3 Post-Kongress-Ausgabe

gynkongress

Offizielle Kongresszeitung zum FOKO 2013

FOKO 2013

6.–9. März 2013 · CCD. Stadthalle Düsseldorf

FOKO 2013: Der Erfolg gibt uns Recht

Interview mit Kongresspräsident San.-Rat Dr. Werner Harlfinger

? Herr Dr. Harlfinger, wieder liegt ein FOKO hinter Ihnen. Sind Sie zufrieden mit den Besucherzahlen?
Wir haben in diesem Jahr mehr Besucher als 2012, sodass ich wirklich sehr zufrieden bin. Auf jeden Fall bestätigen uns diese Teilnehmerzahlen, dass es wieder gelungen ist, die drängenden Fragen der Praxis aufzugreifen.

? Es gab ja wieder ein sehr ambitioniertes Kursprogramm , wie war da die Resonanz? Gab es Kurse mit besonders aktuellem Bezug?
Wir haben von den 32 Kursen, die wir dieses Jahr angeboten haben, 21 ganz neu konzipiert. Dazu gehören Kurse zur individuellen Hormontherapie, zur Aufklärung nach Gendiagnostikgesetz, zum Ultraschall, hier vor allem zum zweiten großen Ultraschall in der Schwangerschaft. Viel Wert haben wir in diesem Jahr auf psychosoziale Themen gelegt, wie z.B. die Betreuung von Patientinnen nach Gewalterfahrung oder auch die depressive Patientin und ihr Umfeld. Außerdem haben wir neue komplementärmedizinische Themen aufgenommen, weil danach in den vergangenen Jahren zunehmend gefragt wurde, und weil es wichtig ist, dass wir hier unseren Patientinnen nicht zu viel versprechen, aber auch nicht zu wenig anbieten.

? Und was waren für Sie die Highlights im wissenschaftlichen Programm?
Ich habe mich zusammen mit dem wissenschaftlichen Beirat darum bemüht, jede der wissenschaftlichen Sitzungen zu einem Highlight zu machen, und ich denke, dass uns das gelungen ist. So starteten wir in der Auftaktveranstaltung zur pränatalen genetischen Diagnostik mit einem Statement von Wolfgang Holzgreve zur Zukunft der pränatalen gendiagnostischen Möglichkeiten, danach kam ein sehr pointierter Beitrag der Juristin Monika Frommel, die uns darlegte, dass wir uns in der Beratung nach Gendiagnostikgesetz möglicherweise viel mehr Probleme machen als notwendig, und ein sehr bodenständiges Resümee des Philosophen und Ethikers Dieter Birnbacher. Aber auch die Veranstaltung am Donnerstagnachmittag zur Geburtsmedizin war mit hochaktuellen Themen und glänzenden Vorträgen ein wissenschaftliches Highlight, ebenso wie die endokrinologische Sitzung am Freitagvormittag im sehr gut gefüllten Hörsaal – und auch die anderen wissenschaftlichen Sitzungen waren gut besucht. Die Diskussion zum Beschäftigungsverbot für Schwangere war so angeregt, dass die verfügbare Zeit bei Weitem nicht ausreichte.

? Wer ist bei der Planung des wissenschaftlichen Programms alles involviert?
Der Kongress hat einen sehr beständigen wissenschaftlichen Beirat, dem zahlreiche Hochschullehrer angehören, die die Fragen der Zeit kennen. Aber auch engagierte und erfahrene niedergelassene Kollegen, alles hoch engagierte Persönlichkeiten, die mithelfen, den Kongress auf die Beine zu stellen. Es war eine Freude mit allen zusammenzuarbeiten. Mit vielen von ihnen verbindet mich eine langjährige persönliche Freundschaft, und ich möchte die Gelegenheit nutzen, mich bei jedem Einzelnen sehr herzlich für den großen Einsatz zu bedanken.

? Die Liste der FOKO-Referenten liest sich fast wie ein Who's who der Frauenheilkunde. Ist es eigentlich schwierig, diese renommierten Referenten zu gewinnen?
Nein, das ist überhaupt nicht schwierig. Der FOKO ist ein großer und angesehener Kongress, und die Referenten sehen es als eine Ehre an, eingeladen zu werden. Im Gegenteil, wir haben eher das Problem, dass wir schon aus Zeitgründen nicht jedes Jahr allen Meinungsführern, die gern dabei wären, ein geeignetes Forum bieten können.

? Was ist das Schwierigste bei der Vorbereitung eines so großen Kongresses?
Die richtigen Themen zu finden, ist jedes Jahr wieder die größte Herausforderung, den Finger am Puls der Zeit zu haben und herauszufinden, was die niedergelassenen und der klinischen Kollegen interessiert. Sicherlich gibt es auch in der Organisation eines großen Kongresses Klippen und Stromschnellen. Aber dafür habe ich das professionelle Team der FBA. Für mich als Kongresspräsidenten sieht es aus, als würde alles von selbst funktionieren.

? Der FOKO wurde in diesem Jahr räumlich stark umorganisiert. Die Industrieausstellung wurde erweitert und zum Teil in den früheren großen Hörsaal verlegt. Was war der Anlass dafür?
Die Industrieausstellung war in den letzten Jahren doch recht beengt, sodass wir manchen Interessenten absagen mussten, und viele kleinere Firmen hatten sich mit sehr unattraktiven Plätzen und regelrechten Katzentischen abfinden müssen. Das war nicht gut. 2013 haben wir deshalb die große Industrieausstellung in der lichtdurchfluteten Haupthalle platziert.

? …und hat sich das bewährt?
Ja, auf jeden Fall. Diese Lösung hat viel Lob bekommen, und das kommunikative und musikalische Get-together am Donnerstagnachmittag in der schönen Halle hat den Kongress definitiv bereichert. Wir werden dieses Konzept im nächsten Jahr auf jeden Fall wieder aufgreifen.

? Für Ihre Tätigkeit als Kongresspräsident Sie sind in diesem Jahr mit dem BVF-Fortbildungspreis ausgezeichnet worden. Was haben Sie dabei empfunden?
Das ist für mich natürlich eine große Ehre. Ich habe das nicht vorher gewusst und war darauf überhaupt nicht vorbereitet. Der Vorstand des Berufsverbands und die Kongressorganisation haben das komplett vor mir geheim gehalten, und die Überraschung ist tatsächlich gelungen.

? Das war jetzt Ihr 12. Fortbildungskongress als Kongresspräsident. Wie lange bleiben Sie dem FOKO noch erhalten?
Auf jeden Fall werde ich den Kongress 2014 noch einmal als Kongresspräsident gestalten. Was danach kommt, das sollten wir alle einfach mal offen lassen. ■

Neues Raumkonzept für die Industrieausstellung: größer, heller, schöner

Inhalt

FOKO 2013: Der Erfolg gibt uns Recht 1
Interview mit W. Harlfinger

Schutz vor Gefahren am Arbeitsplatz 2
A. Bodemar

Wann welche Radikalität? 2
W. Janni, M. Hampl

WHI: Alles fließt 4
Ein Kommentar von A. Teichmann

Impressum 4

Unterschiede kontrazeptiver Gestagene in Pharmakologie, Pharmakokinetik und Endokrinologie 5
L. Wildt

Ursachen für steigende Raten sind noch unzureichend erforscht 6
K. Friese, W. Kirschner

Perioperative Strategieplanung 8
S. Schott, J. Heil, C. Sohn

Pelvic-Floor-Sonografie 10
J. Kociszewski, S. Kolben

Neues zur Prognose und Therapie 10
M. Kiechle

FOKO-Impressionen 2013 12

HRT – 10 Jahre nach der WHI-Studie 14
J. C. Huber

3D-/4D-Sonografie am Beckenboden 14
H. B. G. Franz, S. Albrich

Meisners Zugeständnis ändert Grundhaltung der Katholischen Kirche 17
W. Harlfinger

Wie und wann muss ein Myom behandelt werden? 18
H.-J. Ahrendt

Prä- und perinatale Infektionen 20
M. Enders

Warten auf ein kleines Paradies 22

Beschäftigungsverbot bei Schwangeren

Schutz vor Gefahren am Arbeitsplatz

Manche Schwangere sind in ihrem Beruf Gefahren ausgesetzt, vor denen sie und ihr ungeborenes Kind geschützt werden sollen. Deshalb hat der Gesetzgeber dies im Mutterschutzgesetz verankert. Für jede berufstätige werdende Mutter gelten besondere Vorsichtsmaßnahmen. Dazu gehört beispielsweise, dass keine schweren Lasten gehoben werden dürfen.

Gerade im Gesundheitswesen gelten stärkere Einschränkungen. Ein Beschäftigungsverbot für berufstätige Schwangere wie Ärztinnen, Krankenschwestern oder Hebammen wird häufig dann erteilt, wenn die werdende Mutter sich und ihr ungeborenes Kind mit ihrer Arbeit in Gefahr bringen könnte. An ihrem Arbeitsplatz sind diese Mitarbeiterinnen sehr häufig einer erhöhten Infektionsgefahr ausgesetzt. Ein Beschäftigungsverbot soll das Risiko für Mutter und Kind minimieren, dennoch können administrative Arbeiten ausgeführt werden. Das Verbot könnte auch als Einschränkung der durchzuführenden Arbeiten bezeichnet werden.

Für den Arbeitgeber stellt es sich häufig als finanziell günstiger dar, wenn der werdenden Mutter ein gänzliches Beschäftigungsverbot ausgesprochen wird. In diesem Fall wird das volle Entgelt von der jeweiligen Krankenkasse durch die Umlageversicherung U2 erstattet. Dagegen trägt im Falle einer Krankschreibung der Arbeitgeber die Ausgaben häufig vollständig.

Arbeitgeber von kleinen Betrieben mit maximal 30 Beschäftigten sind zusätzlich über die Umlageversicherung U1 versichert. Über diese werden die Kosten der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall bis zu 80 Prozent abgedeckt.

Durch die Umlageversicherung U2 sind alle Arbeitgeber gegen die Arbeitgeberaufwendungen für Mutterschaftsleistungen versichert. Sie zahlen einen bestimmten individuellen Beitragssatz und bekommen generell 100 Prozent des Zuschusses zum Mutterschaftsgeld sowie das bei Beschäftigungsverboten gezahlte Arbeitsentgelt zurück.

Zur Beurteilung, ob eine Arbeitsunfähigkeit oder ein Beschäftigungsverbot vorliegt, ist es für den behandelnden Arzt wichtig, aus welchem Grund die Schwangere ihre Beschäftigung nicht ausüben soll. Es gilt abzuwägen, ob die Schwangere wegen einer Erkrankung, einer Überlastung oder zum Schutz vor einer Infektion nicht arbeiten kann.

Autorin

Anneliese Bodemar
Techniker Krankenkasse,
Landesvertretung Rheinland-Pfalz,
Nikolaus-Otto-Str. 5, 55129 Mainz

Vulvakarzinom

Wann welche Radikalität?

In den letzten Jahren zeigt sich in vielen Ländern ein Anstieg der Inzidenz des Vulvakarzinoms, besonders bei jüngeren Frauen. Es wird mit einer Neuerkrankungsrate von 3.400–4.000 Frauen pro Jahr in Deutschland gerechnet.

Diese Neuerkrankungsrate entspricht einer Gesamtinzidenz von 8–9 pro 100.000 Frauen und somit einem Anstieg um das etwa 3- bis 4-fache im Vergleich zu den Zahlen aus dem Jahr 2004. Damit ist das Vulvakarzinom heute kein klassisches „Alterskarzinom" mehr, wodurch schonende Behandlungsmöglichkeiten und insbesondere auch rekonstruktive Verfahren immer wichtiger werden.

Bisherige Standardtherapie des Vulvakarzinoms

Die Standardtherapie bei invasiven Tumoren der Vulva ist bei kleinen Vulvakarzinomen (bis 2 cm) die Exzision des Tumors im Gesunden mit etwa 1 cm Randabstand allseits (R0-Resektion), bei größeren Tumoren eine partielle oder komplette Vulvektomie.

Nur bei Inoperabilität, Hochrisikofrauen oder weit fortgeschrittenen Tumoren kann eine alleinige Radio(chemo)therapie indiziert sein. Bei allen Tumoren mit einer Invasionstiefe > 1 mm muss bislang eine inguinofemorale Lymphonodektomie (LNE) einseitig (bei streng lateral gelegenen Tumoren) oder beidseitig (bei mittelliniennnahen Tumoren oder multifokalen Tumoren) angeschlossen werden.

Die Infiltrationstiefe der Plattenepithelkarzinome der Vulva weist eine Korrelation zur Wahrscheinlichkeit einer inguinofemoralen Lymphknotenmetastasierung auf. Wichtig ist, dass eine Entfernung der oberflächlichen (inguinal) und tiefen (femoral) Lymphknoten (LK) erfolgt, da sonst das Leisten-LK-Rezidiv erhöht ist.

Bei drei oder mehr befallenen Leisten-LK, Makrometastasen oder Kapseldurchbruch muss zusätzlich die Entfernung der pelvinen LK erfolgen. In der Regel wird heute die inguinale LNE mit der 3-Schnitt-Technik mit Vulvaresektion und getrennten Inzisionen in der Leistenregion angewendet, die En-bloc-Resektion ist noch in seltenen Fällen bei großen Tumoren einzusetzen. Die pelvine LNE erfolgt in der Regel laparoskopisch.

Neue Therapieoptionen beim Vulvakarzinom

1. Operation der Leisten-LK mit der Sentinel-Node-Technik: Die operative Entfernung insbesondere der inguinofemoralen Lymphknoten ist aber mit einer hohen Rate an postoperativen Komplikationen verbunden. Deshalb wurde nach Techniken zur präziseren Vorhersage des metastatischen Befalls auch ohne komplette Lymphonodektomie gesucht.

Beim Vulvakarzinom ist die Wächterlymphknotenentfernung in der Leiste ein experimentelles, aber inzwischen gut validiertes Therapieverfahren: Die Falsch-negativ-Rate bei diesem Verfahren betrug in einer deutschen Multicenterstudie 7,7 Prozent. In den aktuellen Leitlinien der AGO zur Therapie des Vulvakarzinoms wird deshalb festgehalten, dass „die Sentinellymphonodektomie nur unter strengen Qualitätsanforderungen und nach intensiver Patientinnenaufklärung über eine möglicherweise erhöhte Rezidivrate mit schwerwiegenden Folgen durchgeführt werden sollte. Grundsätzlich kann eine Sentinel-LK-Entfernung nur beim T1–T2 Vulvakarzinom < 4 cm mit klinisch und sonographisch nicht suspekten Leistenlymphknoten durchgeführt werden."

Eine weitere Voraussetzung für die Durchführung dieser Technik ist eine ausgewiesene Expertise des Teams in dieser Technik: Der Operateur sollte mindestens zehn nachgewiesene Sentinellymphonodektomien als Voraussetzung durchgeführt haben, im zugehörigen Institut für Pathologie müssen die Lymphknoten mit Stufenschnitten und Immunhistochemie aufgearbeitet werden (Ultrastaging), da in Studien durch diese Technik eine Entdeckung von Mikrometastasen und somit ein Upstaging von 20–30 Prozent nachgewiesen wurde. Bei mittelliniennahen Tumoren müssen in beiden Leisten Lymphknoten dargestellt sein und entfernt werden, sonst ist eine komplette LNE durchzuführen.

Bei frühinvasiven Tumoren bis 3 mm Infiltrationstiefe liegt das Risiko von befallenen Leisten-LK unter 10 Prozent, sodass diese Technik für diese Frauen große Vorteil bringt mit einer deutlichen Reduktion des Risikos von sekundären Wundheilungen der Leiste, Lymphödemen der Beine und Erysipelen, Komplikationen, die in 20–70 Prozent der Frauen mit kompletter inguinofemoraler LNE auftreten und die Lebensqualität der Frauen stark beeinträchtigen.

2. Plastische Deckung des Vulvadefektes zur Verbesserung der ästhetisch/funktionellen Ergebnisse:
Das zunehmende Auftreten von Vulvakarzinomen bei jungen Frauen stellt den operativ tätigen Gynäkologen vor neue Herausforderungen: Zum einem muss die In-sano-Entfernung des malignen Tumors ohne Einschränkungen durchgeführt werden, um das Risiko eines Rezidives zu minimieren, zum anderen sollte es bei sexuell aktiven Frauen Ziel sein, die Funktion und Asthetik der Vulva zu erhalten, vor allem in Bezug auf die Sexualität und Kohabitationsfähigkeit. Das Selbstwertgefühl der Frauen nach operativen Eingriffen ist häufig stark gestört und Stenosen des Introitus oder Orgasmusstörungen nach Klitorisentfernung stellen für die Frauen ein großes Problem dar.

Während in früheren Jahren die Lappenplastiken an der Vulva meist zur Deckung großer Defekte eingesetzt wurden, werden heute zunehmend lokoregionäre Lappen zur Wiederherstellung der Funktion und Ästhetik der Vulva indiziert. Diese lokoregionären Lappen sind entweder Hautlappen oder fasciocutane Lappen, die aus der Region der gesunden Vulva entnommen werden und in den Defekt nach Resektion des Tumors eingeschlagen oder verschoben werden.

Unterschiedliche lokale Lappentechniken

Im Folgenden werden beispielhaft drei unterschiedliche lokale Lappentechniken genannt:

1. Der Limberg Flap ist ein lokaler Hautlappen, der bevorzugt zur Deckung eines Defekts am Introitus/Damm eingesetzt wird. Die Durchblutung des Lappens erfolgt nicht über ein spezifisches Gefäßbündel, sondern durch die Hautgefäße in diesem Bereich. Die Lappen werden als Rauten von beiden Seiten ausgeschnitten und zur Mitte hin in den resezierten Dammbereich eingeschlagen und vereinigt. Dadurch kann eine Engstellung des Introitus verhindert werden.

2. Der VY Advancement Flap
Diesen Lappen setzen wir bevorzugt zur Rekonstruktion der vorderen Vulva nach Resektion eines Karzinoms im Bereich der vorderen Kommissur, der kranialen kleinen Labien oder im Klitorisbereich ein. Der V-förmig angezeichnete Lappen oberhalb des Defekts mit seitlichen Ausläufern zum Introitus wird nach kaudal verlagert und somit der Defekt im Bereich der vorderen Vulva wiederaufgebaut und rekonstruiert. Dieser Lappen kann mit oder ohne Klitoriserhalt verwendet werden. Die Ausläufer nach kaudal können zur Introitusrekonstruktion genutzt werden und sind variabel in ihrer Länge zu gestalten. Der durch die Kaudalverlagerung entstandene Defekt am Mons pubis wird primär vernäht („V wird zu Y"). Das kosmetische Ergebnis ist für die Frauen sehr befriedigend.

3. Der Pudendaler Oberschenkellappen
Dieser Transpositionslappen nutzt die Perforatorgefäße der A. pudenda interna zur Durchblutung. Der Lappen kann in variabler Form und Größe (deshalb auch Lotus Flap genannt) lateral der großen Labien oder zum Oberschenkel ziehend entnommen werden und wird nach Freipräparation bis zur Basis (dort müssen die Gefäße geschont werden) in den Defekt eingeschlagen.

Fazit für die Praxis: Vulvakarzinome nehmen zu, auch junge Frauen werden zunehmend von dieser Tumorentität betroffen. Schonendere und insbesondere rekonstruktive Operationsverfahren treten deshalb zunehmend mehr in den Vordergrund.

Autoren

Prof. Dr. med. Wolfgang Janni
Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Prittwitzstr. 43, 89075 Ulm

Prof. Dr. med. Monika Hampl
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Universitätsklinikum, Frauenklinik, Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf

Immer die richtige Wahl für Ihre Verordnung!

ROTTAPHARM | MADAUS

WHI: Alles fließt…

Ein Kommentar von Alexander Teichmann

Der Respekt vor den großen Philosophen des klassischen Altertums gebietet es den durch Platon überlieferten Satz des Heraklit „Panta rhei kai ouden menei“ (Alles fließt und nichts bleibt) nicht leichtfertig als falsifiziert anzusehen. Gleichwohl mag sich die sonst so feste Überzeugung – wenn auch nur vorübergehend – erschüttert finden, wenn man den Umgang der Öffentlichkeit namentlich in Deutschland mit den Ergebnissen der World Health Initiative Studie zur Hormontherapie postmenopausaler Frauen im Laufe der vergangenen zwölf Jahre betrachtet und versucht, ihn verständig zu interpretieren.

Lange vorbereitet durch desavouierende Beobachtungen im Kleide wissenschaftlicher Analysen und nicht selten von feministischer Kampfrhetorik geprägt, war zu Beginn des neuen Jahrtausends der Boden bereitet, vor allem solche Nachrichten der Öffentlichkeit als Bestätigung lang gehegter Annahmen zu präsentieren, welche den Nutzen einer Hormonmedikation in der Gynäkologie minimierten und ihren Schaden insbesondere mit Blick auf die Entstehung und Entwicklung eines Mammakarzinoms zu magnifizieren in der Lage schienen.

Versuche Weniger, die allzu eilfertig gezogenen Schlussfolgerungen hinsichtlich der Methodik der Studie, der untersuchten Patientenkollektive und nicht zuletzt auch etwaig vorhandener Interessenskonflikte der Autoren zu relativieren und kritisch zu betrachten, wurden, um im Beispiel des Flusses zu bleiben, dem Mainstream politischer Korrektheit gnadenlos geopfert, bis hin zu persönlicher Diffamierung der akademischen Dissidenten, die man fast als Häretiker bezeichnen möchte. Dass der gesamte

πάντα ῥεῖ καὶ οὐδὲν μένει

Komplex der Auseinandersetzung mit den Daten der WHI-Studie weit über einen wissenschaftlichen Diskurs hinaus ging, war insbesondere vielen Frauenärzten bewusst, die angesichts der Übermacht einer nur mehr dogmatischen Diskussion nahezu quantitativ resignierten.

Auch die wissenschaftliche Fachgesellschaft fügte sich in den Primat der öffentlichen Meinung und entwarf eine ganz den Vorgaben der WHI-Studie entsprechende S3-Leitlinie, deren alleinige Grundlage eben jene einzige Studie gewesen ist. Gewünscht hätte man sich schon damals eine kritische Auseinandersetzung mit den frühzeitig bekannt gewordenen Unzulänglichkeiten der Studie und weit über ihren wissenschaftlich belegbaren Geltungsbereich hinausgehenden Extrapolationen.

Heute, fast zwölf Jahre nach den ersten Mitteilungen, erscheint in den selben Journalen das für den kritischen Gynäkologen keineswegs überraschende Ergebnis weiterer Analysen der WHI-Daten, welches sehr klar das ursprüngliche Skandalon zumindest in Bezug auf die Östrogenmonotherapie und mit durchaus noch angebrachter Zurückhaltung einer Kombination aus Östrogenen und mikronisiertem Progesteron als mindestens unschädlich für die Entwicklung eines Mammakarzinoms rehabilitiert und sogar die Möglichkeit offen lässt, dass ein protektiver Effekt einer so gestalteten Hormonersatztherapie vorliegen könnte. Als Übeltäter identifiziert ist Medroxyprogesteronacetat, die Übertragbarkeit auch der Daten zur kombinierten Therapie auf die Verhältnisse in Mitteleuropa gerät selbst bei Autoren der Studie ins Wanken.

Wer nun erwartet hätte, dass die offensichtlich im Fluss befindlichen Deutungen wissenschaftlicher Erhebungen auch zu einem Wandel in der öffentlichen Darstellung führten und namentlich zu einem weithin vernehmbaren Seufzer der Erleichterung in Fachkreisen und Laienpublikationen, der sieht sich getäuscht. Hier hat sich der Strom der öffentlichen Meinung in einen Stausee verwandelt, der weder einen Zufluss noch einen Abfluss hat und dessen Wasser brackig und ungenießbar geworden ist. Die einst um das Wohl von Millionen Frauen besorgt ihre Verunsicherung Beklagenden halten es offenbar nicht für notwendig, jene für eine gar nicht so kleine Gruppe von Frauen beruhigende Nachricht in das rechte Licht zu rücken und zu verkünden, dass diejenigen sich ganz vergebens Sorgen gemacht haben, die für einige Jahre oder auch bis heute noch eine Östrogenmonotherapie erfuhren.

Weder Stimmen aus der Wissenschaft, noch aus der pharmazeutischen Industrie, noch all jene dem Wohl der Frauen verpflichteten Meinungsbildner, die seinerzeit empört und betroffen das öffentliche Aufbegehren inszeniert hatten, sehen sich heute veranlasst, den inzwischen am Stausee vorbeigehenden Fluss wissenschaftlicher Erkenntnis mit jenen Frauen zu teilen, die sie seinerzeit besorgt und verunsichert zurückgelassen hatten.

Wer heute meint, in einer offenen Wissensgesellschaft zu leben, in der, wenn nicht Meinungsfreiheit so doch eine pluralistische Verfügbarkeit von Wissen und Erkenntnis, Urteilsfähigkeit und Selbstbestimmung der Menschen gefördert wird, der sieht sich zurückversetzt in finstere Zeiten von Dogmen und Ideologien, von deren Überwindung unsere Gesellschaft noch weit entfernt zu sein scheint. Zwar mag alles mit Heraklit fließen, wenige Dinge scheinen jedoch zu bleiben oder zumindest ein erstaunliches Beharrungsvermögen zu besitzen, unter anderem wohl auch die menschliche Dummheit.

Autor

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Alexander T. Teichmann

Klinikum Aschaffenburg,
Frauenklinik und Hebammenschule,
Am Hasenkopf 1, 63739 Aschaffenburg

Impressum

Verlag
publimed Medizin und Medien GmbH
Paul-Heyse-Str. 28
80336 München
Tel. (089) 51 61 61 71
Fax (089) 51 61 61 99
gynkongress@publimed.de
www.publimed.de
Geschäftsführer:
Dr. Uwe Schreiber

Redaktion
Christina Rothe
(verantwortlich)
Tel. (089) 51 61 61 74

Roland Hoffmann
Tel. (089) 51 61 61 73

Anzeigen
Damian Binger
(verantwortlich)
Tel. (02421) 994 69 39

Monika Fürst-Ladner
Tel. (089) 51 61 61 72

Herstellung
dm druckmedien gmbh
80336 München

Alle Rechte, wie Nachdruck, auch von Abbildungen, Vervielfältigungen jeder Art, Vortrag, Funk, Tonträger und Fernsehsendungen sowie die Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlags.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden in den Texten häufig maskuline Personenbezeichnungen wie „Arzt“ oder „Gynäkologe“ verwendet, womit gleichermaßen Personen weiblichen und männlichen Geschlechts gemeint sein können.

1. ZOELY® Fachinformation, Stand August 2012
2. Dr. Jung Group. Pharma Trend 2012
Repräsentative Befragung unter n=151 Gynäkologen. Auf die Frage „Welches Produkt ist Ihrer Ansicht nach das innovativste Medikament 2012?“ wählten die Gynäkologen ZOELY® auf Platz 1

MSD ZOELY®

ZOELY® 2,5 mg/1,5 mg Filmtabletten
Wirkstoff: Nomegestrolacetat und Estradiol (als Hemihydrat). **Zus.:** *Arzneilich wirksam. Bestandt.:* Weiße wirkstoffhaltige Filmtabl. enth. 2,5 mg Nomegestrolacetat und 1,5 mg Estradiol (als Hemihydrat), gelbe Plazebo-Filmtbl. ohne Wirkstoff. *Sonst. Bestandt.: Tabl.-Kern:* Lactose-Monohydrat, Mikrokristalline Cellulose (E 460), Crospovidon (E 1201), Talkum (E 553b), Magnesiumstearat (Ph.Eur.) (E 572), hochdisp. Siliciumdioxid. *Filmüberzug:* Poly(vinylalkohol) (E 1203), Titandioxid (E 171), Macrogol 3350, Talkum (E 553b); gelbe Plazebo-Filmtbl. zusätzl. Eisen(III)-hydroxid-oxid x H_2O (E 172), Eisen(II,III)-oxid (E 172). **Anw.:** Orale Kontrazeption. **Gegenanz.:** Überempf.-keit geg. einen d. Wirkstoffe od. einen d. sonst. Bestandt.; besteh./vorausgeg. venöse Thrombosen (tiefe Beinvenenthrombose, Lungenembolie), besteh./vorausgeg. arterielle Thrombosen (z. B. Myokardinfarkt) od. Prodrome einer Thrombose (z. B. TIA, Angina pectoris), besteh./vorausgeg. Schlaganfall, Migräne mit fokalen neurologischen Sympt. in d. Anamnese, Vorliegen eines schweren Risikofaktors oder mehrerer Risikof. für venöse od. arterielle Thromb. (wie Diabetes mell. mit Gefäßveränd., schw. Hypertonie, schw. Dyslipoproteinämie), erbliche/erworbene Prädisp. für venöse oder arterielle Thromb. (wie akt. Protein-C(APC)-Resistenz, Antithrombin-III-Mangel, Protein-C-Mangel, Protein-S-Mangel, Hyperhomocysteinämie u. Antiphospholipid-Antikörper [Antikardiolipin-Antikörper, Lupusantikoagulans]), besteh./vorausgeg. Pankreatitis mit schw. Hypertriglyzeridämie, besteh./vorausgeg. schwere Lebererkrank. (solange Leberfunktionswerte nicht normalisiert), besteh./vorausgeg. benigne od. maligne Lebertumoren, bekannte/vermutete sexualhormonabh. maligne Tumoren (z. B. der Genitalorg. oder der Brust), nicht abgeklärte vag. Blutungen. Schwangerschaft. **Vors. bei:** Herz-Kreislauf-Erkrank., Risikofaktoren für venöse (zunehmendes Alter, positive Familienanamnese f. venöse Thrombosen, längerfrist. Immobil., große chirurgische Eingriffe, operative Eingriffe an d. Beinen, ausgedehnte Traumen, Adipositas [BMI > 30 kg/m²]) und arterielle (zunehmendes Alter, Rauchen, Dyslipoproteinämie, Adipositas [BMI > 30 kg/m²], Hypertonie, Migräne, Herzklappenerkrank., Vorhofflimmern, positive Familienanamnese f. arterielle Thrombosen) thromboembol. Ereignisse und Erkrank., die mit kardiovask. Störungen assoziiert sind (u. a. Diabetes mell., SLE, HUS, chron.-entzündl. Darmerkrank. [z. B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa], Sichelzellenanämie). Wochenbett. Stillzeit. Besteh./familiäre Hypertriglyzeridämie. Hered. Angioödem. Diabetes mell. Depression. Anamn. bek. Chloasma gravidarum. Hered. Galactose-Intol., Lactase-Mangel od. Glucose-Galactose-Malabsorption. Jugendl. **Warnhinw.:** Enthält Lactose. **Nebenw.:** Appetitzunahme, Flüssigkeitsretention, vermind. Appetit; vermind. Libido, Depression/depressive Verstimmung, Stimmungsschwankungen, gesteigerte Libido; Kopfschm., Migräne, Aufmerksamkeitsstör., Kontaktlinsenunverträglichk./trockenes Auge, Hitzewallung; Übelkeit, aufgetriebener Bauch, Mundtrockenh.; Cholelithiasis, Cholezystitis; Akne, Hyperhidrose, Alopezie, Pruritus, trockene Haut, Seborrhö, Chloasma, Hypertrichose; Gefühl d. Schwere; anorm. Abbruchblutung, Metrorrhagie, Menorrhagie, Brustschm., Unterbauchschm., Hypomenorrhö, Brustschwellung, Galaktorrhö, Uterusspasmen, PMS, Knoten in d. Brust, Dyspareunie, vulvovag. Trockenheit, vag. Geruchsbildung, vulvovag. Beschw.; Reizbarkeit, Ödeme, Hunger; Gewichtszunahme, erhöh. Leberenzyme. *Nebenw./Erkrank., d. mit KOK, d. Ethinylestradiol enth., in Zusammenhang gebracht werden:* Ven./art. Thromboembolien (Myokardinfarkt, TIA; extrem selten Thrombosen in and. Blutgefäßen wie z. B. Leber-, Mesenterial-, Nieren-, Hirn- od. Netzhautvenen u. -arterien); zunehmende Häufigk. od. Schwere v. Migräne; erhöh. Risiko für Zervixkarzinom bei Langzeitanw. mögl.; leicht erhöhtes relat. Risiko für Brustkrebs, selten gutartige, noch seltener bösartige Lebertumoren, in Einzelfällen mit lebensbedrohlichen intraabdominalen Blutungen; erhöhtes Risiko f. Pankreatitis bei Pat. mit besteh. od. fam. Hypertriglyzeridämie mögl.; Blutdruckanstieg bzw. Hypertonie; Auftreten/Aggravation eines Angioödems bei Frauen mit heredit. Angioödem; akute/chron. Leberfunktionsstör.; Verschlimm. e. Depression, e. M. Crohn u. e. Colitis ulcerosa; Chloasma, insb. b. Frauen mit anamn. bekannten Chloasma gravidarum. *Auftreten/Verschlechterung folg. Erkrankungen, ungeachtet eines Kausalzusammenhangs mit KOK:* (Wiederauftreten v.) cholestat. Ikterus u./od. Pruritus, Cholelithiasis, Porphyrie, SLE, HUS, Chorea minor, Herpes gestationis, Otosklerose bedingter Hörverlust. **Verschreibungspflichtig.** Stand: 08/2012

Bitte lesen Sie vor Verordnung von ZOELY® die Fachinformation!

Pharmazeutischer Unternehmer:
Theramex S.r.l., Via Messina 38, 20154 Milano, Italien

Lokaler Ansprechpartner:
MSD SHARP & DOHME GMBH, Lindenplatz 1, 85540 Haar

MSD Infocenter
Tel. 0800 673 58 38
Fax 0800 673 673 329
E-Mail infocenter@msd.de

univadis®
ein Service von MSD
www.univadis.de
0800 673 0 673
info@univadis.de

Gestagene in der hormonalen Kontrazeption

Unterschiede kontrazeptiver Gestagene in Pharmakologie, Pharmakokinetik und Endokrinologie

Kombinierte orale Kontrazeptiva unterscheiden sich in ihrem Anteil an Ethinylestradiol bzw. Östradiol und vor allem hinsichtlich des Gestagenanteils. Gestagene sind für die kontrazeptive Wirkung verantwortlich, darüber hinaus kommt ihnen eine wesentliche Rolle in den sogenannten non-contraceptive-benefits der kombinierten oralen Kontrazeptiva zu.

Partialwirkungen von Gestagenen

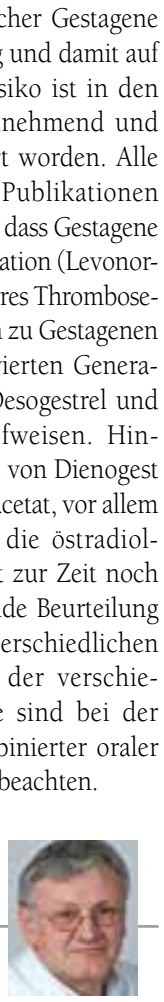
Gestagen	estrogen	anti-estrogen	androgen	anti-androgen	gluko-kortikoid	anti-minera-lo-kortikoid
Drospirenon	—	+	—	++	—	+
LNG	—	+++	+++	—	—	—
Gestoden	—	+	+	—	+	—
Desogestrel	—	+	+	—	+	—
Norgestimat	—	+	+	—	—	—
Dienogest	—	—	—	++	—	—
CPA	—	—	—	+++	+	—
CMA	—	—	—	++	+	—

modifiziert nach Kuhl

Die unterschiedlichen Wirkungsprofile der Gestagene sind von therapeutischer Relevanz. Eine starke antiestrogene Wirkung beeinflusst die Gerinnung, ausgeprägte antiandrogene Effekte helfen bei Akne.

Diese betreffen antiöstrogene, androgene und antiandrogene sowie glucocorticoide und antimineralocorticoide Partialwirkungen, die in bestimmten Situationen therapeutisch ausgenutzt werden können. Diese Unterschiede spiegeln verschiedene chemische Strukturen sowie unterschiedliche Rezeptoraffinitäten wieder. Die Tabelle (siehe rechts oben) enthält eine systematisierte Darstellung der unterschiedlichen Partialwirkungen verschiedener Gestagene.

Beträchtliche Unterschiede bestehen hinsichtlich der Pharmakokinetik der verschiedenen Gestagenkomponenten, wobei Cyproteronacetat und Nomegestrolacetat die längste Halbwertzeit aufweisen, welche wiederum einen Einfluss auf die kontrazeptive Sicherheit haben. Die Auswirkungen unterschiedlicher Gestagene auf die Gerinnung und damit auf das Thromboserisiko ist in den letzten Jahren zunehmend und intensiv diskutiert worden. Alle entsprechenden Publikationen weisen darauf hin, dass Gestagene der zweiten Generation (Levonorgestrel) ein geringeres Thromboserisiko im Vergleich zu Gestagenen der dritten und vierten Generation (Gestoden, Desogestrel und Drospirenon) aufweisen. Hinsichtlich der Rolle von Dienogest und Nomegestrolacetat, vor allem im Hinblick auf die östradiolhaltigen Pillen, ist zur Zeit noch keine abschließende Beurteilung möglich. Die unterschiedlichen Wirkungsprofile der verschiedenen Gestagene sind bei der Verordnung kombinierter oraler Kontrazeptiva zu beachten.



Autor

Univ.-Prof. Dr. med. Ludwig Wildt

Universitätsklinik für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Department Frauenheilkunde, Anichstr. 35, A-6020 Innsbruck

ZOELY® –

Die innovative Pille mit der körpernahen Hormonkombination[1]

Innovativstes Produkt 2012.[2]

Das innovativste Produkt® 12

MSD

zoely®
Nomegestrolacetat/Estradiol
2,5 mg/1,5 mg Filmtabletten

Frühgeburten

Ursachen für steigende Raten sind noch unzureichend erforscht

Die Frühgeburtenraten nehmen in den letzten Jahren und Jahrzehnten nahezu in allen industrialisierten Ländern zu. Zwischen 1990 und 2010 ist die Frühgeburtenrate z. B. in den USA um 16 %, in Niedersachsen um 17 % gestiegen (siehe Abb. 1).

Deutschland weist im Vergleich der europäischen und nordamerikanischen Staaten nach den USA die höchste Frühgeburtenrate auf (1). Im Jahr 2010 sind 9,1 % Frühgeborene, 8,1 % Frühgeburten und 7,2 % Neugeborene mit einem Geburtsgewicht von unter 2.500 Gramm zu verzeichnen. Absolut wurden 59.711 Neugeborene als Frühgeburten lebend geboren (2).

Implikationen der Frühgeburtlichkeit

Frühgeburten verursachen viel menschliches Leid und führen oft lebenslang zu erhöhter Morbidität. Auch die damit verbundene erhöhte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen führt zu hohen Kosten im Gesundheitswesen. Die Kosten einer Frühgeburt von der Schwangerschaft über die Geburt bis hin zum ersten Lebensjahr des Kindes betragen nach zuverlässigen Schätzungen 50.800 Euro gegenüber 5.800 Euro bei nicht Frühgeborenen (3, 4). Demzufolge verursachen Frühgeburten in Deutschland allein im ersten Lebensjahr jährlich 3,3 Milliarden Euro Kosten.

Ursachen der Frühgeburten und der Trendentwicklung

In Bezug auf die Ursachen der Frühgeburten muss man zunächst zwischen den spontanen und elektiven Frühgeburten unterscheiden. In Niedersachsen waren im Jahr 2007 von insgesamt 4.924 Frühgeburten 2.688 elektive Frühgeburten (55 %). Der epidemiologische Wissensstand zu den verschiedenen Risikofaktoren der (spontanen) Frühgeburt ist vergleichsweise durchaus befriedigend, auch wenn die auslösenden Mechanismen bislang letztlich nicht verstanden sind. Zu den wichtigsten Ursachen der spontanen Frühgeburt gehören: geringes und hohes Alter, Morbidität, geringe Bildung, Vaginalinfektionen, Rauchen und Stress.

Für die USA haben Chang et al. aktuell eine Analyse durchgeführt, die die wesentlichen Ursachen für die steigende Zahl der Frühgeburten von 10,6 % auf 12,5 % (+ 1,9 %) zwischen 1989 und 2004 zeigt (5). Danach lassen sich 21 % der Frühgeburten auf die Sectio, 16 % auf die reproduktionsmedizinischen Maßnahmen und 11 % auf das steigende Alter der Mütter zurückführen. Für über 50 % der Frühgeburten konnten die Auslöser nicht erklärt werden können.

Auch in Deutschland nimmt das Alter der Erstgebärenden zu und auch die Bedingungsfaktoren 2 bis 4 treffen zu (siehe Infokasten oben rechts), wobei der Beitrag der Reproduktionsmedizin und der iatrogenen Effekte auf der Grundlage der vorhandenen Daten empirisch schwer zu bestimmen ist. Ohne Zweifel dürfte aber die in Deutschland zwischen 2002 und 2010 von 24 % auf 31 % gestiegene Sectiorate einen erheblichen Beitrag zum Trend der Frühgeburtenentwicklung geleistet haben. Wenn dem so ist, ist aber die relative Konstanz der Raten nicht erklärbar, es sei denn, wesentliche Risikofaktoren der Frühgeburt unter Frauen im gebärfähigen Alter nehmen deutlich ab.

Effekt des Nichtrauchens auf die Frühgeburtenrate

Einer dieser Faktoren könnte der Rückgang des Rauchens unter Schwangeren sein. Unter BabyCare-Teilnehmerinnen beobachten wir von 2000 bis 2008 einen deutlichen Rückgang des Rauchens (Angabe: Rauchen zum Zeitpunkt der Diagnose der Schwangerschaft, siehe Abb. 2). Bei einem geschätzten populationsattributablem Risiko von rund 8 % könnte dieser Rückgang einen sichtbar senkenden Effekt auf die Frühgeburtenrate haben.

Schlussfolgerungen

Repräsentative Daten zu den Lebensbedingungen und Lebensgewohnheiten von Schwangeren in Deutschland liegen seit Jahren nicht mehr vor. Mit Ausnahme der klinisch-medizinischen Parameter in den Perinataldaten ist die epidemiologische Datenlage zu Geburten und Frühgeburten in höchstem Maße defizitär.

Zur Prüfung der Wirksamkeit laufender Maßnahmen zur Verringerung von Frühgeburten und zur Konzeption weiterer Projekte ist die Verbesserung der epidemiologischen Datenlage dringend. Hierzu gehören neben einer deutlich differenzierteren Analyse der Perinataldaten auch die Schaffung präventionsrelevanter Datensysteme in Form von Surveys, aber auch die gezielte Auswertung der vorhandenen Perinataldaten z. B. nach den Ursachen der erheblichen regionalen Unterschiede im Frühgeburtsgeschehen. So unterscheiden sich die Frühgeburtenraten in den Kreisen und kreisfreien Städten in NRW um mehr als 70 Prozent (siehe Abb. 3).

Die Bedingungsfaktoren der zeitlichen Entwicklungstrends der Frühgeburtenraten

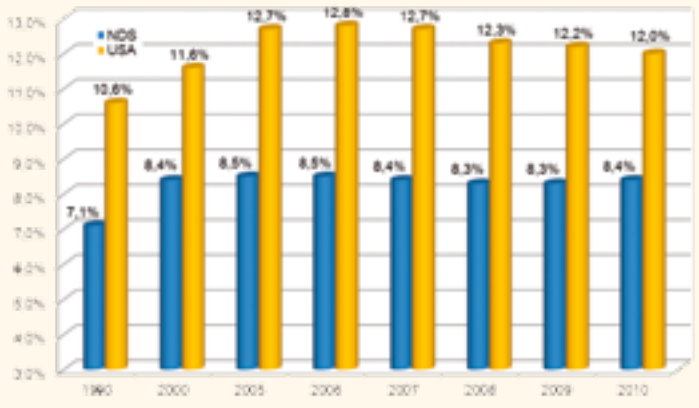
1. Steigendes Alter der Erstgebärenden und höhere Morbidität
2. Reproduktionsmedizinische Behandlungen und erhöhte Zahl an Mehrlingsschwangerschaften
3. Iatrogene Effekte des Überlebens der früher Verstorbenen „very preterms"
4. Steigende Sectiohäufigkeiten
5. Zunahme oder Abnahme der Prävalenz der Risikofaktoren unter Schwangeren (z. B. Rauchen)

Regionale Unterschiede der Rate geringen Geburtsgewichts (< 2.500 Gramm) und der Frühgeborenen (NRW 2011)

	Gewicht bis 2.499 g	Frühgeburt < 37 SSW
	%	%
Coesfeld	5,4	6,8
Münster	5,4	6,8
Rhein.-Berg. Kreis	5,6	7,1
Warendorf	5,8	7,3
Oberbergischer Kreis	6,0	7,6
Paderborn	6,1	7,7
Nordrhein-Westfalen	7,2	9,0
Bottrop	8,3	10,4
Oberhausen	8,3	10,4
Soest	8,4	10,5
Duisburg	8,4	10,6
Aachen (LK)	8,5	10,7
Herne	8,7	10,9
Recklinghausen	8,8	11,1
Krefeld	8,9	11,2
Gelsenkirchen	9,3	11,7
Hagen	9,3	11,7

Abb. 3: Die Frühgeburtenraten in den Kreisen und kreisfreien Städten in Nordrhein-Westfalen unterscheiden sich um mehr als 70 Prozent.

Entwicklung der Frühgeburtenraten in Niedersachsen und in den USA zwischen 1990 und 2010



Quelle: LZ Gesundheit NRW (* Eigene Berechnungen)

Abb. 1: Eine deutliche Zunahme der Inzidenzen ist bis zum Jahr 2006 festzustellen. Ab 2007 zeigt sich in den USA ein sinkender Trend und in Niedersachsen eine relative Konstanz.

Rauchen im Zeitvergleich

Quelle: BabyCare Geburtsdokumentationen (n= 12.551)

Abb. 2: Gaben im Jahr 2000 noch etwa 31 Prozent der Frauen an, zum Zeitpunkt der Diagnose der Schwangerschaft geraucht zu haben, waren es in 2009/2010 nur noch 17,1 Prozent.

Literatur

1. EURO-PERISTAT Project (2008). European Perinatal Health Report, Retrieved from http://www.europeristat.com/bm.doc/european-perinatal-health-report.pdf
2. BQS-Bundesauswertung 2010 Geburtshilfe http://www.sqg.de/downloads/Bundesauswertungen/2009/bu_Gesamt_16N1-GEBH_2010.pdf
3. Kirschner, W. et al.: Kosten der Früh- und Nichtfrühgeburten und die Effektivität und Effizienz von Präventionsprogrammen am Beispiel von BabyCare: Eine Schätzung auf der Grundlage der Diagnose Related Groups (DRG) unter Berücksichtigung der Primäraufnahmen in der Neonatologie. Prävention und Gesundheitsförderung, No. 1, pp. 41–50, ISSN 1861–6755, 2009
4. March of Dimes (2009). Medical costs for one premature baby could cover a dozen healthy births. Press release 17 March 2009
5. Chang, H.H. et al.: Preventing preterm births: analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index, Lancet. 2013 Jan 19; 381(9862):223–34

Autoren

Prof. Dr. med. Klaus Friese

Direktor der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Ludwig-Maximilians-Universität München

Dr. phil. Wolf Kirschner

FB+E GmbH Forschung, Beratung und Evaluation, Berlin

Bei Vaginalmykosen:

Diese eine Tablette macht den Unterschied.

Jucken
Brennen
Rötung

Für alle Patientinnen

1-Tages-Kombi-Therapie mit innovativer Galenik:

- Signifikant schnellerer Rückgang der Leitsymptome*[1]
- Höhere Bioverfügbarkeit des Wirkstoffs Clotrimazol aufgrund des Milchsäurezusatzes[2]
- Gründliche Wirkung durch fungizide Wirkstoffspiegel im Vaginalsekret dank 72h Depoteffekt[2]
- Enthält Creme zur äußeren Anwendung und Applikator für eine hygienische Anwendung

Auch zugelassen in der Schwangerschaft

Canesten® GYN Once. Weil jeder Tag zählt.

***** im Vergleich zur Canesten® 3-Tages-Kombi (3 x 200 mg Clotrimazol)

1 Tietz, H-J., Becker, N-H.: Vergleich der topischen Ein- und Dreitagekombinationstherapie, GYNE 11/2011: 12–15
2 Ritter, W.: Vaginalmykosen - Therapie von heute im Trend von morgen, Bayer AG 1987: 26–29

Canesten® GYN Once Kombi. Wirkstoff: Clotrimazol. **Zusammensetzung:** 1 Vaginaltablette enthält 0,5 g Clotrimazol und 1 g Vaginalcreme enthält 0,01 g Clotrimazol. **Sonstige Bestandteile:** ***Vaginaltabletten:*** Calciumlactat Pentahydrat, Crospovidon, hochdisperses Siliciumdioxid, Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat, Maisstärke, Hypromellose, mikrokristalline Cellulose, Milchsäure. ***Vaginalcreme:*** Benzylalkohol, Gereinigtes Wasser, Octyldodecanol (Ph.Eur.), Cetylstearylalkohol (Ph.Eur.), Cetylpalmitat (Ph.Eur.), Sorbitanstearat, Polysorbat 60. **Anwendungsgebiete:** Infektiöser Ausfluss, verursacht durch Hefepilze; Entzündungen der Scheide und Schamlippen durch Pilze - meist Candida - sowie Superinfektionen mit clotrimazolempfindlichen Bakterien. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Clotrimazol oder einen der sonstigen Bestandteile. Canesten® GYN darf in den folgenden Fällen nur unter ärztlicher Kontrolle angewendet werden: in der Schwangerschaft; bei erstmaligem Auftreten der Erkrankung; wenn die Erkrankung häufiger als 4 mal im Verlauf der vergangenen 12 Monate aufgetreten ist. Während der Schwangerschaft sollte die Behandlung mit der Vaginalcreme durch den Arzt erfolgen oder mit Vaginaltabletten ohne Applikator durchgeführt werden. **Nebenwirkungen:** ***Vaginaltabletten:*** Gelegentlich können Hautreaktionen an den behandelten Stellen auftreten (z.B. Brennen, Stechen, Rötung). In Einzelfällen kann es zu generalisierten Überempfindlichkeitsreaktionen unterschiedlichen Schweregrades kommen. Diese können betreffen: die Haut (z.B. Juckreiz, Rötung), die Atmung (z.B. Atemnot), den Kreislauf (z.B. behandlungsbedürftiger Blutdruckabfall bis hin zu Bewusstseinsstörungen) und den Magen-Darm-Trakt (z.B. Übelkeit, Durchfall). ***Creme:*** Gelegentlich können Hautreaktionen an den behandelten Stellen auftreten (z.B. Brennen, Stechen, Rötung). Bei Überempfindlichkeit gegen Cetylstearylalkohol können gelegentlich allergische Reaktionen an der Haut auftreten. **Bayer Vital GmbH, 51368 Leverkusen, Deutschland** **Stand: 03/2012**

BAYER

150 Years
Science For A Better Life

Mammakarzinom

Perioperative Strategieplanung

Das Mammakarzinom ist mit rund 74.000 Neuerkrankungen pro Jahr noch immer die häufigste Krebserkrankung der Frau (www.rki.de). Es stehen uns heute vielfältige, multimodale Therapiemöglichkeiten zur Verfügung, mit deren Hilfe eine 5-Jahres-Überlebensrate von 83–89 Prozent erzielt werden kann. [1]

Am Brustzentrum der Universitätsfrauenklinik Heidelberg soll jeder Patientin eine hoch effektive Therapie, abgestimmt auf die individuellen Risiken und unter Berücksichtigung persönlicher Bedürfnisse, zugänglich gemacht werden. Besonderen Stellenwert hat hier die interdisziplinäre Tumorkonferenz als zentraler Bestandteil moderner onkologischer Versorgungsstrukturen vor Beginn richtungsweisender Therapieschritte.

Mögliche Therapieoptionen abklären

Im Brustzentrum erfolgt die Vorstellung und Demonstration aller therapierelevanten Befunde nach Abschluss der notwendigen diagnostischen Untersuchungen. Hierzu zählen einerseits die bildgebenden Verfahren wie Mammografie, Sonografie oder bei besonderen Fragestellungen MRT, Tomosynthese oder Staginguntersuchungen sowie die fotodokumentierte Darstellung des Lokalbefunds und die histologischen Ergebnisse. Verantwortliche Vertreter der entsprechenden Disziplinen diskutieren mögliche Therapieoptionen. Dies ist insofern von großer Bedeutung, da alle folgenden Therapieempfehlungen auf der initialen Empfehlung der Tumorkonferenz aufbauen.

Als erste zentrale Frage muss geklärt werden, ob eine operative wie auch eine systemische Therapie notwendig sind. Hier finden neben der Tumorbiologie auch persönliche Risikofaktoren Beachtung. Es wird diskutiert, ob eine primäre operative oder primäre systemische Therapie für die Patientinnen von Vorteil sein kann und ob zusätzliche Optionen angeboten werden können.

Die individuelle Krankheitsgeschichte berücksichtigen

Im Rahmen laufender Studien können beispielsweise den Patientinnen spezielle Therapieregime zugänglich gemacht werden, die nur unter Studienbedingungen in Deutschland angeboten werden. In der Neoadjuvanz kann ein Therapieansprechen beurteilbar werden, das gegebenenfalls eine Therapieumstellung zur Folge hat. Je nach familiärer Risikosituation für Brust- und Eierstockkrebs kann eine „fast track"-Genanalyse parallel zur neoadjuvanten Chemotherapie angeboten werden.

Diese Ergebnisse können durchaus Konsequenzen hinsichtlich des operativen Vorgehens für die Patientin haben. Für manche Patientinnen stellt die intraoperative Bestrahlung eine therapeutische Option dar, die prospektiv in Erwägung gezogen wird.

Auch die operativen Möglichkeiten müssen neben dem Lokalbefund auf individuelle Risikofaktoren abgestimmt werden. Bei Frauen nach Radiatio im Kindesalter beispielsweise muss vorab geklärt werden, ob eine brusterhaltende Therapie und die damit einhergehende Empfehlung einer postoperativen Radiatio aufgrund der kumulativen Strahlendosis überhaupt durchgeführt werden kann oder unter diesen Umständen eine Mastektomie empfohlen werden muss. Weiter ist hinsichtlich der operativen Maßnahmen zu überlegen, ob primäre oder sekundäre rekonstruktive Operationsverfahren zur Verfügung stehen.

Durch diese Tumorboards werden komplexe onkologische Entscheidungen aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet, beurteilt und damit auf eine fundierte Basis gestellt. So wird gewährleistet, dass der Patientin ein Maximum an Kompetenz zuteil wird. Alle Diskussionspunkte werden an die Patientinnen herangetragen. Spezialsprechstunden von rekonstruktiven Operationsverfahren bis hin zur naturheilkundlichen Beratung sowie eine psychoonkologische Betreuung bieten die Möglichkeit, auf persönliche Bedürfnisse einzugehen, denn jede Erkrankung bleibt immer eine individuelle Krankheitsgeschichte.

Literatur bei den Autoren

Autoren

Dr. med. Sarah Schott
PD Dr. med. Jörg Heil
Prof. Dr. med. Prof. h.c. Christof Sohn

Schott

Heil

Sohn

Universitäts-Frauenklinik und Nationales Centrum für Tumorerkrankungen Heidelberg, Voßstr. 9, 69115 Heidelberg

Advertorial

LJPH.KSC.02.2013.0057

Kontrazeption mit modernem Dosierungsschema

Mit Qlaira® weniger Schmerzen am Zyklusende

In der aktuellen Studie HARMONY II profitierten Qlaira-Anwenderinnen vom dynamischen Dosierungsschema: Kopf- und Unterbauchschmerzen am Zyklusende traten deutlich seltener auf.

Ein bekanntes Phänomen: Viele Frauen leiden insbesondere am Ende des Zyklus unter Unwohlsein, Kopfschmerzen und auch Unterleibsschmerzen. Die Symptome können von geringen Beschwerden, die den Alltag kaum beeinträchtigen, bis hin zu starken Schmerzen reichen. Diese Symptome können im natürlichen Zyklus auftreten, werden aber besonders häufig bei der Einnahme klassischer kombinierter Pillenpräparate während der Einnahmepause beklagt. Ursache für diese Beschwerden ist weniger der sinkende Gestagenspiegel, sondern vielmehr der Estrogenentzug infolge rapide absinkender Estrogenspiegel (1). Nicht selten beeinträchtigen solche Symptome die Compliance und führen zum ständigen Präparatewechsel oder sogar zum Abbruch der Tabletteneinnahme (2, 3).

Das moderne Dosierungsschema von *Qlaira* ist der Grund, warum sich die Estradiol-basierte Pille hier wesentlich von anderen hormonalen Kontrazeptiva unterscheidet. Durch die Gabe unterschiedlicher Estradiolvalerat- und Dienogest-Dosierungen werden über den gesamten Zyklus hinweg, auch während der Einnahme wirkstofffreier Tabletten, stabile Estradiol-Serumspiegel aufrechterhalten.

Studien belegen Wirksamkeit

In der Studie HARMONY II wurde untersucht, inwieweit sich das dynamische Dosierungsschema von *Qlaira* mit verkürztem hormonfreiem Intervall günstig auf die Schmerzsymptomatik am Zyklusende auswirken kann. In der randomisierten, doppelblinden Phase-III-b-Studie wurden Frauen untersucht, die klassische orale Kontrazeptiva mit den Gestagenen Levonogestrel, Desogestrel oder Gestoden eingenommen und über Kopf- und Unterleibsschmerzen während des hormonfreien Intervalls geklagt hatten (4). Über sechs Zyklen hinweg erhielten die Teilnehmerinnen entweder *Qlaira* (Estradiolvalerat/Dienogest, dynamisch dosiert) oder als Vergleichspräparat *Microgynon* (Ethinylestradiol/Levonorgestrel im 21/7-Regime). Im Vergleich zu den Ausgangswerten bei Studienbeginn nahm die Schmerzsymptomatik an den Tagen 22–28 in beiden Gruppen ab, wobei *Qlaira* dem Levonorgestrel-haltigen Präparat statistisch signifikant überlegen war, sowohl bei Kopfschmerzen als auch bei Schmerzen im Unterbauch.

Ähnliche Beobachtungen wurden auch in einer in den USA und Kanada durchgeführten Studie gemacht, in der *Qlaira* mit dem in Nordamerika häufig eingesetzten Präparat *Ortho-Tri-Cyclen* (Ethinylestradiol/Norgestimat, 3-Stufen-Präparat im 21/7-Regime) verglichen wurde (5). Auch in dieser Studie zeigte sich *Qlaira* in der Reduktion der Schmerzsymptomatik signifikant überlegen.

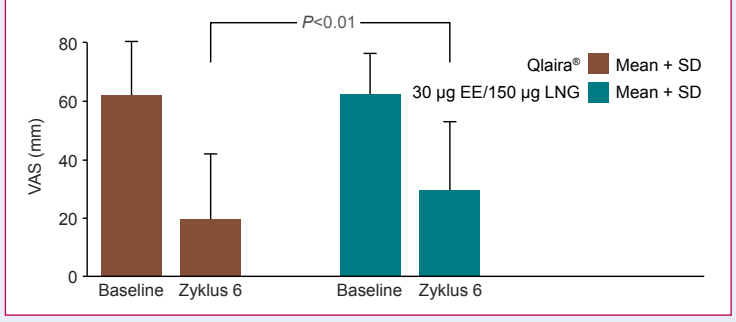
Schmerzmittelverbrauch sinkt

Das dynamische Dosierungsschema von *Qlaira* mit stabilen Estradiol-Serumspiegeln über den gesamten Zyklus führte nicht nur zu einer verringerten Schmerzsymptomatik, sondern als Folge davon brauchten die betroffenen Frauen im gesamten Zyklusverlauf auch deutlich weniger Schmerzmittel. Im Vergleich zu den Ausgangswerten bei Studienbeginn war *Qlaira* hier dem Levonorgestrel-haltigen Präparat ebenfalls statistisch signifikant überlegen (6). Die Studienteilnehmerinnen konnten bei Schmerzen als Bedarfsmedikation 200 mg Ibuprofen einnehmen. Mit *Qlaira* verbrauchten die Frauen nach sechs Zyklen nicht nur in den Tagen am Zyklusende deutlich weniger Schmerzmittel als die Vergleichsgruppe. Der Verbrauch an Schmerzmitteln war im gesamten Zyklus unter *Qlaira* signifikant niedriger als unter dem 21/7-Tage-Regime mit dem Vergleichspräparat mit Ethinylestradiol/Levonorgestrel.

Verbesserte Compliance

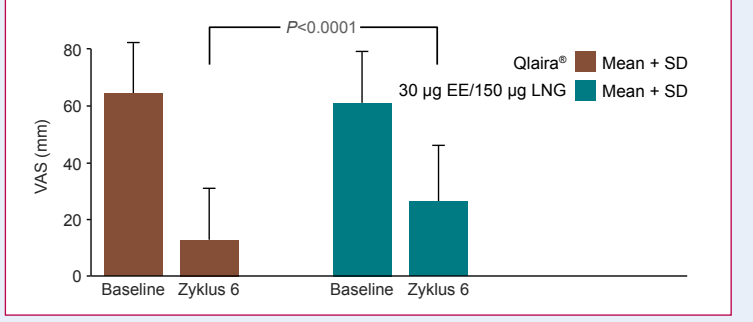
Mit dem dynamischen Dosierungsschema und der Kombination aus Estradiolvalerat und dem Endometrium-fokussierten Gestagen Dienogest begründet *Qlaira* eine neue Klasse oraler Kontrazeptiva. Das dynamische Dosierungsschema, bei dem die Estrogendosis ab- und die Gestagendosis zunimmt, sorgt nicht nur für eine stabile Zykluskontrolle. Durch die dynamische Dosierung werden zudem über den gesamten Zyklus hinweg stabile Estradiolserumspiegel aufrechterhalten. Die aktuellen Studienergebnisse zeigen, dass ein kürzeres einnahmefreies Intervall – kombiniert mit einem stabilen Estradiolserumspiegelverlauf – vorteilhaft ist, um Beschwerden wie Kopf- und Unterleibsschmerzen am Zyklusende zu minimieren. Das wiederum verbessert die Zufriedenheit der Anwenderin und hilft die Compliance zu verbessern.

Kopfschmerzen



Signifikant stärkere Reduktion der Kopfschmerzen mit* Qlaira *als mit dem Vergleichspräparat an den Zyklustagen 22–28.

Unterleibsschmerzen



Signifikant stärkere Reduktion der Unterleibsschmerzen mit* Qlaira *als mit dem Vergleichspräparat an den Zyklustagen 22–28.

Literatur

1 Sulak PJ et al., Obstet Gynecol 2000; 95:261–6
2 Rosenberg MJ et al., Contraception 1995; 51(5): 283–8
3 Rosenberg MJ et al., Am J Obstet Gynecol 1998; 179(3 Pt 1): 577–82)
4 Macias G et al., Abstract und Poster, 15th World Congress on Gynecological Endocrinology; März 2012, Florenz, Italien
5 Mabey RG et al., Abstract und Poster, 15th World Kongress on Gynecological Endocrinology; März 2012, Florenz, Italien
6 Macias G et al., Abstract und Poster, 15th World Congress on Gynecological Endocrinology; März 2012, Florenz, Italien

Mit freundlicher Unterstützung von Jenapharm GmbH & Co. KG

Visanne® (2 mg Dienogest)

- Gezielt entwickelt und zugelassen zur Endometriosetherapie
- Reduziert Läsionen signifikant[1]
- So wirksam wie GnRH-Analoga*, dabei besser verträglich[2]
- 1 x tgl. 1 Tablette durchgehend

Visanne®
Raus aus der SchmerzHaft.

*Bezogen auf die Schmerzreduktion

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

Visanne® 2 mg Tabletten. Zusammensetzung: Wirkstoffe: 1 weiße bis cremefarbene Tbl. enth. 2 mg Dienogest. Sonst. Bestandteile: Lactose-Monohydrat, Mikrokristalline Cellulose, Kartoffelstärke, Povidon K 25, Magnesiumstearat, Talkum, Crospovidon. **Anwendungsgebiete:** Behandlung der Endometriose. **Gegenanzeigen:** Best. venöse thromboembolische Erkrankungen, vorausgeg./best. arterielle und kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes mellitus m. Gefäßbeteiligung, best./vorausgeg. schw. Lebererkrankung, solange Leberfunktionswerte nicht normal, best./vorausgeg. Lebertumoren, bekannte/vermutete sexualhormonabh. maligne Tumoren, diag. nicht abgeklärte vag. Blutungen, Überempfindlichkeit gg. Wirkstoff od. sonst. Bestandteile. **Warnhinweis:** Bei Anwendung von Visanne od. Gestagen-Monopräparaten: schwerw. uterine Blutungen, Veränd. d. Blutungsmusters, venöse/arterielleThromboembolien, Diagnosehäufigkeit von Brustkrebs geringfügig erhöht, Lebertumoren, Estradiolspiegel moderat erniedrigt, persist. Ovarialzysten. Besondere Überwachung/besondere Maßnahmen: Depression, Hypertonie, Diabetes, Chloasma, rez. cholestat. Ikterus/Pruritus, Extrauteringrav. i.d. Anamnese. Enthält 62,8 mg Lactose pro Tbl. Pat. m. hereditärer Galactose-Intoleranz, Lactase-Mangel od. Glucose-Galactose-Malabsorption, die auf einer Lactose-freien Diät sind, sollten diese Menge beachten. **Nebenwirkungen:** Häufig: Gewichtszunahme, depressive Stimmung, Schlafstörungen, Nervosität, Libidoverlust, Stimmungswandel, Kopfschmerzen, Migräne, Übelkeit, abdominelle Schmerzen, Flatulenz, geblähtes Abdomen, Erbrechen, Akne, Alopezie, Rückenschmerzen, Brustbeschwerden, Ovarialzysten, Hitzewallungen, Uterine/vag. Blutungen inkl. Schmierblutungen, asthenischer Zustand, Reizbarkeit. Geleg.: Anämie, Gewichtsabnahme, Zunahme d. Appetits, Angst, Depression, Stimmungsschwankungen, Ungleichgewicht d. autonomen Nervensystems, Aufmerksamkeitsstörung, Augentrockenheit, Tinnitus, unspez. Kreislaufstörungen, Palpitationen, Hypotonie, Dyspnoe, Diarrhoe, Obstipation, Bauchbeschwerden, Gastrointestinale Entzündung, Gingivitis, trockene Haut, Hyperhidrose, Pruritus, Hirsutismus, Onychoklasie, Schuppen, Dermatitis, abn. Haarwachstum, photosen.Pigmentierungsstörung, Knochenschmerzen, Muskelkrämpfe, Schmerzen/Schweregefühl i. d. Extremitäten, Harnwegsinfektion, vag. Candidose, vulvovag. Trockenheit, genitaler Ausfluss, Beckenschmerzen, atroph. Vulvovaginitis, Gewebeveränd. i. d. Brust, fibrozyst. Brusterkrankung, Brustverhärtung, Ödeme. Verschreibungspflichtig. Stand: DE/3, Februar 2012. Pharmazeutischer Unternehmer: Bayer Vital GmbH, D-51368 Leverkusen. Mitvertreiber: Jenapharm GmbH & Co. KG, D-07745 Jena

Jenapharm

L.JPH.WH.06.2012.0043

Urogynäkologische Funktionsdiagnostik

Pelvic-Floor-Sonografie

Die Pelvic-Floor-Sonografie (PF-Sonografie) als neues Ultraschallkonzept erweitert das Spektrum der vollständigen urogynäkologischen Funktionsdiagnostik. Die statische und dynamische PF-Sonografie ermöglicht eine objektive und dynamische Untersuchung von allen Kompartimenten des kleinen Beckens.

Zur urogynäkologischen Diagnostik gehören neben der eingehenden Anamnese die urogynäkologische Untersuchung, Funktionstests wie z.B. der Hustentest, eine funktionelle Überprüfung des Harnröhrenverschlussmechanismus und der Blasenfunktion in Form einer urodynamischen Messung sowie die Abklärung der bindegewebigen und muskulären Veränderungen des kleinen Beckens mithilfe eines bildgebenden Verfahrens.

Die Introitus- und Perinealsonografie sind validierte und seit vielen Jahren eingesetzte Verfahren, die die Grundlage der im Folgenden skizzierten Methode der Pelvic-Floor-Sonografie bilden. Zur vollständigen urogynäkologischen Untersuchung gehört jedoch die getrennte Beurteilung aller Kompartimente mit der abschließenden Erstellung einer klinischen Verdachtsdiagnose, die sowohl die Inkontinenz als auch eine eventuell vorhandene Senkung einbezieht. Beim standardisierten Einsatz der Perineal- und Introitussonografie wird das vordere Kompartiment zwar abgeklärt, die morphologischen Veränderungen der anderen Kompartimente bleiben jedoch unberücksichtigt.

Für das bessere Verständnis der gesamten pathoanatomischen Veränderungen des Beckenbodens, und um das bestmögliche Behandlungsergebnis zu erreichen, sollten im Vorfeld die Schäden aller Kompartimente des Beckenbodens objektiv mittels eines bildgebenden Verfahrens dargestellt werden.

Die zwei Untersuchungsschritte der PF-Sonografie

Eine vollständige Pelvic-Floor-Sonografie unterteilt sich in die zwei folgenden Untersuchungsschritte:

1. Abdominaler Teil der Pelvic-Floor-Sonografie: Mit einem Curved-Array-Scanner können Defekte des vorderen Kompartiments erfasst und zusammen mit dem klinischen Untersuchungsbefund analysiert und verglichen werden. Die auf oben genannte Weise gewonnenen Informationen können bei der Wahl des operativen Zugangswegs – ob vaginal oder abdominal – und bei der Entscheidung, ob eine entsprechende Operationsmethode mit oder ohne Netz-Implantat benutzt wird, von entscheidendem Vorteil sein.

2. Vaginaler Teil der Pelvic-Floor-Sonografie: Die vaginale PF-Sonografie liefert eine neue Dimension der diagnostischen Möglichkeiten im Vergleich zur bisherigen urogynäkologischen Standard-Sonografie.

Die drei Kompartimente des Beckenbodens können statisch und dynamisch in drei möglichen Ebenen – sagittal, frontal und axial objektiv – visualisiert werden. Ausgehend von der etablierten Introitussonografie, die einen Einblick in den paraurethralen Raum gibt, wagen wir uns mit der PF-Sonografie aus der festgelegten Ultraschallebene der Introitussonografie heraus in die gesamte Beurteilung des kleinen Beckens. Durch das vaginale Einführen des Scanners, durch Verkippen der Ultraschallebene wie auch durch Variieren der Schallkopfachse erreicht man eine komplette Darstellung des Beckenbodenraums (siehe Abbildung).

oben: das vordere Kompartiment; mittig: das mittlere Kompartiment; unten: das hintere Kompartiment

Die Untersuchung der einzelnen Kompartimente mit Erarbeitung einer fundierten Diagnose und Erstellung eines schlüssigen Therapiekonzepts war das Ziel des Kurses Pelvic-Floor-Sonografie auf dem FOKO 2013.

Die postoperative PF-Sonografie

Die präoperative PF-Sonografie hilft bei der Ausarbeitung eines therapeutischen Konzepts. Allerdings hat sie sich nicht nur diagnostisch in der präoperativen Situation bewährt, sondern bietet auch als postoperatives Untersuchungsverfahren viele Vorteile. Die postoperative PF-Sonografie hilft bei der Diagnostik postoperativer Komplikationen sowie bei der Planung eines postoperativen Komplikationsmanagements und eines gegebenenfalls notwendigen Rezidiveingriffs.

Fazit

Die Pelvic-Floor-Sonografie ist ein einfaches, schnelles, reproduzierbares und dynamisches bildgebendes Dokumentationsverfahren, das morphologische und funktionelle Störungen erkennen, rationale Therapiekonzepte herleiten und Ursachen, welche über Erfolg, Misserfolg und Komplikationen operativer Therapien entscheiden, erkennen und dokumentieren lässt.

Autoren

Jacek Kociszewski
Ev. Krankenhaus Hagen-Haspe GmbH, Frauenklinik, Brusebrinkstr. 20 A, 58135 Hagen

Dr. med. Sebastian Kolben
Ev. Krankenhaus Hagen-Haspe GmbH, Frauenklinik, Brusebrinkstr. 20 A, 58135 Hagen

Borderlinetumoren des Ovars

Neues zur Prognose und Therapie

Borderlinetumoren (BOT) des Ovars sind definiert als Ovarialtumoren mit nukleären Atypien, mitotischer Aktivität, Formation von Papillen, Mehrreihigkeit des Epithels, aber fehlender Stromainvasion. Mikroinvasion mit einem Durchmesser < 3 mm bzw. einer Fläche von < 10 mm² und fehlender Stromareaktion sowie Lymphknotenbefall und invasive ebenso wie non-invasive Implantate sind ebenfalls mit der Diagnose eines BOT vereinbar.

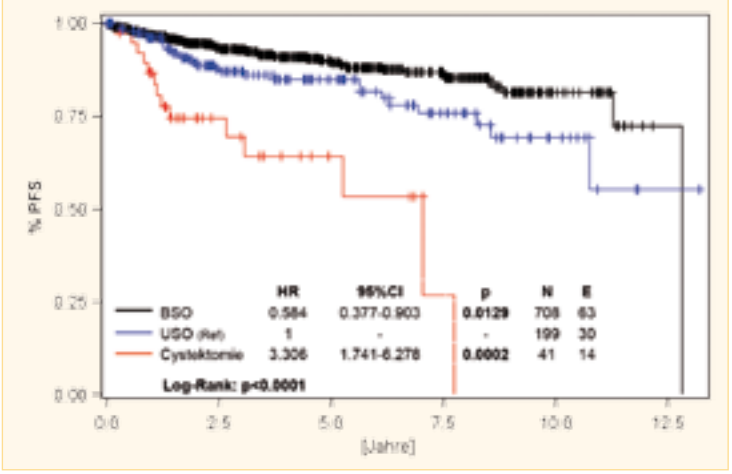
In Analogie zu den invasiven Ovarialtumoren werden verschiedene Subtypen (serös, muzinös, endometrioid, transitionalzellig oder klarzellig) beschrieben, wobei die beiden häufigsten Typen die serösen (S-BOT) und muzinösen BOT (M-BOT) darstellen. 79 Prozent der BOT werden im FIGO-I-Stadium diagnostiziert. Das mediane Erkrankungsalter beträgt 50 Jahre und 35 Prozent der Patientinnen sind jünger als 40 Jahre. Die Prognose im FIGO-I-Stadium ist sehr gut mit einer 10-Jahres-Überlebensrate von 97 Prozent (1).

Mit 55 Prozent sind die S-BOT am häufigsten vertreten. In bis zu 50 Prozent liegt ein bilateraler Ovarialbefall vor. 10 Prozent weisen eine Mikroinvasion auf und peritoneale Implantate sowie einen Lymphknotenbefall findet man bei etwa 20 Prozent aller S-BOTs. Die 10-Jahres-Überlebensrate liegt ohne invasive Implantate bei 95 Prozent und mit invasiven Implantaten bei 66 Prozent. Die M-BOT kommen in etwa 40 Prozent der Fälle vor, wobei hier ein intestinaler Typ (80 Prozent) und ein endozervikaler Subtyp (20 Prozent) unterschieden wird. Letzterer zeigt S-BOT-ähnliche Merkmale mit einem bilateralen Auftreten von etwa 40 Prozent, peritonealen Implantaten und Lymphknotenbeteiligung in etwa 10 Prozent der Fälle sowie einer gelegentlichen Assoziation mit einer Endometriose. Die M-BOT vom intestinalen Subtyp imponieren klinisch meist als unilaterale, sehr große Tumoren mit einer exzellenten Prognose. Bei dieser Diagnose ist ein Karzinom des Gastrointestinaltrakts auszuschließen. Die meisten BOT werden nicht klinisch, sondern erst durch die pathologische Untersuchung diagnostiziert. Das liegt nicht zuletzt daran, dass mindestens ein Drittel der betroffenen Frauen völlig symptomfrei ist und es auch keine spezifischen Symptome der BOT gibt.

Operation

Die adäquate Therapie des BOT umfasst eine Längsschnittlaparotomie einschließlich kompletter Tumorentfernung und Entnahme einer Spülzytologie. Sie beinhaltet auch eine bilaterale Adnektomie, Omentektomie, Appendektomie bei M-BOT sowie repräsentative Peritonealbiopsien aus Ober-, Mittel- und Unterbauch. Bei Wunsch nach Fertilitätserhalt kann der Uterus und das unauffällige kontralaterale Ovar erhalten werden. Sollten beide Ovarien befallen sein, dann kann auch eine Zystenausschälung beidseits erfolgen. Eine pelvine und paraaortale Lymphonodektomie wird nicht mehr empfohlen, da der Lymphknotenbefall meist nicht zum Upstaging führt und auch keine prognostische Bedeutung hat. Die Biopsie aus einem ma-

Progressionsfreies Überleben nach OP-Verfahren in der ROBOT-Studie



BSO = Bilaterale Adnektomie (schwarz), USO= Einseitige Adnektomie (blau), Zystektomie (rot)

kroskopisch unauffälligen Ovar bei fertilitätserhaltender Operation wird ebenfalls nicht mehr empfohlen. Ziel der Operation ist neben der kompletten Entfernung aller makroskopisch verdächtigen Areale das sogenannte „Staging", welches postoperativ eine Aussage über die Prognose der Erkrankung ermöglicht (2).

Fertilitätserhalt

Jungen Patientinnen mit Kinderwunsch kann bei komplettem operativen Staging im frühen Stadium nach Aufklärung über eine erhöhte Rezidivrate im Vergleich zur beidseitigen Adnektomie ein fertilitätserhaltendes operatives Vorgehen angeboten werden. Die beste Datenlage hierzu liefert die retrospektiv-prospektive Kohortenstudie der AGO-Ovar, die sogenannte ROBOT-Studie mit 1.042 BOT-Patientinnen und somit die weltweit größte Datenerhebung zu dieser Tumorentität (2).

Der retrospektive Teil der Studie basiert auf den Datensätzen der Patientinnen aus insgesamt 24 deutschen Institutionen. Der prospektive Studienteil umfasst die Referenzpathologie sowie die weitere aktuelle Nachuntersuchung der Patientinnen. Bei 950 der 1.042 Patientinnen bestätigte die Referenzpathologie die Diagnose BOT. Bei 52 Patientinnen lag eine benigne Erkrankung vor und bei 42 Patientinnen ein invasives Ovarialkarzinom, das fälschlicherweise als BOT eingestuft worden war. Daher wird eine spezialisierte histopathologische Zweitbegutachtung von ovariellen Borderlinetumoren unbedingt angeraten.

Die Kaplan-Meier-Kurven zur progressionsfreien Überlebenszeit bestätigen den Patientinnen mit BOT eine vergleichsweise günstige Prognose. Das FIGO-Stadium und die Implantate spielen eine wichtige prognostische Rolle. So haben Patientinnen im FIGO-Stadium I eine deutlich günstigere Prognose als jene im FIGO-Stadium II/III ($p < 0{,}0001$). Unerheblich für das Rezidivrisiko war, ob die Patientinnen primär laparoskopiert oder laparotomiert wurden. Die Staging-Qualität beeinflusste die Rezidivrate signifikant ($p = 0{,}0091$). Bei inkomplettem Staging erhöhte sich das relative Rezidivrisiko der BOT-Patientinnen um fast 80 Prozent (HR 1,77). Eine analoge Situation zeigte sich bei der Art der durchgeführten therapeutischen Primäroperation. Bei bilateraler Adnektomie beläuft sich das Rezidivrisiko auf 4,9 Prozent, bei unilateraler Ovarektomie auf 7,7 Prozent und bei einer Zystenausschälung auf 31,4 Prozent (siehe Abb. links). Eigene retrospektive Analysen von 82 Frauen mit BOT zeigen ähnliche Ergebnisse mit einer 23-prozentigen Assoziation fertilitätserhaltender Vorgehensweise mit dem Auftreten eines Rezidivs (3). Es wird daher angeraten, in der Menopause die Komplettierungs-Operation mit Entfernung des verbliebenen Ovars durchzuführen.

In 74 Prozent liegen die Rezidive im verbliebenem Ovar und haben keinen Einfluss auf das Überleben. In 4,4 Prozent liegen sie außerhalb des Ovars und entsprechend dem Risiko bei einer radikalen Operation. Keinen prognostischen Vorteil hatten die Patientinnen von einer nachfolgenden adjuvanten Chemotherapie. In der ROBOT-Studie lag die 5-Jahresrezidivrate bei gut 12 Prozent. Ein Drittel der Rezidive bestand aus invasiven epithelialen Ovarialkarzinomen, sodass die maligne Transformationsrate mit etwa 2–4 Prozent angegeben werden kann. Die invasiven Rezidive waren zu 50 Prozent sogenannte Highgrade-Karzinome mit entsprechend ungünstiger Prognose. Patientinnen mit BOT-Rezidiv hatten eine günstige Prognose. Insgesamt sind inadäquates chirurgisches Staging, Resttumor, Fertilitätserhalt und höheres FIGO-Stadium mit einem kürzeren progressionsfreien Überleben (PFS) assoziiert.

Literatur

1. A. du Bois, N. Ewald-Riegler, O. du Bois, P. Harter. Borderlinetumoren des Ovars – eine systematische Übersicht Geburtsh Frauenheilk 2009; 69: 1–27
2. Schmalfeldt B, Burges A, Hilpert F, Reuß A, Fehm T, Meier W, Kommoss F, Hillemanns P, Hanker L, Hasenburg A, Strauß HG, Hellriegel M, Wimberger P, Kommoss S, Ewald-Riegler N 1, de Gregorio N, Mahner S, Fotopoulou C, Hauptmann S, du Bois A . Geburtsh Frauenheilk 2012; 72 – P15. Krankheitsverlauf von Patientinnen mit Borderline Tumoren des Ovars: Ergebnisse der multizentrischen AGO„ROBOT" Studie.
3. Seck K, Hahn E, Avril S, Schmalzried H, Kiechle M, Schmalfeldt B. Borderlinetumor und Fertilitätserhalt: eine retrospektive Analyse anhand eigener Daten hinsichtlich Schwangerschaftsrate, Auftreten eines Rezidivs und Überleben. DGGG 2012

Autorin

Prof. Dr. med. Marion Kiechle

Technische Universität München, Klinikum rechts der Isar, Frauenklinik und Poliklinik, Ismaninger Str. 22, 81675 München

Daylette® – 0,02 mg/3 mg Filmtabletten – verschreibungspflichtig
Zusammensetzung: Wirkstoffe: 1 weiße Filmtablette enthält: 0,02mg Ethinylestradiol und 3 mg Drospirenon. **Sonst. Bestandteile:** *wirkstoffhaltige Tablette: Tablettenkern:* Lactose-Monohydrat, Maisstärke, vorverkleisterte Stärke (Mais), Macrogol-Poly(vinylalkohol)-Pfropfcopolymer, Magnesiumstearat (Ph.Eur.) [pflanzlich], *Filmüberzug:* Poly(vinylalkohol), Titandioxid (E171), Talkum, Macrogol 3350, entölte Phospholipide aus Sojabohnen, *Tablettenkern* (Placebo,grün): Mikrokristalline Cellulose, Lactose, vorverkleisterte Stärke (Mais), Magnesiumstearat (Ph.Eur.) [pflanzlich], hochdisperses Siliciumdioxid, *Filmüberzug* (Placebo,grün): Poly(vinylalkohol), Titandioxid (E171), Macrogol 3350, Talkum, Indigocarmin, Aluminiumsalz (E132), Chinolingelb, Aluminiumsalz (E104), Eisen(II,III)-oxid (E172), Gelborange S (E110). **Anwendungsgebiet:** orale Empfängnisverhütung. **Gegenanzeigen und Gründe für das sofortige Absetzen, wenn einer dieser Umstände während der Einnahme auftritt:** Überempfindlichkeit gegenüber Ethinylestradiol, Drospirenon, Soja, Erdnüsse, Gelborange S oder einem der sonstigen Bestandteile, best./vorausgeg. venöse u arterielle Thrombosen od. Prodrome, best./vorausgeg. zerebrovaskulärer Insult, Vorl. e. schwerw. Risikofaktors oder mehrerer Risikofaktoren für Arterienthrombose: Diabetes mellitus mit vaskulären Symptomen, schw. Hypertonie, schw. Dyslipoproteinämie, ererbte oder erworbene Neigung zu Venen- oder Arterienthrombosen, wie z.B. APC-Resistenz, Antithrombin-III-Mangel, Protein-C-Mangel, Protein-S-Mangel, Hyperhomozysteinämie und Antiphospholipid-Antikörper (Anticardiolipin-Antikörper, Lupus-Antikoagulanz), best./vorausgeg. Pankreatitis mit schw. Hypertriglyceridämie, best./vorausgeg. schw. Lebererkrankung, solange Leberwerte nicht normal, schw. Niereninsuffizienz od. akutes Nierenversagen, best./vorausgeg. Lebertumoren (gutartig oder bösartig), bekannte/vermutete bösartige Erkrankungen, die durch Sexualsteroide beeinflusst werden (z.B. an den Genitalorganen oder der Brust), Vaginalblutungen ohne Diagnosestellung, anamnestisch bekannte Migräne mit fokalen neurologischen Symptomen. **Nebenwirkungen:** *häufig:* emotionale Labilität, Kopfschmerzen, Übelkeit, Brustschmerz, Metrorrhagie, Amenorrhoe. *Gelegentlich:* Depressionen, Libido vermindert, Nervosität, Somnolence, Schwindelgefühl, Parästhesie, Migräne, Varizen, Hypertonie, Abdominalschmerz, Erbrechen, Dyspepsie, Flatulenz, Gastritis, Diarrhoe, Akne, Pruritus, Ausschlag, Rückenschmerzen, Schmerzen in einer Extremität, Muskelkrämpfe, vaginale Candidose, Beckenschmerz, Brustvergrößerung, fibrozystische Brust, Uterus-/Vaginalblutung, Genitalausfluss, Hitzewallungen, Kolpitis, menstruelle Erkrankung, Dysmenorrhoe, Hypomenorrhoe, Menorrhagie, vaginale Trockenheit, verdächtiger Pap- Abstrich, Asthenie, Schwitzen vermehrt, Ödem (generalisierte Ödeme, periphere Ödeme, Gesichtsödem), Gewicht erhöht. *Selten:* Candidiasis, Anämie, Thrombozythämie, allergische Reaktion, endokrine Störung, Appetitsteigerung, Anorexie, Hyperkaliämie, Hyponatriämie, Anorgasmie, Schlaflosigkeit, Vertigo, Tremor, Konjunktivitis, trockenes Auge, Augenerkrankung, Tachykardie, Phlebitis, vaskuläre Erkrankung, Epistaxis, Synkope, Abdomen vergrößert, gastrointestinale Erkrankung, gastrointestinale Völle, Hiatushernie, orale Candidose, Obstipation, Mundtrockenheit, Gallenschmerz, Cholezystitis, Chloasma, Ekzem, Alopezie, Dermatitis akneiform, trockene Haut, Erythema nodosum, Hypertrichose, Hauterkrankung, Hautstriae, Kontaktdermatitis, photosensitive Dermatitis, Hautknoten, Dyspareunia, Vulvovaginitis, postkoitale Blutung, Abbruchblutung, Mamma-Zyste, Brusthyperplasie, Neubildung der Brustdrüse, Zervixpolyp, Atrophie des Endometriums, Ovarial-Zyste, Uterusvergrößerung, Unwohlsein, Gewicht erniedrigt. *Häufigkeit nicht bekannt:* Überempfindlichkeit, Erythema multiforme. **Bei Anwendung von KOKs:** Venöse/ arterielle thromboembolische Erkrankungen, Hypertonie, Lebertumoren, Auftreten /Verschlimmerung von Erkr., deren Zusammenhang mit der Anwendung von KOKs nicht eindeutig geklärt ist: Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Epilepsie, Migräne, Gebärmuttermyome, Porphyrie, systemischer Lupus erythematodes, Herpes gestationis, Sydenham-Chorea, hämolytisch-urämisches Syndrom, cholestatischer Ikterus, Chloasma, akute oder chronische Störungen der Leberfunktion können den Abbruch von KOKs notwendig machen, bis sich die Leberfunktionsmarker wieder normalisieren. Bei hereditärem Angioödem können exogene Östrogene die Symptome des Angioödems induzieren oder verschlimmern. Die Häufigkeit der Diagnose von Brustkrebs ist bei Anwenderinnen von KOKs leicht erhöht. Daylette® kann in Bezug auf Gelborange S allergische Reaktionen und in Bezug auf entölte Phospholipide aus Sojabohnen sehr selten allergische Reaktionen hervorrufen. **Warnhinweise:** Enthält 48,53 mg (weiße Tbl.) bzw. 37,26 mg (grüne Tbl.) Lactose. Patienten mit seltener hereditärer Galactose-Intoleranz, Lapp-Lactase-Mangel oder Glucose-Galactose-Malabsorption, die sich lactosefrei ernähren müssen, dürfen dieses Arzneimittel nicht einnehmen. Dieses Arzneimittel enthält 0,070 mg entölte Phospholipide aus Sojabohnen je Tbl.. Patienten mit einer Überempfindlichkeit gegenüber Erdnüssen oder Soja dürfen dieses Arzneimittel nicht einnehmen. **Stand der Information: 12/2011. Chemical Works of Gedeon Richter Plc. · H - 1103 Budapest · Gyömrői út 19 - 21 · Ungarn.**

Maitalon® 20/ Maitalon® 30 – 0,02 mg oder 0,03 mg / 3 mg Filmtabletten – verschreibungspflichtig
Zusammensetzung: Wirkstoffe: 1 Filmtablette Maitalon® 20 enthält: 0,02 mg Ethinylestradiol und 3 mg Drospirenon, 1 Filmtablette Maitalon® 30 enthält 0,03 mg Ethinylestradiol und 3 mg Drospirenon. **Sonst. Bestandteile:** *Tablettenkern:* Maitalon® 20: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, vorverkleisterte Stärke(Mais), Macrogol-Poly(vinylalkohol)-Pfropfcopolymer, Magnesiumstearat (Ph.Eur.) [pflanzlich], Maitalon® 30: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, vorverkleisterte Stärke(Mais), Povidon K25, Magnesiumstearat (Ph.Eur.) [pflanzlich] *Filmüberzug:* Poly(vinylalkohol), Titandioxid (E171), Talkum, Macrogol 3350, entölte Phospholipide aus Sojabohnen. **Anwendungsgebiet:** orale Empfängnisverhütung. **Gegenanzeigen und Gründe für das sofortige Absetzen, wenn einer dieser Umstände während der Einnahme auftritt:** Überempfindlichkeit gegenüber Ethinylestradiol, Drospirenon, Soja, Erdnüssen oder einem der sonstigen Bestandteile, best./vorausgeg. venöse o. arterielle Thrombosen od. Prodromalstadien, best./vorausgeg. zerebrovaskulärer Insult, vorl. e. schwerw. Risikofaktors oder mehrerer Risikofaktoren für Arterienthrombose: Diabetes mellitus mit vaskulären Symptomen, schw. Hypertonie, schw. Dyslipoproteinämie, ererbte oder erworbene Neigung zu Venen- oder Arterienthrombosen, wie z.B. APC-Resistenz, Antithrombin-III-Mangel, Protein-C-Mangel, Protein-S-Mangel, Hyperhomozysteinämie und Antiphospholipid-Antikörper (Anticardiolipin-Antikörper, Lupus-Antikoagulanz), best./vorausgeg. Pankreatitis mit schw. Hypertriglyceridämie, best./vorausgeg. schw. Lebererkrankung, solange Leberwerte nicht normal, schw. Niereninsuffizienz od. akutes Nierenversagen, best./vorausgeg. Lebertumoren (gutartig oder bösartig), best./vermutete maligne Erkrankungen, wenn diese sexualhormonabh.(z.B. der Genitalorgane oder der Mammae), ungeklärte Vaginalblutungen, anamnestisch bekannte Migräne mit fokalen neurologischen Symptomen. **Nebenwirkungen: Maitalon® 20:** *Häufig:* emotionale Labilität, Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Akne, Brustschmerzen, Brustvergrößerung, Dysmenorrhoe, Metrorrhagie, Gewichtszunahme. *Gelegentlich:* Candidiasis, Herpes simplex, allergische Reaktion, Appetitzunahme, Depression, Nervosität, Schlafstörung, verminderte Libido, Parästhesie, Vertigo, Sehstörung, Extrasystolen, Tachykardie, Lungenembolie, Hypertonie, Migräne, Varizen, Pharyngitis, Übelkeit, Erbrechen, Gastroenteritis, Durchfall, Obstipation (Verstopfung), Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts, Angioödem, Alopezie, Pruritus, Hautausschlag, Hauttrockenheit, Seborrhoe, Hauterkrankungen, Nackenschmerzen, Schmerzen in den Extremitäten, Muskelkrämpfe, Zystitis, Neoplasie in der Brust, fibrozystische Brust, Galactorrhoe, Eierstockzysten, Hitzewallungen, Menstruationsstörung, Amenorrhoe, Menorrhagie, vaginale Candidiasis, Vaginitis, Genitalsekret, vulvovaginale Erkrankungen,trockene Vagina, Beckenschmerzen, verdächtiger Pap-Abstrich, Ödem, Asthenie, Schmerzen, starker Durst, vermehrte Schweißbildung, Gewichtsabnahme. **Maitalon® 30:** *Häufig:* Menstruationsstörungen, intermenstruelle Blutungen, Brustschmerzen, Kopfschmerzen, depressive Verstimmung, Migräne, Übelkeit, Leukorrhö, vaginale Moniliasis. *Gelegentlich:* Veränderungen der Libido, Hypertonie, Hypotonie, Erbrechen, Akne, Ekzem, Pruritus, Vaginitis, Flüssigkeitsretention, Veränderungen des Körpergewichts. *Selten:* Überempfindlichkeit, Asthma, Brustsekret, Hypakusis, Thromboembolie, Erythema nodosum, Erythema multiforme. **Bei Anwendung von KOKs:** Venöse/ arterielle thromboembolische Erkrankungen, Hypertonie, Lebertumoren, Auftreten /Verschlimmerung von Erkr., deren Zusammenhang mit der Anwendung von Kombinationspillen nicht eindeutig geklärt ist: Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Epilepsie, Migräne, Gebärmuttermyome, Porphyrie, systemischer Lupus erythematodes, Herpes gestationis, Sydenham-Chorea, hämolytisch-urämisches Syndrom, cholestatischer Ikterus, Chloasma, akute oder chronische Störungen der Leberfunktion können den Abbruch von KOKs notwendig machen, bis sich die Leberfunktionsmarker wieder normalisieren. Bei ererbten Angioödem können exogene Östrogene die Symptome des Angioödems auslösen oder verschlimmern. Die Häufigkeit der Diagnose von Brustkrebs ist bei Anwenderinnen von KOKs leicht erhöht. Maitalon® 20/30 kann sehr selten allergische Reaktionen hervorrufen. **Warnhinweise:** Maitalon® 20 enthält 48,53 mg/Maitalon® 30 enthält 48,17 mg Lactose-Monohydrat je Tabl.. Patienten mit seltener hereditärer Galactose-Intoleranz, Lapp-Lactase-Mangel oder Glucose-Galactose-Malabsorption dürfen diese Arzneimittel nicht einnehmen. Diese Arzneimittel enthalten 0,070 mg entölte Phospholipide aus Sojabohnen je Tabl.. Patienten mit Überempfindlichkeit gegenüber Erdnüssen oder Soja dürfen diese Arzneimittel nicht einnehmen. **Stand der Information: 12/2011. Chemical Works of Gedeon Richter Plc. · H - 1103 Budapest · Gyömrői út 19 - 21 · Ungarn.**

Ihr direkter Kontakt zu uns: Gedeon Richter Pharma GmbH · Eiler Straße 3W · 51107 Köln · Tel. 0221/888 90 444 · Fax 0221/888 90 200 · E-Mail: service@gedeonrichter.de · www.gedeonrichter.de

FOKO-Impressionen 2013

Ob Kurse, wissenschaftliche Sitzungen, Symposien oder Meet the Experts, die Teilnehmerzahlen spiegeln die Attraktivität des FOKO-Programms.

FOKO-Kongresspräsident seit 2002: Werner Harlfinger

Christian Albring

Thomas Dimpfl

Wolfgang Holzgreve

Reges Interesse an der Podiumsdiskussion zum Beschäftigungsverbot bei Schwangeren: Zentrales Thema bei den zahlreichen Fragen aus dem Publikum war die Abgrenzung zwischen Arbeitsunfähigkeit und individuellem Beschäftigungsverbot.

Susanna Hellmeister

Dieter Birnbacher

Der Kreis der Referenten war weit größer, als es sich hier darstellen lässt. Weit über 100 ausgewiesene Vertreter des jeweiligen Fachgebiets sorgten dafür, dass der FOKO seinem Anspruch gerecht wurde: praxisnahe Fortbildung auf der Höhe der Zeit.

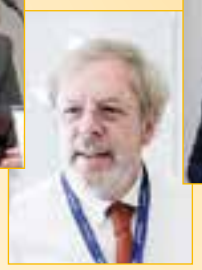
Johannes C. Huber

Cosima Brucker

Frank Louwen

Auszeichnung für ein mehr als 10-jähriges Engagement als Kongresspräsident: Werner Harlfinger freut sich über den BVF-Fortbildungspreis.

Claudia Halstrick



Klaus Friese

Marion Kiechle

Monika Frommel

Babett Ramsauer

Andreas Umlandt

Rainer Lange

Sorgten hinter den Kulissen für die geräuschlose Organisation des Events: Alexandra Kerrinnes (unten links) und Nikola Meinersmann (oben rechts) von der FBA.

Wie immer gut besucht: Die Industrieausstellung in neuen größeren Räumlichkeiten. Beim Get-together mit „Lecker Nudelsalat" – so hieß die Band, die für Stimmung sorgte – wurde es auch hier eng.

Die Kongressmedien: Programm, Kongresszeitung und – zur Freude zweier Präsidenten – die neue FOKO-App mit Informationen u.a. zu Programm, Referenten und Industrieausstellung.

Femibion® – mit Folsäure und Metafolin® – ab Kinderwunsch bis zum Ende der Stillzeit

Femibion mit Folsäure und Metafolin®

Femibion mit Folsäure und Metafolin® – der bereits bioaktiven Folat-Form – bietet eine optimale Folat-Versorgung von Anfang an – auch für die 50 % der Frauen, die Folsäure nicht optimal umwandeln können. Ergänzend enthält Femibion Schwangerschaft 2 die wertvolle Omega-3-Fettsäure DHA[1].

Das Femibion® Versorgungskonzept

Für den raschen Aufbau des Folat-Spiegels

Zum Erhalt des Folat-Spiegels

Kinderwunsch › Frühschwangerschaft › ab der 13. Schwangerschaftswoche › Stillzeit

800 µg Folat (Folsäure + Metafolin®)

Tablette:
- alle B-Vitamine, Vitamine C und E
- mit und ohne Jod erhältlich
- **gluten-, laktose- und gelatinefrei**

400 µg Folat (Folsäure + Metafolin®) + 200 mg DHA[1]

Tablette:
- alle B-Vitamine, Vitamine C und E
- mit und ohne Jod erhältlich
- **gluten-, laktose- und gelatinefrei**

Kapsel:
- 200 mg DHA (mit Fischgelatine, enthält keine Rinder- und Schweinegelatine)

Femibion – die Nr. 1* der Schwangerschaftsvitamine

www.femibion.de

[1] Docosahexaensäure

* Quelle: Nielsen bei Drucklegung

MERCK

Hormonersatztherapie

HRT – 10 Jahre nach der WHI-Studie

Zwei neue, im vergangenen Jahr publizierte Langzeitstudien brachten überraschende Ergebnisse zum Thema „Risiken und Benefits der Hormonersatztherapie".

Eine im Oktober 2012 erschienene dänische Publikation von Louise Lind Schierbeck untersuchte nach einer zehnjährigen Randomisierung und einer darauf folgenden sechsjährigen Beobachtungszeit das kardiovaskuläre Risiko bei Frauen, die entweder Plazebo oder Hormone einnahmen.

Dabei zeigte sich in der Hormongruppe eine signifikante Reduktion der allgemeinen Mortalität gegenüber der Plazebogruppe, der Herzerkrankungen und vor allem der Herzinfarkte, ohne dass es zu einer Zunahme von Malignomen, Thrombosen oder Schlaganfällen gekommen wären: „significantly reduced risk of mortality, heart failure, or myocardial infarction, without any apparent increase in risk of cancer, venous thromboembolism, or stroke" (1).

Erstmals bestätigte diese Arbeit, was in den vergangenen Jahren immer wieder diskutiert wurde: dass es nämlich einen Unterschied macht, ob die HRT unmittelbar nach der Menopause oder erst ein Jahrzehnt später begonnen wird.

Die dänische Untersuchung randomisierte unmittelbar nach Beginn der Menopause („1006 healthy women aged 45–58 who were recently postmenopausal or had perimenopausal symptoms"), während eine ebenfalls im vergangenen Jahr erschienene Metaanalyse zugibt, dass die großen Studien bisher Frauen einschlossen, die schon längere Zeit in der Menopause waren: „Most participants were postmenopausal American women with at least some degree of co-morbidity, and the mean participant age in most studies was over 60 years. None of the studies focused on perimenopausal women" (2).

Dies weist die unterschiedliche Praxis der Hormonverschreibung zwischen den angelsächsischen und den kontinentalen Ländern auf: In Letzteren erfolgt die medikamentöse Behandlung menopausaler Beschwerden präferentiell unmittelbar nach der Menopause, wenn Beschwerden vorhanden sind. Dadurch stellt sich auch die Frage, ob die amerikanisch-angelsächsischen Studienergebnisse tatsächlich auf den kontinental-europäischen Bereich übertragen werden dürfen. Dies betrifft nicht nur das kardiovaskuläre, sondern auch das neurodegenerative Risiko.

Die zweite, im April erschienene Arbeit war der lang erwartete estrogen-only rm der WHI Studie, die die Ergebnisse von elf Beobachtungsjahren vorlegte (3).

Nach dem medianen Follow-up von 11,8 Jahren (IQR 9,1–12 • 9) und einer vorherigen Verwendung von Östrogen über einen medianen Zeitraum von 5,9 Jahren (2,5–7 • 3) zeigt sich in der Östrogengruppe eine niedrigere Inzidenz von invasivem Brustkrebs (151 Fälle, 0,27 % pro Jahr) gegenüber Plazebo (199 Fälle, 0,35 % pro Jahr; HR 0,77; 95 % CI 0,62–0,95 p=0,02). Dieser bemerkenswerte Unterschied betraf Frauen ohne belastende Brustanamnese.

Besonders erwähnenswert ist der Unterschied in der Mortalität nach 11,8 Jahren, wenn man die Todesfälle in der Östrogengruppe gegenüber Plazebo vergleicht. In der Östrogengruppe starben weniger Frauen an Brustkrebs (6 Todesfälle, 0,009 % pro Jahr) im Vergleich zur Kontrollgruppe (16 Todesfälle, 0,024 % pro Jahr; HR 0,37, 95 % CI 0,13–0,91; p=0,03).

Aber auch die Sterblichkeitsrate aus anderen Gründen lag bei jenen Frauen, die Östrogene einnahmen, niedriger als in der Plazebogruppe. Nach Östrogeneinnahme: 30 Tote, 0,046 % (pro Jahr) verglichen mit der Plazebogruppe: 50 Tote, 0,076 % (pro Jahr); HR 0,62, 95 % CI 0,39–0,97, p=0,04.

Auch diese Arbeit bringt eine neue Sichtweise in das Verständnis der ovariellen Hormone, die durch in „Nature" erschienene experimentelle Arbeiten aus Wien (4) erklärt werden könnten: Brustbelastend scheinen bestimmte synthetische Gestagene zu sein, die auch in den Metabolisierungsprozess des Östrogens – was bisher klinisch ausgeklammert wurde – eingreifen.

Beide Arbeiten haben wissenschaftliche und praktische Konsequenzen: Einerseits zeigen sie, dass die plakative Botschaft „Östrogene erzeugen Krebs" unrichtig und intellektuell zu flach ist, andererseits erlauben sie eine bessere Information der an menopausalen Beschwerden leidenden Frauen, die dagegen in hohem Ausmaß andere Medikamentengruppen (SSRI, Hypnotika, Statine etc.) in Anspruch nehmen müssen, wie man aus den Verschreibungs-Statistiken der Krankenkassen ersehen kann.

Literatur beim Autor

Autor

Univ.-Prof. Dr. med. Johannes C. Huber
Prinz-Eugen-Str. 16, A-1040 Wien

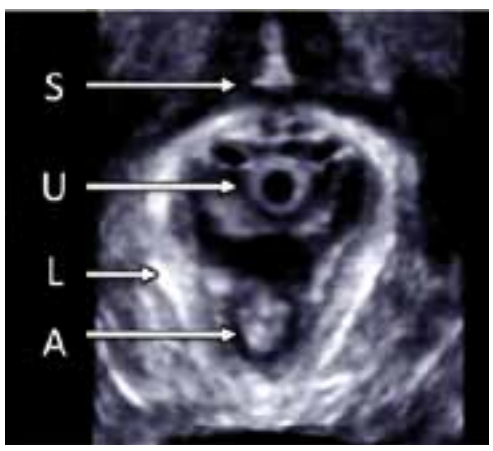
Zusammenhang zwischen vaginaler Geburt und Beckenbodenfunktionsstörungen

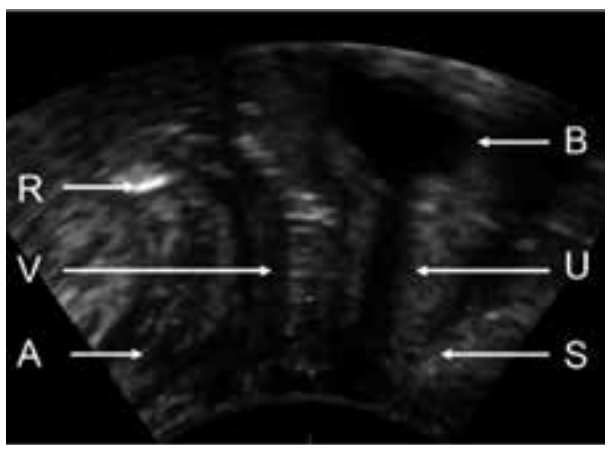
3D-/4D-Sonografie am Beckenboden

Beckenbodenfunktionsstörungen wie Harn- und Stuhlinkontinenz oder Senkungsbeschwerden treten vor allem in der zweiten Lebenshälfte von Frauen auf. Mit einer Prävalenz von bis zu 35 % wirken sie sich erheblich auf deren Lebensqualität aus.

Für die Integrität des Beckenbodens scheinen Schwangerschaften und insbesondere vaginale Geburten von Bedeutung zu sein. Daher kommt den behandelnden Gynäkologen während der Schwangerenbetreuung, unter der Geburt und im weiteren Leben eine entscheidende Bedeutung zu – sowohl bei der Prävention als auch bei der Versorgung von Verletzungen des Beckenbodens. Als Präventivmaßnahme zur Vermeidung einer Beckenbodenfunktionsstörung wird der Stellenwert einer Sektio caesarea kontrovers diskutiert.

Derzeit existieren leider keine randomisierten Studien, stattdessen nur Beobachtungsstudien, sodass der endgültige Nutzen eines Kaiserschnittes für die Schonung des Beckenbodens nicht eindeutig beurteilt werden kann. In neueren Untersuchungen konnten jedoch u.a. Handa et al. (2011) aufzeigen, dass 5 bis 10 Jahre nach vaginaler bzw. Kaiserschnittgeburt ein signifikanter Zusammenhang zwischen vaginaler Geburt und urethraler Inkontinenz bei Belastung sowie Genitalprolaps besteht. Dieser Zusammenhang ist besonders nach vaginal-operativer Entbindung vorhanden.





Die Bilder zeigen die axiale (links) und midsagittale Ebene (rechts). Beschriftungen: A = Analkanal, B = Blase, L = Levator, R = Rektum, S = Symphyse, U = Urethra, V = Vagina.
(Abbildungen aus Albrich et.al., „Klinischer Einsatz in der Urogynäkologie", Gynäkologie + Geburtshilfe, 2011/10, 42–50.)

Neben einer sorgfältigen gynäkologischen Untersuchung ermöglicht die Bildgebung in Form der Urogenital-Sonografie eine genaue Darstellung der unterschiedlichen Strukturen am Beckenboden. Isolierte oder kombinierte Defekte des Sphinkter ani internus und externus können so identifiziert werden. Dabei scheint die erste vaginale Entbindung besonders dramatisch für den Beckenboden zu sein. Es konnte gezeigt werden, dass bei 35 % der Primiparae und 44 % der Multiparae sechs Wochen postpartum sonografisch anale Sphinkterdefekte nachweisbar waren, die in diesem Lebensabschnitt jedoch nur bei 20 % der Frauen anale Inkontinenzsymptome verursachten.

In der klinischen Routine können Weichteilstrukturen wie Urethra, Blasenhals, Harnblase, Analkanal und der Levator-ani-Muskel in der 2D-Sonografie dargestellt werden. Neben dem statischen Bild können die Strukturen auch in der Dynamik, wie Beckenboden-Kontraktion oder unter Valsalva-Manöver, abgebildet werden.

Die Einführung der 3D-/4D-Sonografie am Beckenboden erlaubt erstmals auch ohne CT- oder MRT-Untersuchung die Darstellung von Defekten am Ansatz der Pubo-rectalis-Schlinge des Musculus levator ani. Diese auch als Levator-Abrisse bezeichneten Veränderungen scheinen im späteren Leben zu den wesentlichen Risikofaktoren für Senkungszustände zu zählen.

Darüber hinaus ist das Risiko für Rezidive nach Descensus-Operationen bei Frauen mit Levator-Defekten deutlich erhöht. Die Identifizierung von Risikofaktoren sowie die Prophylaxe von Levator-Defekten unter Geburt sind daher derzeitig Gegenstand intensiver Forschung im Bereich der Urogynäkologie.

Literatur bei den Autoren

Autoren

PD Dr. med. Heiko B.G. Franz
Klinikum Braunschweig, Frauenklinik, Celler Str. 38, 38114 Braunschweig

Dr. med. Stefan Albrich
Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, Universitätsmedizin, Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauenheilkunde, Langenbeckstr. 1, 55131 Mainz

NEU

Innovative sequentielle HRT* mit dem neuen Gestagen NOMAC**

Wechseljahre gezähmt!

Bei klimakterischen Beschwerden von Anfang an sequentiell:

- Starke Wirkung auf die vasomotorischen Symptome[1]
- Optimierte Blutungskontrolle[1]
- **NEU in der HRT:** 24/4-Therapieregime – dem natürlichen Zyklus nachempfunden

Naémis®

INNOVATIV. SEQUENTIELL.

Estradiol 1,5 mg / Nomegestrolacetat 3,75 mg

* Hormonersatztherapie
** Nomegestrolacetat
1. Lello S. Nomegestrol Acetate. Pharmacology, Safety Profile and Therapeutic Efficacy. Drugs 2010; 70 (5): 541–559

Naémis® Tabletten. Wirkstoffe: Estradiolhemihydrat und Nomegestrolacetat. **Qualitative und quantitative Zusammensetzung:** Rosa Tbl.: Jede rosa Tbl. enth. 1,5 mg Estradiol (als 1,55 mg Estradiolhemihydrat). Weiße Tbl.: Jede weiße Tbl. enth. 1,5 mg Estradiol (als 1,55 mg Estradiolhemihydrat) und 3,75 mg Nomegestrolacetat. *Sonst. Bestandt.:* Rosa Tbl.: Povidon (K25 od. K30), Lactose-Monohydrat, mikrokristalline Cellulose, Glyceroldistearat (Ph. Eur.), Hochdisperses Siliciumdioxid, Crospovidon, Ponceau 4R, Aluminiumsalz (E124). Weiße Tbl.: Povidon (K25 od. K30), Lactose-Monohydrat, mikrokristalline Cellulose, Glyceroldistearat (Ph. Eur.), Hochdisperses Siliciumdioxid, Crospovidon. **Anwendungsgebiete:** Hormonersatztherapie (HET) zur Behandl. von Estrogenmangelsymptomen bei postmenopausalen Frauen. **Gegenanzeigen:** Mammakarzinom in der Anamnese od. Verdacht auf Mammakarzinom, bestehende estrogenabhängige maligne Tumoren od. Verdacht auf estrogenabhängige maligne Tumoren (z. B. Endometriumkarzinom), diagnostisch nicht abgeklärte Genitalblutungen, unbehandelte Endometriumhyperplasie, vorausgegangene od. bestehende venöse Thromboembolie (tiefe Venenthrombose, Lungenembolie), bestehende thrombophile Stör. (z. B. Protein C-, Protein S- oder Antithrombinmangel), bestehende od. kürzl. aufgetretene arterielle thromboembolische Erkrank. (z. B. Anginapectoris, Myokardinfarkt), akute Lebererkrank. od. Lebererkrank. in der Anamnese, solange sich die Leberfunktionswerte noch nicht normalisiert haben, Überempfindlichkeit ggü. einem der Wirkstoffe, Ponceau 4R, Aluminiumsalz od. einem der sonst. Bestandt., Porphyrie. **Warnhinw.:** Dieses AM enth. Lactose! Die rosa Tbl. enth. zusätzl. Ponceau 4R, Aluminiumsalz (E124). **Schwangerschaft/Stillzeit:** Kontraind. **Nebenwirkungen:** Dysmenorrhoe, Menorrhagie, Zyklusstör., Leukorrhoe, vergrößerte Uterusmyome, Schmerzen im Becken, gutartige Brusttumoren, Uteruspolyp, Endometriose, vaginale Candidiasis, Brustvergrößerung. Bauchschmerzen, geschwollenes Abdomen, Erbrechen, Verstopfung, Durchfall. Kopfschmerzen, Migräne, Benommenheit. Muskelkrämpfe, Schmerzen in den Extremitäten, Arthralgie. Nervosität, Depressionen. Oberflächl. od. tiefe Venenthrombosen, Thrombophlebitis, arterielle Hypertonie. Gewichtszunahme, periphere Ödeme, Asthenie, verstärkter Appetit. Ausschlag, Pruritus, Alopezie. Abnorme Leberfunktionswerte. Ponceau 4R, Aluminiumsalz kann allergische Reaktionen hervorrufen. Erhöhtes Risiko für Mammakarzinom, Ovarialkarzinom, venöse Thromboembolie (d. h. eine tiefe Venenthrombose od. Lungenembolie), koronare Herzkrankheit, ischämischen Schlaganfall. And. NW: Gallenblasenerkrank., Stör. von Haut und Unterhautgewebe: Chloasma, Erythema multiforme, Erythema nodosum, vaskuläre Purpura, mögl. Demenz im Alter von über 65 J. **Wechselwirkungen:** Substanzen, die Leberenzyme, insbes. Cytochrom-P450-Isoenzyme, induzieren, etwa Antikonvulsiva (Phenobarbital, Phenytoin, Carbamazepin) und Antiinfektiva (Rifampicin, Rifabutin, Nevirapin, Efavirenz). Johanniskraut-Präparate. **Dosierung:** Eine Tbl. pro Tag über 24 aufeinander folgende Tage in der folgenden Reihenfolge: vom Tag 1 bis zum Tag 10 eine rosa Tbl. (Estradiol), vom Tag 11 bis zum Tag 24 eine weiße Tbl. (Estradiol komb. mit Nomegestrolacetat). Nach einem behandlungsfreien Intervall von 4 Tagen muss die nächste Serie auf dieselbe Art eingenommen werden, auch wenn die Abbruchblutung noch nicht aufgehört hat. **Verschreibungspflichtig.** Stand: Juni 2012. TEVA GmbH, Graf-Arco-Str. 3, 89079 Ulm.

TEVA

Neue Ultraschallmarker / Folsäure mit Metafolin® ergänzen

Update Schwangerschaftsvorsorge

Zur Vorsorge für Frauen mit Kinderwunsch, Schwangere und Stillende gibt es immer neue Erkenntnisse. Auf dem FOKO erläuterten Experten [1], was heute zu einer optimalen Prävention gehört und warum Frauen neben Folsäure die bereits bioaktive Folatform 5-MTHF supplementieren sollten. Eine Live-Sonografie zeigte, wie sich mit neuen Ultraschallmarkern Fehlbildungen früher erkennen lassen.*

Gaben einen aktuellen Überblick zur Schwangerschaftsvorsorge: Prof. Dr. Wolfgang Henrich (links) und Prof. Dr. Klaus Pietrzik.

Schon früh in einer Schwangerschaft beginnen sich wichtige Organe auszubilden, das Neuralrohr z. B. schließt sich bereits zwischen dem 22. und 28. Tag nach der Konzeption. Eine gute Folatprophylaxe habe deshalb von Anfang an große präventive Bedeutung, erklärte Prof. Dr. Klaus Pietrzik, Bonn. Allerdings werde die zur Schwangerschaftsvorsorge empfohlene Supplementation zu selten adäquat umgesetzt. Es dauere je nach Folatstatus und Dosierung der Supplemente mehrere Wochen, um einen präventiv wirksamen Folatspiegel aufzubauen. „Frauen ist deshalb dringend zu raten, schon ab Kinderwunsch vorzusorgen, und wegen des weiter hohen Folatbedarfs bis zum Ende der Stillzeit damit fortzufahren. Sie schützen damit ihr Kind und auch sich selbst auf vielfältige Weise." Sinnvoll ist es daher, neben Folsäure die bereits bioaktive Folatform 5-MTHF zu supplementieren.

Ultraschall: Neue Diagnose-Marker

Die Prävalenz von Neuralrohrdefekten (NRD) in Deutschland beträgt etwa 1 Fall auf 1.000 Geburten. In einer prospektiven Multicenterstudie der Kliniken für Geburtsmedizin der Berliner Charité wurden rund 11.000 Schwangere im Ersttrimester untersucht, wie Prof. Dr. Wolfgang Henrich von der Charité berichtete. Es sei gelungen, mit Hilfe neuer Ultraschallmarker NRD noch früher als bisher zu diagnostizieren. „Dazu wurden für verschiedene Parameter – Breite des Hirnstamms, der intrakraniellen Transluzenz bzw. des IV. Ventrikels, der Cisterna magna und der Abstand zwischen Hirnstamm und Occipitalknochen – die Normwerte für das erste Trimester ermittelt", wie Henrich während einer Live-Sonografie erläuterte. Ferner sei es möglich gewesen, durch die Beurteilung der hinteren Schädelgrube mehrere Neuralrohrdefekte der Wirbelsäule frühzeitiger zu diagnostizieren.

Die pränatale Diagnose einer Spina bifida setze eine systematische Untersuchung der Wirbelsäule in drei Ebenen voraus. Die Wirbelsäule werde von zervikal nach sakral in den longitudinalen, transversalen und frontalen Schnittebenen subtil untersucht. Im Transversalschnitt erscheine ein geschlossenes Neuralrohr durch die Wirbelbögen ringförmig mit darüberliegender gedeckter Haut. Bei einem Neuralrohrdefekt, so Henrich, sei die Wirbelbogenstruktur U-förmig konfiguriert und häufig wölbe sich eine dünnwandige Zele (liquorgefüllte Aussackung) über den Defekt. Im Ultraschall sei das Ausmaß des knöchernen Defekts und damit eine Abschätzung der neurologischen Schädigung bei akzeptablen Untersuchungsbedingungen sowohl in der 2-D- als auch in der 3-D-Sonografie möglich. Bereits bei der Untersuchung des fetalen Köpfchens und der Gehirnstrukturen könnten Zeichen für eine Spina bifida gefunden werden. Häufig fände sich zu Beginn des 2. Schwangerschaftsdrittels eine Mikrozephalie mit einer zitronenförmigen Kopfform, später könne sich eine Makrozephalie entwickeln.

„Nunmehr kann die Verdachtsdiagnose auf Neuralrohrdefekt oder die definitive Diagnose eines Neuralrohrdefekts der Wirbelsäule in vielen Fällen bereits am Ende des ersten Trimenons gestellt werden. Eine Zwischenuntersuchung zwischen dem ersten und zweiten Screening kann geplant werden, zum Beispiel zwischen der 16. und 17. Schwangerschaftswoche, um einen Verdacht endgültig zu verifizieren", sagte Henrich.

Folatbedarf über Nahrung nicht gedeckt

Eine bedeutende Rolle, um Neuralrohrdefekte präventiv zu verhindern, spiele die optimale Versorgung mit Folsäure bzw. Folat, so Henrich. Generell empfehle die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) zur täglichen Aufnahme 400 µg Folat, erläuterte Pietrzik. „Diesen Wert verfehlen aber 80 bis 90 Prozent der deutschen Frauen deutlich, durchschnittlich sind es laut Nationaler Verzehrsstudie über die Nahrung lediglich 250 µg (2)." Während Schwangerschaft und Stillzeit vergrößere sich die Versorgungslücke weiter: Dann liege die empfohlene Zufuhr sogar bei 600 µg/Tag, 50 Prozent höher. Diese Folatzufuhr über die Ernährung zu sichern, sei auch bei sehr gezielter Auswahl der Lebensmittel nur schwer möglich.

Das Netzwerk „Gesund ins Leben" rate Frauen ab Kinderwunsch zu einer folatreichen Ernährung und Supplementen (mindestens 400 µg Folsäure/Folat täglich) (3). Regionale Erhebungen zeigten Pietrzik zufolge immer wieder, wie unzureichend diese Empfehlung befolgt wird. Eine Befragung von 522 Müttern nach der Entbindung im Raum München fand heraus, dass nur 33,7 Prozent schon mindestens vier Wochen vor der Schwangerschaft supplementierten (4). Laut einer Untersuchung aus Rheinland-Pfalz von 2004 hätten sogar nur 11 Prozent der Mütter die Supplementation gemäß den Empfehlungen begonnen.

Um so schnell wie möglich den präventiv wirksamen Erythrozytenfolatspiegel (> 906 nmol/L) zu erreichen, sei es ratsam, die Supplementation mit 800 anstatt 400 µg Folsäure/Folat pro Tag zu beginnen. Mit 400 µg dauere es im Durchschnitt immerhin zwei bis drei Monate, um den erforderlichen Spiegel aufzubauen, mit 800 µg könne er bereits in etwa vier Wochen erreicht werden.

Gehören zusammen: Folsäure und Folat

Pietrzik erläuterte, warum Folsäure kombiniert mit der bereits bioaktiven Folatform 5-MTHF in Form von Metafolin® eine besonders effiziente Schwangerschaftsvorsorge ermöglicht: Folsäure – eine synthetische Verbindung, die als solche in der Natur nicht vorkomme – werde erst im Körper über verschiedene Stoffwechselschritte in vitaminwirksame Folatformen umgewandelt. Von diesen sei 5-MTHF mit einem Anteil von 98 Prozent die wichtigste. Die Metabolisierung von Folsäure verlaufe jedoch nicht optimal, so Pietrzik, wenn das für die Umwandlung verantwortliche Enzym Methylentetrahydrofolatreduktase (MTHFR) von einer Punktmutation betroffen sei (MTHFR 677C→T). Bei den homozygoten Merkmalsträgern (10 Prozent der Bevölkerung) sinke die MTHFR-Aktivität dadurch um etwa 70 Prozent, bei heterozygot Betroffenen (etwa 40 Prozent der Bevölkerung) um bis zu 35 Prozent. Metafolin, die stabile Calciumverbindung von 5-MTHF, könne unabhängig vom MTHFR-Genotyp vollständig verstoffwechselt werden. Auch habe 5-MTHF eine bessere Bioverfügbarkeit und führe zu einem signifikant höheren Erythrozyten-Folatspiegel als Folsäure (5).

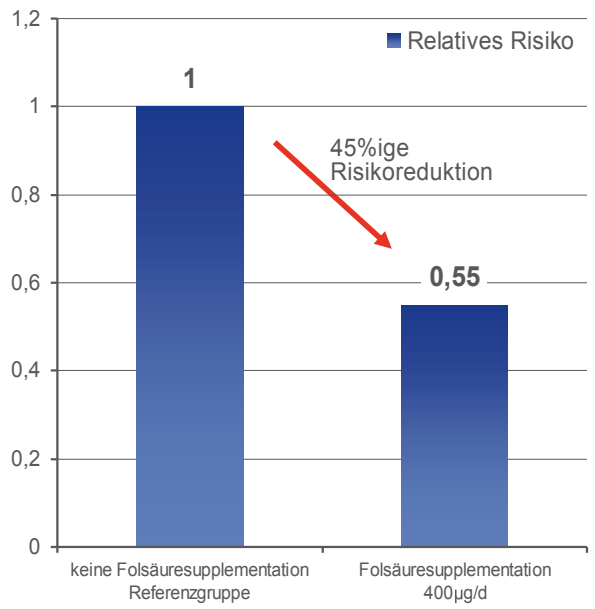
Studien hätten gezeigt, dass eine gute Folatversorgung nicht nur für den Neuralrohrschluss bedeutend ist, sagte Pietrzik: Eine frühzeitige Supplementation könne die kindliche Sprachentwicklung fördern (6) und präventiv gegen Autismus und Entwicklungsverzögerungen wirken (7), sei außerdem wichtig für die Entwicklung des kindlichen Herzens (8) und wirke im weiteren Schwangerschaftsverlauf protektiv gegen Plazentaablösungen (9), Fehl- und Frühgeburten (10) sowie niedriges Geburtsgewicht (11). Bedingt durch Wachstum und vermehrte Zellteilung benötigt der Säugling ausreichend Folat. Daher bleibe der Folatbedarf der stillenden Mutter auch nach der Geburt erhöht, so Pietrzik. Da die mütterliche Folataufnahme langfristig den Folatgehalt in der Muttermilch – und damit die Versorgung des Kindes – bestimme, sollten Frauen auch nach der Entbindung ausreichend Folsäure/Folat zu sich nehmen.

Vorsorge mit Femibion®

Nur *Femibion* Schwangerschaft 1 und 2 (jeweils mit und ohne Jod erhältlich) enthalten zur Schwangerschaftsvorsorge neben Folsäure die schon bioaktive Folatform 5-MTHF in Form von Metafolin. Femibion Schwangerschaft 2 (ab der 13. SSW) bietet außerdem bedarfsgerecht die für Gehirn- und Augenentwicklung wertvolle Omega-3-Fettsäure Docosahexaensäure DHA.

* L-5-MTHF, L-5-Methyltetrahydrofolat

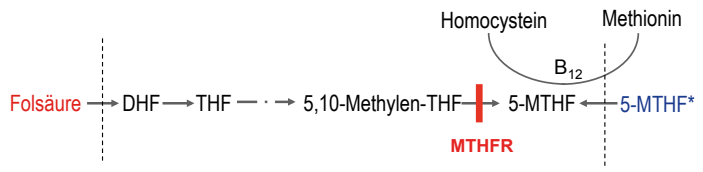
Verzögerte Sprachentwicklung



modifiziert nach Roth et al. 2011

Erniedrigtes Risiko bei Kindern im Alter von 3 Jahren, deren Mütter frühzeitig Folsäure supplementierten (4 Wochen vor und 8 Wochen nach Konzeption).

Optimale Wirkung mit 5-MTHF



* Calciumverbindung von 5-MTHF (Metafolin)

Bei vielen Frauen ist die Enzymaktivität im Folatstoffwechsel eingeschränkt – bei homozygoten Merkmalsträgern um bis zu 70 Prozent. Metafolin kann diese umgehen und unabhängig vom MTHFR-Genotyp vollständig verstoffwechselt werden.

Auffällige hintere Schädelgrube im Sagittalschnitt 13+3 SSW. Besonders zu beachten sind der breite Hirnstamm und der verhältnismäßig schmale Abstand zwischen Hirnstamm und Occipitalknochen.

Literatur

1. Symposium „Innovative Schwangerschaftsvorsorge: Modernste Embryonaldiagnostik und Empfehlungen für die Praxis", unterstützt von Merck Selbstmedikation, 7. März 2013, Düsseldorf
2. Nationale Verzehrsstudie II, Ergebnisbericht Teil 2, Max Rubner-Institut, Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel, 2008
3. Koletzko B. et al.: Ernährung in der Schwangerschaft – Handlungsempfehlungen des Netzwerks Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie. aid infodienst e.V. 2012, Bestell-Nr. 3589
4. Becker S, Schmid D: Ernährungs Umschau 58 (2011); 36–41
5. Prinz-Langenohl R et al.: Br J Pharmacol 2009; 158: 2014–2021
6. Roth C et al.: JAMA 2011; 306(14): 1566–1573
7. Schmidt RJ et al.: Am J Clin Nutr 2012; Jul; 96(1): 80–89
8. van Beynum I et al.: Eur Heart J 2010; 31(4): 464–471
9. van der Molen EF et al.; Am J Obstet Gynecol 2000; 182 (5): 1258–63
10. Bukowski R et al.: PLOS Medicine 2009; 6: 1–11
11. Timmermans S et al.: Br J Nutr 2009; 102: 777–85

Dieser Beitrag wurde erstellt mit freundlicher Unterstützung der Merck Selbstmedikation GmbH, 64293 Darmstadt

Meisners Zugeständnis ändert Grundhaltung der Katholischen Kirche

Der Kölner Erzbischof und Kardinal Joachim Meisner hält die Abgabe zeugungshemmender „Pillen danach" an Missbrauchsopfer für hinnehmbar. Dieser Meinung schloss sich die Deutsche Bischofskonferenz in Trier Ende Februar an.

Meisner erklärte, dass „wenn nach einer Vergewaltigung ein Präparat, dessen Wirkprinzip die Verhinderung einer Zeugung ist, mit der Absicht eingesetzt wird, die Befruchtung zu verhindern", dies aus seiner Sicht vertretbar sei. Der Einsatz von „Pillen danach", die die Einnistung bereits befruchteter Eizellen verhindern sollen, sei aber nicht hinnehmbar, so der Kardinal.

Kritikwürdig daran bleibt, dass die Öffentlichkeit nun der Meinung ist, dass die Pille danach jetzt von der Kirche erlaubt wird. Das ist leider nicht der Fall. Genauso wenig gestattet die Kirche Pille und Kondom. Es gibt eine Ausnahme: Bei homosexuellem Kontakt sind Kondome zur Verhinderung von AIDS erlaubt. Dies gilt nicht für Frauen, weil der Geschlechtsverkehr laut Kirche nur zur Zeugung eines Kindes stattfinden darf. Diese offizielle Lehrmeinung ist absurd! In welchem Zeitalter leben wir?

Die Pille danach ist ganz klar keine Pille, die eine bestehende Schwangerschaft beeinflusst. Sie darf daher auch nicht mit der sogenannten Abtreibungspille mit dem Progesteronrezeptormodulator RU-486 (Handelsname Mifegyne) verwechselt werden. Die Patientin hat einen Anspruch auf eine überkonfessionelle, anständige medizinische Versorgung. Dies müssen auch die Krankenhäuser mit kirchlichem Träger gewährleisten. Hinzu kommt, dass Ärzte gemäß Berufsordnung nur dem ärztlichen Gewissen verantwortlich sind und auch keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen. Die Anweisungen in katholischen Kliniken verstießen hier grundsätzlich gegen unsere Berufsordnung und auch gegen elementare Interessen einer Patientin, die nach einer Vergewaltigung die Pille danach wünscht.

Das Präparat Ulipristal verhindert nicht die Einnistung einer bereits befruchteten Eizelle, sondern verschiebt die Ovulation auch dann noch, wenn das Hormon LH schon angestiegen ist und sozusagen die Eizelle kurz vorm Springen ist. Dies vermag das andere Präparat mit Levonorgestrel zu diesem Zeitpunkt nicht mehr. Die bisherige Annahme der Katholischen Kirche, dass Ulipristal als Abortivum bezeichnet werden kann, ist sachlich falsch. Insofern war die Argumentationskette, die darauf beruhte, inakzeptabel. Die Wirkung der beiden hormonellen Methoden der Notfallkontrazeption, Levonorgestrel und Ulipristalacetat, besteht in der Hemmung oder Verzögerung der Ovulation. Sie haben keinen Einfluss auf die Implantation einer befruchteten Eizelle.

Die Wirkmechanismen von Ulipristalacetat und von Levonorgestrel in den zur Notfallkontrazeption eingesetzten Dosierungen beruhen auf der Verschiebung des Eisprungs durch Hemmung der Follikelreifung und Verzögerung des LH-Peaks. Wird Levonorgestrel bei bereits ansteigendem LH-Spiegel verabreicht, erfolgt keine Verschiebung der Ovulation. Ulipristalacetat kann bei bereits ansteigendem LH-Spiegel und einer Follikelgröße von 18 mm die Ovulation noch verschieben (2). Dies führt zu einer überlegenen Wirksamkeit von Ulipristalacetat gegenüber Levonorgestrel (3). Werden Levonorgestrel oder Ulipristalacetat nach dem LH-Peak verabreicht, können beide Wirkstoffe die Ovulation nicht mehr verschieben. Deshalb sollten hormonelle Notfallkontrazeptiva möglichst schnell verabreicht werden, um dem Eisprung zuvorzukommen. Die verzögerte Ovulation erfolgt etwa fünf Tage später. Dies ist ausreichend, um das fertile Fenster zu schließen (4). Fazit: Das Präparat Ulipristal beeinflusst keine bestehende Schwangerschaft; es ist also kein Abortivum.

Literatur beim Autor

Autor

San.-Rat Dr. med. Werner Harlfinger

Berufsverband der Frauenärzte e.V.,
Vorsitzender des Landesverbands Rheinland-Pfalz,
Emmeransstr. 3, 55116 Mainz

1) Glasier et al. Lancet 2010; 375: 555-562 **2)** Rabe, Albring et al. Frauenarzt 2013; 54, Nr. 2: 108-114 **3)** Brache et al. 2013; submitted for publication

ellaOne 30 mg Tablette **Zusammensetzung:** 30 mg Ulipristalacetat, *weit. Bestandteile:* Lactose-Monohydrat, Povidon K30, Croscarmellose-Natrium, Magnesiumstearat. **Anwendung:** Notfallkontrazeption innerhalb von 120 Stunden (5 Tagen) nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr bzw. Versagen der Kontrazeption. **Gegenanzeige:** Schwangerschaft, Überempfindlichkeit gegen Bestandteile. **Warnhinweise:** Nicht gleichzeitig mit Notfallkontrazeptivum auf Basis von Levonorgestrel einnehmen. **Nicht empfohlen:** Bei schwerem, durch orale Steroide nicht ausreichend kontrolliertem Asthma, wiederholte Anwendung innerhalb eines Menstruationszyklus, bei schwerer Lebererkrankung. Nicht geeignet für eine regelmäßige Empfängnisverhütung. Nach Einnahme kann die folgende Menstruationsblutung um einige Tage verfrüht oder verspätet auftreten. Eintritt einer Schwangerschaft wird nicht in jedem Fall verhindert. Nach Behandlung ist ein schnelles Wiederherstellen der Fertilität wahrscheinlich. Bei Ausbleiben der Menstruation Schwangerschaftstest durchführen. Möglichkeit einer ektopen Schwangerschaft bedenken. Bei Geschlechtsverkehr nach Einnahme bis zum Beginn der nächsten Menstruationsblutung zuverlässige Barrieremethode zur Empfängnisverhütung verwenden, auch bei gleichzeitiger hormoneller Empfängnisverhütung. Nicht einzunehmen bei hereditärer Galactose-Intoleranz, Lactase-Mangel oder Glucose-Galactose-Malabsorption. **Hinweis:** Geringer bis mäßiger Einfluss auf Verkehrstüchtigkeit und Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen möglich. **Stillzeit:** Das Stillen ist für 1 Woche auszusetzen. **Wechselwirkungen:** *Die gleichzeitige Anwendung mit folgenden Arzneimitteln wird nicht empfohlen:* CYP3A4-Induktoren (z. B. Rifampicin, Phenytoin, Phenobarbital, Carbamazepin, Johanniskraut/Hypericum perforatum), CYP3A4-Inhibitor Ritonavir. Die Wirkung von gestagenhaltigen Arzneimitteln kann beeinträchtigt werden. **Nebenwirkungen:** *Häufig:* Übelkeit, Bauchschmerzen, Schmerzen im Oberbauch, Unwohlsein in der Bauchgegend, Erbrechen, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Menstruationsschmerzen, Beckenschmerzen, Spannungsgefühl in der Brust, Müdigkeit, Stimmungsschwankungen, Muskel/Rückenschmerzen; *gelegentlich:* Schmerzen im Unterbauch, Diarrhö, Mundtrockenheit, Obstipation, Pyrosis, Sodbrennen, abnorme Vaginalblutungen und Menstruationsstörungen, Vaginalentzündung, Ausfluss, Hitzewallungen, Entzündung der Harnwege, Nasen-/Halsinfektionen, Influenza, Fieber, Schüttelfrost, Schmerzen, Krankheitsfühligkeit, wechselndes Hungergefühl, Stimmungsschwankungen, Angst, allgemeine körperliche Unruhe, Schlafstörungen, Schläfrigkeit, Reizbarkeit, abgeschwächte/ verstärkte Libido, Akne, Hautausschlag, Juckreiz, Migräne, Sehstörungen; *selten:* Juckreiz im Genitalbereich, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Ablösen einer bestehenden Ovarzyste, Schmerzen im Genitalbereich, abnorme Empfindlichkeit während der Menstruation, abnorm leichte Perioden, Beckenbodenentzündung, Störungen der Harnwege, farbiger Urin, Nierensteine, Nieren- und Blasenschmerzen, saures Aufstoßen, Zahnschmerzen, Aufmerksamkeitsstörung, Schwindel, Zittern, Verwirrung, Beeinträchtigung des Geruchs- und Tastsinns, geringe Schlafqualität, Ohnmachtsanfälle, abnormes Gefühl in den Augen, rotes Auge, Lichtempfindlichkeit der Augen, Infektion der Augen, Hordeolum, Beschwerden im Brustkorb, Entzündungen, Durstgefühl, Verstopfung von Nasen- und Rachenraum, Husten, trockener Hals, Wassermangel, Nasenbluten, Nesselausschlag, Blutungen, Schmerzen in Armen/Beinen, Gelenkschmerzen. Verschreibungspflichtig. Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren. Im Umkarton aufbewahren, um den Inhalt vor Licht zu schützen. **Stand:** Nov. 2012. Laboratoire HRA Pharma, F-75003 Paris. http://www.hra-pharma.de

HRA Pharma

Multimodale Therapie des Uterus myomatosus

Wie und wann muss ein Myom behandelt werden?

Myome sind die häufigsten gutartigen soliden Tumoren des weiblichen Genitaltrakts. Man schätzt, dass etwa 40 bis 60 Prozent der Frauen jenseits des 30. Lebensjahres Myome haben. Myome zeigen eine große Variabilität an Morphologie und Symptomatik. Sie entwickeln sich submukös, intramural, subserös, intraligamentär, intrazervical und können auch gestielt sein. Myome treten singulär oder multipel auf. Sie können in der Größe stationär bleiben oder exzessiv an Größe zunehmen (1).

Wie und wann muss ein Myom behandelt werden?

- Eine Indikation besteht immer dann, wenn die Myome Symptome entwickeln und/oder rasch an Größe zunehmen.
- Die Wahl der Behandlung richtet sich nach dem Alter und dem Wunsch der Patientin, dem Sitz, der Größe und der Zahl der Myome, der Schwere der Symptomatik und/oder dem Wunsch nach Fertilitätserhalt.
- Medikamentöse Therapien sollten grundsätzlich ausgeschöpft werden, bevor invasive Maßnahmen Anwendung finden.
- Asymptomatische Myome bedürfen keiner Therapie.

Obwohl die Mehrzahl der Myome symptomfrei ist, haben Myome in der täglichen frauenärztlichen Arbeit eine große Relevanz (2, 3). Das Vorhandensein von schweren Symptomen wie Hypermenorrhoen mit sekundärer Anämie, Dysmenorrhoen, Dyspareunien, unspezifischen pelvinen Schmerzen sowie Infertilität oder Verursachung von Aborten macht eine individuelle Beratung zu den verschiedenen Behandlungsoptionen erforderlich. In Einzelfällen führen große Myome auch zu Miktions- und Defäkationsproblemen. Bisher bestehen keine gesicherten Kenntnisse darüber, welche Myome unter welchen Bedingungen Symptome machen.

Therapieoptionen

Eine Indikation zur Therapie besteht immer dann, wenn die Myome rasch an Größe zunehmen und/oder Symptome entwickeln. Bei den Therapieoptionen muss immer zwischen einer Hysterektomie, einer Verkleinerung oder Entfernung der Myome und/oder einer Beseitigung der myombedingten Symptome unterschieden werden.

Als therapeutische Optionen stehen chirurgische, radiologische und bisher mit Einschränkung auch medikamentöse Therapien zur Verfügung. Die Wahl der Behandlung richtet sich nach dem Alter und dem Wunsch der Patientin, dem Sitz, der Größe und der Zahl der Myome, der Schwere der Symptomatik und/oder dem Wunsch nach Fertilitätserhalt.

Chirurgische Maßnahmen

Zunehmend werden Uterus-erhaltende OP-Verfahren, Myom-Enukleationen, angewandt. Trotzdem sind Myome die häufigste Indikation für durchgeführte Hysterektomien. Im Jahre 2009 wurden in Deutschland 62 Prozent aller Uterusexstirpationen in der Altersgruppe der 36- bis 55-Jährigen wegen Myomen durchgeführt (4).

Radiologische Verfahren

Die Uterine Arterien-Embolisation (UAE) darf nur bei Frauen mit abgeschlossenem Kinderwunsch durchgeführt werden, da durch Cavumveränderungen und Adhäsionen die Fertilität eingeschränkt werden kann. Der Fokussierte Ultraschall wird zurzeit nur in wenigen Zentren durchgeführt. Langzeitdaten stehen noch nicht zur Verfügung (5).

Medikamentöse Verfahren

Therapie mit hormonalen Kontrazeptiva: Durch eine Behandlung mit hormonalen Kontrazeptiva, sowohl den Östrogen-Gestagen-Kombinationspräparaten, insbesondere im Langzyklus, als auch den Gestagen-Monopräparaten, insbesondere auch durch das Levonorgestrel abgebende Intrauterine System, werden gute Effekte auf eine Reduzierung der Blutungsstärke und -länge sowie eine Verminderung dysmenorrhoischer Beschwerden erzielt. Durch hormonale Kontrazeptiva tritt jedoch keine Reduktion der Myomgröße ein. Es ist keine (!) kausale Therapie und nicht zur Behandlung des Uterus myomatosus zugelassen.

Therapie mit GnRH-Analoga: GnRH-Analoga (GnRHa), wie etwa das Leuprorelin, bewirken innerhalb des Behandlungszeitraums von sechs Monaten ein Schrumpfen der Myome und es tritt eine Amenorrhoe ein. Diese Therapie führt jedoch zu einer Suppression der Östradiolbildung, die bei der überwiegenden Zahl der Patientinnen zu belastenden Hitzewallungen, Schweißausbrüchen und Leistungseinschränkungen führt. Nachteilig ist auch der Verlust der Knochenmineraldichte mit der Gefahr einer Osteoporose. Ebenso tritt meist schnell wieder eine Größenzunahme der Myome nach Absetzen des Medikaments ein. Aus diesen Gründen werden in der Praxis GnRH-Analoga bei Uterusmyomen nur noch selten eingesetzt.

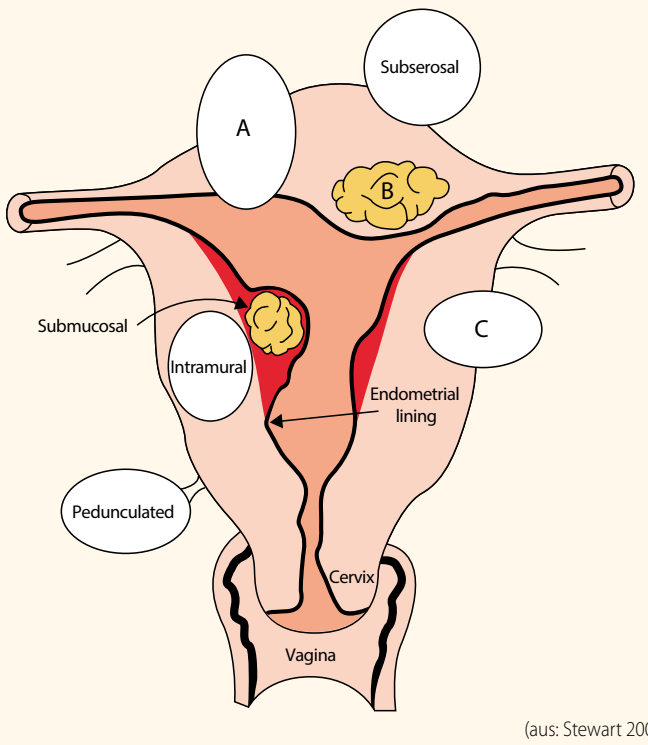
Therapie mit Ulipristalacetat: Seit einem Jahr besteht in der gynäkologischen Praxis die Möglichkeit der Therapie symptomatischer Myome mit Ulipristalacetat, einem Selektiven Progesteron-Rezeptor-Modulator (SPRM). Progesteron ist für die Proliferation von Myomen von Bedeutung. SPRMs führen durch Apoptose zur Verkleinerung von Myomen. Diese Wirkung hält auch mindestens sechs Monate nach Beendigung der Therapie noch an. SPRMs zeigen neben ihrer Wirkung auf die Myome auch eine spezifische antiproliferative Wirkung am Endometrium, das zu einer Abnahme der Blutungsstärke bis hin zur Amenorrhoe führen kann.

In zwei placebo- bzw. GnRHa-kontrollierten Phase-III-Studien bewirkte Ulipristalacetat (UPA) bei Frauen mit symptomatischen Myomen eine Abnahme des Myomvolumens bis zu 40 bis 50 Prozent (6). Eine dreimonatige Anwendung von 5 mg bzw. 10 mg UPA führte signifikant zur Reduktion des Myomvolumens und zu einer Verringerung der überregelstarken Blutungen ohne Abhängigkeit von der Dosis. Mehr als 80 Prozent der Frauen in diesen Studien waren innerhalb von sieben Tagen amenorrhoisch und symptomenfrei. Da UPA nicht den Serum-Estradiolspiegel absenkt, führt es auch nicht zu Östrogenmangelsymptomen.

Inzwischen hat sich die Anwendung von 5 mg Ulipristalacetat zur Behandlung von Myomen mit mittelschweren und schweren Symptomen in der frauenärztlichen Praxis insbesondere bei folgenden Patientinnen bewährt:

- bei Patientinnen mit Kinderwunsch: zur Beseitigung der Symptome, zur Verkleinerung der Myome und zur Verbesserung der OP-Ausgangssituation,
- bei Patientinnen ohne Kinderwunsch: zur Beseitigung der Symptome, zur Vermeidung einer OP, zur Verbesserung der OP-Ausgangssituation,
- bei Patientinnen mit großen Myomen präoperativ: zur Myomverkleinerung, zur Beseitigung der Anaemie,
- bei Patientinnen präoperativ mit internistischen Risiken: zur Beseitigung der Anämie, zur Minimierung der Risiken, zur Verbesserung der OP-Ausgangssituation,
- bei Patientinnen prämenopausal: zur Beseitigung der Symptome, zur Vermeidung einer Operation.

Lokalisation der Uterus-Myome (A, B und C = gemischte Lokalisation)



(aus: Stewart 2001)

Myome zeigen eine große Variabilität an Morphologie und Symptomatik. Sie entwickeln sich submukös, intramural, subserös, intraligamentär, intrazervical oder sind gestielt.

Literatur beim Autor

Autor

Prof. Dr. med. Hans-Joachim Ahrendt

Praxis für Frauenheilkunde und Klinische Forschung,
Halberstädter Str. 122,
39112 Magdeburg

Sind Sie wieder dabei?

FOKO 2014
FORTBILDUNGSKONGRESS

Vorkongress: 19. Februar 2014
20.–22. Februar 2014
CCD.Stadthalle Congress Center Düsseldorf

ATMOS
MedizinTechnik

Zeit für eine neue Perspektive

ATMOS® i View

ATMOS LED Technology

Einzigartige LED-Technologie

Neue 3D-HD-Optik

Passive Kühlung - absolut geräuschlos

Sehen Sie selbst:

- innovative LED Beleuchtung,
- herausragende 3D-Bildqualität
- 3 Kameraoptionen
- optimale HD-Bildqualität

ATMOS MedizinTechnik GmbH & Co. KG
Ludwig-Kegel-Str. 12, 14–16, 18 ▪ 79853 Lenzkirch
Tel: +49 7653 689-373 ▪ Fax: +49 7653 68986-373
atmos@atmosmed.de
www.atmosmed.com

Immunstatusbestimmung, Infektionsscreening, Infektionsdiagnostik in der Schwangerschaft

Prä- und perinatale Infektionen

Infektionen in der Schwangerschaft können auf den Embryo/Fetus bzw. das Neugeborene übertragen werden und zu kindlichen Schädigungen führen. Abhängig vom Zeitpunkt der Übertragung werden pränatale von perinatalen Infektionen unterschieden.

Das vertikale Transmissionsrisiko und die Auswirkungen auf das Kind hängen von der Art des Erregers, vom Gestationsalter zum Zeitpunkt der mütterlichen Infektion sowie dem Infektionstyp (akut, chronisch, rekurrierend) ab. Mögliche Folgen pränataler Infektionen sind Abort, intrauteriner Fruchttod, Tot-, Frühgeburt oder die Geburt eines geschädigten Kindes (Fehlbildungen, Entwicklungsstörungen, chronische Infektionen mit/ohne Spätschäden). Die durch natürliche Infektion oder Impfung erworbene Immunität der Mutter trägt zum Schutz vor Erstinfektion bzw. Erkrankung in der Schwangerschaft und somit zum Schutz des Fetus bei. Perinatale Infektionen können sowohl zu akuten Krankheitsbildern beim Neugeborenen als auch zu chronischen Infektionen mit Spätfolgen führen. Die wichtigsten Erreger prä- und perinataler Infektionen sind in Tabelle 1 aufgelistet.

In den Mutterschaftsrichtlinien ist die Erhebung der Impfanamnese für Röteln sowie ein obligatorisches Infektionsscreening für Treponema pallidum (Syphilis), HIV, Hepatitis-B-Virus und Chlamydia trachomatis vorgesehen (Tabelle 2). Neben einer etablierten Labordiagnostik stehen effektive Maßnahmen zur Prävention der Mutter-Kind-Übertragung zur Verfügung. Zusätzlich zum obligatorischen Infektionsscreening in der Mutterschaftsvorsorge erfolgt häufig als individuelle Gesundheitsleistung die Bestimmung des Immunstatus für Zytomegalievirus (CMV), Toxoplasma gondii, Parvovirus B19 und Varizella-Zoster-Virus sowie der Ausschluss einer vaginal-rektalen Besiedlung mit B-Streptokokken (Tabelle 3).

Bei Seronegativität für die nicht impfpräventablen Infektionen Zytomegalie und Toxoplasmose sollte über Möglichkeiten der Expositionsprophylaxe durch Hygienemaßnahmen, insbesondere bei Umgang mit Kleinkindern (Zytomegalie) und beim Umgang mit Lebensmitteln (Toxoplasmose) aufgeklärt werden. Aufgrund des asymptomatischen Verlaufs dieser Infektionen sollten Antikörperkontrollen in regelmäßigen Abständen (sequenzielles Screening) in Erwägung gezogen werden.

Bei akuter CMV-Infektion ist die off-label Gabe von CMV-Hyperimmunglobulin zur Zeit die einzige Behandlungsoption. Bei akuter Toxoplasmose kann eine frühzeitig eingeleitete antibiotische Therapie das Risiko für schwere ZNS-Schäden beim Kind senken. Wegen der hohen Kontagiosität der Varizellen ist eine Expositionsprophylaxe wenig erfolgreich. Gleiches gilt für die Parvovirus-B19-Infektion, da der Beginn der Virusausscheidung beim Indexfall deutlich vor dem Auftreten der Symptome liegt. Windpocken können durch die frühzeitige Postexpositionsprophylaxe mit Varizella-Zoster-Immunglobulin verhindert werden.

Bei akuten Varizellen sollte eine antivirale Therapie mit Aciclovir erfolgen. Bei Parvovirus-B19-bedingter schwerer fetaler Anämie oder Hydrops fetalis kann die fetale Mortalitätsrate durch intrauterine Transfusion von Erythrozytenkonzentraten gesenkt werden. Der Nachweis von B-Streptokokken in der Spätschwangerschaft indiziert die intrapartale intravenöse Antibiotikaprophylaxe zur Prävention einer Neugeborenensepsis.

In der Schwangerschaft werden Infektionen bei der Mutter in erster Linie serologisch diagnostiziert. Spezifische IgG-, IgM-, IgA-Antikörper werden heute hauptsächlich mit Immunoassays detektiert. Insbesondere bei Virusinfektionen und Toxoplasmose spielen darüber hinaus die Bestimmung der IgG-Avidität und der Nachweis epitop-spezifischer IgG-Antikörper (z. B. im Immunoblot-Test) zur Eingrenzung des Infektionszeitpunkts eine ausschlaggebende Rolle. Der Erregernachweis mittels Anzucht und/oder Nukleinsäureamplifikationstechnik (NAT) erfolgt vorrangig im Rahmen der invasiven pränatalen Diagnostik.

Beim Neugeborenen ist je nach Infektion der Erregernachweis und/oder die Bestimmung spezifischer Antikörper indiziert. Insgesamt ist der Einsatz moderner Labormethoden die Voraussetzung für eine zielgerichtete Beratung zum Risiko für Mutter und Kind sowie zu Möglichkeiten der Prävention und Therapie.

Prä- und perinatal übertragene Infektionen mit Folgen für Fetus / Kind

Erreger	Mögliche Krankheitsbilder beim Fetus / Kind
Pränatal	
Zytomegalievirus	Cytomegalia infantum / Hördefekte
Parvovirus B19	Hydrops fetalis
Toxoplasma gondii	Kongenitale Toxoplasmose
Listeria monozytogenes	Granulomatosis infantiseptica
Rötelnvirus	Rötelnembryopathie
Treponema pallidum	Lues connata
Varizella-Zoster-Virus	Fetales Varizellensyndrom
Herpes-simplex-Virus 1, 2	Fetales Herpessyndrom (extrem selten)
Perinatal	
Hepatitis-B-Virus	Chronische Infektion → Zirrhose, Karzinom
Hepatitis-C-Virus	Chronische Infektion → Zirrhose, Karzinom
HIV 1, 2	Chronische Infektion → AIDS
Varizella-Zoster-Virus	Schwere neonatale Varizellen
Herpes-simplex-Virus 1, 2	Herpes neonatorum
Enteroviren	Myokarditis, Sepsis-ähnliches Krankheitsbild, Meningoenzephalitis
Zytomegalievirus	Schwere Verläufe bei extrem Frühgeborenen möglich
B-Streptokokken	Sepsis
Neisseria gonorrhoeae	Ophthalmia neonatorum, Sepsis, Arthritis, Hautabszesse
Chlamydia trachomatis	Konjunktivitis, Pneumonie

Tab. 1: Diese Infektionen können zur Geburt eines geschädigten Kindes bzw. zu akuten Krankheitsbildern beim Neugeborenen und zu chronischen Infektionen mit Spätfolgen führen.

Immunstatusbestimmung bzw. Infektionsscreening im Rahmen der Mutterschaftsrichtlinien (MuRi)

Erreger	Untersuchung / Beratung
Bei Feststellung der Schwangerschaft	
Treponema pallidum	Lues-Suchreaktion ggf. Bestätigungstest
HIV	Beratung (Dokumentation im Mutterpass); HIV-Test (nur nach schriftlicher Einwilligung)
Chlamydia trachomatis	Untersuchung von Erststrahl-Urin mittels Nukleinsäureamplifikationstechnik (NAT)
Rötelnvirus	Test auf Röteln-Antikörper bei Schwangeren ohne Rötelnimmunität (d.h. im Impfpass sind keine zwei Rötelnimpfungen dokumentiert)
Nach der 32. Schwangerschaftswoche	
Hepatitis-B-Virus	HbsAg-Bestimmung (die Untersuchung entfällt, wenn Immunität, z. B. nach Schutzimpfung, nachgewiesen ist)

Tab. 2: Für diese Infektionen stehen effektive Maßnahmen zur Prävention der Mutter-Kind-Übertragung zur Verfügung.

Immunstatusbestimmung bzw. Infektionsscreening außerhalb der MuRi

Erreger	Seroprävalenz	Untersuchung / Beratung
Zytomegalievirus (CMV)	45–50 %	In der Frühschwangerschaft: Antikörperbestimmung, Beratung zur Expositionsprophylaxe, evtl. sequenzielles Screening für CMV und Toxoplasmose
Toxoplasma gondii	25–30 %	
Parvovirus B19	60–70 %	
Varizella-Zoster-Virus[1]	> 95 %	
B-Streptokokken	Besiedlungsrate: ca. 25 %	Zwischen Schwangerschaftswoche 35+0 und 37+0: Untersuchung eines vaginal-rektalen Abstrichs mittels spezieller Kulturverfahren

[1] Antikörperbestimmung ist bei nicht-schwangeren Frauen im gebärfähigen Alter Kassenleistung

Tab. 3: Untersuchungen für diese Infektionen sind nur bei begründetem Verdacht auf eine akute Infektion eine Kassenleistung.

Autor

Dr. med. Martin Enders

Labor Prof. Gisela Enders MVZ GbR, Rosenbergstr. 85, 70193 Stuttgart

Alle Ausgaben der offiziellen Kongresszeitung sind auch auf den Seiten der FBA als E-Paper erhältlich.

www.fba.de/Kongresszeitung.html

Bei Vaginalmykosen

KadeFungin®

mit dem bewährten Wirkstoff Clotrimazol

- Die Nr. 1 bei Vaginalmykosen*
- Zuverlässig und sicher
- Auch während der Schwangerschaft und Stillzeit geeignet

Bei bakterieller Vaginose

KadeFungin®

Milchsäurekur

mit (S)-Milchsäure und pH 4

- Regeneriert und stabilisiert die Vaginalflora
- Zur unterstützenden Behandlung bakterieller Vaginosen
- Ideal zur vaginalen pH-Wert-Regulierung in der Schwangerschaft
- Auch nach Behandlung von Vaginalmykosen
- Zur Vorbeugung von vaginalen Infektionen durch Antibiotika-Therapie

Ohne Kühllagerung

DR. KADE Pharmazeutische Fabrik GmbH, Berlin

KadeFungin® 3/ KadeFungin® 6, (Verschreibungspflichtig), Vaginaltabletten, Vaginalcreme, Kombi-Packung. **Wirkstoff:** Clotrimazol. **Zusammensetzung:** 1 KadeFungin 3 Vaginaltablette enthält 200 mg Clotrimazol. Sonstige Bestandteile: Adipinsäure, hochdisperses Siliciumdioxid, Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat (Ph. Eur.), vorverkleisterte Maisstärke, Natriumhydrogencarbonat, Polysorbat 80, Stearinsäure. 1 g KadeFungin 3 Vaginalcreme/Creme enthält 20 mg Clotrimazol. Sonstige Bestandteile: Benzylalkohol, Cetylpalmitat (Ph. Eur.), Cetylstearylalkohol (Ph. Eur.), Polysorbat 60, Sorbitanstearat, Octyldodecanol (Ph. Eur.), gereinigtes Wasser. 1 KadeFungin 6 Vaginaltablette enthält 100 mg Clotrimazol. Sonstige Bestandteile: Adipinsäure, hochdisperses Siliciumdioxid, Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat (Ph. Eur.), Maisstärke, vorverkleisterte Maisstärke, Natriumhydrogencarbonat, Polysorbat 80, Stearinsäure. 1 g KadeFungin 6 Vaginalcreme/Creme enthält 10 mg Clotrimazol. Sonstige Bestandteile: Benzylalkohol, Cetylpalmitat (Ph. Eur.), Cetylstearylalkohol (Ph. Eur.), Polysorbat 60, Sorbitanstearat, Octyldodecanol (Ph. Eur.), gereinigtes Wasser. **Anwendungsgebiete:** KadeFungin 3/6 Vaginalcreme: Entzündung der Scheide und Ausfluss, bedingt durch Pilzinfektionen mit Candida albicans sowie Superinfektionen mit clotrimazolempfindlichen Bakterien. KadeFungin 3/6 Vaginaltabletten: Entzündung der Scheide und Ausfluss, bedingt durch Pilzinfektionen mit Candida albicans. KadeFungin 3/6 Kombi-Packung: Infektionen der Scheide und des äußeren Genitalbereiches durch Hefepilze (meist Candida albicans). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Clotrimazol oder einen anderen Bestandteil von KadeFungin. Anwendung in der Schwangerschaft nur nach entsprechender Nutzen/Risiko-Abschätzung. Es ist nicht bekannt, ob Clotrimazol beim Menschen in die Muttermilch übergeht. Wegen der geringen Resorption bei topischer Anwendung ist mit dem Stillen für den Säugling vermutlich kein Risiko verbunden. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich lokale Hautreizungen (z. B. Rötungen, Brennen, Stechen), bei Überempfindlichkeit allergische Reaktionen auf der Haut. Stand: 02/2011, E-Mail: kadefungin@kade.de, www.kadefungin.de.

*nach verkauften Packungen in Deutschland, IMS Pharmatrend 12/2012

DR. KADE PHARMA

Nahezu alle Frauen vom Stamm der Afar-Nomaden wurden als junge Mädchen genital verstümmelt.

Geburtshilfeklinik Faras Dagge, Äthiopien

Warten auf ein kleines Paradies

Beschnittenen Frauen aus dem Volk der Afar-Nomaden soll die Entbindung per Sectio ermöglicht werden, um die Mütter- und Kindersterblichkeit zu senken. Dank der tatkräftigen Zusammenarbeit von TARGET und BVF geht der Bau einer Geburtshilfestation im äthiopischen Faras Dagge am Rande der Danakilwüste nach einigen Rückschlägen seiner Vollendung entgegen.

Der BVF unterstützt das Projekt seit mehreren Jahren medizinisch, organisatorisch, ideell und auch finanziell. Rüdiger und Annette Nehberg, Gründer der TARGET-Organisation, engagieren sich seit einem Jahrzehnt gegen Genitalbeschneidung bei Mädchen und für die Frauen in Äthiopien. Der Bau der „Geburtshilfeklinik Danakil“ ist ein entscheidender Meilenstein. Seit 2004 unterhält TARGET eine fahrende Krankenstation für das Volk der Afar – das Volk, das als erstes in Äthiopien den Brauch der Beschneidung aus seinen Stammesgesetzen verbannt hat. Um die ärztliche Versorgung im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe zu erweitern, wird in der Danakilwüste eine Geburtshilfeklinik errichtet.

Inzwischen ist der Bau der Klinik ein großes Stück vorangekommen. Das Ärztehaus, die Küche und die Wäscherei sind schlüsselfertig. Am OP-Haus, dem Mitarbeitertrakt, der Rezeption und der Ambulanz sind die Rohbauarbeiten abgeschlossen. Bauunternehmer Fitsum Asnake gibt sich zuversichtlich: „Wir werden voraussichtlich 2013 einweihen.“

Dass sich die Bauarbeiten immer wieder hinausgezögert haben, lag an der kriminellen Baufirma, die ursprünglich vom Staat mit dem Bau betraut worden war. Ihr Markenzeichen: schräge Fundamente, Risse in den schiefen Wänden, rieselnder Putz – einfach abenteuerlich. „Das war Schrott vom Fundament bis zum Giebel! Inakzeptabel für eine verantwortungsvoll zu führende Klinik. Das bedeutete Abriss, Neubau, Zeitverlust und hohe Investitionen“, so Annette Nehberg, die mit Ihrem Mann Rüdiger das Projekt ins Leben gerufen hat. Inzwischen ist auch Annettes Sohn Roman mit deutschen Handwerkern vor Ort, um die einheimischen Bauarbeiter zu unterstützen (siehe auch nebenstehenden Brief).

Die Förderung der Geburtshilfestation durch den Berufsverband der Frauenärzte geschieht unter der Regie von San.-Rat Dr. Werner Harlfinger. Nach dem Aufruf im FRAUENARZT und den Berichten zum Projekt meldeten sich bereits 90 Gynäkolog(inn)en, allesamt erfahrene Ärzte und Operateure, für einen befristeten medizinischen Einsatz vor Ort für die geschundenen Afar-Frauen, die fast alle als kleine Mädchen genital verstümmelt wurden. Die Geburtshilfestation wird die Frauen während der Schwangerschaft und Geburt betreuen. Auch Kaiserschnitte werden möglich sein. Eine gynäkologische Ambulanz erweitert das Behandlungsspektrum für die vielschichtigen Probleme der Mädchen und Frauen, die teilweise schon viele Monate auf die Eröffnung der Station warten. Rüdiger Nehberg: „Auch unsere Geduld wird auf eine harte Probe gestellt. Wir wissen aber: Es wird ein Vorzeigeprojekt. Und die Frauen werden ein kleines Paradies vorfinden.“

Werner Harlfinger zum BVF-Engagement in Äthiopien: „Wir Frauenärzte sind der Gesundheit von Frauen verpflichtet. Dort zu helfen, wo Hilfe gebraucht wird, entspricht unserem Selbstverständnis als Ärzte. Mit unserem medizinischen Know-How können wir das TARGET-Projekt hervorragend unterstützen. Ich bin glücklich, dass bereits so viele Kolleginnen und Kollegen mithelfen. Für die Ausstattung des OP-und Sterilisationsbereichs benötigen wir dringend noch Sachspenden (s. Kasten unten). Bis zur Eröffnung der Geburtshilfestation gibt es noch viel zu tun, und sobald sie in Betrieb ist noch mehr.“

Zwei Container mit Sachspenden von deutschen Ärzten und Kliniken wurden bereits in die Danakilwüste geliefert: Betten, Matratzen und Bettzeug, Untersuchungsliegen, ein Gebärbett, ein Sterilisator, OP-Lampen, Schränke, Monitore, Ultraschallgeräte, Instrumentarium.

Das Ärztehaus (hier im Bild) ist bereits schlüsselfertig, die Geburtshilfestation soll noch dieses Jahr eröffnet werden.

25. Februar 2013

Liebe Ärztinnen und Ärzte des Faras Dagge-Teams!

Wir möchten einen kleinen Zwischenbericht über den aktuellen Stand der Bauarbeiten an der Geburtshilfeklinik in Äthiopien liefern.

Im Dezember 2012 waren Annette, ihr Sohn Roman und ich, Rüdiger vor Ort, um die Bauarbeiten zu inspizieren. Die von uns engagierte Baufirma liegt mit all den zusätzlichen Arbeiten relativ gut in der Zeit, und wir hoffen, dass die Bauabnahme noch in diesem Jahr erfolgen kann. Bei der Zwischeninspektion stellte sich heraus, dass wir nachbessern möchten, um dem europäischen Standard näher zu kommen.

Deshalb ist Roman mit einem Team aus sechs deutschen Handwerkern nach Äthiopien gereist, um den einheimischen Bauarbeitern mit Rat und Tat zur Seite zu stehen und die Arbeiten zu optimieren.

Immer wieder ist bei uns Geduld gefragt, genau wie bei Ihnen, liebe Ärzteschaft, die Sie sich irgendwann bei uns einbringen werden. Verglichen mit den ursprünglichen Zielvorgaben, liegen wir aufgrund der örtlichen Gegebenheiten im Hintertreffen. Besonders der Neubau der Gebäude, die wir eigentlich fertig übernehmen sollten, hat uns viel Zeit und Geld abgerungen. Aber verglichen mit den Bauarbeiten an der Hamburger Elbphilharmonie liegen wir sehr gut in der Zeit. Und das, obwohl Äthiopien nicht vergleichbar mit Deutschland ist.

In jedem Fall wird es ein kleines Paradies für die geschundenen Frauen und Mädchen – und eine kleine Wüstenheimat für Sie bei Ihrem Einsatz demnächst vor Ort.

Wir freuen uns auf die zukünftige gemeinsame Arbeit und bitten um Geduld,

mit herzlichen Grüßen von

Annette und Rüdiger Nehberg

Wie können Sie helfen?

Sachspenden

Am dringendsten benötigen wir im Moment Sachspenden für den OP- und den Sterilisationsbereich. Ein Formular mit den benötigten Materialien können Sie unter www.fba.de/target.html einsehen und ausfüllen. Bei Fragen dazu wenden Sie sich bitte per Mail an: geburtenstation.afar@gmx.de

Geldspenden

Spenden für das TARGET-Projekt werden unmittelbar für die Ausstattung des OP- und des Sterilisationsbereichs eingesetzt. Bitte geben Sie bei Ihrer Spende als Verwendungszweck an:

„Afar-Geburtsklinik, OP-Einrichtung“.
Spendenkonto: Target e.V.
Kto.-Nr. 50 500, Sparkasse Holstein, BLZ 213 522 40.

Fördernde Mitgliedschaft

Durch eine Mitgliedschaft im Förderkreis TARGET unterstützen Sie die Aktivitäten in Äthiopien mit einem Mindestbeitrag von 15,– Euro pro Jahr. Formulare und Informationen finden Sie unter: www.target-nehberg.de.

TARGET freut sich über jede Unterstützung.

PMS, Mastodynie und Wechseljahresbeschwerden

Wirksame Hilfe aus der Natur – von der Menarche bis zur Menopause

In der Pubertät und im Klimakterium macht der weibliche Körper zwei einschneidende hormonelle Umstrukturierungen durch, die zu psychischen und somatischen Beschwerden führen können. Prämenstruell treten häufig Brustschmerzen, psychische Verstimmungen und Reizbarkeit sowie Rückenschmerzen auf. Menopausal leiden Frauen oft unter Hitzewallungen, Gereiztheit und depressiven Verstimmungen. Mit Unterstützung der pflanzlichen Gynäkologika Agnucaston®, Mastodynon® sowie Klimadynon®|Uno lassen sich diese Symptome effektiv lindern und das Wohlbefinden steigern. Sie greifen schonend in den Körper ein und sind somit auch längerfristig anwendbar.

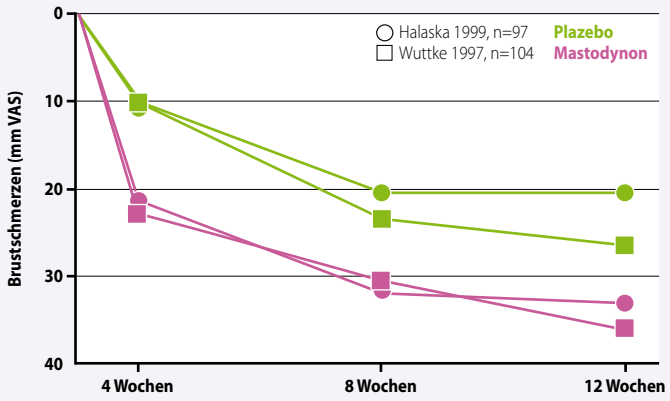
Prämenstruelles Syndrom (PMS)

Bei vielen jungen Frauen begleiten prämenstruelle Beschwerden (PMS) und Zyklusunregelmäßigkeiten die ersten hormonellen Umstellungen während der Pubertät. Doch auch in den Jahren danach treten die Symptome besonders in Stresssituationen auf. Zusätzlich zu somatischen belasten auch psychische Beschwerden wie Stimmungsschwankungen die Betroffenen im Alltag stark. Mögliche Ursache für PMS könnte neben Östrogen-Gestagen-Dysbalancen auch eine erhöhte Prolaktinsekretion sein. Mit dem Spezialextrakt BNO 1095 aus den Früchten des Mönchspfeffers (*Vitex agnus-castus*) harmonisiert *Agnucaston* durch eine Verminderung der Prolaktinausschüttung die hormonelle Sekretion im Verlauf der Lutealphase. Dies führt zu einer Normalisierung der Östrogen- und Gestagenspiegel und wirkt damit effektiv gegen die PMS-Beschwerden. Im Vergleich zu vielen chemisch-synthetischen Behandlungsalternativen (z. B. einer kontrazeptiven Wirkstoffkombination aus Ethinylestradiol und Levonorgestrel) senkt *Agnucaston* signifikant prämenstruelle Beschwerden (COPE-Score) um 50 % innerhalb von 3 Monaten (1). Im Gegensatz zum Kontrazeptivum zeigten sich bei dem Phytotherapeutikum keine unerwünschten Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen, Übelkeit oder Gewichtszunahme. Bei nachgewiesener Wirksamkeit und guter Verträglichkeit eignet sich *Agnucaston* besonders gut als pflanzliche Alternative zur Behandlung von somatischen sowie psychischen PMS-Beschwerden.

Mastodynie

Die zyklusbedingte Mastodynie tritt häufig als Symptom des PMS auf, kann jedoch auch unabhängig davon vorkommen. Für den Berufs- und Freizeitalltag vieler Frauen stellt das schmerzhafte Spannungsgefühl in der Brust eine besondere Belastung dar. Die Ursache für Mastodynie bei Frauen in der Altersgruppe ab 30 Jahren liegt hauptsächlich in einer vorliegenden Östrogendominanz. Diese führt zu einer Proliferation sowie – durch Wassereinlagerungen – zu Schwellungen des Brustdrüsengewebes. Der relative Östrogenüberschuss wird in der Prämenopause zusätzlich durch den beginnenden Abfall des Gestagenspiegels verstärkt. Die dem Ungleichgewicht zugrundeliegenden erhöhten Prolaktinspiegel (Hyperprolaktinämie) lassen sich mit Hilfe des bewährten pflanzlichen Kombinationsmittels *Mastodynon* senken. Dazu wird die modulierende Wirkung des Mönchspfeffers in der einzigartigen Kombination mit Auszügen von Blauem Hahnenfuß, Alpenveilchen, Ignatiusbohne sowie Schwert- und Tigerlilie genutzt. Die prolaktinsenkende Wirkung von *Mastodynon* führt zu einer ausgeglichenen Sekretion der Östrogene und Gestagene und reduziert die Symptome wie Spannungsgefühl und Brustschmerz wirkungsvoll. In klinischen Studien konnte die Wirksamkeit von *Mastodynon* bei zyklischer Mastodynie über drei Zyklen bei einer guten Verträglichkeit gezeigt werden (siehe Abbildung) (2, 3). Für eine effektive Linderung der Brustschmerzen und zum Lösen des Spannungsgefühls eignet sich das Phytotherapeutikum *Mastodynon* insbesondere aufgrund seiner schonenden und natürlichen Wirkungsweise.

Signifikante Reduktion der Brustschmerzen durch *Mastodynon*



Quelle: 2, 3

Die prolaktinsenkende Wirkung von* Mastodynon *führt zu einer signifikanten Reduktion der Mastodynie im Vergleich zu Plazebo.

Wechseljahresbeschwerden

Die zweite nachhaltige hormonelle Umstellungsphase im Leben einer Frau tritt mit der Menopause ein und geht mit einem fortschreitenden Rückgang des Gestagen- und später auch des Östrogenspiegels einher. Diese tiefgreifenden Prozesse können bei bis zu 2/3 der Frauen vielfältige Beschwerden wie Schlafstörungen, Hitzewallungen, Schweißausbrüche und seelische Probleme hervorrufen und die Lebensqualität für mehrere Jahre stark mindern. Die entsprechend lange Dauer der erforderlichen Behandlungen stellt hohe Ansprüche an eine gute Verträglichkeit bei gleichzeitig hoher Wirksamkeit. Eine bewährte Therapieoption auf pflanzlicher Basis bietet hier *Klimadynon|Uno* mit dem Extrakt aus dem Wurzelstock der Traubensilberkerze (*Cimicifuga racemosa*). In mehreren Studien wurde die Wirksamkeit des enthaltenen Cimicifuga-Spezialextrakts BNO 1055 hinsichtlich der signifikanten Reduktion von Wechseljahresbeschwerden über mindestens 12 Wochen bestätigt (4, 5). Das Hauptsymptom Hitzewallungen konnte bis zu 80 % gesenkt werden. *Klimadynon|Uno* eignet sich somit zur schonenden und langfristigen Behandlung von Hitzewallungen und Schweißausbrüchen und stärkt gleichzeitig das psychische Wohlbefinden.

Literatur

1. Onaran et al. (2003), Kadin Dogum Dergisi 2003, 2 (1), 73–77.
2. Wuttke, W. et al. (1997), Gynäkologie und Geburtshilfe 57:569–574.
3. Halaska, M. et al. (1999), The Breast (1999) 8: 175–181.
4. Wuttke, W et al. (2006), The Journal of The North American Menopause Society. Vol 13, No. 2, pp. 185–196.
5. Rauš, K. et al. (2006), The Journal of The North American Menopause Society. Vol 13, No. 4, pp. 678–691.

Dieser Beitrag wurde erstellt mit freundlicher Unterstützung von Bionorica SE, 92308 Neumarkt

Bionorica®

Regelbeschwerden?
Agnucaston®

- harmonisiert den Zyklus
- reduziert PMS-Beschwerden
- lindert Regelbeschwerden

Brustschmerzen?
Mastodynon®

- lindert den Brustschmerz
- löst das Spannungsgefühl
- wirkt rein pflanzlich

Wechseljahresbeschwerden?
Klimadynon® | Uno

- reduziert Hitzewallungen und Schweißausbrüche
- stärkt das psychische Wohlbefinden
- wirkt rein pflanzlich

Nehmen Sie an der Online-Fortbildung unter **www.gynaekologie-interaktiv.de** teil. Ihr Code: **Pflanzenstark**

Agnucaston® Filmtabletten Wirkstoff: Trockenextrakt aus Keuschlammfrüchten (Spezialextrakt BNO 1095). **Zusammensetzung:** 1 Filmtablette enthält: 4,0 mg Trockenextrakt aus Keuschlammfrüchten (Spezialextrakt BNO 1095) (7–11:1), Auszugsmittel: Ethanol 70 % (V/V). Sonstige Bestandteile: Lactose-Monohydrat 25,0mg, Ammoniummethacrylat-Copolymer (Typ A), Eisen(III)-oxid (E 172), Indigocarmin (E 132) Aluminiumsalz, Kartoffelstärke, Magnesiumstearat, Makrogol 6000, Mikrokristalline Cellulose, Povidon (30), Hochdisperses Siliciumdioxid, Talkum, Titandioxid (E 171). **Anwendungsgebiete:** Regeltempoanomalien, prämenstruelles Syndrom, Mastodynie. Bei Spannungs- und Schwellungsgefühl in den Brüsten sowie bei Störungen der Regelblutung sollte zunächst ein Arzt aufgesucht werden, da es sich um Erkrankungen handeln kann, die einer ärztlichen Untersuchung bedürfen. **Gegenanzeigen:** Bekannte Allergie gegen Keuschlammfrüchte oder einen der sonstigen Bestandteile des Arzneimittels, Hypophysentumore, Mammakarzinom. Nicht einnehmen in Schwangerschaft oder Stillzeit, da keine ausreichenden Erfahrungen vorliegen und im Tierversuch eine Verminderung der Milchproduktion beobachtet wurde. Patientinnen mit der seltenen hereditären Galactose-Intoleranz, Lactase-Mangel oder Glucose-Galactose-Malabsorption sollten Agnucaston Filmtabletten nicht einnehmen. **Nebenwirkungen:** Kopfschmerzen, Juckreiz, Bauchbeschwerden wie Übelkeit, Magen- oder Unterbauchschmerzen, Fälle von systemischen Überempfindlichkeitsreaktionen mit Exanthem, Urtikaria, Quincke-Ödem, Dyspnoe und Schluckbeschwerden. Vorübergehende psychomotorische Unruhe, Verwirrtheitszustände und Halluzinationen. Über die Häufigkeit dieser möglichen Nebenwirkungen liegen keine Angaben vor. • **Mastodynon® Tabletten Zusammensetzung:** 1 Tablette enthält: 162,0 mg Agnus castus Ø; 81,0 mg Caulophyllum thalictroides Dil. D4; 81,0 mg Cyclamen Dil. D4; 81,0 mg Ignatia Dil. D6; 162,0 mg Iris Dil. D2; 81,0 mg Lilium tigrinum Dil. D3. Sonstige Bestandteile: Lactose-Monohydrat, Kartoffelstärke, Magnesiumstearat (Ph. Eur.). **Anwendungsgebiete:** Die Anwendungsgebiete leiten sich von den homöopathischen Arzneimittelbildern ab. Dazu gehören: Beschwerden vor der Periodenblutung wie z. B. Spannungs- und Schwellungsgefühl in den Brüsten (Mastodynie), Beschwerden während der Periodenblutung und unregelmäßige Periodenblutungen (Zyklusstörungen). Bei anhaltenden, unklaren oder wiederkehrenden Beschwerden sollte ein Arzt aufgesucht werden, da es sich um eine Erkrankung handeln kann, die einer ärztlichen Behandlung bedarf. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile. Patientinnen mit der seltenen hereditären Galactose-Intoleranz, Lactase-Mangel oder Glucose-Galactose-Malabsorption sollten Mastodynon Tabletten nicht einnehmen. Keine Einnahme unter 18 Jahren und in der Schwangerschaft. Die Anwendung während der Stillzeit wird nicht empfohlen. **Nebenwirkungen:** Schwere allergische Reaktionen mit Gesichtsschwellung, Atemnot und Schluckbeschwerden wurden berichtet. (Allergische) Hautreaktionen (u. a. Hautausschlag, Urtikaria), Kopfschmerzen, Schwindel, Magen-Darm-Beschwerden (u. a. Übelkeit, Bauchschmerzen), Akne sowie Zyklusunregelmäßigkeiten können auftreten. Über die Häufigkeit des Auftretens dieser möglichen Nebenwirkungen liegen keine Angaben vor. • **Klimadynon® Uno Filmtabletten Wirkstoff:** Cimicifugawurzelstock-Trockenextrakt **Zusammensetzung:** 1 Filmtablette Klimadynon Uno enthält: 6,5 mg Trockenextrakt aus Cimicifugawurzelstock (4,5–8,5:1), Auszugsmittel: Ethanol 60 % (V/V). Sonstige Bestandteile: Lactose-Monohydrat 19,0 mg, Cellulosepulver, hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat, Maisstärke, Carboxymethylstärke-Natrium (Typ A), Methylhydroxypropylcellulose, Macrogol 4000, Farbstoff E 171, Calciumhydrogenphosphat-Dihydrat, Eisen(III)-oxid (E 172), Eisen(III)-hydroxid-oxidxH2O (E 172). **Anwendungsgebiete:** Pflanzliches Arzneimittel zur Besserung von Wechseljahresbeschwerden wie z. B. Hitzewallungen und übermäßige Schweißausbrüche. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den arzneilich wirksamen oder einen der sonstigen Bestandteile. Patientinnen mit der seltenen hereditären Galactose-Intoleranz, Lactase-Mangel oder Glucose-Galactose-Malabsorption sollten Klimadynon|Uno nicht einnehmen. Die Anwendung in Schwangerschaft und Stillzeit wird wegen nicht ausreichender Untersuchungen nicht empfohlen. **Nebenwirkungen:** Im Zusammenhang mit der Anwendung von Cimicifuga-haltigen Produkten sind Leberschädigungen (z. B. Hepatitis, Gelbsucht, Störungen von Leberfunktionstest) aufgetreten. Es wurde über Hautreaktionen (Nesselsucht, Hautjucken, Hautausschlag), Gesichtsödeme, periphere Ödeme und Magen-Darm-Beschwerden (z. B. dyspeptische Beschwerden, Durchfall) berichtet. Die Häufigkeit dieser möglichen Nebenwirkungen ist auf der Grundlage der verfügbaren Daten nicht abschätzbar.

Stand: 02|13

BIONORICA SE | 92308 Neumarkt
Mitvertrieb: PLANTAMED Arzneimittel GmbH | 92308 Neumarkt

Maxim®, meine neue liebste Pille!

Das OC-Generikum* von Valette®:
1:1 original von Jenapharm.

GLUTEN+ LAKTOSE FREI

Maxim®

*** Valette®:** Hormonale Kontrazeption für Frauen, Behandlung von Frauen mit mittelschwerer Akne, **Maxim®:** Hormonale Kontrazeption für Frauen

Valette® und Maxim® Zusammensetzung: 1 überzogene Tablette enthält 30 µg Ethinylestradiol und 2 mg Dienogest. *Sonstige Bestandteile:* Mikrokristalline Cellulose, Maisstärke, vorverkleisterte Maisstärke, Maltodextrin, Magnesiumstearat (Ph. Eur.), Sucrose, Glucose-Sirup (Ph. Eur.), Calciumcarbonat, Povidon K90, Povidon K25, Macrogol 35.000, Macrogol 6.000, Talkum, Carnaubawachs, Titandioxid (E 171). **Anwendung Valette®:** Hormonale Kontrazeption. Behandlung von Frauen mit mittelschwerer Akne, die keine Gegenanzeigen für eine Therapie mit oralen Kontrazeptiva aufweisen, und nach Versagen von geeigneten lokalen Behandlungen. **Anwendung Maxim®:** Hormonale Kontrazeption für Frauen. **Gegenanzeigen:** Vorausgegangene oder bestehende venöse oder arterielle Thrombosen und deren Prodromalstadien; bekannte Prädisposition für venöse oder arterielle Thrombosen, vorausgegangener zerebrovaskulärer Insult, Raucherinnen (insbesondere über 30 Jahre), Hypertonie, Diabetes mellitus mit Gefäßveränderungen, Migräne mit fokalen neurologischen Symptomen in der Vorgeschichte, bestehende oder vorausgegangene Pankreatitis bzw. Lebererkrankungen oder Lebertumoren, bekannte oder vermutete sexualhormonabhängige Tumoren, nicht abgeklärte vaginale Blutungen oder Amenorrhoe, Überempfindlichkeit gegen einen der Bestandteile, Schwangerschaft. Vorsicht bzw. besondere Überwachung bei Herz- und Nierenerkrankungen, oberflächlichen Phlebitiden, stark ausgeprägter Varikosis, peripheren Durchblutungs- oder Fettstoffwechselstörungen, Blutdruckanstieg, Sichelzellenanämie, vorausgegangenen Leber- oder Gallenblasenerkrankungen, Migräne, Depressionen, verminderter Glukosetoleranz/Diabetes mellitus, Epilepsie, Chorea Sydenham, chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen, hämolytisch-urämischem Syndrom, Uterus myomatosus, Otosklerose, längerer Immobilisierung, Adipositas, systemischem Lupus erythematodes, Frauen ab 40 Jahre. **Nebenwirkungen:** In klinischen Studien wurde häufig berichtet über: Kopf- und Brustschmerzen. Gelegentlich traten auf: erhöhter Appetit, depressive Verstimmung, Schwindel, Migräne, Hypertonie, Hypotonie, Abdominalschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe, Akne, Alopezie, Ausschlag, Pruritus, irreguläre Blutungen, Brustvergrößerung, Brustödem, Dysmenorrhoe, vaginaler Ausfluss, Ovarialzyste, Beckenschmerzen, Müdigkeit, Gewichtsänderungen. Selten kam es zu Salpingo-Oophoritis, Harnwegsinfektionen, Zystitis, Mastitis, Zervizitis, Pilzinfektionen, Candidiasis, Lippenherpes, Influenza, Bronchitis, Sinusitis, Infektionen der oberen Atemwege, viralen Infektionen, uterinem Leiomyom, Brustlipom, Anämie, Überempfindlichkeit, Virilismus, Anorexie, Depression, mentalen Störungen, Schlaflosigkeit, Schlafstörungen, Aggression, ischämischem Schlaganfall, zerebrovaskulären Störungen, Dystonie, trockenem Auge, Augenirritationen, Oscillopsie, Verschlechterung der Sehfähigkeit, Hörsturz, Tinnitus, Vertigo, Verschlechterung der Hörfähigkeit, kardiovaskulären Störungen, Tachykardie, Thrombose/Lungenembolie, Thrombophlebitis, diastolischer Hypertonie, orthostatischer Dysregulation, Hitzewallungen, Venenvarikose, Venenbeschwerden, Venenschmerzen, Asthma, Hyperventilation, Gastritis, Enteritis, Dyspepsie, allergischer oder atopischer Dermatitis/Neurodermitis, Ekzem, Psoriasis, Hyperhidrose, Chloasma, Pigmentstörungen, Seborrhoe, Kopfschuppen, Hirsutismus, Hautveränderungen, Hautreaktionen, Orangenhaut, Spidernävus. Bei folgenden Nebenwirkungen ist die Häufigkeit aufgrund der verfügbaren Daten nicht abschätzbar: Stimmungsveränderungen, Libidoab- und -zunahme, Kontaktlinsenunverträglichkeit, Urtikaria, Erythema nodosum bzw. multiforme. Über folgende unerwünschte Wirkungen im Allgemeinen wurde darüber hinaus berichtet: venöse und arterielle thromboembolische Erkrankungen, zerebrovaskuläre Ereignisse, Hypertonie, Hypertriglyzeridämie, Änderung der Glukosetoleranz oder Beeinflussung der peripheren Insulinresistenz, Lebertumore, Leberfunktionsstörungen, Chloasma, Auslösung oder Verstärkung eines Angioödems, Auftreten oder Verschlechtern von Erkrankungen, deren Zusammenhang mit der Anwendung nicht geklärt ist: Ikterus und/oder Pruritus im Zusammenhang mit Cholestase; Gallensteinbildung; Porphyrie; systemischer Lupus erythematodes; hämolytisch-urämisches Syndrom; Chorea Sydenham; Herpes gestationis, otosklerosebedingter Hörverlust, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Zervixkarzinom. Die Häufigkeit der Diagnose von Brustkrebs ist geringfügig erhöht. **Warnhinweis:** Gebrauchsinformation beachten. Vor Kindern geschützt aufbewahren. Enthält Sucrose und Glucose. **Verschreibungspflichtig.** Jenapharm GmbH & Co. KG, Otto-Schott-Str. 15, 07745 Jena. Stand: 03/2011

Jenapharm