

MedReport

11 / 2011

ORGAN FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNGSKONGRESSE

WILEY-BLACKWELL

20. bis 21. 5. 2011

127. Tagung der NGGG

Stadthalle Greifswald



Austausch und Weiterbildung

Dialog zwischen Praxis und Klinik

Marek Zygmunt, Greifswald

Zur 127. Tagung der Norddeutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe begrüßen wir Sie ganz herzlich in unserer alt-ehrwürdigen Hanse- und Universitätsstadt Greifswald. Im Dezember 2009 wurde die traditionsreiche Stadthalle nach umfangreichen Renovierungs- und Restaurationsarbeiten feierlich nach fast 20 Jahren Leerstand wiedereröffnet. Wir werden im prachtvollen Kaiser- und im kleineren Rubenowsaal, benannt nach Heinrich Rubenow – Bürgermeister und 1456 Mitbegründer der pommerschen Universität Greifswald, ausreichend Platz finden.

Gerade in Zeiten tiefgreifender Veränderungen im Gesundheitssystem haben wissenschaftliche Tagungen eine besondere Bedeutung. Wir haben ein attraktives Programm zusammengestellt und hoffen, dass es Sie durch Vielseitigkeit und Praxisbezug überzeugt. Die Tagung soll wie immer dazu dienen, aktuelle Aspekte und neue Erkenntnisse der wichtigsten Teilgebiete unseres Fachgebietes darzustellen. Begleitet wird das wissenschaftliche Programm von Satelliten-Symposien und einem vielfältigen Kursprogramm.

Wir geben unserem klinischen und wissenschaftlichen Nachwuchs die Chance, seine Ergebnisse in Form von Postern und Kurzvorträgen vorzustellen. Dazu haben wir einen Freiraum im Hauptprogramm geschaffen, um möglichst allen Kollegen die Teilnahme an den Präsentationen zu ermöglichen. Wie in jedem Jahr werden die besten Poster und Leuchttafel des Nordens durch Preise honoriert.

Hämostaseologie bildet besonderen Schwerpunkt im Programm

Mit der Hämostaseologie in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe haben wir einen besonderen Schwerpunkt aufgegriffen. Das umfassende gerinnungsmedizinische Spektrum in unserem Fachgebiet von der Kontrazeption über die Frühschwangerschaft, Schwangerschaft und Entbindung bis hin zur Therapie bei Tumorpatientinnen möchten wir, unter Berücksichtigung Ihrer alltäglichen praktischen und klinischen Erfahrungen, mit Ihnen diskutieren. Ebenso soll die Tagung dazu dienen, den Dialog zwischen Praxis und Klinik sowie den Partnern der Industrie zu pflegen. Wir laden Sie ein, dazu auch unseren gesellschaftlichen Festabend am Freitag – im architektonisch außergewöhnlichen Ambiente des Pommerschen Landesmuseums zu nutzen. Für das leibliche Wohl wird durch das Restaurant „Le Croy“ gesorgt. Der Name verweist auf den Herzog Ernst Bogislaw von Croy, der als Förderer von Kunst und Wissenschaft 1684 den bekannten Croy-Teppich der Greifswalder Universität stiftete. Dieses Exponat ist, im Pommerschen Landesmuseum ebenfalls zu bewundern.

Vorpommern erleben

Sollten Sie nach der Veranstaltung noch Zeit haben, laden wir Sie ein neben dem intensiven fachlichen Austausch und der Weiterbildung das frühlinghafte Vorpommern zu erleben! Lassen Sie die Natur zu dieser Jahreszeit auf sich wirken, entspannen Sie auf den Inseln des Nordens – Rügen und Usedom oder lernen Sie unsere Nachbarstadt Stralsund mit dem Ozeaneum kennen. Wir freuen uns, Sie begrüßen zu dürfen und heißen Sie herzlich Willkommen!



Stadthalle Greifswald

Foto: Vincent Laifer/van ryck



Prof. Dr. Marek Zygmunt
1. Vorsitzender der NGGG

ALLGEMEINE HINWEISE

20. bis 21. Mai 2011

127. Tagung der Norddeutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe



TAGUNGSORT

Stadthalle Greifswald
Anklamer Straße 106
17489 Greifswald

TAGUNGSLEITUNG

Prof. Dr. Marek Zygmunt
1. Vorsitzender der NGGG

Dr. Katja Bartz
2. Schriftführer der NGGG

Universitätsklinikum der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
- Anstalt öffentlichen Rechts -
Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Ferdinand-Sauerbruch-Straße
17475 Greifswald

VERANSTALTER

NGGG – Norddeutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.

KONGRESSORGANISATION

Nord-Süd-Kongress
Silke Moebis
Im MediaPark 5
50670 Köln
s.moebis@nordsuedkongress.de
www.nordsuedkongress.de

www.nggg2011.de

Eine Greifswalder Geschichte

25 Jahre Endometriose-Therapie mit Dienogest

Günter Köhler, Greifswald

Ende der 1970er Jahre wurde das Gestagen Dienogest (DNG) unter dem Code STS (Steroidtestsubstanz) 557 im Zentralinstitut für Mikrobiologie und experimentelle Therapie Jena entwickelt und synthetisiert.

Vom endokrinologischen Profil her schien DNG als Gestagenanteil für eine Pille zur hormonalen Kontrazeption (HK) geeignet zu sein und zeigte zudem eine postkoitale kontrazeptive Wirksamkeit bei Pavianen. Der damalige VEB Jenapharm übernahm die Aufgabe, entsprechende Testungen bei der Frau zu organisieren. Als günstige Voraussetzung für dieses Vorhaben war 1980 bei Jenapharm auf Initiative von M. Oettel, dem Direktor für Forschung und Entwicklung, gerade eine Abteilung „Klinische Forschung“ geschaffen worden. Hinzu kam, dass seinerzeit die DDR-Gynäkologen stark an der Entwicklung von neuen Steroiden zur HK auch in Form der postkoitalen Kontrazeption (PC) interessiert waren. Der führende Kopf dieser Gruppe war zweifellos G. Göretzlehner, Direktor der Universitäts-Frauenklinik Greifswald von 1979–1991.

Klinische Forschung ab 1980

Im Februar 1980 wurde von Jenapharm zu einem „Symposium über die Wirkungsspezifität und den möglichen klinischen Einsatz eines neuen Norgestagens (STS 557)“ eingeladen. Die Themen waren: weitere Untersuchungen zur Transformationsdosis (TD), zu den antigonadotropen Effekten sowie zur Gestagenkomponente in einem Kombinationspräparat und zur „Pille danach“. An dem Projekt mit dem Kurztitel „Steroidhormone“ beteiligten sich im Wesentlichen die Universitäts-Frauenkliniken Greifswald, Jena und Rostock. Die histologischen Untersuchungen zur endgültigen Festlegung der TD wurden 1982 abgeschlossen. Die Aufgabe „postkoitale Kontrazeption“ wurden von der Greifswalder Arbeitsgruppe unter der Leitung von G. Köhler übernommen und startete bereits 1981. Sie beinhaltete zunächst die Ermittlung des Wirkmechanismus (1982) und die Festlegung der Dosierung. In Zusammenarbeit mit der Universitäts-Frauenklinik Rostock konnte klinisch experimentell 2 mg DNG als Einmaldosis definiert werden. Als Wirkmechanismen wurden ein Effekt auf den Zervixschleim und in Abhängigkeit vom Applikationszeitpunkt in Bezug auf den LH- und Estradiol-Peak kein Einfluss auf die oder ein Hinausschieben oder eine Hemmung der Ovulation oder eine Corpus-luteum-Insuffizienz experimentell nachgewiesen. Anfang 1984 wurde eine klinische Prüfung Stufe II begonnen und später als multizentrische Stufe III fortgeführt. Bei praktisch fehlenden Nebenwirkungen

führten jedoch mehrere Schwangerschaften am 20. 11. 1984 zum Abbruch der Studie. Die endgültige Auswertung ergab, dass nur eine dreifache Senkung der erwarteten Schwangerschaftsrate erreicht werden konnte.

Arbeitsgruppe „Steroidhormone“

Noch während dieser Arbeiten wurde 1982 in der BRD Danazol (DNZ) Mittel der Wahl zur Therapie der Endometriose. Die DDR war wegen Devisenmangels jedoch nicht in der Lage DNZ zu importieren. Nach staatlicher Aufforderung an die Abteilung klinische Forschung Jenapharm nach Alternativen zu suchen, wurde die Arbeitsgruppe „Steroidhormone“ gebeten, die in der DDR gängigen Gestagene Chlormadinonazetat (CMA) und Norethisteronacetat (NEA) gegen DNZ auszuwerten. In Greifswald begannen die Untersuchungen (DNZ versus CMA) 1982 und wurden 1984 mit einer Dissertation (Lembke) abgeschlossen. Zeitgleich schlug G. Köhler 1982 vor, DNG auf der Basis der Erfahrungen mit der PC und nachfolgender Eigenschaften für diese Indikation klinisch zu prüfen: hohe Tolerabilität und minimaler Einfluss auf Stoffwechselfparameter, starke gestagene Wirkung am Endometrium bei niedriger TD, Fehlen von estrogenen und androgenen Eigenschaften, antigonadotrope Wirksamkeit, Halbwertszeit von etwa neun Stunden und hohe Bioverfügbarkeit von etwa 80 %. Diese Charakteristika ließen einen starken Effekt auf endometrioides Gewebe, ein schnelles Einsetzen der Wirkung, eine schnelle Restaurierung des Zyklus unmittelbar nach Abschluss der Behandlung erwarten.

Nach Berechnungen vorrangig auf der Basis der TD von 6,3 mg wurde eine Dosierung von 2 mg gewählt. Bereits im Dezember 1982 erfolgten erste Pilotuntersuchungen an endoskopisch nachgewiesenen Endometriosen und im Mai 1983 wurde ein Prüfplan für eine klinische Prüfung Stufe II laut AMG der DDR erarbeitet:

- Endoskopische Diagnose der Endometriose mit Bestimmung der Zahl und Größe der Herde in Kombination mit einer Fotodokumentation,
- 24 Wochen Therapie mit täglich 2x 1 mg DNG,
- Klinische, biochemische und Stoffwechseluntersuchungen:
 - unmittelbar vor der DNG-Applikation,
 - 1, 3, und 6 Monate nach Behandlungsbeginn,

– 1, 3, und 6 Monate nach Abschluss der Therapie,

- Laparoskopische Kontrolle mit Bestimmung der Zahl und Größe der Herde am letzten Tag der DNG-Einnahme mit Fotodokumentation.

Die weiteren Planungen sahen folgende Aufgaben vor: „Untersuchungen zur Wirksamkeit und Paraklinik speziell Glukosestoffwechsel, endokrinologisches Profil, histologische Untersuchungen, Kontroll-Laparoskopien“. Die klinische Prüfung begann noch 1983 und im Dezember 1985 wurden bereits die ersten Ergebnisse im Forschungsjahresbericht mitgeteilt. Aus dem Kurzprotokoll soll stichpunktartig zitiert werden: „... DNG erstmalig zur Therapie der Endometriose eingesetzt ... 55 Fälle ... Diagnose laparoskopisch gestellt ... Kontroll-Laparoskopie ... 80,4 % Endometrioseherde nicht mehr sichtbar oder deutlich zurückgegangen. Insgesamt 83,9 % der Symptome gebessert ... Von 16 Frauen mit Kinderwunsch wurden 12 innerhalb von 9 Monaten nach Therapie schwanger ... Alle Untersuchungen erstmalig durchgeführt ... auch international ein Novum.“ Während die Studie weitergeführt wurde, erfolgte 1986 – exakt vor 25 Jahren – eine zusammenfassende Abrechnung der ersten Daten in Form einer Habilitation (G. Köhler) und einer nachfolgenden Publikation (Zentralbl. Gynakol. 1987; 109, 795). Es konnte bereits nachgewiesen werden, dass die Estradiol-suppression auf die Spiegel der frühen Follikelphase für den Therapieerfolg ausreichen, dass FSH, LH und Progesteron entsprechend einem anovulatorischen Zyklus supprimiert werden und sich unter der Therapie eine Atrophie des Endometriums entwickelt. Die erste Regelblutung trat durchschnittlich 28,2 Tage nach Therapieende auf und in 94 % der gemessenen Fälle wurde eine biphasische Basaltemperatur registriert. Zusätzlich konnte histologisch eine zeitgerechte morphologische Entwicklung des Endometriums im 1. Zyklus dokumentiert werden (Schütz). Auffällig war die hohe kumulative posttherapeutische Schwangerschaftsrate bei Frauen mit prätherapeutischer Sterilität. Als Ursache für die rasche Restaurierung des Zyklus wurden die fehlende Kumulation von DNG, die milde Suppression der Gonadotropine und eine nachgewiesene volle Beibehaltung der Reaktivität der Hypophyse auf Gn-RH unter der Behandlung angesehen. Zudem wurden keine signifikanten Veränderungen der unterschiedlich-



Prof. Dr. Günter Köhler

sten klinischen und paraklinischen Parameter beobachtet (vaginale Biozönose, Blutdruck, Elektrolyte, rotes und weißes Blutbild, Gerinnung, Leber- und Nierenwerte). Insbesondere fanden sich keine relevanten Abweichungen im Fettstoffwechsel und bei später durchgeführten Glukosetoleranztesten (Nikschick).

Die Stufe-II-Prüfung wurde bis Ende 1987 fortgeführt und das vollständige Gutachten mit insgesamt 104 behandelten Patientinnen im Juni 1988 an den Auftraggeber abgeschickt.

Im August 1988 wurde ein Prüfplan für eine multizentrische Studie DNG versus NEA und DNZ erstellt. Die Untersuchungen begannen Ende 1988 unter Greifswalder Leitung in Dresden, Halle, Magdeburg, Rostock und Zwickau. Diese Studie mit noch einmal 119 DNG-Patientinnen konnte jedoch bis zum 03. 10. 1990 nicht mehr komplett abgeschlossen werden. Damit war eine Zulassung vor der deutschen Wiedervereinigung nicht mehr zu erreichen. Aus unterschiedlichsten Gründen geriet DNG zur Endometriosetherapie zunächst in Vergessenheit. In den

zahlreichen internationalen Studien der letzten Dekade wurden die frühen Greifswalder Ergebnisse fast auf die Kommastelle genau bestätigt und DNG seit 2010 in ganz Europa zugelassen. Die Arbeiten waren nur durch die nachdrückliche Unterstützung und Förderung durch G. Göretzlehner (Greifswald) und M. Oettel (Jena) zu realisieren.

KORRESPONDENZADRESSE

Prof. Dr. Günter Köhler
Universitätsklinikum der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Ferdinand-Sauerbruch-Straße
17475 Greifswald
koehlerg@uni-greifswald.de

PROGRAMMHINWEIS

Samstag, 21. Mai 2011
8.30–10.00 Uhr, Hörsaal

Gynäkologische Praxis
Vorsitz: Gisela Gille, Lüneburg
Peter Hillemanns, Hannover

ANKÜNDIGUNG

22. bis 25. September 2011

107. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)

gemeinsam mit:

63. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ)

49. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH)

33. Tagung der Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen

TAGUNGSORT

Stadthalle Bielefeld

KONGRESSPRÄSIDENT DGKJ

Prof. Dr. Johannes Otte
DGKJ-Geschäftsstelle
Chausseestraße 128/129, 10115 Berlin
info@dgkj.de

KONGRESSPRÄSIDENT DGSPJ

Dr. Rainer Böhm
Geschäftsstelle der DGSPJ
Chausseestraße 128/129, 10115 Berlin
geschaeftsstelle@dgspj.de

KONGRESSPRÄSIDENT DGKCH

Prof. Dr. Ralf-Bodo Tröbs
Geschäftsstelle der DGKCH
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin
info@dgkch.de

VORSITZENDE BV DER GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN E. V.

Elfriede Zoller
Janus-Korczak-Allee 12, 30173 Hannover
bv-kinderkrankenpflege@t-online.de

KONGRESSORGANISATION

m:con – mannheim:congress GmbH
Daniela Ruckriegel
Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim
daniela.ruckriegel@mcon-mannheim.de

www.dgkj2011.de

Fertilitätsschutz für OP, Radiatio, systemische Therapie – möglich und sinnvoll?

Die junge Tumorpatientin

Frank Nawroth, Hamburg

Seit einigen Jahren sind die Möglichkeiten der Fertilitätsprotektion zunehmend in den Fokus des Interesses gerückt. Dafür sind neben den verbesserten Überlebensraten nach onkologischen Therapien auch erweiterbare Optionen zur Erhaltung der weiblichen Fruchtbarkeit verantwortlich. Eine weitere Ursache ist, dass durch die in den letzten Jahrzehnten erfolgte Verlagerung der Reproduktion in spätere Lebensabschnitte die Wahrscheinlichkeit steigt, dass bei der Erstdiagnose einer onkologischen Erkrankung die Familienplanung noch nicht abgeschlossen ist.

Basis der Beratung ist eine möglichst individuelle Einschätzung der prospektiv zytotoxischen und die spätere Fertilität dauerhaft einschränkenden Potenz der geplanten onkologischen Therapie. Die zu diesem Thema vorliegenden Daten sind erst in den letzten Jahren wirklich verwertbar geworden, weil nur die aktuelleren Studien die Messung des Anti-Müller-Hormons als Outcome-Parameter zur Einschätzung der ovariellen Reserve berücksichtigt haben.

Dadurch ist über die viel zu grobe Einschätzung der Parameter Amenorrhoe und Eumenorrhoe hinaus auch der „Graubereich“ zytotoxischer Effekte auf die ovarielle Reserve abschätzbar, da seit längerem bekannt ist, dass auch eine Eumenorrhoe nicht automatisch die Schlussfolgerung zulässt, dass die ovarielle Reserve nicht beeinträchtigt wurde. Außerdem sind die meisten Studien bis zur Jahrtausendwende retrospektiv angelegt und kumulieren oft Patientinnen mit unterschiedlichen Therapieschemata. Folge der geschilderten Probleme ist, dass im Beratungsgespräch häufig nur ungefähre Schätzungen der The-

rapiefolgen für die Ovarialfunktion möglich sind.

Momentan stehen die folgenden Möglichkeiten zur Verfügung, über deren Nutzen, Umsetzbarkeit, Kombination, zeitliche Abfolge etc. individuell beraten und mit der Patientin oder ggf. dem Paar entschieden werden muss.

Ovariopexie

Die prätherapeutische lateral-kraniale Verlagerung und Fixierung der Ovarien spielt eine Rolle, wenn die Ovarien in einen zu bestrahlenden Bereich involviert sind und zusätzlich keine bzw. eine nicht oder nur schwach zytotoxische Chemotherapie geplant ist. Kumulative Daten und deren Meta-Analysen deuten einen protektiven Effekt bei über 80 % der Patienten an.

GnRH-Agonisten

Die Gabe von GnRH-Agonisten zur passageren Down-Regulation der Hypophyse soll die Teilungsaktivität der Germinalgewebezellen und damit ihre Sensibilität gegenüber Chemotherapeutika senken. Grundsätzlich bestand Skepsis gegenüber dieser Maßnahme, weil die zu schützenden Primordialfollikel noch nicht

Gonadotropin-sensitiv sind und damit ihre Protektion durch den Hormonentzug fraglich ist.

Nichtsdestotrotz zeigt die aktuelle Metanalyse der vorliegenden prospektiv randomisierten Studien (6 von 28 eingeschlossen) (Bedaiwy et al. 2011) eine 3,4-fach niedrigere Inzidenz eines „premature ovarian failure“ (POF) sowie eine 5,7-fach höhere Inzidenz spontaner Ovulationen. Eine abschließende positive Beurteilung ist momentan ebenso ungerechtfertigt wie die generelle Ablehnung dieser Option in der täglichen Beratung.

Ovarielle Stimulation und Kryokonservierung unfertilisierter oder fertilisierter Zellen

Lange etabliert ist die ovarielle Stimulation zur anschließenden Follikelpunktion und Kryokonservierung der Zellen. Veränderte Verfahren der Kryokonservierung (so genannte Vitrifikation) erlauben heute die vergleichbar effektive Lagerung auch unbefruchteter Zellen. Nachteil der Methode ist die erforderliche etwa zweiwöchige Stimulationsdauer, welche gerade bei hämatologisch-onkologischen Erkrankungen mit-



Prof. Dr. Frank Nawroth

unter nicht zur Verfügung steht sowie die Diskussion der Stimulation bei hormonabhängigen onkologischen Erkrankungen. Modifizierte Stimulationsschemata erlauben heute einen Therapiestart zu jedem Zykluszeitpunkt, was die Behandlungsdauer verkürzt. Durch die kombinierte Stimulation mit einem Aromatasehemmer und Gonadotropinen lässt sich der endokrine Stimulus bei hormonabhängigen Tumoren reduzieren.

Kryokonservierung von Ovarialgewebe

Dabei handelt es sich um die jüngste Methode zur Fertilitätsprotektion. Ziel ist die spätere ortho- und/oder heterotope Retransplantation, welche eine spontane Schwangerschaft oder eine Konzeption durch eine IVF ermöglicht. Nach der 2004 publizierten ersten Geburt sind auch in Deutschland in den letzten zwei Jahren acht Frauen retransplantiert und eine erste fortlaufende spontane Schwangerschaft im Februar diesen Jahres festgestellt worden. Weltweit sind momentan 15 Kinder nach spontaner Konzeption oder IVF geboren.

Noch ist die Kohorte überschaubar, aber bei der erst ab etwa 2005/2006 in größerem Umfang angebotenen Methode steigt bei den überlebenden POF-Patientinnen aktuell die Nachfrage deutlich an, so dass in Kürze mit weitaus umfangreicheren Daten gerechnet werden kann.

Zusammenfassung

Inhalt einer seriösen Beratung über die bei der jeweiligen Patientin sinnvolle(n) Maßnahme(n) ist eine kritische Darlegung der aktuellen Daten, Grenzen, Möglichkeiten, Nebenwirkungen, offenen Fragen sowie entstehenden Kosten, da es sich in aller Regel nicht um Leistungen der Krankenkassen handelt.

Die Dokumentation der in Deutschland, Österreich und der Schweiz vorhandenen Aktivitäten, ihre Koordination z. B. bei jährlichen Treffen sowie die Formulierung/Publikation von Empfehlungen sind Aufgabe des 2006 gegründeten Netzwerkes FertiPROTEKT (www.fertiprotect.de), in dem sich momentan etwa 60 Zentren organisieren und zeitnahe Beratungen sowie die Umsetzung der o. g. Methoden anbieten. Stellvertretend für die Dokumentation derartiger Empfehlungen soll die folgende Arbeit genannt werden, welche in Kürze publiziert wird und als so genannter Open Access von allen Interessierten uneingeschränkt gelesen werden kann:

Fertility preservation in women – a practical guide to preservation techniques and therapeutic strategies in breast cancer, Hodgkin's lymphoma and borderline ovarian tumours by the fertility preservation network FertiPROTEKT. von Wolff M, Montag M, Dittrich R, Denschlag D, Nawroth F, Lawrenz B. Arch Gynecol Obstet. 2011 Mar 24 [Epub ahead of print].

KORRESPONDENZADRESSE

Prof. Dr. Frank Nawroth
Zentrum für Endokrinologie – Kinderwunsch – Pränatale Medizin im Barkhof amedeb Hamburg
Mönckebergstraße 10, 20095 Hamburg
Frank.Nawroth@amedeb-group.com

PROGRAMMHINWEIS

Freitag, 20. Mai 2011
10.30–12.00 Uhr
Plenum Kaisersaal

Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
Vorsitz: Klaus Diedrich, Lübeck
Rafal Kurzawa, Stettin

Therapie

Endometrioseassoziierte Infertilität

Admir Agic & Daniela Hornung, Lübeck

Endometriose ist eine der häufigsten benignen Erkrankungen der Frau im geschlechtsreifen Alter. Trotzdem kommt es oft zu einer mehrjährigen Verzögerung (6–9 Jahre) der Diagnosestellung nach dem Auftreten der ersten Symptome. Wir wissen, dass zirka 50 % aller infertilen Frauen eine Endometriose haben. Umgekehrt leiden ebenfalls zirka 50 % aller Frauen mit Endometriose an Infertilität. Frauen mit Endometriose haben statistisch signifikant niedrigere Konzeptionsraten im Vergleich zu Frauen ohne Endometriose. Laut Pellicer et al. liegt dies an Veränderungen des Follikels, an einer schlechteren Oozyten- und Embryoqualität und an einer schlechteren Implantation dieser Embryonen (J Reprod Fert 2000).

Die Behandlung der endometrioseassoziierten Infertilität ist zusammen mit der Verringerung von Schmerzen eines der Hauptziele der Endometriose-therapie. Verschiedene Therapien wurden angewendet, um die Endometriose zu behandeln: die operative Behandlung, die medikamentöse Suppression der Ovarialfunktion oder eine Kombination dieser beiden Methoden. Eine ovarielle Suppression kann durch Gestagene, Östrogen-Gestagen-Kombinationen in Antikonzeptiva oder GnRH-Ana-

loga erreicht werden. Für Frauen mit Kinderwunsch kommt diese medikamentöse Behandlung jedoch nicht infrage.

Die Literaturangaben sind bezüglich dessen, ob bei Sterilitätspatientinnen mit Minimalendometriose die chirurgische Sanierung oder aber eine medikamentöse Therapie die Schwangerschaftsrate verbessern, widersprüchlich. Eine 6-monatige GnRH-Analoga-Vorbehandlung nach einer Operation und vor assistierter Reproduktion (Insemination, IVF

oder ICSI) kann die klinische Schwangerschaftsrate erhöhen (Ricketts et al. Fert Steril 2002; Surrey ES et al. Fert Steril 2002). Randomisierte, doppelblind kontrollierte Studien konnten zeigen, dass die Entfernung der Endometrioseimplantate die Schwangerschaftsrate bei infertilen Frauen steigern kann (Marcoux S et al. N Eng J Med 1997). Bei Frauen mit Endometriose Stadium I oder II widerspricht Parazzini aber dieser Aussage. Er konnte keine Verbesserung der Fertilitätsrate nach Entfer-



Dr. Admir Agic

nung der Läsionen sehen (Parazzini F. Hum Reprod 1999).

Sowohl fortgeschrittene Stadien, die auch mechanische Sterilitätsursachen darstellen, als auch Patientinnen mit Schmerzen, Hydrosalpinx und großen Endometriomen sollten primär operativ saniert werden (Hornung D, Licht P, Wallwiener D. Geburtsh Frauenheilk 2004). Ungefähr 65 % aller Frauen, die wegen Infertilität und mittel- bis schwergradiger Endometriose operiert wurden, wurden innerhalb der nächsten zwei Jahre schwanger. So ist eine operative Therapie in diesen Fällen dem abwartenden Verhalten oder medikamentösen Behandlungsformen überlegen.

Befürchtungen, dass eine Operation die Funktion der Eierstöcke, die bereits gefährdet sind, verändern könnte, führte zu der Regelung: keine Operation vor ART. Die Kriterien dafür, Endometriome nicht zu operieren, sind:

- bilaterale Zysten,
- Voroperationen an den Ovarien und
- eine verminderte ovarielle Reserve. Dabei besteht aber die Gefahr für Verletzung des Darmes, besonders

bei bestehenden Adhäsionen und für Entstehung eines Tuboovarialabszesses.

Wenn Alter, Eierstocksreserve und Eileiterstatus es erlauben, sollte eine Operation sofort durchgeführt werden, um Zeit für eine natürliche Konzeption zu gewinnen.

KORRESPONDENZADRESSE

Dr. Admir Agic
Universität Schleswig-Holstein
Campus Lübeck
Universitätsfrauenklinik
Zertifiziertes Endometriosezentrum der Stufe III
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck
admir.agic@uk-sh.de

PROGRAMMHINWEIS

Freitag, 20. Mai 2011
10.30–12.00 Uhr
Plenum Kaisersaal

Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
Vorsitz: Klaus Diedrich, Lübeck
Rafal Kurzawa, Stettin

Therapieentscheidungen und Tumornachsorge

Geriatrisches Assessment

Dominique Finas, Lübeck



Priv.-Doz. Dr. Dominique Finas

Die zunehmende Alterung der Bevölkerung in Industrienationen wird sich weiter verstärken und erhält dadurch eine gesellschaftliche Relevanz (Abb. 1). In einer individualisierten Sozialisation stellen uns die Bedürfnisse dieser größer werdenden Patientenpopulation die wichtige Aufgabe einer intensiven Fürsorge und tabulösen Versorgung. Mit dem Lebensalter nimmt die Wahrscheinlichkeit einer onkologischen Erkrankung zu. Daher stellt gerade diese wachsende Bevölkerungsgruppe – insbesondere der weibliche Anteil – eine der wichtigsten Herausforderungen der Zukunft für unsere Gesellschaft und unser Gesundheitssystem dar.

Im Anschluss an die Diagnose eines Malignoms stellt sich die Frage nach der angemessenen Therapie. Der Tumor soll möglichst radikal, aber so schonend wie möglich, in jedem Fall aber umfassend behandelt werden. Oft resultiert aber gerade an diesem Anspruch eine so starke Einschränkung von Lebensqualität und Mobilität, dass eine fast zwangsläufige Folge die zunehmende Isolation ist. Moderne operative, strahlentherapeutische, medikamentöse und besonders supportive Behandlungsverfahren helfen, diese Patientinnen mit guter Lebensqualität in der Normalität zu halten.

Einfluss neuer Substanzen

Neue Substanzen verändern das Spektrum der Onkotherapie. Sie erweitern und beschränken zugleich unseren Handlungsspielraum. Das neu hinzugewonnene therapeutische Repertoire und dessen Effekte erfordern ein angepasstes Management. Uns scheinbar vertraute Substanzen zeigen bislang unbekannte Wechselwirkungen und müssen bewusst daraufhin überprüft werden. Die Entfaltung der Aktion einer Substanz beinhaltet wiederum eine mögliche Interaktion mit mindestens einer weiteren. Dieses Konzert der Wirkprofile im behandelten Organismus muss intensiv abgewogen werden, bevor eine Therapieentscheidung gefällt wird.

Therapieentscheidung

Wer aber soll oder nicht und wie und womit behandelt werden? Diese Fragen sind Teil des umfassenden Therapieanspruchs. Dabei kann eine verminderte Radikalität oder der Verzicht auf einen auf die unmittelbare Behandlung des Tumors gerichteten Therapieansatzes mit der Hinwendung zur rein supportiven Behandlung die Erfüllung des „Umfassenden“ sein. Die Entscheidung muss organunabhängig und fächerübergreifend gefällt werden. Die Basis der Entscheidung ist aber immer die Prüfung der Belastbarkeit unserer Patientin. Zu Beachten ist, dass subjektive Einschätzungen nach „fit und unfit“ bzw. „biologischem Alter“ nicht verlässlich sind. Karnofsky Index und ECOG Performance Status sind nur für jüngere Patienten validiert. Das Geriatrische Assessment (GA) hingegen ist ein diagnostisches Tool mit hoher Zuverlässigkeit. Es erfordert Zeit, die

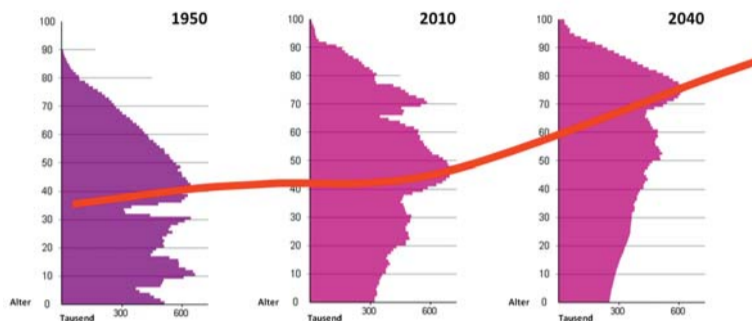


Abb. 1: Bevölkerungsentwicklung in Deutschland nach: Statistisches Bundesamt (2009), DESTATIS (2009) 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Bundesamt S. <http://www.destatis.de/bevoelkerungspyramide/>. Dargestellt ist der weibliche Bevölkerungsanteil Annahmen: Geburtenzahl konstant 1,4 Kinder/Frau, Lebenserwartung Neugeborener 2060: ♀ 89,2 Jahre, ♂ 85,0 Jahre.

Patientin systematisch zu evaluieren. Im Sinne des Patientinnenwohls ist diese jedoch gut investiert. Das GA sollte nicht dazu verwendet werden, die Therapieintention abzuschwächen. Der subjektive Eindruck des Behandlers von der individuellen Belastbarkeit einer Patientin kann stark von dem objektivierten Ergebnis eines GA abweichen. Es dient daher auch und im Besonderen der Selektion der Patientinnen, die einer maximalen Therapie mit höchst möglichem Benefit zugeführt werden können.

Das Geriatrische Assessment

Wesentliche Inhalte der GA sind die Erfassung der Komorbidität, des Funktionsstatus mit Evaluation der Aktivitäten des täglichen Lebens durch erfragen des ADL (activities of daily living, z. B. Toilettengang, sich kleiden, Essen/Ernährung etc.) und des IADL (instrumental ADL, z. B. Telefonbenutzung, Hausarbeit, Organisation medizinischer Belange etc.) und schließt auch die Beurteilung der kognitiven Fähigkeiten ein. Darüber hinaus kommen dem sozia-

len Eingebundensein und der Vernetzung als unterstützende Prozesse besondere Bedeutung zu. Das GA kann mittels Fragebogen erfolgen. Es sind verschiedene validierte Fragekataloge verfügbar, die zeitlich und personell unterschiedlich aufwändig sind. Die Bewertung der Therapiefähigkeit folgt einem so genannten Ampelschema, dessen Funktion die Konsolidierung der Entscheidung über die individuelle Therapiefähigkeit einer Patientin ist (Abb. 2). Primat der Entscheidung muss jedoch immer der Wille der Patientin sein, so sie ihn selbst artikulieren kann oder a priori festgelegt hat.

Nachsorge und Tumormarker

Die im GA ermittelte Belastungsfähigkeit und Komorbidität bestimmen den posttherapeutischen Zustand der Patientin. Die Nachsorge ermittelt durch Anamnese und körperliche Untersuchung in der Fortführung des GA den Status der Grunderkrankung. Die Bestimmung von Tumormarkern ist nur sehr eingeschränkt in der Lage im Krankheitsverlauf einen Beitrag zur ange-

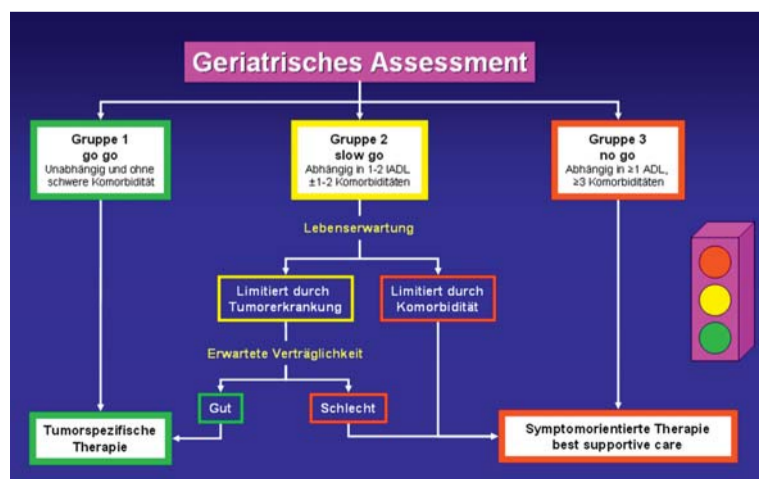


Abb. 2: Onkologisches Ampelschema zur individuellen Bewertung der Therapiefähigkeit nach: Balducci L, Extermann M (2000) *The Oncologist* 5:224-237. ADL = activities of daily living, IADL = instrumental activities of daily living

messenen Unterstützung der Patientin zu leisten, wenn überhaupt. Die frühe Erkennung eines Rezidivs durch Tumormarkeranstieg ohne klinischen und bildmorphologischen Rezidivnachweis zwingt meist zu einem laborchemisch und durch die Angst der Patientin getriggerten Aktionismus. Die Aufnahme einer erneuten Systemtherapie zu diesem frühen Zeitpunkt hat jedoch keinen Einfluss auf das Überleben und führt zu einer signifikanten Einschränkung der Lebensqualität der Patientin. Diese Patientinnen erhalten mehr Therapielinien und müssen mit einer höheren therapiebedingten Morbidität rechnen als Patientinnen, deren Therapie erst bei klinisch manifester Progression fortgesetzt wird. Die Nachsorge sollte daher den nationalen und internationalen Leitlinien folgend klinisch orientiert verlaufen.

Fazit für die Praxis

Das Geriatrische Assessment dient einer qualitativ hochwertigen Begleitung der onkologischen Patientin.

Ein an das GA angelehntes Vorgehen kann selbstverständlich auch zur Betreuung jüngerer Patientinnen in Adjuvant und chronischem Stadium einer onkologischen Erkrankung erfolgen. Serielle oder sporadische Tumormarkerkontrollen außerhalb einer aktiven Therapie sollten nicht durchgeführt werden.

KORRESPONDENZADRESSE

Priv.-Doz. Dr. Dominique Finas
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Campus Lübeck
Klinik für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck
finas.d@arcor.de

PROGRAMMHINWEIS

Samstag, 21. Mai 2011
8.30–10.00 Uhr, Hörsaal

Gynäkologische Praxis
Vorsitz: Gisela Gille, Lüneburg
Peter Hillemanns, Hannover

ANKÜNDIGUNG

23. bis 25. Juni 2011, Maritim Hotel & Internationales Congress Center Dresden

31. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie

KONGRESSPRÄSIDENT

Prof. Dr. R. Schulz-Wendtland, Erlangen

CO-KONGRESSPRÄSIDENTEN

Prof. Dr. G. Emons, Göttingen

Dr. M. Marx, Görlitz

Prof. Dr. A. Schneeweiss, Heidelberg

ORGANISATION

KelCon GmbH, Liebigstraße 11, 63500 Seligenstadt
senologie@kelcon.de

www.senologiekongress.de



ANKÜNDIGUNG

9. bis 12. Oktober 2012

59. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.

TAGUNGSORT

ICM – Internationales Congress Center München

KONGRESSPRÄSIDENT

Prof. Dr. Klaus Friese

Kliniken und Polikliniken für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
München-Großhadern und Innenstadt

www.dggg.de



Identitätsentwicklung zwischen Norm und Abweichung

Das junge Mädchen in der Praxis

Gisela Gille, Lüneburg

In den vergangenen 100 Jahren ist das mittlere Menarchealter um zirka drei Jahre gesunken und hat sich in den 70er und 80er Jahren des 20. Jahrhunderts auf etwa 12,5–13 Jahre und zirka zwei Jahre nach der Thelarche eingependelt. Der früheste normale Zeitpunkt der Menarche wird aktuell mit neun Jahren angegeben, bis zum 16. Lebensjahr sollten alle Mädchen menstruieren.

Als Ursache für diese Entwicklung werden die optimalen Ernährungsbedingungen sowie die durch die Impfungen drastisch reduzierten Erkrankungsphasen im Kindes- und Jugendalter angegeben. Darüber hinaus wird aktuell die Rolle der so genannten endokrinen Disruptoren, d. h. Stoffen mit hormonaktiver Wirkung in der Umwelt heftig und kontrovers diskutiert.

Die Frage nach einer immer weiter fortschreitenden Vorverlegung des Menarchealters lässt sich nicht ganz eindeutig beantworten. Zusammenfassend lässt sich aber festhalten, dass sich seit den 1960er Jahren ein säkularer Trend zu einer immer früheren Menarche nicht mehr eindeutig nachweisen lässt und dass er bei zurzeit 12,8 Jahren zu sistieren scheint. Immer aber signalisiert die eintretende Menstruation, dass die körperliche Entwicklung eines Mädchens schon zu einem guten Teil abgeschlossen ist, weil sie der Menarche immer vorausgeht.

Aber auch wenn nicht zu erwarten steht, dass Mädchen heute noch immer früher in die Pubertät kommen, so sind sie doch aufgrund der bisher erfolgten Akzeleration sehr jung, wenn sie sich mit den Veränderungen in der Pubertät konfrontiert sehen und damit ein gewichtiges Kapitel der Gesundheitsbiografie beginnt.

Junge Mädchen suchen die Praxis des

Frauenarztes im Wesentlichen aus drei Gründen auf:

- wegen dysmenorrhoeischer Beschwerden,
- wegen der Pillenverschreibung und
- wegen der HPV-Impfung.

Worauf kommt es bei der Erstkonsultation an?

Bei der Erstkonsultation eines jungen Mädchens sollte neben dem Konsultationsanlass vor allem das Kennenlernen und der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses im Vordergrund stehen. Die negativen Erfahrungen und Schilderungen vom ersten Frauenarztbesuch („peinlich, beschämend, schrecklich“), von denen die Mädchen oft genug berichten, lassen sicher nicht den Schluss auf einen tatsächlich unangemessenen Umgang mit der jugendlichen Patientin zu. Vielmehr steht zu vermuten, dass es – je jünger ein Mädchen ist, umso wahrscheinlicher – das Überschreiten der Körpergrenzen durch einen fremden Menschen anlässlich der Untersuchung war, was das Gefühl der schützenden Selbstabgrenzung durcheinander gebracht hat und deshalb von jungen Mädchen oft so negativ erlebt wurde. Und weil es sich inzwischen herumgesprochen hat, dass mit dem Erstkontakt idealerweise nicht zwangsläufig eine gynäkologische Untersuchung verbunden sein sollte, wird einer aktuellen Umfrage zufolge

der Frauenarzt/die Frauenärztin nach der Mutter als die zweitwichtigste Person zur Wissensvermittlung von jungen Mädchen geschätzt.

Initiative Mädchensprechstunde

Und damit bin ich bei der Notwendigkeit einer entwicklungsbegleitenden ärztlichen Aufklärung, für die die „Initiative Mädchensprechstunde“ in Frauenarztpraxen steht. Pubertät und Adoleszenz, d. h. die Lebensphase des körperlichen und seelischen Erwachsenwerdens war immer schon eine besonders entwicklungsintensive Zeit im Leben eines Menschen und möglicherweise auch die einsamste dazu, aber es ist heute trotz oder wegen aller Freiheiten für junge Mädchen aus vielerlei Gründen besonders schwer, sich zurecht finden: Erwachsenwerden führt in einer Gesellschaft, der zunehmend einheitliche Werte und Ziele abhanden gekommen sind, die sich über moralische Widersprüchlichkeiten definiert und die von der Pluralisierung von Lebensstilen gekennzeichnet ist, zwangsläufig zu biografischen Unsicherheiten Jugendlicher. Außerdem fällt es schwer, das Weiblichwerden des kindlichen Körpers zu akzeptieren in einem gesellschaftlichen Klima, das den natürlichen weiblichen Körper und damit seine hinsichtlich der Fruchtbarkeit symbolisch bedeutsame Ausstattung entwertet, indem man den Heranwach-



Dr. Gisela Gille

senden extrem schlanke und am männlichen Modell maßnehmende Models als Vorbilder präsentiert, oft mit dem Ausdruck kindlicher Hilflosigkeit als geschlechtsadäquatem Verhalten. Auch für das äußere weibliche Genitale wird in den letzten Jahren zunehmend eine ästhetische Infantilisierung propagiert. Wenn aber das eigene Körperbild von einem Mädchen permanent diskrepant von dem erwünschten wahrgenommen wird, dann führt das zu einer tiefen Verunsicherung über den Wert als Person, eine Falle, aus der sich viele Frauen – wenn überhaupt – erst sehr spät befreien können. Darüber hinaus wird Jugendlichen keine ausreichende Zeit mehr zugestanden, um psychosozial auch im Hinblick auf ihre Sexualität nachzureifen. Das öffentliche Interesse reduziert Sexualität ohnehin auf den Lustaspekt, oft in seiner obszönen Variante. Nicht nur wird damit Sexualität zum Konsumartikel degradiert, es wird die Bindungs- und Beziehungssehnsucht als eine spezifisch weibliche Annäherung an Sexualität negiert. Im Gefolge entsteht ein erheblicher Gruppendruck, weil die sexuellen Erfahrungen Gleichaltriger grandios überschätzt werden.

Außerdem haben wir es zugelassen, dass über viele Jahre hinweg seitens einer emanzipatorischen Sexualpädagogik die Themen Kinderwunsch, Fruchtbarkeit und Schwangerschaft ausgespart oder ausschließlich verhütungszentriert bearbeitet wurden. Identität stiftende Botschaften lassen sich daraus nur selten ableiten. Für Mädchen gibt es deshalb wenig Möglichkeit, ihren Kinderwunsch im Gespräch einfach auch mal zuzulassen, um so ein Stück Sicherheit in der weiblichen Identität zu gewinnen. Frauenärztinnen und Frauenärzten steht es gut an, den Kinderwunsch von Mädchen wertschätzend anzusprechen und damit ihre Freude am Weiblichsein zu stützen.

Mädchen müssen ihren Körper schätzen lernen

Menschen in Umbruchphasen im Leben sind in erhöhtem Maße aufgeschlossen für Themen, von denen sie sich ein Mehr an Kompetenz bei der Bewältigung der neu zugewachsenen Probleme erhoffen – dies gilt insbesondere für Jugendliche in der Pubertät. Bei ihrer Suche nach Identität möchten Jugendliche Gewissheit haben über das, was sie an sich bemerken, sie wollen haushalten lernen mit ihrem libidinösen und generativen Potential, und sie möchten inmitten einer sexualisierten Gesellschaft den Weg erkennen können, auf dem sie ihr eigenes Leben informiert gestalten können. Damit Körperakzeptanz und Sexualität nicht schon auf der Wissensebene scheitern, brauchen Mädchen dringend glaubwürdige und kompetente Gesprächspartner, die ihnen Informationen zu den Körperveränderungen in der Pubertät, zu Zyklus, Fruchtbarkeit und Sexualität vermitteln, damit das, was sie an sich bemerken, für sie erklärbar, und das, was auf sie zukommt, vorhersehbar wird. Mädchen müssen ihren Körper schätzen lernen, damit sie wissen, was es zu schützen gilt.

KORRESPONDENZADRESSE

Dr. Gisela Gille
Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau e. V.
Drögenkamp 1
21335 Lüneburg
gille@uni-lueneburg.de

PROGRAMMHINWEIS

Samstag, 21. Mai 2011
8.30–10.00 Uhr, Hörsaal

Gynäkologische Praxis
Vorsitz: Gisela Gille, Lüneburg
Peter Hillemanns, Hannover

Endometriumkarzinom

Gen gibt Hinweis auf Krebsrisiko

Einem internationalen Forschungsnetzwerk ist unter maßgeblicher Beteiligung der Frauenklinik (Direktor: Prof. Dr. Matthias W. Beckmann) und des Humangenetischen Instituts (Direktor: Prof. Dr. André Reis) des Universitätsklinikums Erlangen eine wichtige Entdeckung gelungen: Die Wissenschaftler identifizierten ein Gen, das Aufschluss über das Erkrankungsrisiko für Gebärmutterkrebs gibt. „Das ist Forschung, von der wir hoffen, dass sie uns bald dabei helfen wird, Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Risiko für diese sowie andere Krebserkrankungen zu erkennen und gegebenenfalls präventive Maßnahmen zu ergreifen“, erklärte Prof. Beckmann.

Gebärmutterkrebs ist der häufigste bösartige Unterleibstumor bei Frauen und wird in Deutschland jährlich bei etwa 10.000 Patientinnen diagnostiziert. Bisher gibt es für diese Krebserkrankung keine etablierte Früherkennungsmethode; lediglich Übergewicht konnte als Risikofaktor ausgemacht werden. Die neuen Erkenntnisse, mit denen sich Risikogruppen sicher definieren lassen könnten, sind deshalb für die Krebsprävention von großem Interesse.

In der Region um das Gen HNF1B bestimmten die Wissenschaftler

Varianten, die mit einem um 15–18 % niedrigerem Erkrankungsrisiko für Gebärmutterkrebs (Endometriumkarzinom) verbunden sind. Diese Genvarianten wurden in der Vergangenheit bereits mit einem verminderten Prostatakarzinomrisiko und einem erhöhten Risiko für Diabetes Typ 2 assoziiert. „Solche Erkenntnisse geben uns detailliertere Einblicke in die Entstehung unterschiedlichster Krankheiten, so dass diese unter Umständen in Zukunft komplett vermieden werden können“, sagte Prof. Beckmann.

„Weltweit wurden in den vergangenen sechs Jahren über 500 derartiger Funde getätigt. In einigen Fällen entwickelt man auf Grundlage dieser erfolgreichen Forschungsarbeiten bereits Medikamente.“

Das internationale Forschungsnetzwerk veröffentlichte seine neuen Erkenntnisse in der aktuellen Ausgabe der renommierten Fachzeitschrift „Nature Genetics“. Unter den beteiligten Einrichtungen aus Australien, Belgien, China, Großbritannien, Norwegen, Schweden und der Schweiz waren die Erlanger Wissen-

schaftler die einzigen Deutschen. Die Arbeitsgruppe um Prof. Dr. Peter A. Fasching, der seit verganginem Jahr die Professur für Translationale Frauenheilkunde und Geburtshilfe an der Frauenklinik des Uni-Klinikums Erlangen innehat, setzt durch ihre Mitarbeit an diesem internationalen Projekt ihre Forschung zur Entdeckung von Krebsrisikogenen fort. Bereits 2009 und 2010 konnte das Team in vergleichbaren Kollaborationen Risikogene für die Entstehung von Eierstockkrebs beschreiben und ebenfalls in „Natur Genetics“ vorstellen. „Mit diesen Entdeckungen hat jetzt, zehn Jahre nach der Entschlüsselung des menschlichen Genoms, eine neue wissenschaftliche Ära der gezielten Vorbeugung und Therapie von derartigen Krebserkrankungen begonnen“, betonte Prof. Fasching.

Quelle:
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg über idw 2011

Kongressorganisation NSK – sorgfältig und professionell

Für die Organisation der diesjährigen Tagung der NGGG setzt die Gesellschaft einmal mehr auf die bewährte und von gegenseitigem Vertrauen geprägte Zusammenarbeit mit Nord-Süd-Kongress (NSK) Silke Moebis.

Die NSK versteht sich dabei stets als Partner der NGGG, der mit Gespür für die Umsetzung der individuellen Vorstellungen seiner Auftraggeber sorgt. Nord-Süd-Kongress Silke Moebis ist Spezialist auf dem Gebiet der wissenschaftlichen Kongressorganisation, insbesondere im Fachgebiet der Frauenheilkunde und der Laboratoriumsmedizin.

Weitere Informationen zum Unternehmen:
www.nordsuedkongress.de

Was hat vom tradierten Indikations- und Methodenspektrum noch Bestand?

Vaginal-operative Geburtshilfe heute

Bernd Hüneke, Hamburg

Die Fähigkeit zur Durchführung einer komplizierten vaginal-operativen Entbindung war in der Vergangenheit ein essentieller Teil der allgemeinen geburtshilflichen Praxis. Nach heutigem Standard gehört die Fähigkeit eines geschulten Geburtshelfers, diese komplizierten, riskanten geburtshilflichen Manöver zur Beendigung einer Geburt auf vaginalem Wege zu vermeiden, zu seinen hervorragenden Eigenschaften. Dennoch muss auch heute unter diesen Prämissen ein verantwortungsvoller Geburtshelfer genügend Grundlagenwissen und praktische Erfahrung besitzen, um bei gegebener Indikation intervenieren und eine vaginal-operative Entbindung sicher für Mutter und Kind durchführen zu können.

In den vergangenen 20 Jahren ist die Rate vaginal-operativer Entbindungen in der BRD von etwa 10 auf 6 % aller Entbindungen bei einer Abnahme der relativen Frequenz der Zangenentbindung auf unter 1 % zurückgegangen (Abb. 1).

Voraussetzungen zur Durchführung einer vaginal-operativen Entbindung

Die Indikationsstellung zur operativen Entbindung hat sich von der ausschließlich vitalen zu einer zunehmend präventiven gewandelt. Aus geburtsmechanischer Sicht stellt die vaginal-operative Geburt eine Extraktion des Kindes durch Zug am kindlichen Kopf mit eventuell gleichzeitiger Korrektur der Haltung und Einstellung desselben dar. Zur Durchführung dieser entbindenden Operation sind folgende Voraussetzungen allgemein akzeptiert: exakte Bestimmung des Höhenstandes und der Einstellung des kindlichen Kopfes, Höhenstand des Kopfes in Beckenmitte, ein vollständig eröffneter Muttermund, eine eröffnete Fruchtblase, ein lebendes Kind, der Ausschluss eines fetopelvinen Missverhältnisses und die Einwilligung der Mutter. Die Entscheidung zu einer präventiven Beendigung der Geburt basiert auf der Abwendung einer mit hoher Wahrscheinlichkeit eintretenden Gefahr, ist also abhängig von der Sicherheit diagnostischer

Maßnahmen und der Erfahrung des Geburtshelfers.

Indikationen

Man unterscheidet fetale (Verdacht der Zustandsbeeinträchtigung nach CTG oder Blutgasanalyse), maternale (Erschöpfung, kardiopulmonale oder zerebrovaskuläre Grunderkrankung) sowie kombinierte (protrahierte Austreibungsperiode, Geburtsstillstand, Präeklampsieschub) Indikationen zur vaginal-operativen Beendigung der Geburt. Grundsätzlich hat die Beschleunigung der Geburt bei akuten fetalen Gefahrezuständen zum Ziel, eine drohende fetale Hypoxie und nachfolgende Azidose zu vermeiden. Hierbei ist der Geburtshelfer auf die richtige Interpretation der eingesetzten biophysikalischen Untersuchungsverfahren (CTG, ST-Streckenanalyse des fetalen EKG = STAN, Pulsoxymetrie) und ihre

Absicherung durch das Zusatzverfahren der Mikrolutalanalyse angewiesen.

Bei den geburtsmechanischen Indikationen stehen in der Regel neben der allgemeinen Protraktion der Austreibungsphase die oftmals hierbei zugrunde liegenden Haltung- und Einstellungsanomalien (Deflektionshaltungen, hintere Hinterhauptseinstellung) im Vordergrund der differenzialdiagnostischen und therapeutischen Überlegungen.

Geburtsmechanische Beckenanatomie und Höhenstandsbestimmung des Kopfes

Eine grundlegende Voraussetzung für eine zuverlässige Indikationsstellung und die anschließende sichere Durchführung einer vaginal-operativen Entbindung ist die Kenntnis der relevanten beckenanatomischen Marken für die Beurteilung des Höhenstandes der Leitstelle im Zuge



Univ.-Prof. Dr. Bernd Hüneke

des Descensus, der Beurteilung des geburtsmechanischen Adaptationszustandes und der Einschätzung einer möglichen operativen Beeinflussung dieser Adaptationszustände. Für die Höhenstandsdiagnose werden definierte Beckenebenen nach Hodge und DeLee angegeben.

Kontraindikationen

In der modernen Geburtshilfe gilt als obere Grenze der vaginalen Entbindungsfähigkeit aus Beckenmitte derjenige Höhenstand, bei dem das Durchtrittsplanum die Schoßfugenebene (Beckeneingangsebene), die bei regelrechten Hinterhauptseinstellung 4 cm oberhalb der Interspinalene lokalisiert ist, überschritten hat. In diesem Falle steht die Leitstelle des vorangehenden Teiles Kopf auf Höhe der Interspinalene (0 nach DeLee). Hieraus ergeben sich die folgenden Kontraindikationen zur instrumentellen vaginalen Entbindung:

- bei Hinterhauptseinstellungen:
 - wenn der Höhenstand der Leitstelle über 0 getastet wird,
 - wenn der Höhenstand der Leitstelle über +2 und eine nicht gerade ausrotierte Pfeilnaht getastet werden
- bei Deflektionshaltungen:
 - wenn der Höhenstand der Leitstelle über +2 getastet wird
- bei dem Verdacht eines fetopelvinen Missverhältnisses.

Komplikationen

Mit zunehmendem Schwierigkeitsgrad der vaginal-operativen Entbindung (Höhenstand der Leitstelle oberhalb von +2) steigt die Gefahr von maternalen und kindlichen Verletzungen:

- kindliche Hautabschürfungen und Hämatome sowie maternale Scheidenrisse und Ablederungen bei Rotationsextraktionen aufgrund schräg angelegter Forcepsbranchen,
- Dekonnektion der Glocke bei falsch eingeschätztem Höhenstand und zu hohen Extraktionswiderständen (cave erhöhte Dekonnektionsrate bei Softcup-Anwendungen),

- Kephalhämatome gehäuft nach Vakuumentraktion,
- Dammrisse Grad III und IV gehäuft nach Forcepsextraktion,
- kindliche Paresen des Nervus facialis gehäuft nach Forcepsextraktionen,
- maternale Scheidenrisse in bis zu 25 % der Fälle (gleichverteilt auf Vakuum- und Forcepsextraktionen).

Aufklärung und Dokumentation

Schon in der Schwangerschaft und bei der Anmeldung in der Geburtsklinik sollte der Schwangeren eine Basisinformation über geburtshilfliche Interventionen bis hin zu den vaginalen und abdominalen entbindenden Operationen ausgehändigt werden und in einem aufklärenden Gespräch über diese Behandlungsvarianten unter der Geburt informiert werden. Die Schwangere und der beratende Arzt sollten dieses im Vorfeld der Geburt stattfindende Aufklärungsgespräch mit Datum, individuellen Notizen und beider Unterschrift in der Akte dokumentieren. Nach einer vaginal-operativen Geburt erfolgt eine schriftliche oder digitale Dokumentation der geburtshilflichen Situation, der Indikationsstellung und der Durchführung des Eingriffes durch den Operateur. Zusätzlich sollte über den Eingriff ein Operationsbericht diktiert und der Akte beigelegt werden.

KORRESPONDENZADRESSE

Univ.-Prof. Dr. Bernd Hüneke
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Klinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin
Martinistraße 52
20246 Hamburg
hueneke@uke.de

PROGRAMMHINWEIS

Samstag, 21. Mai 2011
8.30–10.00 Uhr
Plenum Kaisersaal

Geburtshilfe

Vorsitz: Kerstin Hagen, Rostock
Wolfgang Künzel, Gießen

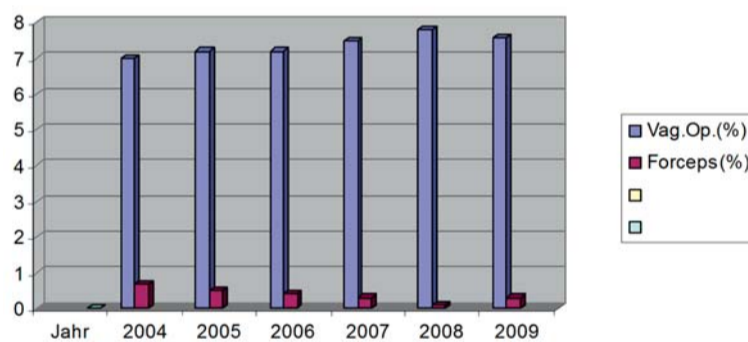


Abb. 1: Prozentualer Anteil vaginal-operativer Entbindungen Bundesland Hamburg (EQS).

Risikokalkulationsprogramm bei übergewichtigen Müttern

FMF passt Schwangerschafts-Screening an

Den meisten Schwangeren besichert das so genannte Ersttrimester-Screening – eine Kombination aus Ultraschalluntersuchung und Bluttest – eine beruhigende Nachricht: Ihr Ungeborenes ist mit hoher Wahrscheinlichkeit gesund. Der Test, der gegen Ende des ersten Schwangerschaftsdrittels vorgenommen wird, kann jedoch auch unnötige Sorgen hervorrufen – dann nämlich, wenn das Ergebnis fälschlicherweise auf ein hohes Risiko für eine Chromosomenstörung hindeutet. Besonders häufig ist das bei Frauen mit Übergewicht der Fall. Ein Berechnungsverfahren, mit dem sich dieser unerwünschte Effekt beseitigen lässt, stellen Mitglieder der Fetal Medicine Foundation Deutschland (FMF) in der aktuellen Ausgabe der Fachzeitschrift „Ultraschall in der Medizin“ vor (Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2011).

„Unser Ziel war es, zu zeigen, dass der systematische Anstieg der Fehlalarme bei schwereren Frauen reduziert werden kann, wenn die gemessenen Blutwerte an das Gewicht der Mutter angepasst werden“, sagt Professor Eberhard Merz, Gynäkologe am Nordwest-Krankenhaus in Frankfurt. Als Erster Vorsitzender der FMF Deutschland leitet er die Untersuchung. Genaue Erkenntnisse dazu, wie stark der Anstieg der so

genannten falsch-positiven Testergebnisse ist, gewannen die Mediziner aus den Daten von 123.546 Frauen, die gesunde Kinder zur Welt gebracht hatten und 659 Schwangerschaften, bei denen das Kind von einer Chromosomenstörung betroffen war. In 500 Fällen handelte es sich um eine Trisomie 21, das so genannte Down-Syndrom, in 159 Fällen um eine Trisomie auf Chromosom 13 oder 18.

Merz und seine Kollegen bestimmten zunächst, wie sich die Blutspiegel der Hormone PAPP-A und beta-HCG in Abhängigkeit vom mütterlichen Gewicht verändert. „Die im Blut gemessenen Konzentrationen beider Parameter nehmen mit steigendem Gewicht ab“, erläutert Merz. Stark übergewichtige Frauen weisen daher selbst bei unbelasteter Schwangerschaft womöglich so niedrige Blutwerte auf, dass das Risiko einer Chro-

mosomenanomalie deutlich überschätzt wird. Das bisherige Verfahren testete daher bis zu 11 % der Mütter mit über 100 Kilo Körpergewicht falsch-positiv. Auf der Grundlage dieser Daten entwickelten die Mediziner ein Rechenverfahren, das die Ergebnisse des Ersttrimester-Bluttests um den Einfluss des mütterlichen Gewichts korrigiert – ein äußerst aufwändiger Algorithmus, wie Eberhard Merz betont. „Wir haben diese Berechnung für jedes von insgesamt 18 Gewichtintervallen zwischen 40 und 160 Kilogramm separat durchgeführt“, so der FMF-Vorsitzende.

Die bisherigen Erfahrungen sprechen dafür, dass der neue Korrekturalgorithmus die falsch-positiven Ergebnisse nicht nur gleichmäßig über alle Gewichtgruppen verteilt. Die Zahl der Fehlalarme sei auch insgesamt deutlich niedriger als zuvor,

berichten die Autoren der Studie. Über alle Gewichtsgruppen hinweg erhielten durchschnittlich nur 3,51 % der Frauen ein falsch-positives Testergebnis für Trisomie 21 und 2,07 % für Trisomie 13/18. In den einzelnen Gewichtintervallen der Falsch-positiv-Gruppe für Trisomie 21 schwankte diese Rate nur um 2,14 % und in der Falsch-positiv-Gruppe für Trisomie 13/18 nur um 1,5 %. „Diese Schwankungen sind so gering, dass sie praktisch vernachlässigt werden können“, freut sich Eberhard Merz. Gleichzeitig konnten die Mediziner die hohe Detektionsrate des Ersttrimester-Screenings aufrechterhalten: 86,2 % der tatsächlich von einer Trisomie 21 und 83 % von einer Trisomie 13/18 betroffenen Schwangeren wurden auch mit dem neuen Algorithmus als auffällig bewertet.

Quelle: FMF-Deutschland e. V.

Schwangerschaft und Stillzeit

Arzneimittel und Impfungen

Frauke von Versen-Höyneck, Hannover



Priv.-Doz. Dr. Frauke von Versen-Höyneck

Die meisten bei Schwangeren systemisch angewendeten oder systemisch wirkenden Arzneimittel erreichen auch den Embryo oder Fetus und können bei ihm, abhängig von seinem Entwicklungszustand unspezifische oder arzneistoffspezifische Wirkungen ausüben.

Nach statistischen Erhebungen nehmen etwa 80 % aller Schwangeren Medikamente ein. Oft noch in Unkenntnis der Schwangerschaft betrifft dies auch etwa 15–50 % der Frauen im ersten Schwangerschaftsdrittel, während der sensiblen Phase der Organogenese.

Die medizinischen Kenntnisse über die Behandlung von Krankheiten während der Schwangerschaft sind in der Regel gering, da sich die Forschung weitgehend auf Tierexperimente im Rahmen der Arzneimittelzulassung beschränkt. Viele Arzneimittel sind daher nicht ausreichend in ihrer Wirkung auf den schwangeren Organismus erforscht. Insbesondere nachdem zwischen 1958 und 1961 eine hohe Anzahl von Kindern mit schweren Gliedmaßenfehlbildungen geboren wurden, deren Mütter das Schlafmittel Thalidomid eingenommen hatten, herrscht bei der pharmazeutischen Industrie, Ärzten und Patientinnen

Menschen werden derzeit am besten durch Sammlung von Fällen durch teratologische Beratungsstellen gewonnen (z. B. Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie Berlin: www.embryotox.de), die auch sehr unterstützend bei entsprechenden Fragestellungen zur Seite stehen.

Sensibilität gegenüber exogenen Noxen

In den ersten beiden Schwangerschaftswochen post conceptionem ist das Fehlbildungsrisiko gering. Die größte Sensibilität gegenüber exogenen Noxen besteht während der Organogenese (Tag 15–56 post conceptionem). In dieser Zeit werden die meisten Fehlbildungen induziert. Anschließend nimmt die Empfindlichkeit der Frucht gegenüber exogenen Noxen ab. Jedoch können auch in der Fetalperiode schwere Funktionsstörungen der Organe entstehen. Bisher ist keine Noxe bekannt,

Monaten. Lebendimpfungen (z. B. Masern, Mumps, Röteln, Windpocken) sind für Schwangere prinzipiell kontraindiziert, da es zum Übertritt der lebenden, abgeschwächten Viren auf den Embryo oder Fetus kommen kann mit der Folge schwerer Schädigungen oder des Fruchttodes. Eine Ausnahme von der Regel, Lebendimpfstoffe nicht zu verwenden, scheint für die Gelbfieberimpfung zu gelten. Obwohl es sich um

einen Lebendimpfstoff handelt, wird davon ausgegangen, dass kaum ein erhöhtes Risiko für den Fetus besteht. Erlaubte Impfungen, über die es keine gesicherten Meldungen über Komplikationen gibt und deren Verabreichung bei fehlendem Immunschutz erwünscht ist, betreffen die Impfungen für Tetanus und Diphtherie. Im Sommer 2010 wurden die neuen STIKO-Empfehlungen veröffentlicht. Hier wird insbesondere Schwangeren, die sich während der Influenza-Saison – von Dezember bis April – in einem fortgeschrittenen Stadium der Schwangerschaft befinden, zu einer Impfung gegen Grippe geraten.

Die weitaus größte Gruppe besteht aus relativ kontraindizierten Impfungen, bei denen aus den bisherigen Erfahrungen keine erhöhten Risiken bekannt sind und bei denen der Nutzen gegen das theoretische Restrisiko abgewogen werden muss. Zu dieser Gruppe der Impfungen zählen Hepatitis A und B, Kinderlähmung (Polio),

Meningokokken, Tollwut, FSME sowie Typhus und Cholera. Während der Stillzeit sind aufgrund des geringeren Risikos für Schädigungen alle Impfungen mit Ausnahme der oben genannten Lebendimpfungen erlaubt.

KORRESPONDENZADRESSE

Priv.-Doz. Dr. Frauke von Versen-Höyneck, MSc
Medizinische Hochschule Hannover
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

PROGRAMMHINWEIS

Samstag, 21. Mai 2011
8.30–10.00 Uhr
Plenum Kaisersaal

Geburtshilfe

Vorsitz: Kerstin Hagen, Rostock
Wolfgang Künzel, Gießen

Tab. 1: Arzneimittel der Wahl in der Schwangerschaft.

Antibiotika	Penicilline, Cephalosporine, Clindamycin, Erythromycin (nach 10. SSW)
Analgetika	Paracetamol, Ibuprofen, Diclofenac, Indometacin nur im 1. und 2. Trimenon)
Antiallergika	Chlorphenamin, Chlorphenoxamin, Clemastin, Dimetiden, Diphenhydramin, Meclozin
Antiasthmatika	Salbutamol, Reproterol, Terbutalin, Budesonid, Beclometason
Antihypertensiva	Methyldopa, Dihydralazin, ältere Betablocker
Antikoagulantien	Heparine
Antikonvulsiva	Lamotrigin, Carbamazepin, Phenobarbital, Primidon
Psychopharmaka	Trizyklische Antidepressiva (Amitriptylin, Desipramin, Imipramin, Nortriptylin), Haloperidol

eine berechtigte Vorsicht, jedoch häufig auch unbegründete Angst im Hinblick auf den Einsatz von Arzneimitteln in der Schwangerschaft.

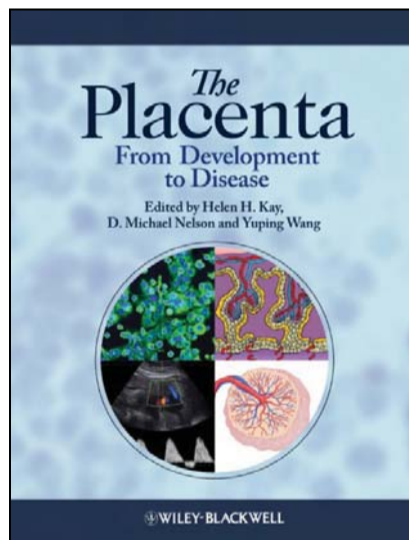
Zu große Vorsicht oder gar Therapieverzicht kann bei chronisch kranken Schwangeren (z. B. Asthma bronchiale, Epilepsie) zu einer Verschlechterung der Grunderkrankung und zu einer Gefährdung der fetalen Entwicklung führen. Die pharmazeutische Industrie zieht sich insbesondere in den Fachinformationen und der Roten Liste auf eine juristische Position zurück, indem sie bei vielen Präparaten in der Fachinformation „kontraindiziert“ oder „strenge Indikationsstellung“ vermerkt. Häufig kommt es nach Exposition gegenüber Medikamenten auch aufgrund ungenügender Informationen und inkompetenter Beratung zu Schwangerschaftsabbrüchen. Erkenntnisse über die Teratogenität von Wirkstoffen beim

welche zu 100 % Fruchtschädigungen verursacht. Röteln (50 %) und Thalidomid (30 %) führen am häufigsten zu Schäden. Bei Frauen im gebärfähigen Alter sollte bei der Verordnung von Medikamenten stets an eine Schwangerschaft gedacht und grundsätzlich altbewährte Arzneimittel neuen Wirkstoffen vorgezogen werden. Bei chronisch kranken Patientinnen sollte bei Kinderwunsch schon vor Eintritt einer Schwangerschaft auf erprobte Medikamente ohne teratogenes Risiko umgestellt werden.

Schwangerschaft und Impfungen

Das Thema Schwangerschaft und Impfungen wird ebenfalls kontrovers diskutiert, da hier nur wenig wissenschaftliche Daten über den Zusammenhang von Impfen und Schwangerschaft existieren. Prinzipiell gilt auch hier: So wenig wie möglich, möglichst nicht in den ersten drei

Unverzichtbar für Klinik und Forschung



HELEN KAY, D. MICHAEL NELSON, YUPING WANG (Hrsg.)

The Placenta

From Development to Disease

2011. Ca. 360 Seiten. Gebunden.

ISBN: 978-1-4443-3366-4

€ 155,-

**The only
clinical guide
to this key
organ.**

Written by internationally recognized experts in the field, *The Placenta: From Development to Disease* examines research into placental function and its clinical implications to provide a springboard for improving clinical practice and enhancing medical research. Influential information is extracted from the compelling narrative by the use of helpful feature boxes including:

- * Clinical Pearls - point to important issues in clinical practice
- * Research Spotlights - highlight key insights into placental understanding
- * Teaching Points - explain basic concepts for novice readers

The Placenta: From Development to Disease is ideal for both experienced clinicians and researchers and those new to the field. Anyone who needs to understand the central importance of the placenta in the well being of their maternal and fetal patients should read this book.

Wiley-VCH

Postfach 10 11 61 • D-69451 Weinheim

Fax: +49 (0)6201 606 184

e-Mail: service@wiley-vch.de • www.wiley-vch.de

WILEY-VCH

Onkologische Behandlung Borderline-Tumore des Ovars

Sven Mahner & Fabian Trillsch, Hamburg



Priv.-Doz. Dr.
Sven Mahner

Bei der Behandlung von Borderline-Tumoren des Ovars stehen Gynäkologien vor zahlreichen Herausforderungen. Wie der Name dieser Tumorentität bereits vermuten lässt, handelt es sich um epitheliale Tumoren, die von den klinischen und pathologischen Eigenschaften weder den benignen noch den malignen Ovarialtumoren zuzuordnen sind. Somit muss sich die Therapie auch in der Breite zwischen einfacher operativer Laparoskopie (meist unilaterale Adnektomie) bei benignen Ovarialbefunden und der radikalen Debulking- bzw. Staging-Laparotomie beim Ovarialkarzinom einordnen. Dies kann für die Patientinnen weitreichende Konsequenzen zur Folge haben, so dass die Therapieempfehlungen und alternativen Optionen detailliert besprochen werden müssen, um hinsichtlich der Therapieplanung ein gegenseitiges, informiertes Einverständnis zu erreichen.

Borderline-Tumore haben eine niedrige Inzidenz (zirka 5 auf 100.000 Frauen pro Jahr) und stellen nur 10–20 % aller epithelialen Ovarialtumoren dar. Die Prognose ist mit einer 5-Jahres-Überlebensrate von zirka 90 % sehr gut, allerdings rezidivieren Borderline-Tumore häufig und es kann zur malignen Transformation kommen, bei der die Borderline-Tumore im Rezidiv dann maligne Eigenschaften haben.

Im Vergleich zum Ovarialkarzinom sind die Patientinnen bei Erstdiagnose deutlich jünger (zirka ein Drittel der Patientinnen sind unter 40). Borderline-Tumore werden häufiger in frühen Tumorstadien diagnostiziert, in denen die Erkrankung noch auf die Ovarien begrenzt ist (bei zirka drei Viertel der Patientinnen Erstdiagnose in FIGO-Stadium IA/B). Dies ist von Bedeutung, da das klinisch-pathologische FIGO-Tumorstadium bisher als einziger verlässlicher prognostischer Parameter herausgearbeitet werden konnte. Gerade das Auftreten von so genannten peritonealen Implantaten bei

fortgeschrittenen Borderline-Tumoren ist mit einer deutlichen Prognoseverschlechterung verbunden. Für pathologische Charakteristika wie mikropapilläre Histologie oder den Nachweis von Mikroinvasion haben sich Hinweise auf eine Verschlechterung der Prognose gezeigt, die bisher aber noch nicht in größeren Studien bestätigt werden konnten.

Therapieempfehlungen

Die Therapie von Borderline-Tumoren konzentriert sich prinzipiell auf die Operation. Nach Bestätigung der Verdachtsdiagnose wird neben der Tumorsektion ein operatives Staging empfohlen. Dieses beinhaltet wie beim Ovarialkarzinom eine Hysterektomie mit bilateraler Adnektomie, Omentektomie sowie die Entnahme von peritonealen Probeexzisionen und eine Appendektomie bei muzinöser Histologie. Meistens wird diese Operation per Laparotomie durchgeführt, kann von spezialisierten Zentren aber auch laparoskopisch angeboten werden, wobei die Tumorrupturnrate in den

publizierten Serien signifikant höher liegt als bei Laparotomie.

Im Gegensatz zum Ovarialkarzinom gibt es jedoch keine unterstützenden Daten für eine Lymphonodektomie, so dass diese in den Leitlinien der AGO nicht empfohlen wird. Auch hinsichtlich adjuvanter Therapie konnte weder für Chemotherapien noch für die Strahlentherapie ein Vorteil für das Gesamtüberleben oder das rezidivfreie Intervall gezeigt werden, so dass diese nicht indiziert sind.

Aufgrund der besonderen Konstellation mit einem großen Anteil von Patientinnen unter 40 Jahren sowie der guten Gesamtprognose muss bei bestehendem Kinderwunsch auch ein fertilitätserhaltendes Therapiekonzept diskutiert werden. Gerade im Falle von lokalisierter Erkrankung erscheint der Erhalt des Uterus sowie mindestens eines Teils des kontralateralen Adnexes trotz geringfügig erhöhter Rezidivrate vertretbar. Eine Komplettierungsoperation nach Abschluss der Familienplanung sollte jedoch angestrebt werden. Insgesamt

ist die Rezidivrate nach „incomplete Staging“ signifikant höher als nach „komplettem“ Staging. In jedem Fall ist zur Früherkennung von Rezidiven eine regelmäßige Tumornachsorge mit körperlicher und gynäkologischer Untersuchung sowie vaginalem Ultraschall unerlässlich und sollte für einen Zeitraum von mehr als zehn Jahren erfolgen, da im Gegensatz zum Ovarialkarzinom Rezidive auch nach sehr vielen Jahren auftreten können.

Ausblick

Trotz dieser genannten Therapieempfehlungen sind in Zukunft weitere Untersuchungen und Studien notwendig, um die insgesamt noch schwache Datenlage für die Therapie von Borderline-Tumoren zu verbessern und zu konkretisieren. Die AGO Studiengruppe hat daher gemeinsam mit der AGO Kommission OVAR die retrospektive ROBOT-Studie durchgeführt, in der über 1000 Patientinnen mit histologisch gesichertem Borderline-Tumor analysiert werden und die als weltweit größte Studie wichtige Antworten zu dieser bislang unzureichend verstandenen Erkrankung beitragen wird.

KORRESPONDENZADRESSE

Priv.-Doz. Dr. Sven Mahner, M.D., PhD
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Gynäkologie
Martinistraße 52, 20246 Hamburg
s.mahner@uke.de

PROGRAMMHINWEIS

Samstag, 21. Mai 2011
15.30–17.00 Uhr
Plenum Kaisersaal

Onkologie/Senologie

Vorsitz: Serban D. Costa, Magdeburg
Willibald Schröder, Bremen

ANKÜNDIGUNG

11. bis 12. Mai 2012 in Kiel

128. Tagung der NGGG

TAGUNGSPRÄSIDENTEN

Prof. Dr. Dr. Walter Jonat
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Campus Kiel
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

Prof. Dr. Klaus Diedrich
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Campus Lübeck
Klinik für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe

WEITERE INFORMATIONEN

Nord-Süd-Kongress Silke Moebs
kontakt@nggg2012.de
www.nordsuedkongress.de

Aktuelle Informationen finden Sie in Kürze unter
www.nggg2012.de

ANKÜNDIGUNG

1. bis 3. September 2011

14. Curriculum „Anatomie und Schmerz“

THEMENSCHWERPUNKT

„Viszerale Schmerzphänomene zwischen Thorax und Beckenboden“

Die Veranstaltungsreihe richtet sich an schmerztherapeutisch interessierte Ärzte aller klinischen Fachrichtungen mit Interesse an der Vielzahl funktionell anatomischer Grundlagen im Zusammenhang mit chronischen Schmerzphänomenen des menschlichen Körpers.

TAGUNGsort

Institut für Anatomie und Zellbiologie
Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald
Löfflerstraße 23c
17487 Greifswald

VERANSTALTER

Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes
Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin
Ärztammer Mecklenburg-Vorpommern

WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG

Uwe Preuße, Essen
Thomas Koppe, Greifswald
Jürgen Giebel, Greifswald

E-Mail: mail@uwe-preusse.de

INFO

Das umfangreiche
MedReport-Archiv
im Internet:

www.medreports.de

IMPRESSUM

HERAUSGEBER UND VERLAG

WILEY-BLACKWELL
Blackwell Verlag GmbH
A company of John Wiley & Sons, Inc.
Rotherstraße 21, 10245 Berlin
Tel.: 030 / 47 0 31-432
Fax: 030 / 47 0 31-444
medreports@wiley.com
www.blackwell.de

WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG

Prof. Dr. Marek Zygmunt

CHEFREDAKTION

Alexandra Pearl (-432)
apearl@wiley.com

REDAKTION

Bettina Baierl (-431)
bettina.baierl@wiley.com

ANZEIGENLEITUNG

Rita Mattutat (-430)
rita.mattutat@wiley.com

SONDERDRUCKE

Barbara Beyer (-467)
barbara.beyer@wiley.com

PRODUKTION

Schröders Agentur, Berlin

z.Zt. gültige

Anzeigenpreisliste 25/2011

Einzelpreis: € 7,- zzgl. MwSt.

Abonnement: € 238,- zzgl. MwSt.
(45 Ausgaben jährlich)

Die Beiträge unter der Rubrik „Aktuelles aus der Industrie“ gehören nicht zum wissenschaftlichen Programm der Veranstaltung. Für ihren Inhalt sind die jeweiligen Autoren, Institutionen oder Unternehmen verantwortlich.

Angaben über Dosierungen und Applikationen sind im Beipackzettel auf ihre Richtigkeit zu überprüfen. Der Verlag übernimmt keine Gewähr.

Nr. 11/ 35. Jahrgang
Berlin, im Mai 2011

ISSN 0934-3148 (Printversion)
ISSN 1439-0493 (Onlineversion)

ZKZ 30371

www.medreports.de

WILEY-BLACKWELL



Landeshauptstadt Kiel/Sabine Strachalla