie wichtig ist der Hormonersatz? 16

Pränataldiagnostik
Fetale Wachstumsrate wichtiger als nur die Größe 25

Beckenbodensenkung
Das wahre Ausmaß zeigt sich erst im Stehen 34

Myomektomi
Ultraschall i… bessere A…

ferro sanol® duodenal
www.ferro-sanol.de

JETZT NEU FÜR EIN BREITES PATIENTINNENSPEKTRUM[1]



WENN IM ERSTEN MOMENT DIE DIAGNOSE ERSCHÜTTERT ...



... KOMMT ES **IN ERSTER LINIE** AUF **STÄRKE*** AN

Bei Frauen mit HR+, HER2–, lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom in Kombination mit einem Aromatasehemmer oder Fulvestrant als initiale endokrin-basierte Therapie oder nach vorangegangener endokriner Therapie. Bei prä- oder perimenopausalen Frauen sollte die endokrine Therapie mit einem LHRH-Agonisten kombiniert werden.[1]

KISQALI®
Ribociclib

* Überlegenheit der Kombinationstherapie mit KISQALI® im Vergleich zur endokrinen Monotherapie in Bezug auf das mediane progressionsfreie Überleben.

Referenzen: 1. Fachinformation KISQALI®.

Kisqali® 200 mg Filmtabletten ▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Wirkstoff: Ribociclib. **Zus.-setz.:** 1 Tablette enth.: Arzneil. wirksamer Bestandt.: 200 mg Ribociclib. Sonst. Bestandt.: Mikrokristalline Cellulose, Crospovidon (Typ A), Hyprolose (5,0 - 16,0% m/m Hydroxypropoxy-Gruppen), Magnesiumstearat, Hochdisperses Siliciumdioxid, Eisen(II,III)-oxid (E172, schwarz), Eisen(III)-oxid (E172, rot), Phospholipide aus Sojabohnen (E322), Poly(vinylalkohol), Talkum, Titandioxid (E171), Xanthangummi. **Anwend.-gebiete:** Zur Behandlung d. Hormonrezeptor(HR)-positiven, humanen epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2(HER2)-negativen, lokal fortgeschrittenen od. metastasierten Mammakarzinoms in Kombination mit e. Aromatasehemmer oder Fulvestrant bei Frauen als initiale endokrin-basierte Therapie oder bei Frauen mit vorangegangener endokriner Therapie. Bei prä- oder perimenopausalen Frauen sollte die endokrine Therapie mit einem LHRH-Agonisten (Luteinising Hormone-Releasing Hormone) kombiniert werden. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen d. Wirkstoff od. gegen Erdnuss, Soja oder e. d. sonst. Bestandt. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Infektionen (wie Harnwegsinfektionen, Atemwegsinfektion, Gastroenteritis, Sepsis (<1%)). Neutropenie, Leukopenie, Anämie. Verminderter Appetit. Kopfschmerzen, Benommenheit. Dyspnoe, Husten. Übelkeit, Diarrhö, Erbrechen, Obstipation, Stomatitis, Abdominalschmerzen (Bauchschmerzen, Oberbauchschmerzen). Alopezie, Hautausschlag (einschließlich makulopapulöser Hautausschlag, juckender Hautausschlag), Pruritus. Rückenschmerzen. Fatigue, peripheres Ödem, Asthenie, Fieber. Abnormale Ergebnisse von Leberfunktionstests (ALT erhöht, AST erhöht, Bilirubin im Blut erhöht). *Häufig:* Lymphopenie, Thrombozytopenie, febrile Neutropenie. Hypokalzämie, Hypokaliämie, Hypophosphatämie. Schwindel. Erhöhter Tränenfluss, trockenes Auge. Synkope. Dysgeusie, Dyspepsie. Hepatotoxizität (hepatozelluläre Schädigung, arzneimittelbedingter Leberschaden (< 1%), Hepatotoxizität, Leberversagen, autoimmune Hepatitis (Einzelfall)). Erythem, Hauttrockenheit, Vitiligo. Mundtrockenheit, oropharyngeale Schmerzen. Erhöhter Kreatininwert im Blut, verlängerte QT-Zeit im Elektrokardiogramm. **Warnhinweise:** Enthält Phospholipide aus Sojabohnen. **Verschreibungspflichtig. Weitere Hinweise:** Siehe Fachinformation. Stand: Dezember 2018 (MS 11/18.5). **Novartis Pharma GmbH, Roonstr. 25, 90429 Nürnberg.** Tel.: (0911) 273-0, Fax: (0911) 273-12 653. www.novartis.de

NOVARTIS

Selbstmord durch Pille? Nicht Pillepalle!



Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen!

Sie werden davon gelesen haben: Anfang des Jahres gab das BfArM einen Warnhinweis heraus, dass die Verwendung hormoneller Verhütungsmittel die Selbstmordgefahr erhöhen könnte. Man berief sich auf zwei dänische Kohortenstudien (*Skovlund CW* et al., *JAMA Psychiatry* 2016 und *Am J Psychiatry* 2018). Die Antwort des Bundesverbandes der Frauenärzte e.V. ließ nicht lange auf sich warten: „Selbstmord durch Pille – Das ist falsch", las man in einer Pressemitteilung.

Es folgte eine ganze Reihe von Kritikpunkten an der Studie bzw. an der Interpretation der Daten: Es sei lediglich ein Bevölkerungsregister ohne ärztliche Diagnosedaten ausgewertet worden; es sei nicht in Betracht gezogen worden, dass die sexuelle Aktivität und die Arztbesuchshäufigkeit der Frauen Confounder gewesen sein könnten; es wurde argumentiert, dass mögliche dem Suizidversuch bzw. Suizid vorhergehende Krisensituationen nicht analysiert worden seien. Kurzum: Es wurden die typischen Argumente herangezogen, wenn es darum geht, Register- bzw. Kohortenstudien zu diskreditieren.

Auch wenn man die Daten vorsichtig interpretieren muss – und unwidersprochen ein randomisiert-kontrolliertes Studiensetting eine bessere Evidenz zu Tage fördert – sind Registerstudien keineswegs ohne Wert. Und mal ehrlich, selbst wenn diese Ergebnisse (immerhin in *JAMA* veröffentlicht) auch nur als „hypothesengenerierend" gewertet werden, sollte einen auch das bereits aufhorchen lassen. Nicht Kausalität, sondern nur ein zeitliches Zusammenfallen der Ereignisse sei beschrieben worden, so der Verband. In den Daten sieht man aber auch, dass der Peak der Suizidalität ca. zwei Monate nach dem Beginn der hormonellen Kontrazeption lag – und ein zeitlicher Zusammenhang ist durchaus ein deutliches Indiz für Kausalität!

Ihr

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

THE SMART CONTRACEPTION

Caya®
contoured diaphragm



Hormonfrei.
Sicher.
Leicht anzuwenden.

– Wenn hormonfreie Kontrazeption erwünscht oder medizinisch erforderlich ist.
– Dreifache Sicherheit in Kombination mit kontrazeptivem Gel.
– Sicherheit und hohe Compliance in unabhängiger, klinischer Studie[1] bewiesen.

1) SCHWARTZ, J.L. et al.: Contraceptive Efficacy, Safety, Fit, and Acceptability of a Single-Size Diaphragm Developed With End-User Input 2015

Fachinformation und Muster gern auf Anfrage!

www.facebook.com/cayadiaphragm

KESSEL MED*intim* GmbH
Nordendstr. 82 – 84
64546 Mörfelden-Walldorf
Tel. (06105) 20 37 20

www.caya.eu

GYN DEP 02.19

DIE DRITTE SEITE

Schwangere, esst mehr Fisch und Gemüse! BJOG 6
Armfehlbildungen: Neuer Thalidomidskandal? LANCET 6
Kinder belasten die Paarbeziehung SEX REPROD HEALTH 6

KONTRAZEPTION

Kosmetische Effekte der Pille PRZ MENOPAUZALNY 8
Wissenslücken bei Diabetikerinnen AUST J GENERAL PRACT 8
Chronischer Bauchwandschmerz INTERN MED 10
Wie lange funktioniert ein IUD? OBSTET GYNECOL 10
Mifepriston: Rückgang der Uterusruptur? CONTRACEPTION 10

MENSTRUATION

Dysmenorrhoe und Dyspareunie BJOG 12
Krampf und Schmerzempfindlichkeit AM J OBSTET GYNECOL 12
Schadet Soja-Säuglingsnahrung Mädchen? HUM REPROD 14
Spinal-epidurale Anästhesie BMC ANESTHESIOL 14
Menstruation: Ein Tabuthema ... AM J OBSTET GYNECOL 14

FERTILITÄT

Östrogenmangel schadet dem Herzen FERTIL STERIL 16
Hypothalamische Amenorrhoe FERTIL STERIL 16

SEXUALMEDIZIN

Sex beeinflusst Lebensqualität im Alter J SEX MED 18
PCOS: Mehr Spaß am Sex mit Aerobic J SEX MED 18
Mit Cannabis zum Höhepunkt SEX MED 18

GRAVIDITÄT

Thromboserisiko steigt mit dem Gewicht BJOG 19

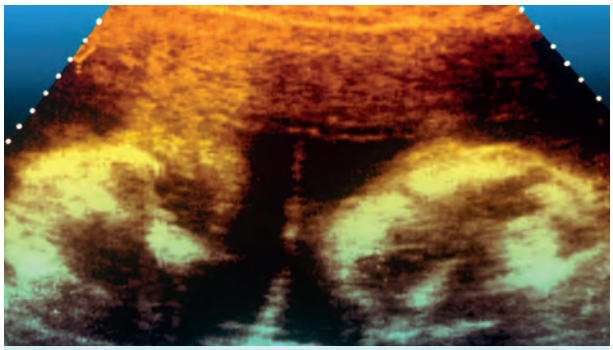
VORSCHAU AUF DIE KOMMENDE AUSGABE

CME **Kontrazeption:** Verhütung nach senologischer oder gynäkologischer Krebserkrankung
CME **Genitaltrakt:** Therapie von vulvarem Pruritus
Gravidität: Neuer einfacher Risikoscore für Präeklampsie
Hypothyreose: Ärzte müssen auf die speziellen Bedürfnisse betroffener Patientinnen eingehen
Frauen mit PCOS: Wie hoch ist das Risiko in der Verwandtschaft?

Verpassen Sie auf keinen Fall die kommende Ausgabe der ***Gyn**Depesche* – mit einem Print- oder Digital-Abonnement (Abo-Coupon auf Seite 40 oder unter www.gfi-online.de/abo).

CME Schwangerenbetreuung – Wenn Ängste überhand nehmen AM J OBSTET GYNECOL 20
Maternale Hypertonie ist ein Risiko AM J OBSTET GYNECOL 22
Topische Azole auch im ersten Trimenon sicher BJOG 22

PRÄNATALDIAGNOSTIK



CME Zwillingsschwangerschaft – Junge und Mädchen: Trotzdem nur ein Chorion? AM J OBSTET GYNECOL 24
Fetales Wachstum AM J OBSTET GYNECOL 25

GEBURTSHILFE



CME Sectio – An die Folgen für die Gesundheit von Mutter und Kind denken! LANCET 26
Kein Antibiotika-Experiment bei Sectio OBSTET GYNECOL 27
Blasensprung ab der 34. Schwangerschaftswoche: Metaanalyse spricht für Abwarten OBSTET GYNECOL 27

MENOPAUSE

Prophylaktische Salpingektomie: Mehr Schaden als Nutzen? AM J OBSTET GYNECOL 28
HRT: Akupunktur hat wenig Wirkung AM J OBSTET GYNECOL 28
Vermehrt Osteoporose bei Zöliakie? NUTR J 30
Vorzeitiger Wechsel: Zuviel geraucht! AM J EPIDEMIOIL 30
Postmenopausaler Typ-2-Diabetes: Auch im Sommer Vitamin D geben J DIABETES INVESTIG 30

Titelbild: yourphototoday; Fotos auf dieser Seite: yourphototoday

© GFI. Der Medizin-Verlag

GENITALTRAKT

Ultraschall statt Myomektomie AM J OBSTET GYNECOL 32

Vulvodynie: Was bringt Gabapentin? OBSTET GYNECOL 32

Belastungsinkontinenz: Beckenbodentraining zeigt sich am Myostatin CLIN INTERV AGING 32

UROGYNÄKOLOGIE

Stressinkontinenz: Proteomische Unterschiede unklarer Bedeutung INT UROGYNECOL J 34

Beckenbodensenkung zeigt sich beim MRT im Stehen INT UROGYNECOL J 34

Harninkontinenz: Power für die Blase durch Pilates? BMC WOMEN'S HEALTH 34

Stressinkontinenz: Beugt Sectio bei Zwillingen vor? BJOG 35

SENOLOGIE

CME Axilläres Netzsyndrom – Fibrotische Verwachsungen nach Lymphknotendissektion CURR PROBL CANCER 36

Risikogene für Brustkrebs JAMA 37

Mamma-Rekonstruktion nach Ca: Ein Frauenrecht JAMA 37

ONKOLOGIE

Ovarialkarzinom: Lymphadenektomie verbessert nicht die Prognose N ENGL J MED 38

HPV-Impfung bei GATA2-Mutation OBSTET GYNECOL 38

Zervixkarzinom: Ist eine frühe Adjuvanz von Vorteil? INT J GYNECOL CANCER 39

Keine BRCA2-Funktion, keine Gonaden N ENGL J MED 40

Endometrium-Ca: Vorhersage der Aggressivität BJOG 40

Mehr Info zum Fertilitätserhalt, bitte! SEX REPROD HEALTH 41

Erfolgreiche Erstlinientherapie mit Atezolizumab 41

IM FOKUS 8

STENO 38

MED-INFO 42

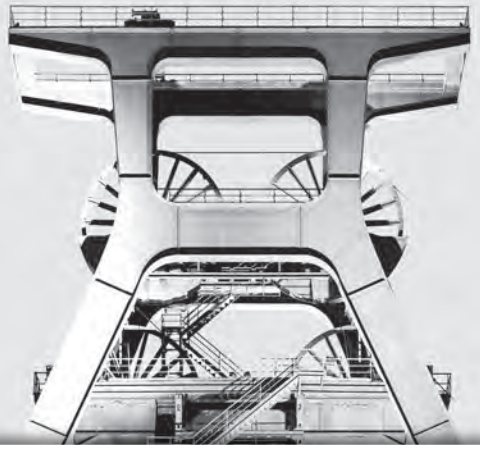
IMPRESSUM 41

CME Zertifizierte Fortbildung: Fragebogen 43

KONGRESSPRÄSIDENTEN
Prof. Dr. Andreas Wiedemann
Evangelisches Krankenhaus Witten
PD Dr. Gert Naumann
Helios Klinikum Erfurt

TAGUNGSPRÄSIDENTEN AK UROLOGIE
Prof. Dr. Mark Goepel
Helios Klinikum Niederberg
Prof. Dr. Dr. Matthias Oelke
St. Antonius-Hospital Gronau

KONGRESSORGANISATION
KelCon GmbH · Juliane Bröhl
Tauentzienstraße 1 · 10789 Berlin
Tel. +49 (0)30 - 679 66 88-59
E-Mail: j.broehl@kelcon.de



Deutsche Kontinenz Gesellschaft

22.-23. November 2019
Messe Essen

Melden Sie sich jetzt an!

31. Kongress der Deutschen Kontinenz Gesellschaft
89. Seminar des Arbeitskreises Urologische Funktionsdiagnostik und Urologie der Frau



HIGHLIGHT-THEMEN
- Polypharmazie und Inkontinenz
- Diabetes und Inkontinenz
- Blasenfunktionsstörungen im Kindesalter
- Komplementärmedizin bei Inkontinenz
- Moderne konservative Therapie mit Pessar- und Stromanwendung
- Moderne operative Strategien bei Inkontinenz- und Deszensuschirurgie
- Komplikationsmanagement nach fehlgeschlagener Sanierung

Gestationshypertonie

Schwangere, esst mehr Fisch und Gemüse!

Eine dänische Studie untersuchte den Zusammenhang verschiedener Ernährungsmuster mit der Prävalenz von schwangerschaftsassoziierten Hochdruckerkrankungen.

Im Rahmen der Studie wurden 55.139 Schwangere gegen Ende des zweiten Trimenons in einem Fragebogen zu ihren Ernährungsgewohnheiten befragt. Dabei sollten sie angeben, welche von etwa 360 Lebensmitteln sie in den letzten vier Wochen bevorzugt zu sich genommen hatten.

Anschließend prüfte man, wie stark ihr Speiseplan mit sieben zuvor definierten Diätmustern – charakterisiert unter anderem durch einen hohen Gemüse-, Süßigkeiten- oder Alkoholkonsum – übereinstimmte. 14 % der Befragten entwickelten im Studienverlauf eine Gestationshypertonie, 2 % eine Präeklampsie und 0,4% eine schwere Präeklampsie.



Als ungünstig erwies sich vor allem eine „westliche Diät", mit häufigem Konsum von Kartoffeln und Pommes frites, Fleisch, Margarine und Weißbrot: Sie erhöhte das Risiko einer Schwangerschaftshypertonie um 18 % und das einer Präeklampsie um 40 %. Frauen, die viel Fisch und Gemüse aßen, hatten dagegen ein um 14 % bzw. 21 % geringeres Risiko. **CW**

KOHORTENSTUDIE Ikem E et al.: Dietary patterns and the risk of ... BJOG 2019; 126: 663-73
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190589

Neuer Thalidomidskandal?

Gehäuft Armfehlbildungen bei Neugeborenen

In Frankreich sind seit der Jahrtausendwende etwa zwei Dutzend Neugeborene mit Fehlbildungen der oberen Extremität, beispielsweise Hand- oder Armagenesien, zur Welt gekommen. Ob es sich hierbei um eine zufällige Häufung handelt oder ob es eine konkrete Ursache dafür gibt, soll nun eine landesweite Untersuchung klären.

Der Fall der „Kinder ohne Arme" erregt in Frankreich derzeit großes Aufsehen, denn er erinnert an den Anfang der 1970er Jahre, als schon einmal tausende Kinder, deren Mütter während der Schwangerschaft Thalidomid eingenommen hatten, mit Extremitätenanomalien geboren wurden. Als mögliche Ursachen für die aktuellen Fallzahlen werden Medikamente, Pestizide und andere Umwelteinflüsse in der Öffentlichkeit diskutiert.

Auf die ersten Fälle wurde die Presse im September 2018 aufmerksam – drei waren zwischen 2007 und 2008 im Département Loire-Atlantique und vier zwischen 2011 und 2013 in der bretonischen Region Morbihan aufgetreten. Auch im Département Ain in der Region Rhône-Alpes im Osten des Landes waren zwischen 2009 und 2014 sieben Kinder mit ähnlichen Auffälligkeiten zur Welt gekommen. Seit dem Jahr 2000 wurden noch elf weitere Verdachtsfälle in diesem Département identifiziert.

Ein gemeinsamer Nenner aller Erkrankungsfälle ist jedoch schwer zu finden. Der vollständige Untersuchungsbericht soll im Juni 2019 vorliegen. **LO**

Devi S et al.: So-called babies without arms cases cause concern ... Lancet 2018; 392(10160): 2157
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190763

Elternschaft

Kinder belasten die Paarbeziehung

Die Geburt eines Kindes ist für viele Menschen ein radikaler Wendepunkt im Leben. Schwedische Wissenschaftler haben nun untersucht, wie sich die Qualität der Paarbeziehung in der Zeit nach der Geburt entwickelt.

122 Mütter und 85 Partner wurden vor der Geburt ihres ersten Kindes (25. SSW) sowie eine Woche und sechs Monate nach der Geburt zu verschiedenen Aspekten der Partnerschaft, der Persönlichkeit und des Umfeldes befragt.

Die Qualität der Paarbeziehung blieb bis einschließlich der Geburt stabil und sank danach ab. Das empfanden sowohl die Mütter als auch ihre Partner so. Zeitgleich stieg bei beiden das Kohärenzgefühl mit der Geburt und blieb danach auf dem höheren Level stabil. Das Kohärenzgefühl beschreibt eine Grundüberzeugung, dass das Leben sinnvoll ist und dass man es erfolgreich meistern kann. Sowohl die Mütter als auch ihre Partner empfanden zudem bis einschließlich der Geburt eine zunehmende Unterstützung durch ihr Umfeld, die danach bis sechs Monate nach der Geburt allerdings wieder abnahm.

Beide Eltern nannten Unterstützung durch das soziale Umfeld während der Schwangerschaft als wichtigen Faktor für eine als höher empfundene Qualität der Paarbeziehung. Den Müttern war außerdem eine positive Einstellung des Partners zur Elternschaft und ein höheres Kohärenzgefühl während der Schwangerschaft sowie ein Jahr nach der Geburt wichtig.

Fazit der Autoren: Die Geburt eines Kindes und die Elternschaft haben einen positiven Einfluss auf die Fähigkeit der Eltern, das Leben zu meistern, auch wenn die Qualität der Paarbeziehung während dem Übergang zur Elternschaft leidet. **BA**

Bäckström C et al.: Quality of couple relationship among first-time mothers and partners, during pregnancy and the first six months of parenthood. Sex Reprod Health 2018; 17: 56-64
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190759

Foto: mauritius images

© GFI. Der Medizin-Verlag

MSD



FÜR FRAUEN. GEGEN KREBS.

Vorbeugen. Bekämpfen. Therapien erleichtern.

Mehr Informationen unter:
www.msdconnect.de/fuerfrauen

© 2018 MSD SHARP & DOHME GMBH, Lindenplatz 1, 85540 Haar. www.msd.de

ONCO-1273208-0000

Jugendliche Wahnvorstellungen sind bei Stadtkindern häufiger als bei Kindern, die in ländlichen Regionen aufwachsen. Eine longitudinale Zwillingsstudie belegt, dass ein Risikofaktor für psychotische Erlebnisse, die diesen Unterschied erklären könnte, die Luftverschmutzung sein könnte. 623 der 2.063 Teilnehmer gaben im Alter von 18 Jahren an, mindestens ein psychotisches Erlebnis in der Adoleszenz gehabt zu haben. Solche Erfahrungen waren signifikant häufiger in der Quartile der Probanden, die an Wohnorten mit der höchsten Stickstoffdioxid-, Stickstoffmonoxid- oder Feinstaubbelastung aufgewachsen waren. NO-Verbindungen erklärten unabhängig von anderen Risikofaktoren 60 % der Assoziation von Urbanizität und psychotischen Erfahrungen.

Newbury JB et al.: Association of air pollution exposure with psychotic experiences during adolescence. JAMA Psychiatry 2019; Epub Mar 27; doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.0056

Kognitive Symptome, die einer Borreliose zugeschrieben werden, bessern sich mit einer verlängerten Antibiose nicht, wie eine randomisierte, placebokontrollierte Studie aus den Niederlanden zeigt. Die Patienten hatten nach einer Borrelieninfektion in einem kognitiven Test eine Einschränkung aufgewiesen und daraufhin eine zweiwöchige Therapie mit Ceftriaxon erhalten. Randomisiert erhielt eine Gruppe weitere zwölf Wochen eine Therapie mit Doxycyclin oder Clarithromycin/Hydroxychloroquin oder mit Placebo. Nach 14 Wochen zeigte sich im erneuten kognitiven Leistungstest kein Effekt der verlängerten antibiotischen Therapie gegenüber der nur zweiwöchigen Antibiose.

Berende A et al.: Effect of prolonged antibiotic treatment on cognition in patients with lyme borreliosis. Neurology 2019; 92: e1447-55

Süßes macht nicht glücklich, wie eine Metaanalyse zeigt. Ausgewertet wurden 31 publizierte Studien mit fast 1.300 Erwachsenen. Danach lässt sich kein Zucker-Effekt auf die Stimmung belegen – egal, wie viel Süßes konsumiert wurde oder ob die Probanden danach anstrengende Aktivitäten ausübten oder nicht. Belegen ließ sich aber, dass die Müdigkeit nach Zuckerkonsum steigt und die Aufmerksamkeit eher sinkt als ohne Süßes. Dass Süßes glücklich mache und Zucker die Leistungsfähigkeit steigere, ist also vermutlich nur ein Mythos. Fakt ist dagegen der Einfluss zuckerhaltiger Getränke und Snacks auf die Adipositasepidemie.

Mantantzis K et al.: Sugar rush or sugar crash? A meta-analysis of carbohydrate effects on mood. Neurosci Biobehav Rev 2019; 101: 45-67

Acne vulgaris und Hirsutismus

Kosmetische Effekte der Pille

Hirsutismus und Akne können ein Zeichen für Hyperandrogenämie sein. Manche Patientinnen können von bestimmten oralen Kontrazeptiva profitieren.

Talgdrüsen und Haarfollikel produzieren aktive Androgene. Zirkulierendes Testosteron wird intrazellulär in Dihydrotestosteron umgewandelt, das fünf- bis zehnmal effektiver an Androgenrezeptoren bindet als Testosteron. Die Gestagenkomponente der Pille bremst die Aktivität der 5-α-Reduktase, die diese Umwandlung katalysiert.

Eine nachgewiesene antiandrogene Wirkung besteht bei Levonorgestrel, Norethindron, Norgestimat, Chlormadinonacetat, Drospirenon, Dienogest und auch Cyproteronacetat. Auch die Östrogenkomponente wirkt antiandrogen, indem sie die Synthese von SHBG (sex hormone binding protein) in der Leber stimuliert. Bringt die alleinige Therapie mit einem kombinierten Kontrazeptivum nach sechs Monaten keine ausreichende Verbesserung, kann zusätzlich ein Antiandrogen eingesetzt werden (Spironolacton und Cyproteronacetat).

Vor einer hormonellen Therapie der Akne oder des Hirsutismus sollte jedoch immer der Hormonstatus überprüft werden, inklusive FSH, LH, freiem Testosteron, SHBG, DHEAS, 17-OH-Progesteron, TSH und Prolaktin. Treten die Probleme gegen Ende des fortpflanzungsfähigen Alters auf, muss das höhere kardiovaskuläre und thromboembolische Risiko beachtet werden. In diesem Fall sollte man die Pille nur einsetzen, wenn die Frau nicht raucht, normotensiv und nicht adipös ist. **CW**

REVIEW Słopień R et al.: Use of oral contraceptives for management ... Prz Menopauzalny 2018; 17(1): 1-4
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190579

PRAXIS-TIPP

Verhütungsberatung

Wissenslücken bei Diabetikerinnen

Werden Diabetespatientinnen ungeplant schwanger, ist das Risiko maternaler und fetaler Komplikationen erhöht. Der Beratungsbedarf ist deshalb hoch.

In einer Umfrage unter 107 Frauen, die an einem Typ-1- oder Typ-2-Diabetes litten, gaben 83,4 % an, sich ihres erhöhten Komplikationsrisikos im Falle einer Schwangerschaft bewusst zu sein. Beim Wissen über adäquate Kontrazeptionsmethoden zeigten sich aber Lücken. Zwar hielten drei Viertel der Befragten die Pille bei Diabetes für sicher, bezüglich der Eignung von IUD waren sich aber mehr als 60 % unsicher. Die meisten der sexuell aktiven Frauen verhüteten mit Kondomen (87,2 %) oder kombinierten oralen Kontrazeptiva (74,4 %).

Im Gegensatz zur Pille sind subdermale Implantate und IUD auch bei Patientinnen mit Nephropathie, Retinopathie, Neuropathie oder anderen vaskulären Erkrankungen nicht kontraindiziert. Um ungeplante Schwangerschaften bei Diabetespatientinnen zu vermeiden, sollten diese Optionen daher die Wahl für eine sichere Kontrazeption bei diabetischen Frauen darstellen. Eine proaktive Beratung sollte jährlich erfolgen. **CW**

Hibbert EJ et al.: Preconception care and contraceptive use among Australian women ... Aust J General Pract 2018; 47: 877-83
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190318

©GFI. Der Medizin-Verlag

Von Anfang an

L-Thyroxin Henning®



Qualität und Service für die Schilddrüsentherapie in der Gynäkologie

Henning – Ihr Schilddrüsen-Experte seit über 100 Jahren

L-Thyroxin Henning® 25-200 Tabletten. **Wirkst.:** Levothyroxin-Na. **Zusammens.:** 1 Tbl. enth.**:** *Arzneil. wirks. Bestandt.:* 25, 50, 75, 100, 125, 150, 175, 200 Mikrogramm Levothyroxin-Na. *Sonst. Bestandt.:* Maisstärke, vorverkleisterte Maisstärke, mikrokrist. Cellulose, Na-Carbonat, Na-Thiosulfat, hochdisp. Siliciumdioxid, hydriertes Rizinusöl. **Anw.-geb.:** Hypothyreose jegl. Genese, Rezidivprophyl. nach Strumaresektion m. euthyreoter Fktslage, benigne Struma m. euthyreoter Funktionslage, Suppressions- u. Substitutionsther. bei SD-Malignom (v.a. nach Thyreoidektomie). *Zusätzl. 25/50/75/100:* Begleitther. bei thyreostatischer Behandl. e. Hyperthyreose nach Erreichen e. euthyreoter Fktslage. *Zusätzl. 100/150/200:* Schilddrüsensuppressionstest. **Gegenanz.:** Überempfindl. geg. d. Wirkstoff od. e. d. sonst. Bestandt., unbeh. Hyperthyreose, unbeh. adrenale Insuff., unbeh. hypophysäre Insuff. (sofern diese e. therapiebedürft. adrenale Insuff. z. Folge hat), AMI, akute Myokarditis, akute Pankarditis, in der Schwangerschaft keine gleichzeitige Einnahme mit Thyreostatikum. **Warnhinw. u. Vorsichtsm.:** Vor Behandl.beginn ausschließen: KHK, Ang. pect., Hypertonie, Hypophysen- u./od. NNR-Insuff., Schilddrüsenautonomie. Bei KHK, Herzinsuff., tachykarden Herzrhythmusstör., nicht akuter Myokarditis, lange besteh. Hypothyreose od. Pat., die bereits e. AMI hatten, auch leichtere medikamentös induzi. hyperthyreote Fktslage unbed. vermeiden (häufige Kontr. durchführen). Bei sekund. Hypothyreose klären, ob gleichzeit. NNR-Insuff. vorliegt. B. Pat. m. NNR- od. hypophysärer Insuff. kann SD-Hormonther. bei nicht ausreichender Versorgung m. Kortikosteroiden eine Addison-Krise auslösen. Äußerste Vorsicht z. Beginn d. Therapie b. Frühgeb. m. sehr niedrig. Geburtsgewicht! Aufgrund nicht ausgereifter NN-funktion Kreislaufkollaps möglich. B. Epilepsien i. d. Anamn. erhöh. Risiko für Krampfanfälle. B. Verdacht auf Autonomie d Schilddr. TRH-Test od. Suppressionsszintigramm durchführen. Postmenopausale Frauen m. erhöht. Osteoporoserisiko Dosistitration auf d. niedrigste. wirksame Dosis einst. u. Schilddrüsenfkt. häufiger kontrollieren. Schilddrüsenhormone nicht zur Gewichtsredukt. geben. Umstellung auf ein anderes schilddrüsenhormonhaltiges AM nur unter Überwachung der labordiagnost. u. klin. Parameter. B. gleichz. Einnahme schilddrüsenfunktionsbeeinfl. AM Überwachung erforderl. Blutzuckersenkende Wirkung von. Antidiabetika kann verm. sein. Am Beginn u. Ende Blutz.-Spiegel kontroll. u. Dosis anpasssen. B. gleichz. Behdlg. m. Cumarinderivaten regelm. Kontrollen d. Blutgerinnung erforderl. Ggf. Dosier. anpassen. **Schwangersch. u. Stillz.:** Auf SD-Hormonspiegel im Normber. achten! Therapie konsequent weiterführen, Bedarf kann östrogenbed. steigen. Als Begleitther. b. d. Behandl. e. Hyperthyreose durch Thyreostatika kontraindiziert. Während SS u. Stillz. auf Supressionstest verzichten. **Nebenw.:** Immunsyst.: Nicht bek. Überempfindlichkeit. Herz: Sehr häufig Herzklopfen. Häufig Tachykardie, nicht bek. Herzrhythmusstör., pektanginöse Beschw. Haut/Unterhautz.: Nicht bek. Ausschlag, Urtikaria, Hyperhidrosis. Psyche: Sehr häufig Schlaflosigkeit, häufig Nervosität, nicht bek. innere Unruhe. Skelett/Bindegew./Knochen: Nicht bek. Muskelschwäche, Muskelkrämpfe, Osteoporose unter suppress. Levothyroxin-Dosen, insbes. b. i. postmenopaus. Frauen über langen Zeitraum und LZT. Gefäße: Nicht bek. Hitzegefühl. Kreislaufkollaps b. Frühgeb. m. niedrig. Geburtsgewichtl Geschlechtsorg./Brustdrüse: Nicht bek. Menstruationsstör. GIT: Nicht bek. Diarrhö, Erbrechen. Unters.: Nicht bek. Gewichtsabn. Nerven: Sehr häufig Kopfschm., selten Pseudotumor cerebri (bes. b. Kindern), nicht bek. Tremor. Allgem: Nicht bek. Hitzeunverträglichkeit, Fieber. **Verschreibungspflichtig.** Zulassungsinhaber: **Sanofi-Aventis Deutschland GmbH,** 65926 Frankfurt am Main. Mitvertrieb: **Henning Berlin Arzneimittel GmbH,** 10898 Berlin; **Hoechst GmbH,** 65926 Frankfurt am Main

Stand: September 2017 (SADE.LETHY.17.12.3817)

Henning informiert

1801_LTH_D–SADE.LETHY.18.07.1963

KASUISTIK

Chronischer Bauchwandschmerz

Eine 16-Jährige wurde mit seit zwei Monaten kontinuierlich bestehenden, linksseitig im unteren Abdomen lokalisierten Schmerzen vorstellig. Es wurde die oftmals übersehene Diagnose chronischer Bauchwandschmerz gestellt. Doch wie kommt man vom Symptom auf die seltene Krankheit?

Aufgrund einer starken Dysmenorrhoe nahm die Patientin seit drei Monaten eine niedrig dosierte Mikropille (Ethinylestradiol und Desogestrel) ein. Die Schmerzen beschrieb die Patientin als gut lokalisierbar in einem kleinen Areal (unter 2 cm) im linken unteren Quadranten. Durch Palpierung konnte ein starker Schmerz am beschriebenen Triggerpunkt ausgelöst werden. Das Carnett-Zeichen war positiv, was den Verdacht auf eine Lokalisation in der Bauchwand anstelle einer viszeralen Ursache erhärtete. Eine Lidocaininjektion (1 %) in den Triggerpunkt brachte nur eine kurzzeitige Besserung und auch weitere Schmerzmittel konnten nicht langfristig helfen. Erst nach zwei Neurektomien war die Patientin schmerzfrei.

Chronischer Bauchwandschmerz tritt vorrangig bei Frauen auf und wird meistens durch erhöhten Abdominaldruck, Ischämie oder Kompression der anterioren Bauchwandnerven hervorgerufen. Eine Assoziation mit oralen Kontrazeptiva wurde bisher nur ein weiteres Mal in der Literatur beschrieben. **SB**

KASUISTIK Omura D et al.: Anterior cutaneous nerve entrapment syndrome ... Intern Med 2019; Epub Feb 1; doi: 10.2169/internalmedicine.1361-18

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190560

Langzeit-Kontrazeption

Wie lange funktioniert ein IUD?

Das in den USA im Jahr 2015 zugelassene Levonorgestrel-freisetzende Intrauterin-Device (LNG-52mg-IUD), welches eine langfristige, reversible Empfängnisverhütung von bis zu zehn Jahren verspricht, wurde in einer Studie auf seine fünfjährige Verhütungswirksamkeit und Sicherheit getestet.

Eingeschlossen in die 2009 initiierte Studie wurden 1.751 Frauen mit oder ohne vorherige Schwangerschaft. Bei 97,9 % von ihnen konnte ein IUD erfolgreich eingesetzt werden. Für die Analyse standen Daten von 1.538 Frauen im Alter von 16 bis 35 Jahren und von 146 im Alter von 36 bis 45 Jahren zur Verfügung, von welchen 495 Teilnehmerinnen eine IUD-Nutzungsdauer von fünf Jahren und 176 von sieben Jahren erreicht hatten.

Die Fünfjahres-Schwangerschaftsrate betrug bei Nullipara 0,83 %, bei primi- bzw. multiparen Frauen 1,26 %. Bei sechs der neun aufgetretenen Schwangerschaften handelte es sich um Eileiterschwangerschaften. In der Gruppe der 36- bis 45-Jährigen kam es zu keiner Schwangerschaft. Die Pearl-Indizes lagen für Jahr eins und fünf jeweils bei 0,15 und 0,20 Schwangerschaften pro 100 Frauenjahre. Mit zunehmender Nutzungsdauer der IUD nahm bei den Probandinnen die Stärke der Regelblutung ab, bis hin zum Auftreten von Amenorrhoe (nach einem Jahr bei 50 %, nach drei Jahren bei 70 % der Frauen), wie zu beobachten war. Die Abbruchrate wegen unerwünschter Nebenwirkungen lag bei 18,8 % und beruhte vor allem auf der Abstoßung des IUD. In 0,8 % der Fälle kam es zu Infektionen des Beckens. **GH**

Teal SB et al.: Five-year contraceptive efficacy and safety of a levonorgestrel 52-mg intrauterine system. Obstet Gynecol 2019; 133(1): 63-70

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190598

Mifepriston

Kein Rückgang der Uterusrupturen

Die Vorbehandlung mit Mifepriston beschleunigt den Ablauf eines Schwangerschaftsabbruchs und soll Nebenwirkungen verringern. Auf das Risiko einer Uterusruptur hat sie jedoch keinen Einfluss.

Bis 2010 erfolgte die medikamentöse Abortinduktion im zweiten Trimenon in Italien ausschließlich durch Gemeprost. Die Vorbehandlung mit Mifepriston steht dort seit 2011 zur Verfügung. In einer Klinik in Neapel verglich man, wie sich dies auf die Rate der Uterusrupturen ausgewirkt hat. Analysiert wurden 1.061 Aborte mit Gemeprost alleine (1 mg vaginal, max. 5x alle 3 Std.) und 753 in Kombination mit Mifepriston (200 mg oral, 24 bis 72 Std. vor Gemeprost-Administration). 18,7 % der Patientinnen hatten vorher bereits mindestens einmal per Kaiserschnitt entbunden.

Insgesamt traten neun Uterusrupturen auf – in allen Fällen nach einer früheren Sectio. Die Rate unterschied sich mit 0,47 % unter Gemeprost allein jedoch nicht signifikant von der Behandlung mit Mifepriston/Gemeprost (0,53 %).

Das Risiko einer Uterusruptur nach Sectio war allerdings mit 2,6 % insgesamt relativ hoch. Verringern ließe es sich möglicherweise, wenn man statt Gemeprost Misoprostol off-label einsetzen würde, spekulierten die Autoren. Auch eine Dilatation mit Evakuation war mit einer geringeren Komplikationsrate als die medikamentöse Weheninduktion assoziiert. **CW**

Morra I et al.: Incidence of uterine rupture in second trimester abortion with gemeprost alone compared to mifepristone ... Contraception 2019; 99(3): 152-4

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190578

© GFI. Der Medizin-Verlag

GinoRing®

Komfortabel. Einfach. Praktisch.

Die richtige Wahl



KOMFORTABEL
durch hohen Tragekomfort

EINFACH
da keine Kühlkettenpflicht

PRAKTISCH
durch 6 Monatspackung

Algorta et al., Pharmacokinetic Q2 bioequivalence, safety and acceptability of Ornibel® a new polymer composition contraceptive vaginalring (etonogestrel/ethinylestradiol 11.00/3.474 mg) compared with Nuvaring® (etonogestrel/ethinylestradiol 11.7/2.7 mg), THE EUROPEAN JOURNAL OF CONTRACEPTION & REPRODUCTIVE HEALTH CARE, 2017. (Ornibel® ist der spanische Handelsname von GinoRing®.)

Basisinformation GinoRing® 0,120 mg/0,015 mg pro 24 Stunden, vaginales Wirkstofffreisetzungssystem

Abgekürzte Verschreibungsinformation für GinoRing® 0,120 mg/0,015 mg pro 24 Stunden, vaginales Wirkstofffreisetzungssystem - bitte konsultieren Sie v. d. Verschreibung d. vollständige Fachinformation. Verschreibungspflichtig. **Zus.: 1 Ring** enth.: 0,120 mg Etonogestrel u. 0,015 mg Ethinylestradiol. Sonst. Bestandt.: Poly(ethylen-co-vinylacetat) (72:28), 28 % Vinylacetat; Polyurethan. **Anwend.:** Hormon. Kontrazeption für Frauen im gebärfähigen Alter. Verträglichk. u. Wirksamk. zw. 18 u. 40 J. nachgewiesen. **Dos.:** GinoRing am 1. Tag d. Monatsblutung in die Scheide einbringen; nach 21 T. den Ring entfernen. Nach einem Ring-freien Intervall von 7 T. einen neuen GinoRing einlegen. **Gegenanz.:** Überempfindl. gg. d. Wirkstoffe od. einen d. sonst. Bestandt., Vorliegen einer od. Risiko f. eine ven. Thromboembolie (VTE): bestehend od. i. d. Vorgeschichte; bek. erbl. od. erworbene Prädispos. f. eine VTE; größ. Operationen mit läng. Immobil.; hohes Risiko f. eine VTE aufgrund mehrerer Risikofakt., Vorliegen einer od. Risiko f. eine arter. Thromboembolie (ATE): bestehend, i. d. Vorgeschichte od. i. Prodromalstad. (Angina pectoris); zerebrovask. Erkr. (bestehend od. prodromale Erkr.); bek. erbl. od. erworb. Prädispos. f. eine ATE; Migräne mit fok. neurolog. Sympt. i. d. Vorgesch.; hohes Risiko f. eine ATE aufgrund mehrerer Risikofakt. od. e. schwerwieg. Risikofakt., wie Diabetes mellit. m. Gefäßschäd., schw. Hyperton., schw. Dyslipoproteinamie, best. od. vorausgeg. Pankreatitis i. Assoz. m. schw. Hypertriglyzeridämie, best. od. vorausgeg. Lebererkrank., abnorm Leberfunktionswerte, Lebertumoren (bestehend od. anamnetisch bekannt), maligne Erkr. d. Geschlechtsorgane (bekannt od. Verdacht), unkl. Vaginalblut, kontraind. bei gleichz. Anw. mit Arzneimittel, die Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir und Dasabuvir enthalten. **Nebenw.:** häufig: Vagin. Infekt., Depression, vermind. Libido, Kopfschm., Migräne, Bauchschm., Übelkeit, Akne, Brustspannen, genit. Pruritus, Dysmenorrh, Schm. im Beckenbereicht, vagn. Ausfluss, Gewichtszun., Ausstoßung des Ringes, Unbehagen beim Tragen. gelegentl.: Zervizitis, Zystitis, Infekt. d. Harnwege, Appetitzun., Affektlabilität, Stimmungsänd., Stimmungsschw., Schwindel, Hypästhesie, Sehstörungen, Hitzewallungen, Bauchblähung, Diarrhö, Erbrechen, Obstipation, Alopezie, Ekzem, Pruritus, Ausschlag, Rückenschm., Muskelkr., Schmerz in d. Extremitäten, Dysurie, Harndrang, Pollakisurie, Amenorrhö, Brustbeschw., Vergröß. d. Brüste, Brustgewebsveränd., zervikale Polypen, Blutungen w. des Geschlechtsverkehrs, Dyspareunie, Ektropion d. Zervix, fibrozystische Mastopathie, Menorrhagie, Metrorrhagie, Beschw. im Beckenbereich, prämenstr. Syndrom, Gebärmutterkrampf, Gefühl von Brennen in d. Vagina, vag. Geruch, vag. Schmerz, vulvo-vaginale Beschw., vulvo-vaginale Trockenheit, Müdigkeit, Reizbarkeit, Unwohlsein, Ödeme, Fremdkörpergefühl, Blutdruckerhöhung, Komplikationen bei d. Anw. d. Rings, Brechen d. Rings. selten: Venöse Thromboembolie, Arterielle Thromboembolie, Galaktorrhö. nicht bekannt: Überempfindlichkeit, Chloasma, Urtikaria, Penisbeschwerden. **Zul.-Inhaber:** Exeltis Germany GmbH, Adalperostraße 84, 85737 Ismaning, Tel.: +49 89 4520529-0. **Stand d. Information:** Juli 2017

exeltis.de
Frauengesundheit liegt uns am Herzen

Exeltis
Rethinking healthcare



Dysmenorrhoe und Dyspareunie

Der Schmerz kommt selten allein

Bisherige Studien zur Prävalenz von Beckenschmerzen kamen zu widersprüchlichen Ergebnissen. Klar ist nur, dass Dysmenorrhoe, Dyspareunie und chronische Beckenschmerzen in vielen Fällen gemeinsam auftreten, weshalb schon länger ein ursächlicher Zusammenhang vermutet wird.

In einer Kohortenstudie gaben 429 Frauen im Alter von 38 Jahren in einem Fragebogen Auskunft zu Schwere, Lokalisation und Häufigkeit von Beckenschmerzen innerhalb der vergangenen zwölf Monate. Der primäre Endpunkt setzte sich zusammen aus Dysmenorrhoe (Menstruations-bedingte Beschwerden), Dyspareunie (Schmerzen beim Geschlechtsverkehr) sowie Beckenbeschwerden anderer Art.

Mehr als die Hälfte aller Frauen gab an, innerhalb des vergangenen Jahres unter Beckenschmerzen gelitten zu haben, wobei Dysmenorrhoe mit 46,2 % die häufigste Schmerzform darstellte. Relativ zu allen Frauen mit Menstruationsschmerzen waren 32,1 % von häufigen oder schweren Beschwerden betroffen, 36,4 % berichteten eine Verschlechterung der Symptomatik mit dem Alter. Mit einem relativen Risiko (RR) von 0,73 schien eine kürzliche Entbindung (< 2 Jahre) einen protektiven Effekt zu entfalten. Zudem wurde eine signifikante Assoziation zwischen Dysmenorrhoe und Endometriose (RR 1,6) sowie Uterusmyomen (RR 1,7) festgestellt.

Eine größere Rolle scheinen psychosoziale Parameter bei der Entwicklung der Dyspareunie zu spielen. So waren Vergewaltigungsopfer und Probandinnen mit Angstzuständen häufiger betroffen (RR 1,87 bzw. 1,68). Patientinnen mit Dysmenorrhoe trugen ein fast fünffach erhöhtes Risiko für Dyspareunie, was wahrscheinlich auf die Tatsache zurückzuführen ist, dass in beiden Fällen die gleichen afferenten Neuronen innerviert sind. Eine vergangene Schwangerschaft ging im Gegensatz dazu mit einem niedrigeren Dyspareunie-Risiko einher (RR 0,6). **RG**

KOHORTENSTUDIE Righarts A et al.: The prevalence and potential determinants of dysmenorrhoea and other pelvic pain in women ... BJOG 2018; 125(12): 1532-9

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190847

Dysmenorrhoe

Von Krampf und Schmerzempfindlichkeit

20 bis 50 % aller Frauen im reproduktiven Alter leiden an einer Dysmenorrhoe. Die Mechanismen, die zu dem Schmerzzustand beitragen, können dabei aber variieren. Häufig trägt eine unwillkürliche Bauchmuskelaktivität zu den Krämpfen bei.

In einer aktuellen Studie wurde untersucht, inwiefern eine unwillkürliche Bauchmuskelaktivität spontanen Episoden von menstruellen Krämpfen bei dysmenorrhoischen Frauen vorausgeht und ob die Gabe von Naproxen diesen Mechanismus aushebeln kann. Hierfür wurde elektromyographisch die Bauchmuskelaktivität von 38 Patientinnen mit schwerer Dysmenorrhoe sowie von zehn gesunden Frauen während der Menstruation aufgezeichnet. Gleichzeitig sollten die Frauen ihre Schmerzintensität in Echtzeit angeben, indem sie bei Empfinden eines Krampfes einen Gummiball in ihrer Hand drückten. Zur Erfassung der Schmerzempfindlichkeit wurden auch die Druckschmerzschwellen der Teilnehmerinnen gemessen.

Bei gesunden Frauen fiel die Bauchmuskelaktivität während der Menstruation nur selten mit der Angabe von Schmerzen zusammen (0,9 ± 0,6 Episoden/Stunde). Bei dysmenorrhoischen Frauen ging einer Schmerzempfindung dagegen häufig eine unwillkürliche Bauchmuskelaktivität voraus, was auf menstruelle Krampfanfälle hinweist (10,8 ± 3,0 Episoden/Stunde, $p < 0{,}004$). Solche muskulär begleiteten Schmerzepisoden traten bei insgesamt 45 % der Frauen mit Dysmenorrhoe auf; nach Gabe von Naproxen waren es dagegen nur noch 13 % ($P = 0{,}011$).

Gegenüber Frauen ohne diesen Schmerzphänotyp hatten Frauen mit Bauchmuskelaktivität bei den Schmerzepisoden seltener eine sekundäre Dysmenorrhoe oder chronische Beckenschmerzen, und außerdem auch weniger nicht menstruelle Schmerztage pro Monat (0,6 ± 0,5 vs. 12,4 ± 0,3, $p = 0{,}002$). Die Druckschmerztoleranz der Frauen mit den krampfartigen Beschwerden war mit derjenigen der gesunden Kontrollen vergleichbar. Frauen, die dagegen an Schmerzen ohne begleitende Bauchmuskelaktivität litten, zeigten eine signifikant niedrigere Druckschmerzschwelle.

Die Aktivität der Bauchmuskulatur kann folglich zu krampfartigen Schmerzen bei primärer Dysmenorrhoe beitragen, die sich durch Naproxen gut lindern lassen. Dysmenorrhoische Patientinnen ohne krampfassoziierte Bauchmuskelaktivität weisen dagegen eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit auf und haben auch häufiger eine chronische Schmerzdiagnose, was eher auf eine Störung der zentralen Schmerzverarbeitung hinweist. Die Ergebnisse unterstützen die Hypothese, dass mehrere verschiedene Mechanismen zu Dysmenorrhoe beitragen können. **OH**

Oladosu FA et al.: Abdominal skeletal muscle activity precedes spontaneous menstrual cramping pain in primary dysmenorrhea. Am J Obstet Gynecol 2018; 219: 91.e1-7

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190846

Foto: yourphototoday

© GFI. Der Medizin-Verlag

Prämenstruelle dysphorische Störung (PMDS)

First-in-class-Medikament Sepranolon

Die prämenstruelle dysphorische Störung ist die schwerste Form prämenstrueller Störungen (PMS), wird aber oft bagatellisiert. Dabei stellen die Beschwerden eine erhebliche Belastung für die Patientinnen dar. Abhilfe könnte der Wirkstoff Sepranolon schaffen, der als erstes Medikament zur Behandlung der PMDS auf dem Weg der Zulassung ist. In einer Phase-IIa-Studie lieferte es bereits vielversprechende Ergebnisse, und eine europaweite Studie ist im Gange.

Bis zu 30 % aller Frauen im gebärfähigen Alter leiden unter dem prämenstruellen Syndrom (PMS), das sich in körperlichen Symptomen und/oder Stimmungsschwankungen in den Tagen vor der Regelblutung äußert. Bei etwa 5 % sind die Beschwerden allerdings so stark ausgeprägt, dass die wiederkehrenden Symptome in der zweiten Zyklushälfte die Lebensqualität der Betroffenen stark beeinträchtigen. Man spricht dann von einer prämenstruellen dysphorischen Störung (PMDS), die als eine eigenständige psychische Störung anerkannt ist.

Starke emotionale und körperliche Belastung

Bei der PMDS kommt es zu starken Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit und Aggressivität, Depressionen und Weinkrämpfen, ebenso wie zu Müdigkeit und Schlafstörungen, Kopf- und Gelenkschmerzen. Ein schwerer Schub kann das normale zwischenmenschliche Zusammenleben stark beeinträchtigen, und sogar Selbstmordgedanken sind relativ häufig. Typischerweise beginnen die Symptome unmittelbar nach dem Eisprung und halten sieben bis 14 Tage an.

Erster spezifischer Therapieansatz mit Sepranolon

Zur Linderung der Beschwerden stehen bisher nur Antidepressiva zur Verfügung, die jedoch nur selten eine ausreichende Wirkung zeigen und mit vielen Nebenwirkungen einhergehen. Häufig werden auch bestimmte orale Kontrazeptiva gegeben. Dabei besteht allerdings das Risiko, dass sich die Symptome eher noch verstärken.

Der von schwedischen Forschern entwickelte Wirkstoff Sepranolon blockiert die Wirkung des Allopregnanolon, einem Metaboliten des Gelbkörperhormons, der als Verursacher der PMDS gilt. In einer Phase-IIa-Studie zeigte der neue Therapieansatz vielversprechende Ergebnisse.[1]

Bis zu 75 % weniger Symptome

In die randomisiert-kontrollierte Doppelblindstudie waren 126 Frauen mit PMDS an zehn schwedischen Zentren eingeschlossen. Die Diagnose der PMDS erfolgte gemäß der DSM-5-Kriterien mithilfe des DRSP-Fragebogens (Daily Records of Severity of Problems). Während der Lutealphase eines Menstruationszyklus erhielten die Probandinnen alle zwei Tage entweder 10 bis 16 mg Sepranolon s.c. oder Placebo. Primärer Endpunkt der Studie war der DRSP-Gesamt-Score; sekundäre Endpunkte waren der Score-Wert zu Stimmungstiefs (basierend auf den vier Schlüsselsymptomen Reizbarkeit, Depression, Angst und Labilität) und der Score für die Einschränkung des Alltagslebens.

Bei der Gesamtanalyse aller 106 Frauen, die die Behandlung vollständig abgeschlossen hatten, war ein positiver Effekt der Behandlung auf den DRSP-Score und das Auftreten negativer Stimmungen feststellbar (Signifikanzniveau p = 0,041 bzw. 0,051). Bei 19 Teilnehmerinnen waren die Symptome jedoch auf eine andere zugrundeliegende Erkrankung zurückführbar, und bei weiteren 27 wurde die Behandlung nicht protokollgetreu durchgeführt. Beschränkte man die Analyse auf die Per-protocol-Population der Frauen mit einer reinen PMDS (n = 60), war unter Sepranolon eine im Vergleich zu Placebo hochsignifikante Reduktion des DRSP-Score um bis zu 75 % feststellbar (p = 0,006; siehe Abb. 1). Episoden von Stimmungseinbrüchen und Alltagseinschränkungen wurden durch die Therapie ebenfalls signifikant verringert.

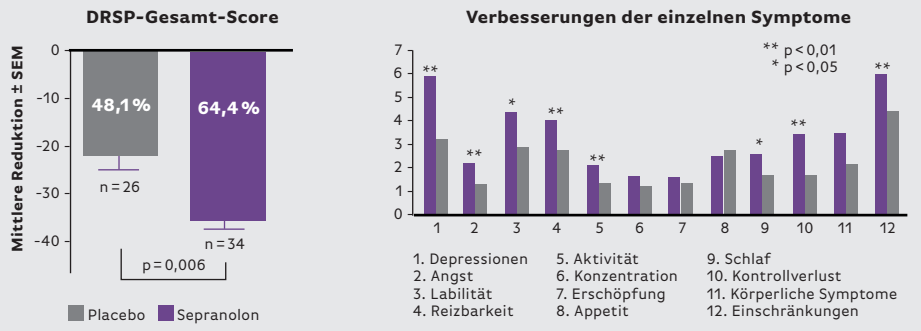


Abb. 1: Reduktion des DRSP-Gesamt-Scores (links) und Verbesserungen in den einzelnen Symptomkategorien (rechts) unter Sepranolon vs. Placebo

Erster GAMSA Sepranolon

Forschungen haben gezeigt, dass Frauen mit PMDS gegenüber körpereigenen ZNS-aktiven Steroiden der Gelbkörperphase verstärkt empfindlich sind. Diese Steroide beeinflussen Systeme im emotionalen Zentrum des Gehirns.

Sepranolon ist ein nicht-hormoneller $GABA_A$-modulierender Steroidantagonist (GAMSA), der die Aktivität der Steroide im Emotionszentrum des Gehirns hemmt.

Literatur
[1] Bixo M et al., Psychoneuroendocrinology 2017; 80: 46-55

Impressum
Herausgeber: GFI. Corporate Media
V. i. S. d. P.: Dr. med. Christian Bruer
Redaktion: GFI. Gesellschaft für medizinische Information mbH, München
Berichterstattung: Olivia Hesse
Druck: Vogel Druck, Höchberg, © 2019 GFI

Mit freundlicher Unterstützung der Asarina Pharma AB, Solna, Schweden

PRAXIS-TIPP

Soja-Säuglingsnahrung kann Mädchen schaden

In einer früheren US-amerikanischen Studie machten Forscher die Beobachtung, dass Säuglingsnahrung auf Soja-Basis das Risiko von Mädchen erhöht, später unter stärkeren Menstruationsschmerzen zu leiden. In einer aktuellen Studie ging man dem Phänomen nun tiefer auf den Grund.

Für die Untersuchung wurden Daten von 1.553 afroamerikanischen Frauen im Alter von 23 bis 35 Jahren genutzt, von welchen 198 als Baby Soja-basierte Säuglingsnahrung erhalten hatten, die übrigen 1.355 Probandinnen dagegen niemals. Frauen, welche als Säugling mit Soja gefüttert worden waren, nutzten mit einer 20%ig höheren Wahrscheinlichkeit schon innerhalb der ersten fünf Jahre nach der Menarche schmerzlindernde Medikamente aufgrund von Dysmenorrhoe (Relatives Risiko, RR 1,2; 95%-KI 1,0 - 1,3). Auch nutzten diese Frauen mit 40% höherer Häufigkeit hormonelle Kontrazeptiva, um den Menstruationsschmerzen zu entgehen (RR 1,4; 95%-KI 1,1 - 1,9). Dass der Zusammenhang zwischen Soja-basierter Säuglingsnahrung und Dysmenorrhoe nun auch in einer afroamerikanischen Kohorte bestätigt werden konnte, spricht für ein allgemeingültiges Phänomen. **GH**

KOHORTENSTUDIE Upson K et al.: Soy-based infant formula feeding and menstrual pain ... Hum Reprod 2019; 34(1): 148-54

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190845

Spinal-epidurale Anästhesie

Frauen sind in der Follikelphase stabiler

Der Menstruationszyklus beeinflusst das Herz-Kreislauf-System ebenso wie den Wasser- und Elektrolythaushalt von Frauen. Nun wurden die Effekte erstmals in verschiedenen Körperpositionen sowie während einer spinal-epiduralen Anästhesie untersucht.

Untersucht wurden 40 Frauen im Alter zwischen 25 und 45 Jahren (ASA-Klassifikation I bis II), bei welchen eine gynäkologische Myomektomie durchgeführt werden sollte. 21 von ihnen befanden sich in der Follikelphase ihres Zyklus, 19 in der Lutealphase. Herzrate und Blutdruck der Teilnehmerinnen wurden vor der OP einmal im Liegen und einmal im Stehen gemessen. Erneute Messungen wurden bei Betreten des Operationsraumes und bei Beginn sowie nach Administration der spinal-epiduralen Anästhesie durchgeführt.

Zyklusunabhängige Unterschiede in der Herzrate zeigten sich präoperativ beim Wechsel vom Liegen ins Stehen sowie 30 Minuten nach Einleiten der Anästhesie. Zu beiden Zeitpunkten war die Herzrate der Frauen, die sich in der Lutealphase befanden, signifikant höher als die Herzrate der Frauen in der Follikelphase. Zudem benötigten die Frauen der lutealen Gruppe in den ersten 30 Minuten der Anästhesie signifikant mehr Ephedrin zum Ausgleich von Hypotonie-Phasen.

Frauen scheinen demnach Kreislauffluktuationen in der Follikelphase besser tolerieren und ausgleichen zu können als in der Lutealphase. Für die Wahl des OP-Zeitpunktes dürfte dies im Allgemeinen vermutlich keine Rolle spielen. Für Patientinnen mit Kreislaufkomplikationen ist dies aber durchaus beachtenswert. **OH**

Lin H, Li W: Effect of the menstrual cycle on circulation during combined spinal-epidural anaesthesia. BMC Anesthesiol 2018; 18(1): 109

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190842

Menstruation

Immer noch ein Tabuthema

Menstruationsbeschwerden führen bei fast der Hälfte aller betroffenen Frauen zu Einschränkungen der Alltagsaktivität und der Lebensqualität. Mit ihrem Arzt oder Familienangehörigen darüber sprechen wollen die meisten aber nicht.

Dies ergab die mit über 42.800 niederländischen Frauen bislang größte Querschnittsstudie zur Prävalenz von Menstruationsbeschwerden. Das Alter der Frauen lag zwischen 15 und 45 Jahren. Weniger als die Hälfte aller Frauen hatte aufgrund der menstruellen Symptomatik jemals einen Allgemeinarzt aufgesucht, einen Gynäkologen hatte sogar nur jede zehnte konsultiert. Dysmenorrhoen waren mit fast 85% das häufigste Symptom, gefolgt von psychischen Beschwerden (77%) und Müdigkeit (71%). Unter Rücken- und Kopfschmerzen sowie überdurchschnittlich starken Blutungen litt jede zweite Frau.

Bei fast 40% der Teilnehmerinnen führten die Menses zu einer eingeschränkten Alltagsaktivität, hauptsächlich aufgrund von Abdominal- und Kopfschmerzen. Psychische Beschwerden schienen in diesem Kontext eine untergeordnete Rolle zu spielen. Obwohl 22,4% der Frauen angaben, aufgrund der Beschwerden häusliche Aufgaben nicht erledigen zu können bzw. erst nach Einnahme eines Analgetikums (39,6%), teilte nur jede zweite Betroffene ihren Familienangehörigen mit, dass ihre Symptome menstruellen Ursprungs seien.

Diese Erkenntnis ist erstaunlich, wenn man bedenkt, dass besonders die Niederlande für einen offenen und liberalen Umgang mit sexuellen Themen bekannt sind. So scheint das Thema Menstruation auch in westlichen Gesellschaften noch immer ein Tabu darzustellen – und das sogar im familiären Umfeld. **RG**

Schoep ME et al.: The impact of menstrual symptoms on everyday life: ... Am J Obstet Gynecol 2019; Epub Mar 15; doi: 10.1016/j.ajog.2019.02.048

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190844

© GFI. Der Medizin-Verlag

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 **Gyn**Depesche **exklusiv, gratis und automatisch** zugesandt.

Abonnieren Sie jetzt die **Gyn**Depesche mit dem Coupon auf Seite 40 in diesem Heft oder schnell und komfortabel unter **www.gfi-online.de/abo**

Primäre Ovar-Insuffizienz

Östrogenmangel schadet dem Herzen

Die primäre Ovar-Insuffizienz, eine seltene Erkrankung, geht mit frühzeitiger Menopause einher. Das bedeutet Östrogenmangel in relativ jungen Jahren. Inwieweit wirkt er sich auf die kardiovaskuläre Morbidität aus?

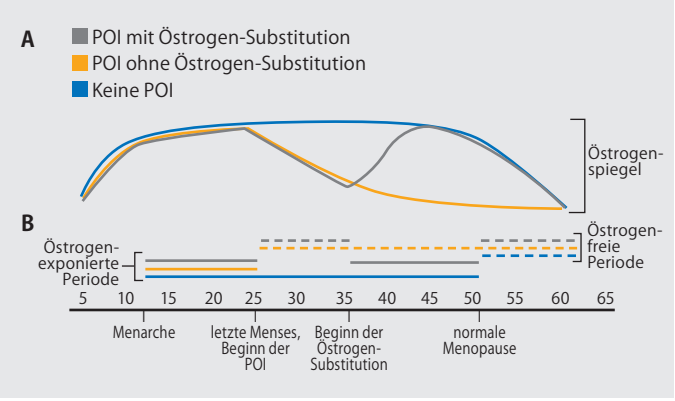


Abb. 1: Schematische Repräsentation des Östrogen-Spiegels, der Östrogen-freien Intervalle und der Hormon-Ersatztherapie bei Frauen mit und ohne POI

Eine primäre Ovar-Insuffizienz (POI) stellt die schwerste Form von früher Menopause dar. Sie ist durch eine verminderte Produktion gonadaler Steroide gekennzeichnet, verbunden mit unregelmäßigen Menses und einem Anstieg des FSH im Serum in frühen Jahren. Solchen Frauen drohen langfristig Gesundheitsprobleme wie Osteoporose, Frakturen, Depression und Angststörungen sowie kognitiver Abbau, aber auch eine Koronarsklerose. Das kardiovaskuläre Risiko dieser Frauen führt man auf ihren Östrogenmangel zurück. Deshalb substituiert man bei POI oft Östrogene, wenn auch längst nicht immer.

Den Folgen von Östrogenmangel bzw. dem Nutzen eines Hormonersatzes gingen Experten in einer zwischen 1996 und 2016 durchgeführten Querschnittsstudie nach. Eingeschlossen waren 385 Frauen mit POI, definiert anhand von Amenorrhoe und FSH-Werten > 40 U/l im Alter von < 40 Jahren. Eine Intervention gab es nicht. Die Dauer von Östrogenmangel im bisherigen Leben (sie lag im Mittel bei 3,1 Jahren) korrelierte positiv mit dem abgeschätzten Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse. Die Länge der Östrogen-Exposition (mittlerer Wert 19,3 Jahre) zeigte eine negative Korrelation. Das galt auch (erwartungsgemäß) für die Spiegel von LDL- und Non-HDL-Cholesterin. Die Ergebnisse unterstreichen, wie wichtig es ist, bei Frauen mit POI frühzeitig eine Östrogen-Substitution in die Wege zu leiten. Derzeit bekommt mehr als die Hälfte der jungen Frauen mit POI keine Hormone oder die Substitution setzt stark verzögert ein oder wird vorzeitig abgesetzt. **WE**

Christ JP et al.: Estrogen deprivation and cardiovascular disease risk in primary ovarian insufficiency. Fertil Steril 2018; 109: 594-600
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190814

Hypothalamische Amenorrhoe

Pulsatiles GnRH verhilft zum Nachwuchs

Wenn die pulsatile Abgabe von GnRH (Gonadotropin releasing hormone) zu weit zurückgeht, sind die Folgen ein Ausbleiben der Menses, Anovulation und Infertilität. Es gibt verschiedene Regime um das Defizit auszugleichen, mit mehr oder weniger Erfolg.

Die primäre hypothalamische Amenorrhoe basiert auf einer Unterentwicklung der GnRH-Sekretion. Bei der sekundären Form handelt es sich um eine neuroendokrine Störung ohne organischen Defekt, der ein Energiedefizit, Essstörungen, Stress und übertriebene körperliche Belastung zugrunde liegen können.

Bei Hypothalamus-Dysfunktion kann man mit hormonellen Maßnahmen gegen Anovulation und Infertilität vorgehen, z. B. mit FSH, um eine Follikelreifung zu induzieren, gefolgt von hCG oder LH zur Auslösung einer Ovulation. Eine Alternative ist die pulsatile Verabreichung von GnRH mittels einer Pumpe. Das Pulsmuster ahmt dabei die physiologische Ovar-Stimulation nach. Dies bewirkt eine physiologische Gonadotropin-Produktion seitens der Hypophyse und die Etablierung monofollikulärer Menstruationszyklen; das Risiko von Mehrlingsschwangerschaften und eines ovariellen Hyperstimulationssyndroms wird minimiert.

Experten aus Athen bezeichnen diese Methode als das Vorgehen der Wahl bei hypothalamischer Amenorrhoe. Dennoch wird sie eher selten praktiziert. Um ihren Nutzen zu belegen, werteten sie drei randomisierte klinische Studien und 32 Beobachtungsstudien mit zusammengenommen 1.002 Patientinnen mit hypothalamischer Amenorrhoe aus. Die Auswertung zeigte, dass die pulsatile Gabe von GnRH hohe Ovulationsraten induziert. Zu einem ovariellen Hyperstimulationssyndrom kam es selten und nur in leichter Ausprägung. Die Häufigkeit von Mehrlingsschwangerschaften war im Vergleich zur Normalbevölkerung geringfügig gesteigert. Intravenös verabreichtes GnRH war selten mit einer oberflächlichen Thrombophlebitis assoziiert.

Keine Empfehlung bei Anorexie

Vom Einsatz der Methode bei Frauen, deren Infertilität auf Anorexia nervosa beruht, raten die Griechen allerdings ab. Bei solchen Patientinnen treten geburtshilfliche Probleme und perinatale Morbidität vermehrt auf. Sie neigen zu postpartaler Depression und zu Rezidiven ihrer Erkrankung nach der Entbindung. Der BMI sollte ≥ 18,5 kg/m² betragen, wenn man eine Ovulationsinduktion in Betracht zieht.

Die Autoren schätzen nach ihren Daten die pulsatile GnRH-Gabe als eine gut verträgliche und erfolgreiche Methode ein, um den Menstruationszyklus wiederherzustellen. **WE**

REVIEW Tranoulis A et al.: Efficacy and safety of pulsatile gonadotropin-releasing hormone therapy among patients with idiopathic and functional hypothalamic amenorrhea ... Fertil Steril 2018; 109: 708-19
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190813

© GFI. Der Medizin-Verlag

NEU

Jetzt mit alpha-Lactalbumin

Für Frauen mit Kinderwunsch –
Nahrungsergänzungsmittel

JETZT NOCH EINE GANZE ECKE BESSER



CLAVELLA®
premium

Bei Kinderwunsch entspannter weiterkommen

- **alpha-Lactalbumin** fördert nachweislich die Aufnahme von myo-Inositol[1]
- **myo-Inositol** verbessert den regelmäßigen Eisprung und die Qualität der Eizellen[2,3,4,5]
- **Folsäure** unterstützt die Zellteilung, Embryonalentwicklung sowie das psychische Wohlbefinden und reduziert Müdigkeits- und Erschöpfungszustände[6,7,8]

1 Monastra G et al. Alpha-lactalbumin Effect on Myo-inositol Intestinal Absorption: In vivo and In vitro. Curr Drug Deliv. 2018;15(9):1305-11. **2** Papaleo E et al. Myo-inositol may improve oocyte quality in intracytoplasmic sperm injection cycles. A prospective, controlled, randomized trial. Fertil Steril. 2009 May;91(5):1750-4. **3** Papaleo E et al. Myo-inositol in patients with polycystic ovary syndrome: a novel method for ovulation induction. Gynecol Endocrinol. 2007 Dec;23(12):700-3. **4** Ciotta L et al. Effects of myo-inositol supplementation on oocyte's quality in PCOS patients: a double blind trial. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2011 May;15(5):509-14. **5** Genazzani AD. Inositol as putative integrative treatment for PCOS. Reprod Biomed Online. 2016 Dec;33(6):770-80. **6** EFSA Journal 2009;7(9):1213. **7** EFSA Journal 2010;8(10):1760. **8** EFSA Journal 2013;11(7):3328.

00638

aus2mach3.de

Exeltis Germany GmbH | Adalperostraße 84 | 85737 Ismaning | Deutschland
E-Mail: germany@exeltis.com | Web: www.exeltis.de | Telefon: +49 89 4520529-0 | Telefax: +49 89 4520529-99

Exeltis
Rethinking healthcare

„Successful Aging“

Sexualität beeinflusst Lebensqualität im Alter

Wer sich sein sexuelles Interesse erhält, hat offenbar höhere Chancen auf einen glücklichen Lebensabend. Das zeigt die Befragung eines Marktforschungsunternehmens.

Aus den Angaben von 2.461 60- bis 75-Jährigen entwickelten Wissenschaftler ein neues Modell für erfolgreiches Altern, das auf den drei Aspekten Zufriedenheit mit dem Leben, Fehlen von Depressionen und sozialer Einbindung beruht. Anders als frühere Modelle lenkt es den Fokus damit weg von medizinischen Kriterien. Die Teilnehmer gaben auch Auskunft darüber, in welchem Maß sich ihr Interesse an sexueller Aktivität und ihr Vergnügen daran in den letzten zehn Jahren verändert hatte.

Das Leben in einer Partnerschaft erwies sich als wichtigster Einflussfaktor für erfolgreiches Altern. Ein weiterer Faktor war ein geringerer Rückgang des sexuellen Interesses und Genusses. Dies galt in allen vier Ländern und für beide Geschlechter. Eine bessere allgemeine Gesundheit war ebenfalls förderlich, aber nur in geringem Ausmaß. Religiosität schien sich – anders als in früheren Studien – nicht positiv auszuwirken. Die Autoren betonten aber, dass der Effekt des Sexuallebens insgesamt nur relativ gering war. Es ist also auch bei nachlassendem sexuellen Interesse noch ein erfolgreiches Altern möglich. **CW**

Stulhofer A et al.: Successful aging and changes in sexual ... J Sex Med 2018; 15(10): 1393-1402

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190581



PCOS

Mehr Spaß am Sex mit Aerobic

Das polyzystische Ovarialsyndrom (PCOS) geht oft mit Übergewicht und metabolischem Syndrom einher. Auf beides wirkt sich körperliches Training positiv aus. Dazu kann es auch die Sexualfunktion verbessern.

An der Universität von São Paulo ließ man 69 Patientinnen mit PCOS entweder dreimal wöchentlich einen Aerobic-Kurs besuchen (entweder mit gleichmäßiger Bewegungsintensität oder nach der Intervallmethode) oder nicht. Vor und nach der 16-wöchigen Intervention wurde die Sexualfunktion mittels FSFI (Female Sexual Function Index) und eventuelle Symptome einer Angst- oder depressiven Erkrankung mit dem HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) bestimmt. In beiden Aerobic-Gruppen verbesserte sich der FSFI-Score signifikant: Bei kontinuierlicher Belastung stieg er um 1,8 Punkte, bei intermittierender um 3,9. Angst- und Depressionssymptome zeigten sich bei den sportlich aktiven Frauen unabhängig von der Trainingsmethode signifikant um etwa zwei Punkte verringert. Ihr Testosteronlevel ging ebenfalls zurück. Bei den Frauen, die nach der Intervallmethode trainierten, sank zudem die Waist-to-Hip-Ratio (WHR). Generell gilt das Intervalltraining als die effektivere Methode zur Verbesserung von kardiovaskulären Parametern und der psychischen Gesundheit. **CW**

Lopes IP et al.: Comparison of the effect of intermittent and continuous aerobic physical training ... J Sex Med 2018; 15(11): 1609-19

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190584

SYNOPSIS

Mit Cannabis zum Höhepunkt

Im Internet liest man oft, dass der Konsum von Cannabis das Sexualleben pushen soll. Wissenschaftlich untermauert wurde das jetzt durch eine Studie aus den USA.

Während einer gynäkologischen Routineuntersuchung gaben 373 Frauen in St. Louis (Missouri) anonym Auskunft über ihren Marihuana-Konsum und dessen Auswirkungen auf ihr Sexualleben. Knapp die Hälfte gab an, zumindest gelegentlich Cannabis zu rauchen, und 34% taten dies vor dem Geschlechtsverkehr.

Die meisten Frauen berichteten von gesteigertem Verlangen, besseren Orgasmen und geringeren Schmerzen durch Cannabis. Die Lubrikation blieb weitgehend unbeeinflusst. Statistisch verdoppelte der regelmäßige Cannabiskonsum die Chance, einen befriedigenden Höhepunkt zu erleben. Dies galt unabhängig vom Alter und von der Hautfarbe – und sowohl für Frauen, die gezielt vor dem Sex kifften, als auch für die, die lieber zu anderen Gelegenheiten rauchten.

Welcher genaue Mechanismus dahinter steckt, ist unklar. Man weiß aber, dass sich im Hypothalamus Cannabinoid-Rezeptoren befinden, die die Ausschüttung von GnRH und Oxytocin regulieren. Auch ein Effekt auf den Testosteronspiegel ist belegt. Zudem wird durch die Aktivierung von Cannabinoid-Rezeptoren die Freisetzung von Dopamin gesteigert. **CW**

Lynn BK et al.: The relationship between marijuana use prior to sex and sexual function in women. Sex Med 2019; Epub Mar 1; doi: 10.1016/j.esxm.2019.01.003

Infos: www.gyn-depesche.de/190585

Foto: yourphototoday

© GFI. Der Medizin-Verlag

Adipositas

Thromboserisiko steigt mit dem Gewicht

Dass Adipositas ein Risikofaktor für eine schwangerschaftsassoziierte venöse Thromboembolie (VTE) ist, wusste man bereits. Eine große US-amerikanische Kohortenstudie belegt jetzt, dass die Höhe dieses Risikos unabhängig von anderen Faktoren proportional mit dem BMI steigt.

Aus Klinikregistern des Staates Kalifornien gingen die Daten von fast 2,5 Millionen Entbindungen hervor. Die Frauen wurden anhand ihres präkonzeptionellen BMI in sechs Gruppen eingeteilt: mit Untergewicht (< 18,5 kg/m^2), Normalgewicht (18,5 - 24,9 kg/m^2), Übergewicht (25 - 29,9 kg/m^2), Adipositas Klasse I (30 - 34,9 kg/m^2), Adipositas Klasse II (35 - 39,9 kg/m^2) und Adipositas Klasse III (≥ 40 kg/m^2). Bei 0,04 % von ihnen wurde eine VTE-Diagnose vor der Entbindung verzeichnet, bei weiteren 0,04 % innerhalb von neun Monaten danach. In 0,01 % der Fälle kam es zu einer VTE während des Klinikaufenthalts anlässlich der Entbindung.

Sowohl während der Schwangerschaft als auch danach stieg die Prävalenz einer VTE mit zunehmendem BMI an: von 0,02 % bei Untergewichtigen bis auf 0,11 % (präpartal) bzw. 0,13 % (postpartal) bei extrem fettleibigen Frauen. Im Vergleich zu normalgewichtigen Frauen wiesen die übergewichtigen insgesamt ein um etwa ein Viertel höheres VTE-Risiko auf. Bei Adipositas Klasse III kletterte es sogar auf rund das Dreifache. Mögliche Störfaktoren wie Patientinnenalter, Nikotinkonsum und Parität waren dabei bereits berücksichtigt. In der Gruppe der geburtsassoziierten VTE-Fälle fand sich kein Zusammenhang mit dem BMI.



Beim VTE-Risiko zählt jedes Kilo!

Nach Ansicht der Studienautoren sollte man aufgrund ihrer Ergebnisse eine Klasse-III-Adipositas als einen unabhängigen Risikofaktor für eine schwangerschaftsassoziierte VTE werten und bei Klinikaufenthalten entsprechend eine Thromboseprophylaxe in diesem Klientel veranlassen. **CW**

KOHORTENSTUDIE Butwick AJ et al.: Prepregnancy maternal body mass index and venous thromboembolism: a population-based cohort study. BJOG 2019; 126: 581-8

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190592

Foto: hdominguez474 - fotolia.com

utrogest®
Perle der Natur



200 mg



Natürliches Progesteron mit der Vielfalt von Utrogest®

DR. KADE/BESINS Pharma GmbH, Berlin
Utrogest 100 mg / 200 mg Weichkapseln. Wirkstoff: Progesteron (mikronisiert). Verschreibungspflichtig. **Zus.:** 1 Weichkapsel enthält 100 mg bzw. 200 mg Progesteron (mikronisiert). Sonst. Bestandt.: Gelatine, Glycerol, Phospholipide aus Sojabohnen, raffiniertes Sonnenblumenöl, Titandioxid (E 171). **Anw.:** Zyklusstörungen, die durch Progesteron-Insuffizienz verursacht werden, insb. Unregelmäßigkeiten im Menstruationszyklus, Zusatztherapie im Rahmen einer Estrogensubstitution in der Menopause bei Frauen mit intaktem Uterus. Utrogest kann nicht als Kontrazeptivum angewendet werden. **Gegenanz.:** Ungeklärte Vaginalblutungen; schwere Leberfunktionsstörungen, Lebertumoren; maligne Tumoren der Brust/Genitalorgane; frühere od. bestehende thromboembolische Erkrankungen; Hirnblutungen; Porphyrie; Überempfindlichkeit gegenüber Progesteron, Soja, Erdnuss od. sonstigen Bestandteilen. **Nebenw.:** Änderungen im Menstruationszyklus, Amenorrhoe, Zwischenblutungen, Kopfschmerzen, Mastodynie, Schläfrigkeit, vorübergeh. Schwindelgefühl, Erbrechen, Durchfall, Verstopfung, cholestat. Gelbsucht, Pruritus, Akne, Übelkeit, Depression, Urtikaria, Chloasma. Weitere unerwünschte Arzneimittelwirkungen im Zusammenhang mit einer Estrogen/Gestagen-Behandlung: Estrogenabhängiger benigner oder maligner Tumor, z. B. Endometriumkarzinom. Venöse Thromboembolien, d. h. Thrombose der tiefen Bein- bzw. Beckenvenen, Lungenembolie (bei Anwenderinnen einer HRT häufiger als bei Nicht-Anwenderinnen), Myokardinfarkt, Schlaganfall, Erkrankungen der Gallenblase, Erythema multiforme, Erythema nodosum, vaskuläre Purpura. Wahrscheinliche Demenz. Ausführliche Informationen zu Nebenw. einer kombinierten Anwendung von Estrogenen u. Gestagenen zur postmenopausalen Hormontherapie s. Fachinfo. der entspr. Estrogen-haltigen Arzneimittel. Weit. Hinw. s. Fach- und Gebrauchsinfo. Stand: 05/2017

DR. KADE BESINS

Schwangerenbetreuung

Wenn Ängste überhand nehmen

Ängste sind bei Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen ein häufiges Symptom. Bei einem Teil der Betroffenen liegt eine manifeste Angststörung vor. Da ausgeprägte Ängste das Risiko für Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen sowie für kindliche Entwicklungsstörungen erhöhen, bedürfen sie einer fachgerechten Diagnostik und Therapie.

Die Prävalenz der generalisierten Angststörung während der Schwangerschaft beziffern Studien aus den USA auf 8,5 %, unter erheblichen Angstsymptomen leiden 13 bis 21 % aller Schwangeren und elf bis 17 % aller Wöchnerinnen. Es gibt jedoch nur wenige Studien zur Diagnostik und Therapie peripartaler Angststörungen.

Schuldgefühle, Sorgen, Panik?

Ängste können sich als Sorgen, Panik, physische Unruhe, somatoforme Beschwerden, Grübeln und Zwangsgedanken, übersteigerte Schuldgefühle oder Selbstkritik sowie als emotionale Ambivalenz oder Entscheidungsscheu äußern. Als standardisiertes Instrument zum Screening auf peripartale Angststörungen sind die Fragen 3 bis 5 der Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) geeignet.

Eine zwanghafte Komponente kann bei Frauen vorliegen, die sich exzessive Sorgen machen, sie könnten ihrem Kind versehentlich Schaden zufügen. Häufig wird dies von einer angespannten Wachsamkeit und häufiger Rückversicherung bei Familie und Behandelnden begleitet. Aus Angst vermeiden manche Mütter nach der Entbindung sogar den Kontakt mit dem Kind.

Eine ängstlich-zwanghafte Symptomatik ist gegenüber Symptomen einer perinatalen Psychose abzugrenzen. Ein Warnsignal für letztere sind Infantizid-Gedanken. Bei Zwangsgedanken oder -handlungen ist sich die Betroffene bewusst, dass diese irrational sind, erlebt sie als extrem lästig und gibt sich oft große Mühe, diese nicht auszuagieren. Menschen mit Psychose sind dagegen überzeugt, dass ihr Denken und Handeln rational begründet sind und ihre Warnehmung der Realität entspricht.

Somatische Differenzialdiagnosen, die mit Angstsymptomen einhergehen können, sind abzuklären. Dazu zählen u.a. endokrine Störungen wie Hyperthyreose, Anämie oder Präeklampsie.

Psychotherapie ist erste Wahl

Allgemeine Maßnahmen zur Förderung des Wohlbefindens während der Schwangerschaft und Stillzeit sind ausreichend erholsamer Schlaf, regelmäßige körperliche Aktivität, gesunde Ernährung und die Pflege sozialer Kontakte. Auch Akupunktur, Massage, Entspannungstechniken und Yoga können in der Behandlung perinataler Ängste hilfreich sein. Allerdings reicht die Datenlage zu diesen Verfahren nicht aus, um sie als primäre Behandlung zu empfehlen.



Manchen Frauen raubt der Gedanke an die Mutterschaft den Schlaf

Psychotherapie ist die Behandlung erster Wahl bei leichter bis mittelschwerer perinataler Angst. Bei Frauen mit mittelschwerer bis schwer ausgeprägter Angst raten US-amerikanische Fachgesellschaften zu einer Kombination aus Psycho- und Pharmakotherapie. Zu den nachweislich bei perinataler Angst wirksamen psychotherapeutischen Verfahren zählen kognitive Verhaltenstherapie, interpersonelle Therapie, Verhaltenstherapie und Achtsamkeitsbasierte Verfahren.

Nutzen-Risikoabwägung bei Medikamenten

Bei der Indikationsstellung für eine medikamentöse Therapie in der Schwangerschaft und Stillzeit sind die potenziellen Risiken für Mutter und Kind abzuwägen, die mit der Wirkstoffexposition zum einen und mit einer unzureichend behandelten Angststörung zum anderen einhergehen.

Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) sind Mittel der ersten Wahl. Die Fehlgeburten- und Totgeburtenrate scheint durch SSRI nicht beeinflusst zu werden, es gibt jedoch Hinweise auf ein leicht erhöhtes Risiko für spätere Frühgeburten, Schwangerschaftshypertonie und möglicherweise auch perinatale Blutungen. Mit einer erhöhten Rate kongenitaler Fehlbildungen sind SSRI nicht assoziiert. Aufgrund von Hinweisen auf ein leicht erhöhtes Risiko für kardiale Fehlbildungen unter Paroxetin sollte man diese Substanz im ersten Trimester meiden.

Bei schweren Angststörungen, die die pränatale Versorgung oder den Schlaf beeinträchtigen, kann eine anxiolytische Begleitmedikation angezeigt sein. Bei Frauen ohne erhöhtes Risiko für Substanzmissbrauch kommt dafür i.d.R. die temporäre Gabe eines Benzodiazepins infrage. **TH**

REVIEW Thorsness KR et al.: Perinatal anxiety: approach to diagnosis and management in the obstetric setting. Am J Obstet Gynecol 2018; 219: 326-45

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190594

Frage 1: Peripartale Angststörungen

- ☐ **A** wirken sich auf das Kind nicht aus
- ☐ **B** sind gleich der perinatalen Psychose
- ☐ **C** betreffen 31 % aller Schwangeren
- ☐ **D** betreffen 3 % aller Wöchnerinnen
- ☐ **E** keine Antwort trifft zu

Frage 2: Die Behandlung

- ☐ **A** mit SSRI ist kontraindiziert
- ☐ **B** mit Akupunktur kann hilfreich sein
- ☐ **C** beschränkt sich auf Medikamente
- ☐ **D** mit Anxiolytika ist der Regelfall
- ☐ **E** erfolgt stets mit Paroxetin

Bitte vermerken Sie Ihre Antworten auf Seite 43 im Heft oder unter www.gyn-depesche.de/cme.

Foto: yourphototoday

© GFI. Der Medizin-Verlag

FÜR IHRE PATIENTINNEN MIT HR+, HER2-, NODAL-NEGATIVEM, INVASIVEM BRUSTKREBS IM FRÜHSTADIUM

Es war noch nie so eindeutig

TAILORx etabliert den Oncotype DX® Test als definitiven Behandlungsstandard[1-5]

Vorhersage des wahrscheinlichen Chemotherapienutzens[1-5]



NEIN
CHEMOTHERAPIE

JA
CHEMOTHERAPIE

Referenzen:
1. Sparano et al. *N Engl J Med.* 2015.
2. Sparano et al. *N Engl J Med.* 2018.
3. Sparano et al. ASCO 2018.
4. Paik et al. *J Clin Oncol.* 2006.
5. Geyer et al. *npj Breast Cancer*. 2018.

HER2-=Human-Epidermal-Growth-Factor-Receptor-2-negativ; HR+=Hormonrezeptor-positiv; TAILORx=Trial Assigning Individualized Options for Treatment (Rx).

Genomic Health, Oncotype DX Breast Recurrence Score, Oncotype DX, Oncotype IQ, Genomic Intelligence Platform und Making cancer care smarter sind Warenzeichen oder eingetragene Warenzeichen von Genomic Health, Inc.
© 2019 Genomic Health, Alle Rechte vorbehalten.
GHII11519_1218_DE_D

oncotype DX®
Breast Recurrence Score

Making cancer care smarter.™

oncotype IQ®
Genomic Intelligence Platform

Genomic Health®
LIFE. CHANGING.

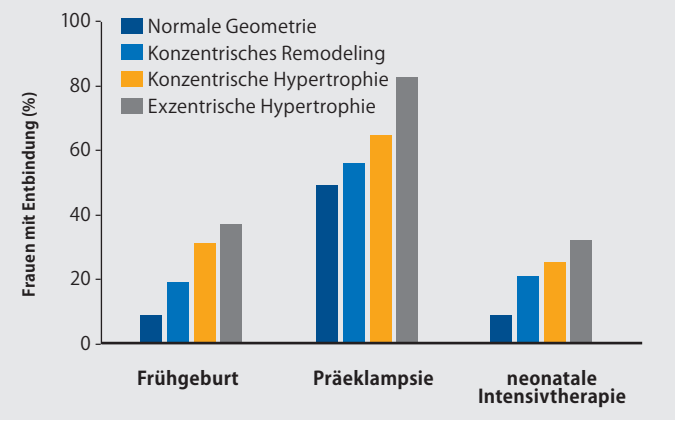


Abb. 1: Abnormes kardiales Remodeling in Assoziation mit perinatalem Outcome

Ungünstige Entwicklung des Kindes

Maternale Hypertonie ist ein Risiko

In den USA weisen etwa 7 % aller Frauen im fertilen Alter eine Hypertonie auf. Darunter leiden Herz und Nieren, im Falle einer Schwangerschaft aber auch der Fetus. Das gilt unter Umständen auch dann, wenn der Hochdruck behandelt wird.

Kardiovaskuläre Erkrankungen erhöhen die Müttersterblichkeit und beeinflussen das perinatale Outcome. Dazu wiederum tragen Abruptio placentae, Präeklampsie und Apoplexie bei. Hinter diesen Komplikationen stecken Hypertonie-bedingte Schäden von Herz und Nieren. Eine Arbeitsgruppe aus Texas hatte früher schon gezeigt, dass es bei Frauen mit Proteinurie oder linksventrikulärer Hypertrophie vermehrt zu Präeklampsie und Frühgeburten kommt. Dieselben Autoren gingen der Problematik nun in einer neuen Studie nach, in der sie für die Charakterisierung von kardialem Remodeling die aktuellen Kriterien der American Society of Echocardiography verwendeten, inklusive linksventrikulärem Masse-Index und relativer Wanddicke.

Eingeschlossen waren 314 Schwangere mit behandelter Hypertonie. Eine Echokardiographie war in der ersten Hälfte der Schwangerschaft (im Mittel SSW 17,9) vorgenommen worden. Ein abnormes kardiales Remodeling registrierte man bei 51 % der Teilnehmerinnen; damit korrelierte eine erhöhte Rate von Präeklampsie, Frühgeburten, kleinen Babys und neonataler Intensivtherapie (Differenzen signifikant).

Da die Herzechos in der Frühschwangerschaft erhoben worden waren, kann man davon ausgehen, dass ein hypertoniebedingtes pathologisches Remodeling schon vor der Gravidität bestanden hatte. Dass es sich bei den Fällen von exzentrischer linksventrikulärer Hypertrophie um eine physiologische Adaption an die Schwangerschaft handelte, ist weniger wahrscheinlich. Die Ejektionsfraktion ist davon in der Regel nicht tangiert, wohl aber die Prognose von Mutter und Kind.

Unbekannt ist, ob es bei den Frauen mit den vorbestehenden Herzanomalien in der Schwangerschaft zu einer weiteren Verschlechterung kommt und ob sie sich postpartal zurückbilden. Man weiß auch nicht, ob die aufgepfropfte Herzhypertrophie permanente Risiken nach sich zieht. Es bedarf also an weiteren Studien, um mit geeigneten Gegenmaßnahmen die perinatale Versorgung verbessern zu können. **WE**

Ambia AM et al.: Perinatal outcomes associated with abnormal cardiac remodeling ... Am J Obstet Gynecol 2018; 218: 519.e1-7
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190767

Vaginalmykose

Topische Azole auch im ersten Trimenon sicher

Wegen einer möglichen teratogenen Wirkung sollten Azol-Antimykotika bei vulvovaginalen Kandidosen im ersten Schwangerschaftsdrittel nur zurückhaltend eingesetzt werden. Eine israelische Kohortenstudie gibt nun jedoch Entwarnung.

In einer Klinik in Beer-Sheva (Israel) wertete man die Daten von rund 100.000 Geburten und induzierten Aborten aus. Im ersten Trimenon hatten 1,96 % der Mütter Clotrimazol und 0,31 % Miconazol erhalten, jeweils in Form von Vaginaltabletten. Größere fetale Fehlbildungen traten bei 6,7 % der Clotrimazol- und 8,9 % der Miconazol-exponierten Schwangerschaften auf. In der nicht exponierten Vergleichsgruppe war dies bei 6,0 % der Fall. Die meisten Malformationen waren kardiovaskulärer oder muskuloskelettaler Art. Bei der Auswertung wurden potenzielle andere Einflussfaktoren wie das maternale Alter, Diabetes oder Nikotinkonsum berücksichtigt.

Weder für Fehlbildungen spezifischer Organsysteme noch für die Gesamtrate ergab sich eine Assoziation mit der Clotrimazol-Administration. Nach der Anwendung von Miconazol im ersten Trimenon stieg das Risiko für muskuloskelettale Malformationen dagegen auf das Doppelte. Der Effekt erwies sich jedoch als nicht dosisabhängig. Beim sogenannten Propensity Score Matching, bei dem den 311 Miconazol-exponierten Schwangerschaften 8.163 nicht exponierte mit ähnlichen Charakteristika gegenübergestellt wurden, verschwand die statistische Signifikanz der Assoziation mit dem Fehlbildungsrisiko.

Die Autoren gehen daher davon aus, dass topische Azol-Antimykotika auch bei einer Anwendung in der Frühschwangerschaft keine teratogene Wirkung haben. Angesichts der hohen Prävalenz von Vaginalmykosen in der Gravidität und der weit verbreiteten Selbstmedikation entsprechender Präparate erscheint dies von hoher klinischer Bedeutung. **CW**

KOHORTENSTUDIE Rotem R et al.: Risk of major congenital malformations following first-trimester exposure to vaginal azoles used for treating vulvovaginal candidiasis: a population-based retrospective cohort study. BJOG 2018; 125: 1550-6
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190575

© GFI. Der Medizin-Verlag

G-PUNKT GEFUNDEN

Wo sich der nach dem Gynäkologen Ernst Gräfenberg benannte Punkt höchster weiblicher Lust genau befindet, lesen Sie in unserem neuen Supplement



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

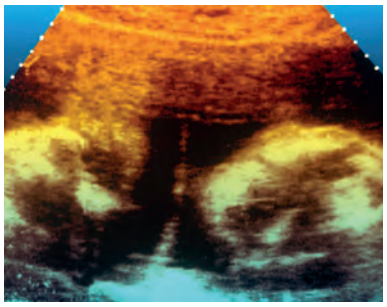
Abonnieren Sie jetzt die **Gyn**Depesche mit dem Coupon auf Seite 40 in diesem Heft oder schnell und komfortabel unter **www.gfi-online.de/abo**

Zwillingsschwangerschaft

Junge und Mädchen – trotzdem nur ein Chorion?

Die sonographische Diagnose der Chorionizität und Amnionizität in Mehrlingsschwangerschaften ist der Schlüssel zu deren erfolgreichem Management. Welche Fallstricke dabei lauern können, fassten Gynäkologen der Chinesischen Universität Hong Kong zusammen.

Die Chorionizität ist der wichtigste prognostische Faktor einer Zwillingsschwangerschaft. Bei monochorionischen Gemini besteht ein Risiko für fetofetales Transfusionssyndrom, Anämie-Polyzythämie-Sequenz und selektive intrauterine Wachstumsrestriktion. Die fetale Mortalität vor der 24. SSW ist fast zehnmal so hoch wie bei dichorionischen Zwillingen, die perinatale Mortalität etwa doppelt so hoch. Am größten ist das Komplikationsrisiko bei monoamniotischen Zwillingen.



Das Ultraschall-Bild kann täuschen

Mono- oder dichorionisch?

In der Regel eindeutige Zeichen für dichorionische Zwillinge sind unterschiedliche Geschlechter, zwei getrennte Plazenten, eine dicke, echogene Trennwand oder zwei Fruchtblasen (< 10. SSW). Bei einer gemeinsamen Plazenta spricht der Nachweis des Lambda- oder „Twin Peak"-Zeichens (keilförmiger Ausläufer des Plazentagewebes) in der 10. bis 14. SSW für Dichorionizität, das T-Zeichen dagegen für Monochorionizität. Von monoamniotischen Zwillingen muss man ausgehen, wenn sich keine trennende Amnionmembran darstellen lässt. Vorher lässt sich die Amnionizität durch den Nachweis der Zahl der Dottersäcke bestimmen.

Anhand dieser Kriterien können Chorionizität und Amnionizität im ersten Trimenon mit einer Genauigkeit von 95 bis 100 % vorausgesagt werden. Mit zunehmendem Gestationsalter steigt das Risiko einer Fehlklassifizierung.

Geschlechtsdiskordanz wertet man im Allgemeinen als 100%-igen Beweis für dizygote und infolgedessen auch dichorionische Zwillinge. Es kann es auch bei monozygoten oder monochorionischen Feten vorkommen, z. B. aufgrund einer postzygotisch entstandenen Aneuploidie der Geschlechtschromosomen wie dem Verlust eines Y-Chromosoms bei einem Zwilling (Turner-Syndrom). Einzelgendefekte können zu urogenitalen Fehlbildungen und einer Fehldiagnose des Geschlechts führen, ebenso wie selektive fetale Wachstumsrestriktion. Beschrieben wurden auch Fälle, in denen dizygote Zwillinge eine monochorionische Plazenta gebildet hatten.

Variables Bild der Plazenta

Auch dass bei zwei Plazenten immer auch zwei Chorien vorhanden sind, stimmt nicht immer. Bei etwa 3 % aller monochorionischen Zwillingsschwangerschaften findet man eine zweigeteilte Plazenta, die im Ultraschallbild als zwei komplett getrennte Gebilde erscheinen kann. Aufgrund von Gefäßverbindungen kann es dennoch zu Komplikationen wie einem fetofetalen Transfusionssyndrom kommen.

Die Trennwand zwischen dichorionischen Zwillingen besteht aus vier Eihäuten und erscheint im Ultraschall dicker als die von monochorionischen. Der Unterschied wird nach dem ersten Trimenon allerdings geringer. In manchen Fällen können intrauterine Synechien zur Fehleinschätzung der Trennwanddicke führen. Eine Analyse der fetalen DNA im mütterlichen Blut kann in Zweifelsfällen die Zygosität ermitteln. Ergibt diese Monozygotie, bleibt die Chorionizität jedoch weiter unklar.

Ist keine Trennwand darstellbar, müssen die Feten dennoch nicht zwingend monoamniotisch sein. Insbesondere in der Frühschwangerschaft lässt sich das dünne Septum bei monochorionischen Zwillingen manchmal schlecht erkennen. Bei schwerem fetofetalen Transfusionssyndrom kommt es vor, dass die Amnionmembran des Donors kollabiert. Spontane oder iatrogene Rupturen können ebenfalls auftreten und zu dem Fehlschluss auf eine monoamniotische Schwangerschaft führen. Auch die Zahl der Dottersäcke ist kein 100% verlässliches Kriterium für die Amnionizität. **CW**

REVIEW Lu J et al.: Pitfalls in assessing chorioamnionicity ... Am J Obstet Gynecol 2018; 219: 242-54
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190586

LAMBDA- UND T-ZEICHEN NICHT IMMER EINDEUTIG

Haben beide Zwillinge das gleiche Geschlecht und teilen sich eine Plazenta, gelten Lambda- bzw. T-Zeichen als das wichtigste Unterscheidungskriterium für die Chorionizität. Allerdings verschwindet das Lambda-Zeichen bei etwa 7 % aller dichorionischen Schwangerschaften bis zur 20. SSW, was zu falsch-negativen Befunden führen kann. Ein falsch-positives Lambda-Zeichen kann auftreten, wenn an der Insertionsstelle der Membranen ein Hämatom oder ein zurückgebildeter Dottersack liegt. In der Literatur wurden auch Fälle von partiell monochorionischen und partiell dichorionischen Zwillingen beschrieben, bei denen sowohl T- als auch Lambda-Zeichen darstellbar waren.

Frage 3: Welches Ultraschallkriterium schließt Monochorionizität bei Zwillingen 100%-ig aus?

- ☐ **A** Gleichgeschlechtlichkeit
- ☐ **B** Getrenntgeschlechtlichkeit
- ☐ **C** dicke Trennwand
- ☐ **D** zwei Plazenten
- ☐ **E** nichts davon

Frage 4: Das Lambda-Zeichen

- ☐ **A** spricht für Monochorionizität
- ☐ **B** spricht für Monoamnionizität
- ☐ **C** kann nach dem ersten Trimenon verschwinden
- ☐ **D** tritt bei zwei Plazenten auf
- ☐ **E** ist ein Hinweis auf ein fetofetales Transfusionssyndrom

Bitte vermerken Sie Ihre Antworten auf Seite 43 im Heft oder unter www.gyn-depesche.de/cme.

Foto: yourphototoday

© GFI. Der Medizin-Verlag

Fetales Wachstum

Es kommt nicht nur auf die Größe an

Eine Herausforderung bei der Beurteilung des fetalen Wachstums ist die Unterscheidung zwischen einer konstitutionellen Abweichung von der „normalen" Größe und einer pathologischen Wachstumsrestriktion.

Bei Messungen der Fetus-Größe orientiert man sich üblicherweise an Kurven, die diese mit dem Alter korrelieren, wobei ein Bereich zwischen der zehnten und der 90. Perzentile als angemessen für das Gestationsalter angesehen wird. Um die Wachstumsgeschwindigkeit zu beurteilen, braucht man aber mindestens zwei Messungen in zeitlichem Abstand. Die Wachstumsrate zu wissen, gibt höchstwahrscheinlich bessere Auskunft über die fetale Entwicklung als ein einzelnes Größenmaß. Referenzwerte dafür gibt es bisher allerdings nicht.

Eine amerikanische Arbeitsgruppe sammelte nun im Rahmen einer prospektiven Studie, an der sich zwölf US-Zentren beteiligten, zwischen 2009 und 2013 Daten von 1.733 nicht adipösen Schwangeren mit niedrigem Risiko, die ein Einzelkind erwarteten. Mittels Ultraschall wurden biparietaler Kopfdurchmesser, Kopfumfang, Bauchumfang und Femurlänge des Fetus gemessen und dessen Gewicht berechnet. Perzentilen der Wachstumsgeschwindigkeit ermittelte man auf zwei Arten: anhand von zwei Messungen im Abstand von einer Woche (wöchentliche Wachstumsrate) und anhand von zwei Sono-Messungen in angemessenem Abstand zweier Punkte des Gestationsalters (für ein Messinstrument des Parameters).

Früher Wachstumsschub

Es zeigte sich, dass das fetale Wachstum nicht linear verläuft. Typisch war ein beschleunigtes Wachstum der meisten Parameter früh in der Schwangerschaft, mit Gipfeln in der 13. bis 16. SSW. Bei einigen Parametern manifestierten sich auch spätere Wachstumsschübe. Die Geschwindigkeit des errechneten fetalen Gewichts hatte einen Peak rund um die 35. SSW. Die Zunahme des Gewichts korrelierte nur wenig mit der fetalen Größe.

Wachstumsformel

Basierend auf ihren Messungen haben die Autoren eine mathematische Formel entwickelt, mit dem sich die fetale Wachstumsgeschwindigkeit anhand von Messungen zu zwei beliebigen Zeitpunkten errechnen lässt. Weitere Forschungen sollen zeigen, ob man anhand von Geschwindigkeits-Perzentilen im anomalen Bereich Feten und Neugeborene identifizieren kann, bei denen ein erhöhtes Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko besteht. **WE**

Grantz KL et al.: Fetal growth velocity: the NICHD fetal growth studies. Am J Obstet Gynecol 2018; 285.e1-36

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190766

DGPM 2019

Vorprogramm und Abstracteinreichung online
Abstract-Deadline: 15. Juni 2019



29. KONGRESS der Deutschen Gesellschaft für
PERINATALE MEDIZIN

28.–30. November 2019 I BERLIN

„Hinterm Horizont geht's weiter, zusammen sind wir stark"

www.dgpm-kongress.de

Sectio

An die Folgen denken!

Kein Zweifel: Ein Kaiserschnitt kann Leben retten. Immer häufiger wird er aber auch ohne medizinische Indikation durchgeführt. Im *Lancet* geben Wissenschaftler einen Überblick über die kurz- und langfristigen Konsequenzen für die Gesundheit von Mutter und Kind.



Eine Sectio erlebt das Kind ganz anders als eine vaginale Geburt

De Sectiorate hat sich von 12,1 % im Jahr 2000 auf 21,1 % 15 Jahre später fast verdoppelt. 6,2 Millionen Kaiserschnitte jährlich sind medizinisch unnötig, schätzt die WHO. Ob eine elektive Sectio die maternale Mortalität erhöht, ist nicht eindeutig belegt. Zwar sprach ein Review in einkommensstarken Ländern für eine steigende Sterblichkeit bei wiederholten Kaiserschnitten im Vergleich zur vaginalen Entbindung – in einer großen chinesischen Querschnittstudie fand sich jedoch kein Zusammenhang. Eine intrapartale Notfall-Sectio ging dagegen in mehreren Studien mit einer höheren Zahl von Todesfällen einher. Auch in Folgeschwangerschaften nach einer Sectio stieg die maternale Mortalität.

Es drohen akute Komplikationen

Schwere maternale Akutkomplikationen wie Hämorrhagien, Uterusrupturen, Beatmungspflicht, Nierenversagen oder Herzstillstand treten nach einem Kaiserschnitt signifikant häufiger auf. Im Vergleich zur geplanten vaginalen Geburt stieg die Rate in einer Studie aus Kanada auf das Dreifache, in einer niederländischen Studie sogar auf bis das Fünffache.

Vor- und Nachteile der Sectio

Die Auswirkungen einer Sectio auf die maternale Morbidität sind ebenfalls gut belegt. Im Vergleich zu einer geplanten vaginalen Geburt ist eine elektive Sectio mit einem längeren Krankenhausaufenthalt, einem erhöhten Risiko einer Hysterektomie aufgrund postpartaler Blutungen und einem höheren Risiko eines Herzstillstands assoziiert. Auf der anderen Seite sinkt das Risiko für vaginale Verletzungen, abdominale und perineale Schmerzen bis drei Tage post partum, frühe postpartale Blutungen sowie geburtshilfliche Schocks. Langfristig geht die Sectio auch mit einem geringeren Risiko für Harninkontinenz und Beckenorgansenkung einher. Die Prävalenz von Adhäsionen und Dünndarmobstruktionen ist dagegen umso höher, je mehr Schnittentbindungen bei den Frauen bereits stattfanden.

Risiko bei Folgeschwangerschaft

Signifikant erhöht ist die Komplikationsrate auch in darauffolgenden Schwangerschaften. Nach einer vorangegangenen Sectio steigt das Risiko einer Uterusruptur, Plazentainvasionsstörung oder schweren postpartalen Hämorrhagie. Besonders hoch ist es, wenn bis zur nächsten Konzeption weniger als sechs Monate vergehen. Eine Weheninduktion, insbesondere mit Prostaglandinen, lässt das Risiko einer Uterusruptur weiter wachsen. In einer niederländischen Studie berechnete sich die Wahrscheinlichkeit einer Hysterektomie aufgrund von Plazentationsstörungen auf 1:25.000 ohne Kaiserschnitt, 1:500 bei einem vorangegangenen Kaiserschnitt und 1:20 bei drei oder mehr früheren Sectiones. Auch die Inzidenz von Blutungen, Transfusionen, Adhäsionen und intraoperativen Verletzungen stieg mit zunehmender Zahl von Kaiserschnitten an. Das Risiko einer Tot- oder Frühgeburt ist ebenfalls höher.

Fehlender Geburtsprozess

Kinder, die per Kaiserschnitt zur Welt kommen, sind anderen hormonellen, physikalischen, mikrobiologischen und medizinischen Einflüssen ausgesetzt als bei einer vaginalen Geburt. Das kann sich auf die physiologische Entwicklung auswirken. Beschrieben wurden Veränderungen der immunologischen Kompetenz, ein erhöhtes Asthma- und Allergierisiko und ein reduziertes Darm-Mikrobiom. Inwieweit diese Effekte über die frühe Kindheit hinaus bestehen, ist weniger gut untersucht. Studien fanden Assoziationen einer Schnittgeburt mit Adipositas, erhöhtem Blutdruck, Typ-1-Diabetes, Leberfunktionsstörungen, neurologischen Problemen und autoimmunen Darmerkrankungen, nicht aber mit ADHS. Bei einer elektiven Sectio vor der 39. SSW zeigte sich in zwei Studien ein höheres Risiko für respiratorische Komplikationen und Hypoglykämie.

Mikrobiom, Mechanik, Epigenetik

Eine wichtige Rolle scheint dabei der reduzierte Kontakt mit dem maternalen Mikrobiom bei der Sectio zu spielen. Er beeinflusst die mikrobielle Kolonisation des Darms und der Haut in den ersten Lebenswochen und wirkt sich so auf die Entwicklung des Immunsystems aus. In Studien fanden sich Hinweise, dass dieser Effekt bis ins Erwachsenenalter anhalten kann. Die peripartale Exposition mit Antibiotika leistet ebenfalls ihren Beitrag zu einer veränderten Darmflora.

Zudem ist das Baby bei einer Sectio geringeren mechanischen Kräften und mütterlichen Stresshormonspiegeln ausgesetzt. Dadurch fehlt möglicherweise ein wichtiger Stimulus zur Ausbildung der Hypothalamus-Hypophysen-Achse und zur Reifung des Immunsystems. Einer dritten Hypothese zufolge führen unterschiedliche Entbindungsarten zu unterschiedlichen epigenetischen Modifikationen der Genexpression. Für diese Theorie spricht, dass die Stammzellen bei Kaiserschnitt-Kindern einen höheren Methylie-

Foto: yourphototoday

© GFI. Der Medizin-Verlag

rungsgrad aufweisen als nach einer vaginalen Geburt.

Was kann man tun?

Genauere Erkenntnisse darüber, welche Faktoren bei der Entbindung von Bedeutung für die Entwicklung des Kindes sind, können nach Ansicht der Autoren helfen, bei einem medizinisch notwendigen Kaiserschnitt potenzielle negative Effekt zu minimieren. So kann beispielsweise das Stillen den Aufbau einer gesunden Darmflora fördern. Denkbar wäre zudem ein gezieltes „Animpfen" des Mikrobioms mit Probiotika oder die Nachahmung des physikalischen Drucks auf das Neugeborene. Für klinische Empfehlungen ist die Datenlage jedoch noch nicht ausreichend. **CW**

REVIEW Sandall J et al.: Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. Lancet 2018; 392: 1349-57
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190583

Frage 5: Die weltweite Sectiorate

- ☐ **A** sinkt seit Anfang des Jahrtausends
- ☐ **B** ist seit Jahren stabil
- ☐ **C** ist in den letzten Jahrzehnten kaum gestiegen
- ☐ **D** hat sich von 2000 bis 2015 fast verdoppelt
- ☐ **E** liegt unter 10 %

Frage 6: FALSCH ist: Beim Zustand nach Sectio steigt das Risiko einer

- ☐ **A** Hysterektomie
- ☐ **B** postpartalen Hämorrhagie
- ☐ **C** einer Plazentationsstörung
- ☐ **D** Uterusruptur
- ☐ **E** Zwillingsschwangerschaft

Frage 7: Eine elektive Sectio

- ☐ **A** erhöht vor der 39. SSW das Risiko respiratorischer Probleme
- ☐ **B** sollte vor der 39. SSW durchgeführt werden
- ☐ **C** erhöht das Risiko von ADHS
- ☐ **D** erhöht die fetale Stresshormon-Exposition
- ☐ **E** erhöht das maternale Sterberisiko

Bitte vermerken Sie Ihre Antworten auf Seite 43 im Heft oder unter www.gyn-depesche.de/cme.

PRAXIS-TIPP

Keine Antibiotika-Experimente bei Sectio

Um mütterlichen Wundinfektionen nach einer Sectio vorzubeugen, sollte – wie von Fachgesellschaften empfohlen – perioperativ ein Cephalosporin der ersten Generation verabreicht werden. Andere Antibiotikaregime sind weniger effektiv.

Dies zeigt eine Datenauswertung von 6.584 Frauen, die im Rahmen einer Sectio eine prophylaktische Antibiose erhalten hatten: in 93,6 % der Fälle das Antibiotikum der ersten Wahl (Cefazolin), in 4,2 % eine leitliniengerechte (Clindamycin plus Gentamicin) oder nicht-leitliniengerechte Alternative (Clindamycin allein, Gentamicin allein, Vancomycin oder Ampicillin).

Zum Kontrollzeitpunkt sechs Wochen nach der Geburt gingen Nicht-Cephalosporin-Antibiotika im Vergleich zu Cefazolin mit einem 2,5-fach erhöhten Infektionsrisiko einher. Dabei stiegen die Risiken für Endometritis, tiefe Wundinfektionen, Erysipel und notfallmäßige Klinikvorstellung aufgrund einer Wundkomplikation signifikant an. Unter leitliniengerechten Alternativregimen stieg das Risiko für ein Erysipel um den Faktor 1,9 und das Risiko für eine Notfalleinlieferung aufgrund einer Wundkomplikation um den Faktor 2,3. Nicht leitliniengerechte Antibiotika erhöhten das Infektionsrisiko sogar um mehr als das Vierfache. Das Endometritisrisiko stieg dabei um das fast Siebenfache und das Risiko für ein Erysipel um mehr als das Dreifache. **LO**

Kawakita T et al.: Choice of prophylactic antibiotics and surgical site infections after cesarean delivery. Obstet Gynecol 2018; 132(4): 948-55
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190765

Blasensprung ab der 34. SSW

Metaanalyse spricht für Abwarten

Die multinationale PPROMT-Studie in 2016 stellte die bis dahin breit akzeptierte Vorgehensweise infrage, bei einem vorzeitigen Blasensprung nach der 34. SSW und ausbleibenden Spontanwehen die Geburt spätestens nach 24 Stunden einzuleiten. Eine Metaanalyse ging der Sache noch einmal nach.

Insgesamt wurden die Daten von 2.563 Gebärenden mit Blasensprung zwischen SSW 34 und 36 ausgewertet, von welchen etwa die Hälfte auf eine sofortige Entbindung – vaginal oder per Sectio – oder auf ein Abwarten bis zur Spontangeburt randomisiert worden war. Mehr als drei Viertel aller Frauen hatten prophylaktisch Antibiotika erhalten. Der primäre Endpunkt umfasste das Auftreten mindestens eines der folgenden Ereignisse: neonatale Sepsis, nekrotisierende Enterokolitis, Atemnotsyndrom, Totgeburt oder Neugeborenentod.

Der primäre Endpunkt trat bei 9,6 % der Sofortentbindungen und bei 8,3 % der abwartend behandelten Frauen ein (relatives Risiko, RR 1,20). Eine Sepsis trat bei 2,6 % der sofort und bei 3,5 % der nach Abwarten entbundenen Babys ein (RR 0,74).

Sofort entbundene Babys hatten gegenüber später geborenen ein höheres Risiko für Atemnotsyndrom (RR 1,47), intensivmedizinische Behandlung (RR 1,17), längeren Stationsaufenthalt und Sectio-Entbindung (RR 1,26); dafür aber ein niedrigeres Risiko für antepartale Blutungen (RR 0,57) und Chorioamnionitis (RR 0,21). **TH**

METAANALYSE Quist-Nelson J et al.: Immediate delivery compared with expectant ... Obstet Gynecol 2018; 131: 269-79
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190049

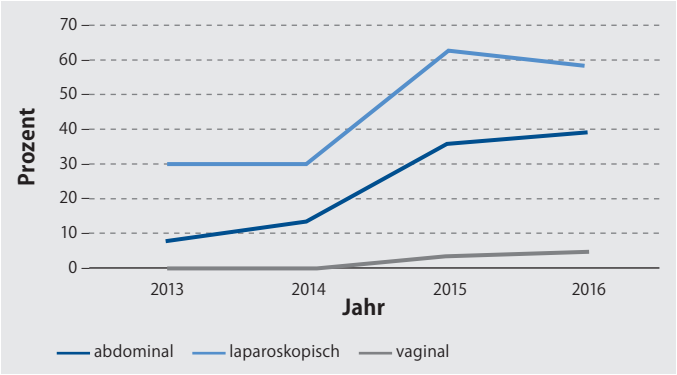


Abb. 1: Rate an Hysterektomien mit bilateraler Salpingektomie, relativ zu allen operativen Eingriffen in Schweden (%)

Prophylaktische Salpingektomie

Mehr Schaden als Nutzen?

Als Gegenmaßnahme zur Bildung eines Ovarialkarzinoms wird die bilaterale Salpingektomie bei Frauen diskutiert, die sich einer Hysterektomie unterziehen müssen.

Vor einigen Jahren kam die Hypothese auf, dass die Eileiter eine maßgebliche Rolle in der Pathogenese bestimmter Formen des Ovarialkarzinoms spielen. Retrospektive Studien auf der Basis von Patientenregistern hatten für eine erniedrigte Inzidenz von Ovarialkarzinomen nach Salpingektomie gesprochen. In der Folge wurden zunehmend solche Eingriffe vorgenommen, wenn wegen benigner Veränderungen eine Hysterektomie nötig war. Fachgesellschaften in Europa und Nordamerika unterstützen ein derartiges Vorgehen. Allerdings gibt es keine fundierte Evidenz dafür, dass die Maßnahme unbedenklich ist. Die Unsicherheit über ihren Nutzen wird durch die Tatsache verstärkt, dass die Hysterektomie per se das Risiko für ein Ovarialkarzinom reduziert.

Vor- und Nachteile einer Salpingektomie

Zwei 2017 veröffentlichte Reviews, die sich auf elf Studien mit allerdings kleinen Teilnehmerzahlen oder von kurzer Dauer stützten, stellten keine negativen Auswirkungen der Salpingektomie fest, außer einer etwas verlängerten OP-Zeit (um zwölf bis 16 Minuten). Der Einfluss des Eingriffs auf die Ovar-Funktion wurde nur anhand von Surrogatmarkern abgeschätzt, wie den Spiegeln von Anti-Müller-Hormon, FSH oder Estradiol bzw. mittels Sonographie. In keiner Studie wurden bisher die Auswirkungen auf subjektive Menopausen-Symptome analysiert.

In Schweden untersuchte man diesen Aspekt mit einer Kohortenstudie auf Register-Basis. Ausgewertet wurden 4.906 Fälle von abdomineller oder laparoskopischer Hysterektomie wegen benigner Veränderungen mit bilateraler Entfernung der Eileiter. Beim Vergleich solcher Eingriffe mit der alleinigen Hysterektomie registrierte man bei ersteren ein signifikant erhöhtes Auftreten von Menopausen-Symptomen (relatives Risiko 1,33) ein Jahr nach der OP. Der Krankenhausaufenthalt war leicht (im Mittel um 0,1 Tage) verlängert, das Blutungsrisiko etwas vermindert (im Schnitt 20 ml weniger Blutverlust). Bei anderen Parametern gab es keine signifikanten Unterschiede. Allerdings registrierte man einen Trend zu mehr kleineren Komplikationen bei kombinierter OP.

Um Frauen verbindlich beraten zu können, welche Vor- und Nachteile er hat, müssen randomisierte Studien mit längerem Follow-up durchgeführt werden. **WE**

KOHORTENSTUDIE Collins E et al.: Menopausal symptoms and surgical complications after opportunistic bilateral ... Am J Obstet Gynecol 2019; 220: 85.e1-10
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190816

Alternative zur Hormonersatztherapie

Akupunktur zeigt wenig Wirkung

Eine Hormonersatztherapie kann bei perimenopausalen Beschwerden zwar Abhilfe schaffen, wird aber angesichts ihrer Risiken kaum mehr empfohlen. Ist Akupunktur eine gute Alternative?

Studien zur Akupunktur bei postmenopausalen Frauen zeigten, dass das alternative Heilverfahren gut vertragen wird und wirksamer ist als keine Therapie, aber nicht wirksamer als Schein-Akupunktur. Eine chinesische Arbeitsgruppe prüfte nun, ob sich die positiven Ergebnisse auch auf die perimenopausale Phase übertragen lassen. Hierfür wurden 180 Frauen über acht Wochen auf 24 Sitzungen mit Elektroakupunktur an traditionellen Nadelpunkten oder auf Scheinakupunktur, also Nadelung an anderen Stellen, randomisiert. Die Follow-up-Dauer betrug 24 Wochen.

Nach acht Wochen war der Gesamtscore der Menopause Rating Scale unter Verum um 6,3 Punkte zurückgegangen, in der Kontrollgruppe um 4,5 Punkte. Der Unterschied war statistisch signifikant ($p = 0{,}0002$), erreichte aber nicht die klinisch relevante Schwelle von fünf Punkten. Bei der Verbesserung der Lebensqualität (bewertet mittels Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire) wurde allerdings die minimale klinisch relevante Differenz von vier Punkten übertroffen.

Die Akupunktur ist ein Verfahren mit starker Arzt-Patient-Interaktion und unleugbarer psychologischer Komponente. Ein Placebo-Effekt ist deshalb wahrscheinlich. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die Elektroakupunktur die menopausalen Beschwerden nicht eindeutig reduzierte, auch wenn die Lebensqualität anscheinend gebessert wurde. Ihre Ergebnisse lassen sich aber nicht verallgemeinern, weil die beteiligten Frauen nur leicht ausgeprägte Beschwerden hatten. Bei Frauen mit stärkeren Symptomen könnte der Effekt stärker sein. **WE**

RANDOMISIERTE STUDIE Liu Z et al.: Acupuncture for symptoms in menopause transition ... Am J Obstet Gynecol 2018; 219: 373.e1-10
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190815

© GFI. Der Medizin-Verlag



Zeitgemäß behandeln – mit HRT: Empfehlen Sie Gynokadin® Dosiergel. **SEIT 19 JAHREN BEWÄHRT.**

gynokadin® Dosiergel

natürlich. transdermal. individuell.

* IMS DPM Daten UN 11/2018, ATC G03C (= Marktdaten für Estrogenmonopräparate)

Gynokadin® Dosiergel. Wirkstoff: Estradiol. Verschreibungspflichtig. **Zus.:** 1 g Gel enthält 0,62 mg Estradiol-Hemihydrat (entspr. 0,6 mg Estradiol). Sonst. Bestandt.: Carbomer 980 NF, Ethanol 96%, Trolamin, gereinigtes Wasser. **Anw.:** Beschwerden bei nachlassender Estradiolproduktion der Eierstöcke in und nach den Wechseljahren bzw. nach Ovarektomie (klimakterisches Syndrom), estrogenmangelbedingte Rückbildungserscheinungen an den Harn- und Geschlechtsorganen. (Hinweis: Die Anwendung dieses Arzneimittels ohne regelmäßigen Zusatz von Gestagenen darf nur bei hysterektomierten Frauen erfolgen.) **Gegenanz.:** Bestehender od. früherer Brustkrebs bzw. entspr. Verdacht; estrogenabhängiger maligner Tumor bzw. entspr. Verdacht (v. a. Endometriumkarzinom); nicht abgeklärte Blutung im Genitalbereich; unbehandelte Endometriumhyperplasie; frühere od. bestehende venöse thromboembolische Erkrankungen (v.a. tiefe Venenthrombose, Lungenembolie); bekannte thrombophile Erkrankungen (z. B. Protein-C-, Protein-S- oder Antithrombin-Mangel (s. Fachinfo Abschn. 4.4); bestehende od. erst kurze Zeit zurückliegende arterielle thromboembolische Erkrankungen (z. B. Angina pectoris, Myokardinfarkt); akute Lebererkrankung/zurückliegende Lebererkrankungen, solange sich relevante Leberenzymwerte nicht normalisiert haben; Porphyrie; bekannte Überempfindlichkeit gg. Wirkstoff od. sonst. Bestandteile. **Nebenw.:** Lokale Hautreizungen (Juckreiz, Hautrötung, Hautausschlag), Chloasma; Brustspannen; Fluor vaginalis; extrazelluläre Wassereinlagerung; Ödembildung; Gewichtsanstieg; migräneartige Kopfschmerzen; Magen-Darm-Beschwerden (z. B. Übelkeit, Blähungen); Erkrankungen der Gallenblase; Mastopathie, Kontaktlinsenunverträglichkeit; Verschlimmerung od. Entzündung von Krampfadern; Blutdruckanstieg; Cholestase; erhöhtes Risiko für Cholelithiasis; Leberfunktionsstörungen; Brustkrebs; Endometriumkarzinom; Ovarialkarzinom; venöse Thromboembolien; koronare Herzkrankheit; Schlaganfall; Erythema multiforme, Erythema nodosum, vaskuläre Purpura; wahrscheinliche Demenz bei Frauen über 65 Jahre. Weit. Hinw. s. Fach- u. Gebrauchsinfo. **DR. KADE/BESINS Pharma GmbH**, 12099 Berlin. Stand: 09/2016

DR. KADE BESINS

Zöliakie

Vermehrt Osteoporose bei Zöliakie?

Zöliakie gilt zwar als Grund für metabolische Osteopathie, jedoch vermutet man, dass eine Vielzahl der diagnostizierten Fälle einer verringerten Knochenmineraldichte wahrscheinlich auch auf ignorierte Störfaktoren wie Alter, Menopause und Medikamente zurückzuführen ist. Eine Metaanalyse ging dem Risiko von Osteoporose und Osteopenie nun bei prämenopausalen Frauen und Männern mit Zöliakie nach.

In die Auswertung des Zusammenhangs zwischen Zöliakie und Knochenmineraldichte gingen alle bis 2018 veröffentlichten Publikationen ein. Als Wirkungsgröße für die Metaanalyse wurden die Prävalenz von Osteopenie (T-Knochenmasse zwischen -1,0 und -2,4) und Osteoporose (T ≤ -2,5) verwendet. Aus acht Querschnittsstudien wurden insgesamt 563 prämenopausale Frauen und Männer mit einer Zöliakie-Erkrankung aus Großbritannien, Brasilien, Indien, Ungarn und Polen in die Analyse einbezogen.

Die gepoolte Prävalenz von Osteoporose betrug 14,4 % (95%-KI 9 - 20,5 %), die Prävalenz der Osteopenie belief sich auf 39,6 % (95%-KI 3,11 - 48,8 %). Ausgehend davon, dass sich die vorliegende systematische Studie in erster Linie auf die Häufigkeit des Auftretens einer verringerten Knochenmineraldichte bei Männern und prämenopausalen Frauen mit Zöliakie fokussierte, konnten Störfaktoren wie menopausale Hormonschwankungen oder Steroideinnahme ausgeschlossen werden.

Die Autoren schlussfolgern aus ihren Ergebnissen, dass eine Zöliakie tatsächlich als die häufigste Ursache einer geringen Knochenmineraldichte bei prämenopausalen Frauen und Männern betrachtet werden kann. **GH**

REVIEW Ganji R et al.: Prevalence of osteoporosis and osteopenia in men and premenopausal women with celiac disease: a systematic review. Nutr J 2019; 18(1): 9

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190447

Vorzeitige Menopause

Die fertilen Jahre weggequalmt

Etwa 1 % aller Frauen ist von einer vorzeitigen Menopause betroffen. Besonders bei Raucherinnen setzen die Wechseljahre häufig schon vor dem 45. Lebensjahr ein.

116.429 Frauen wurden per Fragebogen zu ihrem Menopausenalter, allgemeinen Lebensstilfaktoren sowie ihrem Rauchstatus befragt und bis zu 20 Jahre lang nachbeobachtet. Verglichen mit Nie-Raucherinnen setzte bei aktiven Raucherinnen die natürliche Menopause fast doppelt so häufig schon vor dem 45. Lebensjahr ein.



Besonders oft betroffen waren Frauen mit einer Raucheranamnese von mehr als 20 Packungsjahren (HR 2,42), wobei das Risiko einer frühen Menopause mit Anzahl der Packungsjahre sank. Weniger als fünf Packungsjahre schienen keinen Einfluss auf das Menopausenalter zu haben.

Ex-Raucherinnen trugen nur dann ein leicht erhöhtes Risiko, wenn sie länger als 15 Jahre zur Zigarette gegriffen hatten oder mehr als 11 bis 15 Packungsjahre aufwiesen. Insgesamt setzte bei 2.754 Probandinnen die Menopause noch vor dem 45. Lebensjahr ein, bei 300 Teilnehmerinnen sogar vor dem 40. Lebensjahr, wobei fast die Hälfte aller Betroffenen ehemalige oder gegenwärtige Raucherinnen waren (n = 1.130). **RG**

Whitcomb BW et al.: Cigarette smoking and risk of early ... Am J Epidemiol 2018; 187(4): 696-704

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190875

Postmenopausaler Typ-2-Diabetes

Auch im Sommer Vitamin D geben

Der Glucose- und der Knochenstoffwechsel hängen eng zusammen. Welche Rolle das Vitamin D dabei spielt, wollten japanische Diabetologen herausfinden.

In einem Diabeteszentrum in Tokyo überwachte man über die Sommermonate bei 44 postmenopausalen Frauen mit Typ-2-Diabetes die Knochenmineraldichte, den Blutzucker und den Vit.-D-Spiegel. 23 Frauen wiesen zu Studienbeginn 25-OH-Vit.-D-Serumspiegel < 20 ng/ml auf. Ihnen wurde geraten, auf eine Vit.-D-reiche Ernährung zu achten und das Sonnenlicht nicht zu meiden. Zusätzlich bekamen 15 von ihnen, deren Knochenmineraldichte bereits verringert war (T-Score ≤ -2,5), 0,25 bis 0,5 µg Alfacalcidol täglich verordnet.

Während des sechsmonatigen Beobachtungszeitraums vom Frühling bis zum Herbst stieg der 25-OH-Vit.-D-Spiegel bei 25 Patientinnen, bei 19 sank er dagegen ab. Dies war vor allem bei Frauen der Fall, deren Serumlevel zu Studienbeginn höher lag, und die deshalb keine Intervention erhielten. Zudem zeigte sich, dass die Höhe des Grundumsatzes mit der Höhe des Quotienten aus Knochenformation und Knochenabbau korrelierte. Dies galt vor allem für die Probandinnen, deren Vit.-D-Versorgung sich verbessert hatte. Bei einem erhöhten Frakturrisiko lohnt sich daher eine Vit.-D-Supplementation auch über die Sommermonate. **CW**

Ogata M et al.: Role of vitamin D in energy and bone metabolism ... J Diabetes Investig 2018; 9: 211-22

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/181165

Foto: yourphototoday

© GFI. Der Medizin-Verlag



HITZE-WALLUNGEN?

KENNE ICH …
ABER NUR NOCH
VOM SPORT

VELBIENNE®
Kombinationspräparat mit
1 mg Estradiolvalerat und 2 mg Dienogest

- 1 x täglich 1 Tablette[1]
- Amenorrhoe bei 89 % der Patientinnen nach 12 Monaten[1]
- Antiandrogene Wirkung[2]



Bis zu 12 % günstiger als Lafamme*

FAMENITA®
Mikronisiertes,
bioidentisches Progesteron

- Sicherer Endometriumschutz[3,4]
- Keine Erhöhung des Brustkrebsrisikos[5,6]
- Positiver Effekt auf den Schlaf[7,8]



NEU!
Zusatz-indikation:
Therapie von Progesteron-Mangel bedingten Zyklus-störungen**

*Lauertaxe 01.04.2019. **seit 8. August 2018 zugelassen. **1)** Fachinformation VELBIENNE® Stand August 2017. **2)** Schneider, HPG. The role of antiandrogens in hormone replacement therapy. Climacteric. 2003; 3:21-27. **3)** Effects of Hormone Replacement Therapy on Endometrial Histology in Postmenopausal Woman. The Postmenopausal Estrogen/Progestin Interventions (PEPI) Trial. The Writing Group for the PEPI Trial. JAMA, February 7, 1995;275:370-375. **4)** Stute P, Neulen J,Wildt L. The impact of micronized progesterone on the endometrium: a systematic review. Climacteric 2016;19:316-328. **5)** Fournier et al. Breast Cancer Res Treat.2008;107:103-11. **6)** Cordina-Duverger E et al. Plos One.213;8(11):e78016. **7)** P.-A. Regidor, Progesteron in der Peri- und Postmenopause –ein Überblick, GebFra Science 2014; 74 **8)** Anne Caufriez et al., Progesterone Prevents Sleep Disturbances and Modulates GH, TSH, and Melatonin Secretion in Postmenopausal Women J Clin Endocrinol Metab, April 2011

Abgekürzte Verschreibungsinformation für Velbienne® 1 mg/2 mg Filmtabletten - bitte konsultieren Sie v. d. Verschreibung d. vollständige Fachinformation. Verschreibungspflichtig. **Zus.:** 1 Filmtbl. enth.: Estradiolvalerat 1,0 mg (entspricht 0,764 mg Estradiol) u. Dienogest 2,0 mg. Sonst. Bestandt.: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, vorverkleisterte Stärke (Mais), Povidon K30, Magnesiumstearat (Ph.Eur.) [pflanzl.] , Poly(vinylalkohol), Titandioxid (E 171), Macrogol 3350, Talkum, Eisen(III)-oxid (E 172), Eisen(II,III)-oxid (E 172). Anwend.: Hormonsubstitutionstherapie (HRT) zur Behandl. von Estrogenmangelsympt. b. postmenopausalen Frauen, deren Menopause länger als ein Jahr zurückliegt. **Dos.:** 1 Tbl. tägl. **Bes. Warnhinw. u. Vorsichtsmaß. f. d. Anwend.:** enth. Lactose. **Gegenanz.:** besteh. od. früh. Brustkrebs bzw. entsprech. Verdacht; estrogenabhängiger maligner Tumor bzw. entsprech. Verdacht (v. a. Endometriumkarzinom); nicht abgekl. Blutungen i. Genitalbereich; unbehand. Endometriumhyperplasie; früh. od. besteh. ven. thromboembol. Erkrank. (v. a. tiefe Venenthromb., Lungenemb.); bek. thrombophile Erkrank. (z.B. Protein-C-, Protein-S- oder Antithrombin-Mangel); besteh. od. erst kurze Zeit zurückliegende arter. thromboembol. Erkrank. (v. a. Angina pectoris, Myokardinfarkt); akute Lebererkrank. od. zurückliegende Lebererkrank., solange d. relevant. Leberenzym-Werte n. normal; Porphyrie; bek. Überempfindlk. geg. Wirkstoffe od. sonst. Bestandt.. **Nebenw.:** häufig: Kopfschm., Übelkeit, Uterine/vag. Blutungen einschließl. Zwischenblutungen (nachlassend während kontinuierl. Behandl.), Brustschm., Hitzewallungen. gelegentlich: Gewichtszun., Depression, Anorexia nervosa, Aggressivität, Schlaflosigk., Nervosität, Schläfrigkeit, Benommenh., Anorgasmie, verring. Libido, Migräne, Schwindelgefühl, Parästhesie, Hyperkinese, ven. Thrombose, Thrombophlebitis, Hypertonie, Nasenbluten, Bauchschm., Diarrhöe, Erbrechen, Obstipat., Blähungen, Mundtrockenh., Gallenschm., Psoriasis, Akne, Pruritus, verstär. Schwitzen, trockene Haut, Myalgie, Beinkrämpfe, Endometriumstör., vag. Pilzerkrank., Dysmenorrhöe, Pruritus genitalis, Ödeme/allg. Ödeme/Gesichtsödeme, Müdigk.; erhöhtes Brustkrebs- und Ovarialkarzinom-Risiko; erhöhtes Risiko e. ven. Thromboembolie (VTE), z.B. tiefe Bein- bzw. Beckenvenenthrombose, Lungenembolie (1,3 – 3-faches Risiko); leicht erhöhtes Risiko für ü. 60 Jährige einer Entwickl. e. koronaren Herzkrankh.; bis zu 1,5-fach erhöht. Risiko f. e. ischäm. Schlaganfall; keine Erhöh. Risiko f. hämorrhag. Schlaganfall; Gesamtrisiko f. Schlaganf. m. zunehmend. Alter erhöht; weitere unerwünschte Arzneimittelwirkg.: Erkrankungen der Gallenblase; Haut- und Unterhauterkrankungen: Chloasma, Erythema multiforme, Erythema nodosum, vaskuläre Purpura; wahrscheinliche Demenz bei Frauen im Alter von über 65 Jahren; bei Frauen m. hereditärem Angioödem können exogen zugeführte Estrogene Symptome eines Angioödems auslösen oder verschlimmern. **Zul.-Inhaber:** Exeltis Germany GmbH, Adalperostraße 84, 85737 Ismaning, Tel.: 089 4520529 0. **Stand d. Information:** August 2017.

FAMENITA® 100 mg Weichkapseln und FAMENITA® 200 mg Weichkapseln - Abgekürzte Verschreibungsinformation für Famenita® 100 mg Weichkapseln und Famenita® 200 mg Weichkapseln - bitte konsultieren Sie v. d. Verschreibung die vollständige Fachinformation. Verschreibungspflichtig. **Zus.:** 1 Weichkapsel enth.: Progesteron 100 mg oder 200 mg. Sonst. Bestandt.: raffiniertes Färberdistelöl, Gelatine, Glycerol, Titandioxid. **Anwend.:** Erw.: Zyklusstörungen, durch Progesteron-Insuff. verursacht, insbes. Unregelmäßigk. im Menstruationszyklus; Zusatztherapie im Rahmen einer Östrogensubst. in der Menopause bei Frauen m. intaktem Uterus. **Gegenanz.:** nicht abgeklärte Vaginalblutungen, Überempfindl. gg. d. Wirkstoff od. einen d. sonst. Bestandt., schwere Leberfktsttörung, Lebertumore, vermutete od. bekannte bösart. Tumore d. Brust od. d. Genitalorgane, frühere od. bestehende thromboembolische Erkrank., Hirnblutungen, Porphyrie. Nebenw.: häufig: Änderung im Menstr.zykl., Amenorrhoe, Zwischenblutungen, Kopfschm;. gelegentl.: Mastodynie, Schläfrigk., vorüberg. Schwindelgefühl, Erbrechen, Durchfall, Verstopfung, cholestatische Gelbsucht, Pruritus, Akne; selten: Übelkeit; sehr selten: Depression, Urtikaria, Chloasma. Wenn m. d. Behandlung zu früh im Menstr.zykl. angefangen wird, kann sich der Zyklus verkürzen u. es können Entzugsblutungen auftreten. . Andere Nebenw. i. Zus.-hang mit e. Estrogen-/Gestagen-Behandl.: Östrogenabh. gutart. Neubildung od. bösart. Tumor, z. B. Endometriumkarzinom, venöse Thromboembolien, d. h. Thrombose d. tiefen Bein- bzw. Beckenvenen sowie Lungenembolie, Myokardinfarkt, Schlaganfall, Erkrank. d. Gallenblase, Haut- und Unterhauterkrank.: Chloasma, Erythema multiforme, Erythema nodosum, vaskuläre Purpura, wahrscheinliche Demenz. **Warnhinw:** Nicht über 30 °C lagern. In der Originalverp aufbew, um den Inhalt vor Licht zu schützen. Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. **Zul.-inh.:** Exeltis Germany GmbH, Adalperostraße 84, 85737 Ismaning, Tel.: +49 89 4520529-0. **Stand:** August 2018

exeltis.de

Exeltis
Rethinking healthcare

PRAXIS-TIPP

Ultraschall statt Myomektomie

Israelische Mediziner verglichen den langfristigen Erfolg des Magnetresonanz-geführten fokussierten Ultraschalls (MRgFUS) mit dem der Myomektomie.

Im Sheba Medical Center im Bezirk Tel Aviv erhielten innerhalb von fünf Jahren 68 Frauen mit symptomatischen Uterusmyomen eine MRgFUS-Therapie, 64 andere eine laparoskopische, teilweise roboterassistierte Myomektomie. Knapp drei Jahre danach gaben die Behandelten telefonisch anhand standardisierter Fragebögen Auskunft über myomassoziierte Symptome, notwendige Folgebehandlungen und ihre Lebensqualität.

Signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen ergaben sich nicht. Eine zusätzliche chirurgische Intervention aufgrund weiterhin bestehender Beschwerden erfolgte bei 13,2 % der MRgFUS-behandelten Frauen und bei 7,8 % der Myomektomierten. Die Lebensqualität wurde in beiden Gruppen gleich hoch eingestuft.

Die Autoren weisen jedoch darauf hin, dass die beiden Gruppen hinsichtlich der klinischen Charakteristika einige Unterschiede aufwiesen: Die Patientinnen in der Myomektomie-Gruppe waren im Schnitt jünger (38 vs. 44 Jahre) und hatten häufiger multiple Myome (33 vs. 6%). Die Ergebnisse bedeuten daher nicht, dass beide Verfahren für jede Patientin gleich gut geeignet sind. **CW**

Mohr-Sasson A et al.: Long-term outcome of MR-guided focused ultrasound treatment and laparoscopic myomectomy ... Am J Obstet Gynecol 2018; 219: 375.e1-7
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190576

Vulvodynie

Was ist von Gabapentin zu erwarten?

Die brennenden und stechenden Schmerzen bei Vulvodynie sind schwer zu beeinflussen. In randomisierten Studien wurde bisher kein Nutzen pharmakologischer Interventionen gegenüber Placebo gefunden. Behandelt wird trotzdem ...

Nicht selten wird Gabapentin, ein Antikonvulsivum, das u.a. bei neuropathischen Schmerzen hilft, gegen Vulvodynie verschrieben, auch wenn keine ausreichende Evidenz für einen Nutzen vorliegt.

Nun prüfte man den Effekt der Therapie in einer Studie nach. 89 Frauen mit lokalisierter, provozierbarer Vulvodynie erhielten im Crossover-Design in zwei Perioden über insgesamt 18 Wochen 1.200 bis 3.000 mg/d retardiertes Gabapentin oder Placebo. Die Reaktionen wurden während der letzten sieben Tage der Therapie anhand eines Tampon-Tests nach einer Schmerzskala (0 bis 10) eingestuft. Festgehalten wurden auch Schmerzen beim Geschlechtsverkehr und das Ausmaß täglicher Schmerzen.

Beim Tampon-Test ergaben sich auf der Schmerzskala Werte von 4,0 (Verum) bzw. 4,3 (Placebo); der Unterschied war nicht signifikant. In keiner der Beurteilungskriterien zeigten sich nennenswerte Differenzen. Ein minimaler Vorteil für Gabapentin ergab sich für Frauen mit langer Schmerzanamnese und für solche, die keine oralen Kontrazeptiva einnahmen.

Mangels Evidenz sollte man als Arzt, so die Autoren, alternativ eine physikalische oder Verhaltenstherapie erwägen. **WE**

RANDOMISIERTE STUDIE Brown CS et al.: Gabapentin for the treatment of vulvodynia. A randomized controlled trial. Obstet Gynecol 2018; 131: 1000-7
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190768

Belastungsinkontinenz

Beckenbodentraining zeigt sich am Myostatin

Zur Therapie der urinären Inkontinenz empfehlen europäische Leitlinien in erster Linie ein Training der Beckenbodenmuskulatur. Die Wirksamkeit dieser Maßnahme ist gut mit Evidenz belegt. Nun lieferten Wissenschaftler aus Polen auch einen biochemischen Nachweis für die Effektivität.

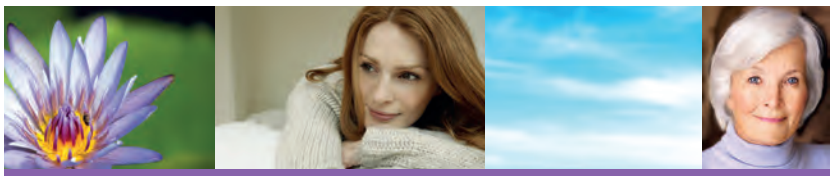
Das mit dem Alter zunehmende Risiko für urinäre Inkontinenz liegt zumindest zum Teil in einem Nachlassen der Beckenbodenmuskulatur begründet. Physiologisch geht der Muskelabbau unter anderem mit einem Anstieg von Myostatin im Blut einher. Das Protein hemmt den Muskelaufbau und wird in Phasen körperlicher Inaktivität freigesetzt.

Ein Beckenbodentraining kann der Freisetzung von Myostatin entgegenwirken. So lautet das Ergebnis der aktuellen Studie, in der 40 Patientinnen mit Belastungsinkontinenz (Alter ≥ 60 Jahre) ein vierwöchiges Training der Beckenbodenmuskulatur (dreimal 45 min. pro Woche) absolvierten. Die Kontrollgruppe bildeten 34 altersgleiche inkontinente Patientinnen ohne Training. Vor und nach der Intervention wurde der Myostatinspiegel der Frauen bestimmt; die Schwere der Harninkontinenz wurde per RUIS-Fragebogen (Revised Urinary Incontinence Scale) erhoben.

Während sich bei den Kontrollen keine signifikanten Änderungen ergaben, war der Myostatinwert ebenso wie die Schwere der Inkontinenz durch das Training signifikant gesunken. Die höchste Signifikanz zeigte sich bei denjenigen Frauen, die an einer leicht ausgeprägten Belastungsinkontinenz gelitten hatten. **OH**

RANDOMISIERTE STUDIE Radziminska A et al.: The impact of pelvic floor muscle training on the myostatin ... Clin Interv Aging 2018; 13: 1893-8
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190034

© GFI. Der Medizin-Verlag



CLEVER - GÜNSTIG - EFFEKTIV

SYMBIO Vag®

- **Zur Herstellung des physiologischen pH-Wertes der Vagina**
- **Zur Stabilisierung der Vaginalflora**



- ✔ Zwei physiologische Laktobazillen-Stämme
  - H_2O_2-Bildner
  - Hohe mikrobiologische Aktivität
- ✔ Inulin als Substrat
- ✔ Erstansäuerung durch Calcium-Laktat



SYMBIO PHARM

SymbioVag® ist ein Produkt der:
SymbioPharm GmbH • Auf den Lüppen 10 • 35745 Herborn • Tel.: 02772 / 981-300 • **www.symbiopharm.de**

Stressinkontinenz

Proteomische Unterschiede unklarer Bedeutung

Bei der Stressinkontinenz wird eine gewisse erbliche Komponente angenommen. Welche Gene dafür verantwortlich sein könnten, liegt jedoch noch weitgehend im Dunkeln.

Eine Wiener Arbeitsgruppe verglich das Urin- und Serum-Proteom von Patientinnen mit isolierter Stressinkontinenz und gesunden Kontrollen. Unterschiede zeigten sich unter anderem bei der Konzentration von Plasma-Serin-Protease-Inhibitor und Uromodulin. Die kodierenden Gene SERPINA5 und UMOD wurden daraufhin bei jeweils 19 Frauen mit bzw. ohne Stressinkontinenz auf das Vorhandensein bekannter Einzelnukleotid-Polymorphismen (SNP) untersucht. Mit in die Analyse einbezogen wurden zwei weitere Gene, COL1A1 und MMP1, die sich in anderen Studien bereits als mögliche Kandidaten für eine Assoziation mit Stressinkontinenz herauskristallisiert hatten.

Zwar fanden sich in jedem der vier untersuchten Gene bekannte SNPs, die bei Patientinnen mit Stressinkontinenz häufiger oder seltener vorkamen als in der Kontrollgruppe, die Unterschiede waren aber nicht signifikant. Es ergab sich lediglich ein Trend für den SNP rs885786 im SERPINA5-Gen, der bei Stressinkontinenz häufiger zu finden war – oft in Kombination mit einem weiteren SNP in MMP1. SERPINA5 reguliert die intra- und extravaskuläre proteolytische Aktivität und könnte an inflammatorischen Prozessen beteiligt sein. **CW**

FALL-KONTROLL-STUDIE Reischer T et al.: Genetic association in female stress urinary incontinence based on proteomic findings ... Int Urogynecol J 2019; Epub Feb 4; doi: 10.1007/s00192-019-03878-0
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190577

PRAXIS-TIPP

Die „wahre" Beckenbodensenkung zeigt sich beim MRT im Stehen

Bei der körperlichen Untersuchung in Rückenlage wird das Ausmaß einer Beckenbodensenkung trotz Valsalva-Manöver oft unterschätzt.

Bei 15 Frauen mit einem Descensus genitalis Grad II oder III wurden vor der operativen Korrektur MRT-Untersuchungen durchgeführt. Diese erfolgten zunächst in stehender Position, danach in Rückenlage. Während der dynamischen Aufnahmen wurden die Patientinnen dazu angehalten, jeweils zweimal für mindestens fünf Sekunden das Valsalva-Manöver auszuführen.

Im Stehen waren alle untersuchten Kennstrukturen der Beckenbodenkompartimente signifikant weiter von der pubococcygealen Referenzlinie entfernt als im Liegen mit Bauchpresse. Der Abstand des Blasenhalses stieg von 1,3 auf 1,4 cm, der der Zervix von 1,1 auf 2,2 cm und der des Douglas-Raums von 0,8 auf 1,5 cm. Bei jeweils drei Frauen führte die Messung im Stehen zu Heraufstufung des Deszensus von Grad II zu III bzw. von Grad III zu IV.

Die Autoren halten das MRT im Stehen daher für das genauere Verfahren zur Beurteilung eines Beckenbodendeszensus. Die zusätzlich gewonnene Information könnte möglicherweise auch bei der OP-Planung helfen oder die Anpassung eines Pessars vereinfachen. **CW**

Grob AT et al.: Underestimation of pelvic organ prolapse in the supine straining position, based on magnetic ... Int Urogynecol J 2019; Epub Jan 17; doi: 10.1007/s00192-018-03862-0
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190580

Harninkontinenz

Power für die Blase durch Pilates?

Pilates-Training soll die Körpermitte und den Beckenboden kräftigen. Ob es auch sinnvoll als ergänzende Behandlung einer Inkontinenz eingesetzt werden kann, testeten britische Forscher im Rahmen einer Pilotstudie.

In einer Klinik in Colchester beteiligten sich 73 Frauen mit Stress-, Drang- oder gemischter Inkontinenz an der randomisiert-kontrollierten Studie: Zusätzlich zur Standard-Physiotherapie erhielt etwa die Hälfte von ihnen einen sechswöchigen modifizierten Pilates-Kurs. Die Kontrollgruppe nahm nur am klassischen Beckenbodentraining teil.

Um einen signifikanten Effekt des Pilates-Trainings auf die Inkontinenz-Symptomatik oder die Lebensqualität nachzuweisen, war die Teilnehmerzahl der Pilotstudie zu gering. Insbesondere bei Frauen mit weniger ausgeprägten Beschwerden zeigten sich jedoch klare Benefits: Das Selbstwertgefühl stieg und sie fühlten sich in ihren sozialen Aktivitäten und in ihrem Alltag weniger eingeschränkt. Patientinnen mit einer stärkeren Symptomatik berichteten dagegen von einer Verbesserung ihrer persönlichen Beziehungen. In qualitativen Interviews ergaben sich Hinweise darauf, dass die Pilates-Übungen in der Gruppe die Motivation zum Training und das allgemeine Wohlergehen positiv beeinflussten.

Die Ergebnisse der Pilotstudie sollen dazu beitragen, eine große randomisiert-kontrollierte Studie zum Effekt des Pilates-Trainings bei Patientinnen mit Inkontinenz zu planen. Erst dann wird sich zeigen, ob sich die langsamen, kontrollierten Bewegungen zur Ganzkörperkräftigung auch eine günstige Wirkung auf die Blasenfunktion entfalten. **CW**

RANDOMISIERTE STUDIE Lausen A et al.: Modified pilates as an adjunct to standard physiotherapy care for urinary incontinence: a mixed methods pilot for a randomised controlled trial. BMC Women's Health 2018; 18(1): 16
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190573

© GFI. Der Medizin-Verlag

Stressinkontinenz

Beugt Sectio bei Zwillingen vor?

Die Entbindung bedeutet eine hohe Belastung für den weiblichen Beckenboden. Es kann zu Urin-, fäkaler und flataler Inkontinenz kommen. Geburtsstudien mit Zwillingen lassen vermuten, dass eine Sectio das Risiko senken an.



Foto: yourphototoday

Eine kanadische Arbeitsgruppe hatte in ihrer Twin Birth Study Frauen mit Zwillingsschwangerschaft in der 32. bis 38. SSW (mit dem führenden Fetus in Kopflage) auf eine Sectio oder auf eine natürliche Entbindung randomisiert.

Beim primären Beurteilungskriterium, dem Schicksal des Feten bzw. Neugeborenen, gab es keinen signifikanten Unterschied. Drei Monate post partum litten aber signifikant weniger Frauen der Sectio-Gruppe an Stressinkontinenz (11,3 vs. 15,3 %). Das Risiko einer „problematischen" Harninkontinenz war hingegen vergleichbar.

Mittels Fragebögen analysierte man, ob sich zwei Jahre nach der Entbindung die Inzidenzen „problematischer" Harn-, fäkaler oder flataler Inkontinenz immer noch nicht unterschieden. In die Erhebung flossen die Angaben von 2.305 der ursprünglich 2.804 Teilnehmerinnen ein. In der Gruppe mit Sectio wurde nun eine signifikant niedrigere Häufigkeit von belastender Harninkontinenz angegeben als in der ohne (8,11 vs. 12,25 %). Wurden die Frauen mit problematischer Harninkontinenz nach ihrer Lebensqualität befragt (Incontinence Impact Questionnaire), ergab sich wiederum kein wesentlicher Unterschied. Vergleichbar waren auch die Angaben zu fäkaler oder flataler Inkontinenz.

Offene Fragen

Die Autoren resümieren, dass bei Frauen ohne frühere Inkontinenz mittels geplanter Sectio die Häufigkeit von problematischer Stressinkontinenz zwei Jahre postpartal reduziert wird. Der Schweregrad einer solchen Komplikation korreliert allerdings nicht eindeutig mit der Art der Entbindung.

Es bleibt offen, ob sich die Ergebnisse der Studie (und die einer anderen der Autorengruppe, das „Term Breech Trial") auf unkomplizierte Einlingsschwangerschaften mit Kopflage des Feten übertragen lassen. Die Daten liefern keine Basis dafür, Frauen zur Sectio zu raten, um dadurch einer Stessinkontinenz vorzubeugen. **WE**

Hutton K et al.: Urinary stress incontinence and other maternal outcomes 2 years after caesarean or vaginal birth ... BJOG 2018; 125: 1682-90

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190770

KEIN ARGUMENT FÜR EINE SECTIO

Bei der Entscheidung für oder gegen eine Sectio muss an deren kurz- und langfristige Risiken gedacht werden. Nachfolgende Schwangerschaften werden durch ein erhöhtes Risiko für Fehl- und Totgeburten, für Placenta praevia und accreta sowie Abruptio belastet. Bei den Feten kommen vermehrt Asthma und Adipositas vor. Die number needed to treat (NNT) hinsichtlich einer Inkontinenz-Verhinderung liegt bei neun oder höher. Die kanadische Studie liefert keine Argumente für eine Bevorzugung der Sectio.

VagiFit® Vaginalkonen

5 Konen mit untersch. Gewichten
zum Einführen in die Scheide



Erstattungsfähig
Hilfsmittel-Nr. 15.25.19.0026

FÜR EINEN
UNBESCHWERTEN ALLTAG

zur Kräftigung der Beckenbodenmuskulatur
& Behandlung der Belastungsinkontinenz

- ✓ Das Set besteht aus 5 tamponförmigen Konen mit unterschiedlichen Gewichten, die in die Scheide eingeführt werden
- ✓ Die Übungen sind leicht erlernbar & in den Tagesablauf integrierbar
- ✓ Das Training mit Vaginalkonen bietet hohe therapeutische Erfolgsraten bereits nach wenigen Wochen kontinuierlichen Trainings

TOMED
www.tomed.com
0221 17067206

Axilläres Netzsyndrom

Schmerzhafte fibrotische Verwachsungen nach Lymphknotendissektion

Müssen bei Brustkrebspatientinnen die axillären Lymphknoten entfernt werden, können fibrotische band- oder schnurartige Verwachsungen entstehen. Zwar bilden sich diese nach einigen Monaten meist selbst zurück, doch bis dahin können sie zu Schmerzen und Bewegungseinschränkungen führen. Eine Physiotherapie scheint eine gute Gegenmaßnahme zu sein.

Prinzipiell kann ein AWS auch nach einer axillären Lymphknotendissektion aufgrund anderer Indikationen als Brustkrebs entstehen, z. B. Melanom-Staging oder extensive maligne axilläre Lymphadenopathie. Die für das AWS charakteristischen fibrotischen Bänder präsentieren sich druckempfindlich und nicht erythematös, sind entweder nur palpierbar oder auch sichtbar. Schulterabduktion lässt die Bänder prominenter hervortreten – sie spannen sich an und werden schmerzhaft.

Bei etwa 20 % der betroffenen Patientinnen erstrecken sich die fibrotischen Verwachsungen bis in den anterioren und medialen Armabschnitt, über die Fossa antecubitale. Sie können sogar bis zur radialen Handgelenksregion an die Basis des Daumens reichen. In manchen Fällen bilden sich die Verwachsungen auch zu subkutanen Noduli aus, die Brustkrebsmetastasen ähneln.

Ein typisches Symptom des AWS ist neben axillären Schmerzen, die in den Arm ausstrahlen, eine eingeschränkte Beweglichkeit der Schultern, vor allem in Bezug auf die Abduktion.

Mehr als jede zweite Patientin

Erstmals beschrieben wurde das AWS von *Moskovitz* et al. (Am J Surg 2001), die es retrospektiv bei 44 von 750 Patientinnen (6 %) im Nachgang einer axillären Lymphknotendissektion beobachteten. Die meisten Fälle traten in der zweiten Woche nach OP ein, und bei allen Patientinnen bildete sich das Syndrom innerhalb von drei Monaten wieder von selbst zurück. Dieses Verlaufsmuster konnte in nachfolgenden Studien konfirmiert werden. Drei Monate nach der OP zeigten weniger als 5 % der



Dehnübungen helfen, das Schultergelenk wieder zu mobilisieren

betroffenen Studienteilnehmer noch Anzeichen eines AWS, spätestens nach einem Jahr war es bei keiner Patientin mehr feststellbar. Spätere Daten zur AWS-Inzidenz weichen von der Studie von *Moskovitz* ab. Meist waren mehr als die Hälfte der eingeschlossenen Patientinnen von AWS betroffen (Inzidenz zwischen 29 und 91 %).

Ein weniger extensiver axillärer Eingriff wie eine Lymphknotenbiopsie verringerte das Risiko eines AWS deutlich. Bei Behandlung mit einer Strahlen- oder Chemotherapie war es dagegen erhöht. Eine Verletzung der intercostobrachialen Nerven führte in einer Studie zu einer mehr als dreifachen Risikosteigerung. Vermehrt beobachtet wurde ein AWS außerdem bei Patientinnen, die eher schlank und jünger waren sowie bei hypertonen Frauen, während diabetische Patientinnen eher seltener betroffen waren.

Verklebte Lymphgefäße

Die schnurartigen Verwachsungen sind eigentlich sklerosierte Venen und Lymphgefäße mit umliegender Fibrose. Ihre Entstehung folgt aus dem Abklemmen der Venen und der Resektion der Lymphknoten. Dadurch werden Blut- und Lymphfluss unterbrochen, es kommt zu thrombotischen und inflammatorischen Prozessen und die Gefäße fibrosieren. Eine Biopsie des axillären Netz in der Studie von *Moskovitz* et al. offenbarte dilatierte Lymphgefäße mit vereinzelten Fibringerinnseln und venöser Thrombose in verschiedenen Stadien der Rekanalisation.

Adhäsionen der fibrotischen Bänder an das umgebende Gewebe sorgen dabei für die reduzierte Beweglichkeit im Schulterbereich. Über die allmähliche Rekanalisation oder auch über die progressive Kollagenresorption bilden sich die fibrotischen Bänder wieder zurück.

Physio oder Lymphdrainage?

Obgleich das AWS nur eine transiente Erscheinung ist, sind häufig Maßnahmen zur Schmerzlinderung und Verbesserung der Mobilität erforderlich. Einige Experten raten zu einer Physiotherapie, um die Dauer des AWS zu verkürzen und die Symptome zu lindern. Frauen mit nur leichtem AWS wird empfohlen, unter Assistenz den Schulterbereich aktiv zu dehnen, z. B. durch Vorwärtsbeugen (Flexion) und Öffnung der Arme zur Seite (Abduktion), und passiv den Bewegungsraum der inneren und äußeren Schulterrotation auszureizen. Auch mit anderen Methoden zur Mobilisation und Dehnung sind positive Erfahrungen berichtet worden. Andere Stimmen sprechen sich für eine manuelle Lymphdrainage der Axillen und der fibrotischen Bänder zur Verbesserung der Symptome aus.

In schwereren Fällen scheinen Schwerkraft-unterstützte Pendelübungen zur Mobilisation des Schultergelenks hilfreich zu sein. Übungen zur Dehnung und Stärkung der Schultermuskulatur werden hier ebenfalls empfohlen. Aufklärungsmaßnahmen und Anleitungen für das eigenständige Training zu Hause könnten eine sinnvolle Ergänzung sein.

Durch Evidenz gestützt ist der Nutzen einer Physiotherapie oder von Mobilisierungsübungen aber nicht. Zumindest konnte in der Studie von *Moskovitz* et al. kein Vorteil für diese Bewegungstherapien

Foto: mauritius images

© GFI. Der Medizin-Verlag

festgestellt werden. Ferner konnte in einer randomisiert-kontrollierten Studie kein Unterschied in den AWS-Raten zwischen Patientinnen festgestellt werden, die bereits in der sechsten bis achten Woche nach der OP eine Physiotherapie begonnen hatten, und denjenigen, die erst nach der 26. Woche damit starteten.

Keine Schmerzmittel, keine OP

Die Gabe von nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAR) bringt nach bisherigem Erkenntnisstand keinen Nutzen. Eine chirurgische Durchtrennung der fibrotischen Bänder ist kontraindiziert, da sie ebenfalls keinen nennenswerten Vorteil bringt und außerdem die Bildung von Lymphödemen fördern kann. **OH**

REVIEW Dinas K: Axillary web syndrome: incidence, pathogenesis, and management. Curr Probl Cancer 2019; Epub Mar 15; doi: 10.1016/j.currproblcancer.2019.02.002

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190623

Frage 8: Das axilläre Netzsyndrom

☐ **A** tritt ausschließlich bei Brustkrebspatientinnen auf
☐ **B** kommt mit einer Inzidenz von 10 % vor
☐ **C** beschreibt fibrosierte Lymphgefäße
☐ **D** bleibt auf die Axillen begrenzt
☐ **E** ist mit erhöhter Hyperbeweglichkeit der Schulter verbunden

Frage 9: Erhöhtes Risiko besteht bei

☐ **A** hohem Körpergewicht
☐ **B** Strahlen- oder Chemotherapie
☐ **C** höherem Alter
☐ **D** Hypotonie
☐ **E** keine Antwort trifft zu

Frage 10: Als Gegenmaßnahme

☐ **A** bringen NSAR keinen Nutzen
☐ **B** wird Physiotherapie empfohlen
☐ **C** ist eine chirurgische Durchtrennung der fibrotischen Bänder kontraindiziert
☐ **D** können Pendelübungen helfen
☐ **E** alle Antworten treffen zu

Bitte vermerken Sie Ihre Antworten auf Seite 43 im Heft oder unter www.gyn-depesche.de/cme.

PRAXIS-TIPP

Risikogene für Brustkrebs

Mutationen der Gene BRCA1 und BRCA2 bedeuten ein stark erhöhtes Brustkrebsrisiko. Eine prophylaktische Mastektomie kann dieses weitgehend ausschalten. Die Entscheidung dafür ist trotzdem nicht einfach zu treffen.

BRCA1- und BRCA2-Mutationen kommen mit einer Häufigkeit von etwa 1:300 vor. Sie bedeuten ein Lebenszeit-Risiko für Brustkrebs von 70 % und für Ovarialkarzinom von 45 % (BRCA1) bzw. 20 % (BRCA2). Auch Pankreaskarzinom und hochgradiges Prostatakarzinom kommen vermehrt vor. US-Fachgesellschaften raten zu einer BRCA1/BRCA2-Testung bei allen Frauen mit Ovarialkarzinom, bei Brustkrebs vor dem 45. Lebensjahr, bei tripelnegativem Mammakarzinom vor dem 60. Lebensjahr, bei Pankreaskarzinom und bei allen Männern mit Mamma- oder metastasierendem Prostatakarzinom.

Aufgrund der zunehmenden Testfrequenz stellt sich immer öfter die Frage der prophylaktischen Mastektomie.

Ohne Mastektomie wird das Brustkrebsrisiko auch durch eine Salpingo-Oophorektomie und Gabe selektiver Östrogenrezeptor-Modulatoren stark vermindert. Diese Prophylaxe reduziert auch das Risiko für Ovarialkarzinom und senkt die Gesamt-Mortalität. Sie wird für Frauen mit Mutationen von BRCA1 bzw. BRCA2 im mittleren Alter empfohlen. **WE**

Domchek SM: Risk-reducing mastectomy in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. A complex discussion. JAMA 2019; 321: 27-8

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190769

Mamma-Rekonstruktion nach Brustkarzinom

Ein Frauenrecht

Die Möglichkeiten der Brustrekonstruktion nach Krebsoperation haben einen hohen Standard erreicht. Zwei Experten aus Kalifornien stellen die aktuellen Möglichkeiten dar.

In den USA wurde im Jahr 1998 ein Gesetz erlassen, das allen Bürgerinnen das Recht zubilligt, nach einer Mammakarzinom-Therapie eine Brustrekonstruktion zu erhalten. Inzwischen machen fast 40 % der Patientinnen von dieser Option Gebrauch.

Bei einem kleinen Mammakarzinom kann man sich oft auf eine partielle Mastektomie beschränken, i. d. R. kombiniert mit Bestrahlung. Aufgrund von Gewebeverlust und Fibrosierung kommt es dabei oft zu Deformierungen der Brust. Ein symmetrisches Aussehen kann man mittels Angleichung der gesunden Brust (Mastopexie und Mammareduktion) erreichen.

Eine größere Herausforderung ist die Rekonstruktion nach kompletter Mastektomie. Hier unterscheidet man grundsätzlich zwischen autologer Methode und Einsetzen eines Implantats. Bei der autologen Rekonstruktion werden Muskellappen in die Brust verpflanzt. Der Eingriff dauert vier bis zehn Stunden und zieht drei bis fünf Tage Klinikaufenthalt nach sich. Man verwendet oft einen Stiellappen des M. latissimus dorsae oder einen myokutanen TRAM-Lappen aus dem Unterbauch.

Das Einsetzen von Implantaten an sich dauert nur ein bis zwei Stunden, verursacht weniger Narben und beansprucht eine nicht so lange Rekonvaleszenz wie die autologe Methode. Jahre später kann sich aber Gewebeflüssigkeit um die Silikonprothese ansammeln. Diese muss man auf den Tumormarker CD30 testen. **WE**

Lee GK et al.: Breast reconstruction following breast cancer treatment. JAMA 2018; 320: 1277-8

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190771

Per Telefon oder Internet Reizdarm beruhigen

10-04-2019: Eine kognitive verhaltenstherapeutische Intervention über das Telefon oder Internet ist bei bislang therapierefraktären Reizdarmsymptomen anhaltend wirksamer als eine Standardtherapie mit Medikamenten. Das zeigte eine dreiarmige, randomisiert-kontrollierte Studie mit 553 Patienten.

Diabetes vor 40: Herzrisiko besonders hoch

08-04-2019: Patienten mit einer Typ-2-Diabetes-Diagnose vor dem 40. Lebensjahr haben ein höheres Risiko für Herzinfarkt, Schlaganfall, Herzinsuffizienz und kardiovaskulär verursachten Tod als Patienten, die erst deutlich später erkranken. Das gilt nach einer schwedischen Fall-Kontroll-Studie mit 318.083 Diabetes-Patienten und 1.575.108 Kontrollprobanden für Frauen noch mehr als für Männer.

Nur einer von vier Behandlungsfehlern bestätigt

03-04-2019: Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern haben 2018 in drei von vier Fällen keinen ärztlichen Behandlungsfehler festgestellt, in 1.499 Fällen einen Fehler bestätigt. Meist war der Schaden gering, in 127 Fällen kam es aber auch zu einem schweren und dauerhaften Schaden, in 88 Fällen starb der Patient. Hausärzte waren in 229 Fällen beteiligt.

Allergisch auf Herzschrittmacher

03-04-2019: Eine Rötung an der Implantationsstelle, Juckreiz und Schmerzen könnten auf eine Allergie auf einen Herzschrittmacher hinweisen. In acht von elf Verdachtsfällen an der Duke-Universität (USA) musste das Gerät gegen eines ohne die entsprechenden Allergene ausgetauscht werden. Allergien fanden sich auf Metall ebenso wie auf Gummi- und Silikonteile.

Senior passiv – Gehör ok?

03-04-2019: Wenn ältere Patienten wenig auf das Angebot der Partizipation bei Behandlungsentscheidungen reagieren, könnte das am nachlassenden Gehör liegen. In einer Befragung von 13.940 Personen im Alter von über 65 Jahren gaben 40,6 % an, etwas Probleme mit dem Hören zu haben, 6,4 % hatten erhebliche Hörschwierigkeiten.

Ovarialkarzinom

Lymphadenektomie verbessert nicht die Prognose

In der Regel wird bei Frauen mit einem ausgedehnten Ovarialkarzinom neben einer kompletten Resektion eine systematische pelvine und paraaortale Lymphadenektomie durchgeführt. Doch die Evidenz für ein solches Vorgehen ist sehr begrenzt.

Ob eine solche Erweiterung des operativen Eingriffs die Prognose tatsächlich verbessert, wurde nun in einer Studie mit 647 Patientinnen geprüft, die ein neu diagnostiziertes ausgedehntes Ovarialkarzinom ohne Lymphknotenbeteiligung aufwiesen. Der Primärtumor wurde makroskopisch komplett reseziert. Randomisiert wurde bei der Hälfte der Patientinnen zusätzlich eine Lymphadenektomie der pelvinen und paraaortalen – im Durchschnitt 57 – Lymphknoten durchgeführt.

Jedoch ergab sich daraus kein Überlebensvorteil. Patientinnen mit der Lymphadenektomie überlebten im Durchschnitt 65,5 Monate, ohne Lymphadenektomie 69,2 Monate (HR 1,06; p = 0,65). Das progressionsfreie Überleben betrug in beiden Gruppen 25,5 Monate.

Schwere postoperative Komplikationen waren in der Lymphadenektomie-Gruppe aber signifikant häufiger (12,4 vs. 6,5 %). Auch war die 60-Tage-Mortalität nach der Lymphadenektomie tendenziell höher (3,1 vs. 0,9 %). Bei Patientinnen mit ausgedehntem Ovarialkarzinom ohne eine Beteiligung der Lymphknoten sollte man sich folglich besser auf die komplette Resektion begrenzen. **PS**

RANDOMISIERTE STUDIE Harter P et al.: A randomized trial of lymphadenectomy in patients with ... N Engl J Med 2019; 380: 822-32
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190834

KASUISTIK

HPV-Impfung bei GATA2-Mutation

Eine GATA2-Mutation verursacht ein hereditäres Immundefizienzsyndrom und stellt für junge Frauen deshalb einen prädisponierenden Faktor für eine HPV-assoziierte tumoröse Erkrankung dar. Bei familiärer Häufung entsprechender Erkrankungen sollte daher nach dieser Mutation gefahndet und in jedem Fall eine HPV-Impfung durchgeführt werden.

Mit gerade einmal 19 Jahren wurde bei einer Patientin ein ausgedehntes HPV-assoziiertes Vulvakarzinom festgestellt. Bei der molekulargenetischen Untersuchung fand sich eine GATA2-Mutation. Diese wird autosomal dominant vererbt und führt zu einem Immundefizienzsyndrom, wobei schon junge Menschen an schweren Infektionen insbesondere Pneumonien, aber auch an HPV-assoziierten Malignomen und hämatologischen Neoplasien erkranken. Die Schwester der Patientin war mit acht Jahren an einer akuten Leukämie erkrankt.

Bei einer solchen Familienanamnese sollte man immer an eine GATA2-Mutation denken. Das gleiche gilt für junge Frauen mit zahlreichen Kondylomen oder Vulva- bzw. Zervixkarzinom. Bei Nachweis dieser Mutation muss das familiäre Umfeld untersucht werden. Zudem sollten die Betroffenen eine HPV-Impfung erhalten. Auch regelmäßige gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen und Kontrollen bei einem Hämatologen sind ein Muss. **PS**

KASUISTIK Toboni MD, Bevis KS: Vulvar cancer as a result of GATA2 deficiency ... Obstet Gynecol 2018; 132(5): 1112-5
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190833

© GFI. Der Medizin-Verlag

Zervixkarzinom

Ist eine frühe Adjuvanz von Vorteil?

Ist die Dauer des Intervalls zwischen Tumorresektion und adjuvanter Therapie bei Patientinnen mit Zervixkarzinom relevant für den weiteren Verlauf der Erkrankung? Dieser Frage widmete sich eine retrospektive Studie an der chinesischen Universität Guangzhou.

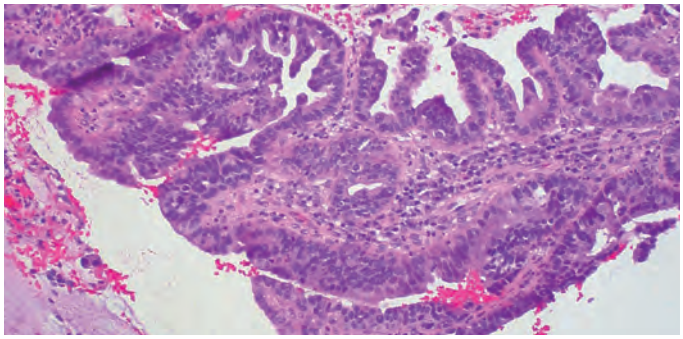


Foto: Wikimedia Commons / Ed Uthman

226 Patientinnen wurden durchschnittlich nach etwa fünf Wochen (Bereich zwei bis acht Wochen) adjuvant bestrahlt, mit oder ohne Chemotherapie. Im Vergleich der Patientinnen, die spätestens fünf Wochen nach OP eine Adjuvanz erhalten hatten und denen mit längerem Intervall zeigte sich weder in der Gesamtpopulation noch in der Subgruppe der Patientinnen mit FIGO-Stadium IA2 bis IB1 ein statistisch signifikanter Unterschied hinsichtlich krankheitsfreiem und gesamtem Überleben (DFS und OS).

Je früher, desto besser?

Bei den Patientinnen in fortgeschritteneren Stadien (IB2 bis IIA) mit kurzem Intervall bis zur Adjuvanz betrug die Fünfjahres-OS-Rate 89% gegenüber 72% bei jenen mit längerem Intervall. Der Unterschied war knapp statistisch signifikant (p = 0,050). In der Subgruppe mit FIGO IB2 bis IIA war auch das DFS bei den Patientinnen signifikant höher, die die adjuvante Therapie früher erhalten hatten, und die Multivarianzanalyse zeigte eine Korrelation kurzer Intervalle sowohl mit dem DFS als auch mit dem lokalrezidivfreien Überleben.

Die Aussagekraft der Studie ist durch eine Reihe von Faktoren eingeschränkt. Zum einen handelt es sich um eine monozentrische, retrospektive Studie mit den entsprechenden möglichen Fehlerquellen. Die Subgruppen umfassten sehr kleine Fallzahlen und das Biasrisiko bei Bewertung eines – zudem nur knapp erreichten – signifikanten Unterschieds in einer Subgruppe bei fehlender Signifikanz in der Gesamtpopulation ist groß. Konfidenzintervalle wurden nicht angegeben. Zudem sind weder die Kriterien berücksichtigt, nach denen kürzere oder längere Intervalle festgelegt wurden noch nicht-medizinische Faktoren, die die Länge des Intervalls zwischen OP und Adjuvanz beeinflusst haben könnten. **TH**

Kai-Yun Y et al.: The selection of time interval between surgery and adjuvant therapy in early stage cervical cancer. Int J Gynecol Cancer 2018; 28: 1325-32

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190047



„Recurrence Score zeigt, welche Patientin von Chemotherapie profitiert“

Prof. Dr. med. Christian Jackisch, Chefarzt Sana Klinikum Offenbach

Sehr geehrter Herr Prof. Jackisch, vor wenigen Tagen ist die 16. St. Gallen Breast Cancer Conference zu Ende gegangen. Kurz vorher hat die Organkommission Mamma der AGO Ihre überarbeiteten Therapieempfehlungen für das Mammakarzinom vorgestellt. Welche Ergebnisse für die Therapieentscheidung in der adjuvanten Therapie sind aus Ihrer Sicht besonders hervorzuheben?

Prof. Jackisch: Zunächst einmal sehe ich hier den Punkt, dass wir sowohl in der Organkommission Mamma der AGO als auch die Kolleginnen und Kollegen auf der St. Gallen Konsensus Konferenz sich bei Hoch-Risiko-Patientinnen für eine Dosis-dichte Chemotherapie im Gegensatz zur konventionellen Chemotherapie, basierend auf einer aktuellen Meta-Analyse der EBCTCG, ausgesprochen haben. Es konnte in Studien an diesen Patientinnen hierfür ein zusätzlicher Nutzen gezeigt werden.

Bedeutet das aber nicht auch mehr Nebenwirkungen?

Prof. Jackisch: Das bedeutet vor allem, dass es um so wichtiger ist, die „Patientinnen at risk“, denen diese Therapie angeboten wird, zu identifizieren. Um diese aber klar herausfiltern zu können, reichen die klassischen pathologisch-histologischen Parameter nicht vollumfänglich aus. Hier müssen wir klar über den Einsatz der Multigenassays nachdenken. In diesem Zusammenhang hat die Organkommission Mamma der AGO in ihren Empfehlungen dem Oncotype DX® als einzigem Multigentest die Prädiktion eines zusätzlichen Nutzens der Chemotherapie bescheinigt. Dies ist vor allem auf die guten Ergebnisse der TAILORx-Studie zurückzuführen. Hiermit stimmten auch die Experten im St. Gallen Panel überein. Bei der finalen Abstimmung des Panels sprachen sich 94% der Experten für einen Einsatz eines prospektiv-randomisiert geprüften Multigenassays aus. Auch für nodalpositive Patientinnen waren 74% des Panels für den Einsatz der Multigenassays. Das bedeutet, dass für das hormonsensitive und HER2neu-negative Mammakarzinom in unklaren Fällen ein solcher Test sinnvoll ist, um eine unnötige Chemotherapie zu vermeiden.

Was bedeutet das für prä-menopausale Patientinnen, denen eine Chemotherapie empfohlen wird?

Prof. Jackisch: Zum Einen hat sich der GBA erfreulicherweise dazu durchgerungen, für diese Patientinnen die Kosten für fertilitätserhaltende Maßnahmen zu übernehmen. Zum Anderen wäre dies aber nur erforderlich, wenn wirklich eine Indikation zur Chemotherapie vorliegt. Auch hier konnte die TAILORx-Studie in einer exploratorischen Betrachtung von Patientinnen unter 50 Jahren belegen, in welchem Maße Frauen bei entsprechendem Recurrence Score (RS) von einer Chemotherapie profitieren. Es wurde festgestellt, dass bei einem RS unter 21 der Chemotherapienutzen mit ca. 1,6% für die betroffenen Patientinnen sehr niedrig ausfällt. Darüber hinaus ist aber mit der Patientin das Gespräch zu diesem Thema zu suchen. Ab einem RS von 25 sollte eigentlich jeder Patientin die Chemotherapie angeboten werden.

Mit freundlicher Unterstützung der Genomic Health Deutschland GmbH, Köln

Foto: © Andre Berger

KASUISTIK

Keine BRCA2-Funktion, keine Gonaden

Das als Brustkrebsgen bekannt gewordene BRCA2 spielt eine wichtige Rolle in der Ovarentwicklung. Zu diesem Schluss führte eine israelische Fallstudie.

Zwei Schwestern im Alter von 15 und 20 Jahren wurden wegen primärer Amenorrhoe, fehlender pubertärer Entwicklung und Kleinwuchs in der Klinik vorstellig. Es offenbarte sich ein normaler weiblicher Karyotyp (46, XX), aber eine komplette Ovardysgenesie.

Bei der älteren Schwester war im Alter von fünf Jahren eine AML diagnostiziert worden; nach der Therapie trat bisher kein Rezidiv auf. Ein Bruder der beiden verstarb an akuter Promyelozytenleukämie. Drei weitere Geschwister, zwei Mädchen und ein Junge, sowie die Eltern waren gesund.

Genanalysen ergaben bei den betroffenen Schwestern zwei heterozygote Mutationen im BRCA2-Gen, die zu einer stark verringerten Konzentration des kodierten Proteins führten. Durch den BRCA2-Funktionsverlust und die damit einhergehende eingeschränkte Reparaturfähigkeit von DNA-Doppelstrangbrüchen entwickelte sich eine Fanconi-Anämie vom Typ D1. Weitere typische Symptome des Chromosomenbruchsyndroms wie eine leicht ausgeprägte Mikrocephalie und einige Café-au-Lait-Flecken waren bei genauerer Betrachtung ebenfalls erkennbar.

Experimentelle Studien mit genmanipulierten Drosophila-Fliegen bestätigen die hohe Bedeutung von BRCA2 für die Ovarentwicklung: Eine homozygote Verlustmutation dieses Gens führte zur Gonadendysgenesie und Sterilität. Offenbar spielt die normale Reparatur von DNA-Doppelstrangbrüchen, wie sie bei der Meiose häufig vorkommen, eine entscheidende Rolle für die Entwicklung der Ovarien. **CW**

KASUISTIK Weinberg-Shukron A et al.: Essential role of BRCA2 in ovarian development and function. N Engl J Med 2018; 379: 1042-9
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190582

Endometriumkarzinom

Genauere Vorhersage der Aggressivität

Ein neuer Biomarker könnte die präoperative Identifikation von Hochrisikopatientinnen verbessern.

Bei 1.144 Patientinnen mit Endometriumkarzinom wurde die Expression von ASRGL1 (Asparaginase-like protein 1) in präoperativ entnommenen Kürettage-Proben bestimmt. Bei 80 % fand sich eine starke ASRGL1-Exprimierung, bei 20 % eine schwache. Eine geringe ASRGL1-Exprimierung erwies sich als unabhängiger Prognosefaktor für eine aggressivere Erkrankung und ein schlechteres Outcome: Die Tumoren waren im Schnitt größer, tiefer infiltrierend, geringer differenziert, häufiger Hormonrezeptor-negativ und seltener endometroid. Das Risiko eines Lymphknotenbefalls stieg auf mehr als das Doppelte (23 vs. 10 %) im Vergleich zu den Patientinnen mit einer hohen ASRGL1-Expression. Die krankheitsspezifische Überlebensrate sank signifikant. **CW**

Fonnes T et al.: Asparaginase-like protein 1 expression incurettage independently predicts ... BJOG 2018; 125: 1695-1703
Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190572

ABONNEMENT

Ich möchte regelmäßig über aktuelle Studienergebnisse und neues praxisrelevantes Wissen informiert werden. Deshalb abonniere ich die ***Gyn****Depesche* 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 ***Gyn****Depesche* als gedrucktes Heft per Post erhalten (Print-Ausgabe), für € 49,-/Jahr zzgl. € 8,10 Inlandsporto (€ 18,80 Auslandsporto)

☐ Ich möchte die ***Gyn****Depesche* digital als PDF per E-Mail erhalten (ePaper), für € 35,-/Jahr

Datum Unterschrift

Anrede/Titel Vorname Name

Straße Hausnummer/Postfach

PLZ Ort

E-Mail-Adresse

Medizinisches Interessengebiet (z. B. „Gravidität")

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".

PRAXIS-TIPP

Mehr Infos zum Fertilitätserhalt, bitte!

In einer Klinik in Tokyo analysierte man, woran Brustkrebspatientinnen die Entscheidung für oder wider fruchtbarkeitserhaltende Maßnahmen festmachen.

Elf prämenopausale Frauen, die nach ihrer Brustkrebsdiagnose eine Fertilitätsberatung erhalten hatten, wurden zwei bis sechs Jahre später nach ihren Erfahrungen befragt. Von wesentlicher Bedeutung für die Entscheidungsfindung der Frauen war es, sich zunächst über ihre eigenen Werte und die Dringlichkeit ihres Kinderwunsches klar zu werden. Als Problem empfanden viele den Zeitdruck, unter dem die Entscheidung getroffen werden musste und die vom Klinikpersonal teilweise noch verstärkt wurde.

Ausführliche Informationen über die verfügbaren Möglichkeiten des Fertilitätserhalts und emotionale Unterstützung durch Angehörige und Ärzte erwiesen sich als wichtige Faktoren, die die Entscheidungssicherheit förderten. Zu Konfusion und Angstgefühlen führten dagegen die Unsicherheit über das Rezidivrisiko, das knappe Zeitfenster und das Gefühl zu wenig oder schwer verständliche Informationen erhalten zu haben. Insbesondere in diesem Punkt sahen die Autoren das medizinische Personal in der Verantwortung. **CW**

Komatsu H et al.: Fertility decision-making under certainty and uncertainty in cancer patients. Sex Reprod Health 2018; 15: 40-5

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190320

Triple-negatives Mammakarzinom

Erfolgreiche Erstlinientherapie mit Atezolizumab

In der Studie IMpassion130 wurde erstmals der Benefit der Erstlinien-Immuntherapie beim metastasierten triple-negativen Brustkrebs (mTNBC) belegt: Die Kombination Atezolizumab/nab-Paclitaxel verlängerte progressionsfreies und Gesamtüberleben beim TNBC mit positivem PD-L1-Status und ist hier neuer Standard.

Die Phase-III-Studie IMpassion130, deren Daten auf einer Veranstaltung von Roche Pharma im Rahmen des ESMO Breast Cancer Congress 2019 präsentiert wurden, verglich die kombinierte Therapie mit dem PD-L1-Inhibitor Atezolizumab plus nab-Paclitaxel mit nab-Paclitaxel-Monotherapie bei rund 900 nicht vorbehandelten Frauen mit mTNBC. Im Gesamtkollektiv verlängerte sich das progressionsfreie Überleben (PFS) von 5,5 Monaten im Kontrollarm auf 7,2 Monate mit dem Kombinationsregime (HR 0,80; p = 0,0025). Patientinnen mit positivem PD-L1-Status profitierten mit einer PFS-Verlängerung um 2,5 Monate noch stärker (5,0 vs. 7,5 Monate; p < 0,0001). Zudem zeigt die Interimsanalyse zum Gesamtüberleben (OS) einen starken positiven Trend: In der Intention-to-treat-Population fiel ein OS-Vorteil zugunsten der Atezolizumab-Kombination auf (17,6 vs. 21,3 Monate; HR 0,84; p = 0,084). Bei positivem PD-L1-Status wurde das OS um knapp zehn Monate verlängert (15,5 vs. 25,0 Monate; HR 0,62). Laut *Prof. Guiseppe Viale*, Mailand, ist IMpassion130 die erste Studie zur zielgerichteten Therapie beim mTNBC mit einem OS-Benefit. **KA**

SYMPOSIUM „Advances in triple-negative breast cancer care: ExCITing prospects in personalised cancer immunotherapy", im Rahmen des ESMO Breast Cancer Congress 2019, Berlin, 3.5.2019, Veranstalter: Roche Pharma

Atezolizumab: Tecentriq®

Mehr Infos: www.gyn-depesche.de/190803

GynDepesche

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 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

THERAPIE-OPTIONEN

HPV-Impfung wird ausgeweitet

Seit 2007 empfiehlt die STIKO allen Mädchen die HPV-Impfung als Standardimpfung, um die Inzidenzrate an Gebärmutterhalskrebs zu reduzieren. Eine Cochrane-Studie vom 9. Mai 2018 zeigte, dass HPV-Impfstoffe vor Vorstufen des Gebärmutterhalskrebs bei jugendlichen Mädchen und Frauen schützen, die zwischen 15 und 26 Jahren vakziniert worden waren. Das Risiko für schwerwiegende Nebenwirkungen unterschied sich dabei nicht zum Placeboarm. Trotzdem lag die Impfrate 2015 bei 15-jährigen Mädchen mit 31,3 % noch deutlich unter dem einer vollständigen Impfserie in Australien in 2016 (Mädchen 78,6 %; Jungen 72,9 %). Eine in *The Lancet Public Health* publizierte Kalkulation geht soweit zu behaupten, dass mithilfe von HPV-Impfungen und Vorsorgeuntersuchugen, die Inzidenz des Zervixkarzinoms bis zum Jahr 2035 auf weniger als 4 pro 100.000 Frauen sinken könnte, und das Zervixkarzinom als Gesundheitsproblem in Australien in den nächsten 20 Jahren eliminiert werden könnte. In Deutschland ist seit 2015 der nonavalente Impfstoff GARDASIL® zugelassen zur aktiven Immunisierung von Personen ab einem Alter von neun Jahren gegen Vorstufen maligner Läsionen und Karzinome der Zervix, Vulva, Vagina und des Anus, die mit den HPV-Typen 16, 18, 31, 33, 33, 45, 52 und 58 assoziiert sind und gegen durch HPV-Typen 6 und 11 verursachte Genitalwarzen. Seit Januar 2019 haben zudem alle Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland offiziell veröffentlicht, dass die HPV-Impfung ab sofort auch für Jungen analog zu der Impfung für Mädchen verordnet und abgerechnet werden kann.

Zulassungserweiterung für Hormonersatztherapie

Im August 2018 hat das mikronisierte Progesteron in FAMENITA® eine Indikationserweiterung erhalten. Während FAMENITA® bislang ausschließlich zur hormonellen Substitutionstherapie während der Menopause eingesetzt wurde, ist es nun auch für die Behandlung von Progesteronmangel-bedingten Zyklusstörungen zugelassen. Das Fehlen dominanter Gelbkörperzysten führt während der menopausalen Übergangsphase zu einer verringerten Bildung von Progesteron. In der Folge treten pathologische Veränderungen der Gebärmutterschleimhaut auf, die sich klinisch in unregelmäßigen Blutungen oder Zyklusstörungen manifestieren. Zur Behandlung können an zehn Tagen pro Zyklus FAMENITA® Weichkapseln eingesetzt werden. Da zwischen einer Wirkstoffdosierung von 100 oder 200 mg sowie verschiedenen Packungsgrößen (15, 30 oder 90 Stück) gewählt werden kann, ist eine individuelle Therapieanpassung möglich.



FORTBILDUNG

Auf neuestem Stand über die Schilddrüse

Unter dem Namen „Schilddrüsen Update" bietet Sanofi auch 2019 wieder Fortbildungsveranstaltungen in drei großen deutschen Städten mit kompakten und aktuellen Informationen zu Themen auf dem Gebiet der Thyreologie. Diese zertifizierten Fortbildungen richten sich sowohl an Ärzte in der hausärztlichen Versorgung als auch jene in der Klinik. Moderiert von *Prof. Karl-Michael Derwahl* werden spannende Fachvorträge zu den Themenschwerpunkten Frauengesundheit und Schilddrüsenerkrankungen sowie zu neuen Therapiemöglichkeiten bei Schilddrüsenknoten präsentiert. Dabei werden *Prof. Karin Frank-Raue* und *Prof. Derwahl* näher auf Zusammenhänge zwischen Fertilität, Schwangerschaft, Stillen und Schilddrüsenerkrankungen sowie auf Therapieoptionen bei Hashimoto-Thyreoiditis in der Menopause und Gewichtszunahme eingehen. *Prof. Jörg Bojunga* wird über neue Sonographie-Leitlinien referieren, während *Prof. Frank Grünwald* sich alternativen Verfahren in der Ablation des Schilddrüsenknotens und *Prof. Thomas Steinmüller* sich den chirurgischen Therapien der kleinen oder normal großen Struma multinodosa widmen werden. Abgerundet wird die Veranstaltung mit einem anschließenden interaktivem Roundtable mit allen Referenten für anregende Diskussionen. Das nächste Schilddrüsen-Update findet in Berlin am 14.6.2019 in der Akademie der Wissenschaften von 16:30 bis 20:00 Uhr statt. Die Anmeldung erfolgt über ein Onlineformular unter www.infoline-schilddruese.de/schilddruesen-updates.

VARIA

31. Kongress der Deutschen Kontinenz Gesellschaft

Am 22. und 23. November 2019 findet der 31. Kongress der Deutschen Kontinenz Gesellschaft in Essen statt. Unter dem Motto „voneinander und miteinander lernen" lädt die Veranstaltung zum berufsgruppenübergreifenden und interdisziplinären Austausch ein. Denn in immer schwieriger werdenden Zeiten der Gesundheitsbranche ist gerade eine professionelle und kollegiale Zusammenarbeit aller Berufsgruppen und Fachdisziplinen unabdingbar für eine gute Betreuung und Behandlung der PatientInnen mit Beckenbodenfunktionsstörungen und Inkontinenz. Schwerpunkte in diesem Jahr werden neben der Vertiefung des Basiswissens über die gesamte Bandbreite der Harn- und Stuhlinkontinenz auch die Besonderheiten der Inkontinenzdiagnostik und -therapie in der Geriatrie, der Pädiatrie und Neurologie sein. Mit Seminaren zur konservativen Therapie und Komplementärmedizin bei Inkontinenz einerseits bis hin zu Workshops über komplexe Themen wie sakrale Neuromodulation, Instillationstherapie und Pharmakologie sollen auch spezielle Aspekte des Querschnittsektors in der Medizin „Harn- und Stuhlinkontinenz" abgedeckt werden.

© GFI. Der Medizin-Verlag

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: 18.07.2019, Kennziffer: GD032019
  VNR: 2760909008658460011
- In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

BAYERISCHE LANDESÄRZTEKAMMER

GynDepesche

Es ist jeweils nur eine Antwort pro Frage zutreffend.

			A	B	C	D	E
1.	**Peripartale Angststörungen ...**	S. 20	☐	☐	☐	☐	☐
2.	**Die Behandlung ...**	S. 20	☐	☐	☐	☐	☐
3.	**Welches Ultraschallkriterium schließt Monochorionizität ...**	S. 24	☐	☐	☐	☐	☐
4.	**Das Lambda-Zeichen ...**	S. 24	☐	☐	☐	☐	☐
5.	**Die weltweite Sectiorate ...**	S. 26	☐	☐	☐	☐	☐
6.	**Beim Zustand nach Sectio steigt das Risiko einer ...**	S. 26	☐	☐	☐	☐	☐
7.	**Eine elektive Sectio ...**	S. 26	☐	☐	☐	☐	☐
8.	**Das axilläre Netzsyndrom ...**	S. 36	☐	☐	☐	☐	☐
9.	**Erhöhtes Risiko besteht bei ...**	S. 36	☐	☐	☐	☐	☐
10.	**Als Gegenmaßnahme ...**	S. 36	☐	☐	☐	☐	☐

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



Qlaira®

Eine gute Wahl für sie!

- **Die Umsteigerpille mit Wirkung des natürlichen Estradiols[1] und des weltweit anerkannten Gestagens Dienogest**
- **Kardiovaskuläre und kontrazeptive Sicherheit unter Alltagsbedingungen bestätigt[2,3]**

Qlaira® Filmtabletten

Zusammensetz.: Wirkstoffe: 2 dunkelgelbe Tbl. mit 3 mg Estradiolvalerat (EV), 5 mittelrote Tbl. mit 2 mg EV u. 2 mg Dienogest (DNG), 17 hellgelbe Tbl. mit 2 mg EV u. 3 mg DNG, 2 dunkelrote Tbl. mit 1 mg EV, 2 weiße Tbl. ohne Wirkstoffe. Sonst. Bestandteile: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, Povidon K25 (E1201), Magnesiumstearat (Ph. Eur.) [pflanzl.) (E572), Hypromellose (E464), Talkum (E553b), Titandioxid (E171), vorverkl. Stärke (Mais), Macrogol 6000, Eisen(III)-hydroxid-oxid x H2O (E172) u./od. Eisen(III)-oxid (E172). **Anwendungsgeb.:** Orale Kontrazeption. Behandlung starker Menstruationsblutungen ohne organische Ursache bei Frauen, die eine orale Kontrazeption wünschen. **Gegenanz.:** Vorliegen/Risiko einer venösen Thromboembolie (VTE) z.B.: bestehende VTE oder VTE in der Vorgeschichte (tiefe Venenthrombose, Lungenembolie), erbliche oder erworbene Prädisposition f. VTE, größere Operationen mit längerer Immobilisierung, hohes Risiko f.ven. Thromboembolie aufgr. mehrerer Risikofaktoren. Vorliegen od. Risiko e. arteriellen Thromboembolie (ATE), z.B.: best. ATE oder ATE i. d. Vorgesch. (Herzinfarkt) o. Angina pectoris; best. Schlaganfall, oder transitorische ischämische Attacke i. d. Vorgesch.; erbl. oder erw. Prädisp. f. ATE; Migräne mit fokalen neurologischen Symptomen i. d. Vorgesch.; hohes Risiko f. ATE aufgr. v. schwerw. Risikofaktoren wie: Diabetes mellitus m. Gefäßschädigung, schw. Hypertonie, schw. Dyslipoproteinämie; best./vorausgeg. schw. Lebererkr., solange Leberfunktionswerte nicht normal; best./vorausgeg. Lebertumoren; bek./vermutete sexualhormonabh. maligne Tumoren; diagn. n. abgeklärte vag. Blutungen; Überempfindlichkeit gg. Wirkstoffe od. sonst. Bestandteile. **Nebenw.:** *Häufig:* Kopfschmerzen (einschl. Spannungs- u. Sinuskopfschm.), abdominale Schmerzen (einschl. abdom. Distension, oberer/unterer Abdominalschm.), Übelkeit, Akne (einschl. pustulöser Akne), Amenorrhoe, Brustbeschwerden (einschl. -schmerzen, -empfindlichkeit, Erkr. u. Schm. d. Brustwarzen), Dysmenorrhoe, Metrorrhagie (einschl. unregelm. Menstr.), Gewichtszunahme. Gelegentlich: Pilzinfektion, mykotische vulvovag. Inf. (einschl. vulvovag. Candidiasis u. identif. zervik. Pilzproben), vag. Inf., verstärk. Appetit, Depression/depr. Verstimmung, emotionale Störung (einschl. Weinen und Affektlabilität), Schlaflosigkeit, vermind. Libido (einschl. -verlust), psych. Störung, Stimmungswechsel (einschl. -änderungen/-schwankungen), Benommenheit, Migräne (mit u. ohne Aura), Hitzewallung, Hypertonie, Diarrhoe, Erbrechen, Anstieg der Leberenzyme (einschl. erh. Alaninaminotransferase, Aspartataminotransf. u. Gamma-GT), Alopezie, Hyperhidrosis, Pruritus (einschl. general. Pr. u. juckendem Hautausschlag), Hautausschlag (einschl. fleckigem Ausschlag), Muskelkrämpfe, Brustvergrößerung (einschl. -schwellung), Gewebeveränd. i. d. Brust, Zervixdysplasie, dysfunkt. uter. Blutungen, Dyspareunie, fibrozyst. Brustveränd., Menorrhagie, Menstruationsstör., Ovarialzysten, Unterbauchschm., prämenstr. Syndrom, Uterusleiomyom, Uteruskrämpfe, uter./vag. Blutungen einschl. Schmierbl. (einschl. vag. Hämorrh., genit./uter. Hämorrh.), vag. Ausfluss, vulvovag. Trockenheit, Müdigkeit, Reizbarkeit, Ödeme (einschl. peripherer Ö.), Gewichtsabnahme, Blutdruckveränd. (einschl. erhöhter/erniedrigter B.). Selten: Candidiasis, oral. Herpes, PID, vermutetes okuläres Histoplasmose-Syndr., Tinea versicolor, Harnwegsinf., bakterielle Vaginitis, Flüssigkeitsretention, Hypertriglyceridämie, Aggression, Angst, Dysphorie, verst. Libido, Nervosität, Alptraum, Unruhe, Schlafstör., Stress, Aufmerksamkeitsstör., Parästhesie, Vertigo, Kontaktlinsenunverträglichk., trockene Augen, A-schwellung, Myokardinfarkt, Palpitationen, blu. Varizen, ven. Thromboembolie (VTE), art. T. (ATE), Hypotonie, Thrombophlebitis, Venenschm., Obstipation, Mundtrockenheit, Dyspepsie, gastroösophageale Refluxerkrank., fokal-noduläre Hyperplasie d. Leber, chron. Cholezystitis, allerg. Hautreaktion (einschl. allerg. Dermatitis u. Urtikaria), Chloasma, Dermatitis, Hirsutismus, Hypertrichose, Neurodermitis, Pigmentationsstör., Seborrhoe, Hauterkrank. (einschl. Spannen d. H.), Rückenschmerzen, Kieferschmerzen, Schweregefühl, Schmerzen i. Ber. d. Harntrakts, ungewöhnl. Abbruchblutungen, benigne Brustneoplasien, Mamma-Karzinom in situ, Brustzysten, Brustsekretion, zerv. Polypen, zerv. Erythem, koit. Blutungen, Galaktorrhoe, genit. Ausfluss, Hypomenorrhoe, verspät. Menstruation, rupt. Ovarialzyste, Vaginalgeruch, vulvovag. Brennen/Beschwerden, Lymphadenopathie, Asthma, Dyspnoe, Epistaxis, Schmerzen i. Brustkorb, Unwohlsein, Pyrexie, patholog. Zervixabstrich. *Bei Anw. von komb. oralen Kontrazept. (KOK):* VTE/ATE, Hypertonie, Lebertum., Chloasma; Auftr./Verschl. von Erkr., f. d. Zusammenh. nicht nachgew.: M. Crohn, C. ulcerosa, Epilepsie, Migräne, Uterusmyome, Porphyrie, syst. L.E., Herpes gestat., Sydenham-Chorea, hämolytischurämn. Syndrom, cholestat. Ikterus. Akute/chron. Leberfunktionsstör. k. Einnahmeunterbrechung erf. machen. Bei hereditärem Angioödem k. Estrogene Sympt. auslösen od. verschlimmern. Diagnosehäufigkeit von Brustkrebs geringf. erhöht. *W. Nebenwirk. v. Ethinylestradiol-enthalt. KOK:* Erythema nodosum, E. multiforme, Brustdrüsensekretion, Überempfindlichkeitsreaktionen. **Warnhinweis:** Bei der Entscheidung, Qlaira zu verschreiben, sollten die aktuellen, individuellen Risikofaktoren der einzelnen Frauen, insbesondere im Hinblick auf VTE berücksichtigt werden. Auch sollte das Risiko f. VTE bei Anw. von Qlaira mit dem anderer komb. horm. Kontrazept. (KHK) verglichen werden. Enthält <50 mg Lactose pro Tbl. Pat. m. hered. Galactose-Intoleranz, Lactase-Mangel od. Glucose-Galactose-Malabsorption, die auf lactosefr. Diät sind, sollten diese Menge beachten. **Verschreibungspflichtig.** Stand: FI/12, 12/2018. Pharmaz. Untern.: Jenapharm GmbH & Co. KG, 07745 Jena

Referenzen: 1. Qlaira® Fachinformation. **2.** Dinger J, Do Minh T, Heinemann K et al. Impact of estrogen type on cardiovascular safety of combined oral contraceptives. Contraception 2016;94:328–339. **3.** Barnett C, Hagemann C, Dinger J et al. Fertility and combined oral contraceptives unintended pregnancies and planned pregnancies following oral contraceptive use – results from the INAS-SCORE study. Eur J Contracept Reprod Health Care 2017;22(1):17–23.

PP-QLA-DE-0012-1