

Cytomegalievirus und Schwangerschaft: Nicht nur ein medizinisches Problem!

Wieso ein solches Thema? Es gibt sicherlich viele andere, wichtigere und häufigere Probleme in der Schwangerschaft als dasjenige verursacht durch ein Virus aus der Herpesgruppe welches in der Regel, und wenn überhaupt, sich als grippeähnliche Krankheit manifestiert und in der Folge eine gewisse – typisch für Herpesviren – nicht vollständige Immunität hinterlässt. 40–80% der Bevölkerung sind immun dagegen und in der Schwangerschaft wird in der Schweiz kein generelles Screening nach Cytomegalie (CMV) empfohlen, nicht weil es irrelevant ist, sondern weil die diagnostischen Möglichkeiten zum Ausschluss einer vertikalen Infektion mit fetaler Schädigung begrenzt sind, und kaum oder nur experimentelle und sehr teure therapeutische Massnahmen existieren mit fraglichem Nutzen. Letztendlich spielen auch ethische und wirtschaftliche Aspekte eine Rolle.

Ich komme auf dieses Thema, wegen Hinweisen eines Lesers dieser Zeitschrift. Es stellte sich ihm die Frage, wie man mit einer schwangeren Frau, welche in einer Kinderkrippe arbeitet, bzgl. der potentiellen Exposition gegenüber CMV vorgehen soll. Einfache Frage? Wer würde sie dispensieren von der Arbeit? Reichen hygienische Massnahmen aus? Und was macht man, wenn das eigene 3-jährige Kind in eine Krippe geht? Welche Risiken für das ungeborene Kind bestehen überhaupt bei CMV-Primoinfektion? Wie diagnostiziert man diese? Ein ganzer Rattenschwanz von Fragen und Unklarheiten hat sich da aufgetan und da es auch etwas mit Arbeitsrecht und Schutz der Arbeitnehmerinnen zu tun hat, haben wir uns die Mühe genommen, im Bundesamt für Gesundheit (BAG), im Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO), in den Verordnungen über den Schutz der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer vor Gefährdung durch Mikroorganismen (SAMV), in den Mutterschutzverordnungen des EDV und alles andere was es zu diesem Thema in den verschiedenen, sonstigen Schweizer Richtlinien, Ver-

ordnungen und Empfehlungen gibt, nachzuforschen und auch nachzufragen. Kein einfaches Unterfangen denn das Stichwort „Cytomegalievirus“ in den Bundesstellen fehlt gänzlich! In der Verordnung 832.321 der SAMV werden die Mikroorganismen aufgrund ihrer schädigenden Eigenschaften in 4 Gruppen eingeteilt. Diese Einteilung mag wohl für einen Virologen bzw. Mikrobiologen nachvollziehbar sein, nicht aber für andere und damit meine ich nicht nur Schwangere, sondern Ärzte anderer Fachrichtung. Dafür findet man Informationen über CMV praktisch auf allen Internetplattformen für Schwangere meist in hochprofessioneller Form und ziemlich auf dem Laufenden. Interessant auch die Antwort des wissenschaftlichen Leiters der SECO, welcher nicht auf eigene Quellen und Empfehlungen hinweist, sondern auf ein Merkblatt der Fachgruppe Mutterschutz aus Baden-Württemberg. Ich habe dieses Merkblatt welches unter www.rp.baden-wuerttemberg.de heruntergeladen werden kann, aufmerksam gelesen und muss sagen, es ist gut, einfach und klar geschrieben. Zurückkommend auf die initiale Frage zur Arbeit einer Schwangeren in einer Kinderkrippe mit Kindern <3 Jahren steht da geschrieben:

- Bei nicht ausreichender Immunität Beschäftigungsverbot bei der Betreuung von Kindern bis zum vollendeten 3. Lebensjahr
- Bei der Betreuung von Kindern ab 3 Jahren Beachtung von hygienischen Massnahmen, engeren körperlichen Kontakt vermeiden; bei Risiko des Kontaktes mit Körperflüssigkeiten (Anmerkung der Redaktion v.a. Urin, Speichel, Nasensekret, Spielzeug, Geschirr, Besteck, Zahnbürste etc.) persönliche Schutzausrüstung tragen
- Grundsätzlich sollen werdende Mütter vom Wickeln freigestellt werden.

Also, relativ übersichtliche Hinweise und Massnahmen. Es ist auch klar, dass das Tragen einer „persönlichen Schutzausrüstung“ in der Kinderkrippe kaum zu bewerkstelligen ist und so werden viele schwangere Frauen in Deutschland, welche ein höheres Potential aufweisen mit

dem Virus in Kontakt zu kommen, von der Arbeit befreit falls nicht anders einsetzbar. Dies entspricht auch den Empfehlungen der SECO (Mutterschaft, Schutz der Arbeitnehmerinnen) zum Thema unzulässige Arbeiten u.a. Arbeiten unter Einwirkung schädlicher Stoffe und Mikroorganismen. Zur besseren Information verweisen sie auf die bereits erwähnte Verordnung 832.321 der SAMV. Und damit schliesst sich der Kreis.

Es sind genau solche Fragestellung und die mangelnde Information in den Fachstellen (nicht nur medizinische) welche zu einem Wildwuchs an Empfehlungen, persönlichen Meinungen und Erfahrungen mit unterschiedlichen Auslegungen der mangelnden und unklaren Information führen. Solche Situationen bergen meines Erachtens auch das Risiko einer Rechtsunsicherheit und können zu Spannungen zwischen Arzt und Patientin führen.

Luigi Raio

Risiko für Uterusruptur und Plazenta accreta nach uterinem Längs-oder Querschnitt bzw. Myomektomie: Gibt es bahnbrechende Neuerkenntnisse?

Die Datenlage zum Plazenta accreta- und Rupturrisiko nach vorangegangener Uteruschirurgie ist nicht gerade als üppig anzusehen. Ein kürzlich publizierter Literaturreview gibt das Rupturrisiko für einen vorausgegangen uterinen Längsschnitt mit 1–12% an, nach Myomektomie finden sich deutlich konsistentere Zahlen zwischen 0.5 und 0.7% (Semin. Perinatol. 2011; 35:257–261). Zumindest in den USA haben diese Datenunsicherheiten dazu geführt, die Schwangerschaft am wehenlosen Uterus bereits vor der 37. Woche zu beenden. In dieser Situation versucht eine Studie des renommierten «Maternal-Fetal Medicine Units Network», klinisch besser verwertbare Daten zu generieren (Obstet. Gynecol. 2012; 120: 1332–1337).

Dazu wurden in einer Sekundäranalyse des «Cesarian Registry» aus 47 112 Sectio-geburten 176 mit Zustand nach

Kernaussagen

- Das Rupturrisiko bei Zustand nach uterinem Längsschnitt ist gegenüber einem uterinen Querschnitt erhöht, allerdings auf sehr niedrigem Niveau und deutlich unter den aus der Literatur bekannten Zahlen.
- Für das Placent accreta – Risiko gibt es keinen signifikanten Unterschied.

Myomektomie (ME), 13 273 mit einer einer vorausgegangen Sectio mittels unterer transverser Hysterotomie (TH) sowie 455 mit einem vorausgegangen Längsschnitt (LH) ausgewertet. Bei 21% (Myomektomie), 36.7% (Längsschnitt) und 66.5% Transversalschnitt waren Wehen eingetreten, bei allen übrigen erfolgte die Sectio am wehenlosen Uterus.

Das wichtigste Ergebnis zuerst: Die Rupturrate ist in allen 3 Gruppen denkbar niedrig und beträgt zwischen 0% (ME) und 0.88% (LH), primär auch ohne signifikanten Unterschied zwischen Längs- oder Queruterotomie. Nach Bereinigung möglicher Confounder zeigt sich aber dann doch ein erhöhtes relatives Risiko des Längsschnitts mit einer OR von 3.23 (1.11–9.39).

Die Accretarate ist ebenfalls mit Werten von 0% bis 0.88% sehr niedrig und nach Bereinigung ohne signifikante Unterschiede.

Kommentar

Für diejenigen, die Argumente für eine frühzeitige Entbindung am wehenlosen Uterus im Zustand nach Sectio insbesondere nach uterinem Längsschnitt suchen, was hierzulande kaum der Fall sein sollte, bringt diese Studie nichts Neues. Anders sieht es auf den ersten Blick für einen Zustand nach ME aus. Hier scheint das Risiko für eine Ruptur komplett unerheblich zu sein. Es gilt allerdings zu bedenken, dass die analysierten Daten nicht aufschlüsseln konnten, welcher Art die durchgeführte Myom-

ektomie war. Für die Entscheidung über das geburtshilfliche Management wird deshalb die sorgfältige Beschreibung der vorangegangenen Myomoperation wegweisend bleiben müssen.

Was das Praevia-Risiko anbelangt ergibt sich kein neuer Gesichtspunkt. Die sorgfältige sonographische Kontrolle ist bei allen drei Entitäten Standard.

Bernhard Schüssler

Aufklärung vor Brustrekonstruktionen – Chancen und Möglichkeiten

Die präoperative Aufklärung vor primären oder sekundären Brustrekonstruktionen nach Karzinomoperationen ist notwendig, wichtig und bietet auch die Möglichkeit, das notwendige Vertrauen zwischen Patientin und Operateur zu stärken. Neben der klassischen mündlichen und schriftlichen Aufklärung zum „informed consent“ können heute aber auch zusätzliche Wege gegangen werden, die sich durchaus lohnen können und von einigen Patientinnen auch gewünscht werden. Plastische Chirurgen in Amerika lancierten eine Kampagne im Oktober 2012, um Frauen vor einer Brustrekonstruktion besser über die Möglichkeiten und Erfolge des Eingriffs zu informieren. Die Idee der Aktion beinhaltet, dass Frauen, die eine spezifische Art der Rekonstruktion bereits haben vornehmen lassen, andere Brustkrebspatientinnen die sich noch in der Entscheidungsphase befinden, an ihrem eigenen Körper das Ergebnis des operativen Ergebnisses zeigen. Ein Kurzbeitrag ist über folgenden Link auf YouTube (http://www.youtube.com/watch?v=gk7jjzn3ec&feature=player_embedded) zu sehen.

Bereits vor vier Jahren wurde in der Fachzeitschrift Cancer (Cancer 2008; 112:489–494) publiziert, dass es in den USA schlecht um die Aufklärung von Brustkrebs-Patientinnen steht. In diese Untersuchung wurden ca. 2000 Patientinnen eingeschlossen und es konnte nachgewiesen werden, dass mit nur 33 % der Patientinnen

über die verschiedenen Optionen einer primären oder sekundären Brustrekonstruktion gesprochen wurde. In einer aktuellen Befragung von mehr als 1200 Patientinnen die durch das Marktforschungsinstitut Harris Interactive mit Sitz in New York im Auftrag der American Society of Plastic Surgeons erfolgte, zeigt sich erneut, dass nur 23 % der Frauen über die verschiedenen Möglichkeiten einer Brustrekonstruktion informiert wurden. Von den aufgeklärten Patientinnen wussten wiederum nur 22 % präoperativ darüber Bescheid, was für ein Ergebnis sie nach dem ihnen vorgeschlagenen Eingriff erwarten können.

In der Auswertung der durchgeführten Befragung wurde jedoch auch klar ersichtlich, dass 89 % der Patientinnen Informationen über ein möglicherweise zu erwartendes Ergebnis der verschiedenen Rekonstruktionseingriffe wünschen. 44 % der Patientinnen aller Altersgruppen empfinden es als „extrem wichtig“, dass sie vor Durchführung eines rekonstruktiven Eingriffs zu sehen bekommen, wie ein mögliches Ergebnis aussehen könnte.

Kommentar

Zu der aktuellen Situation betreffend Aufklärung über die Möglichkeiten von primären und sekundären Brustrekonstruktionen vor onkologisch notwendigen Brustoperationen in der Schweiz und Europa im Vergleich zu den USA liegen keine direkten Daten vor. Die Bestrebungen, Brustkrebspatientinnen in spezialisierten, zertifizierten Brustzentren zu behandeln, sollte auch einen Beitrag dazu leisten, dass den Patientinnen alle Möglichkeiten der operativen Therapien inklusive der rekonstruktiven Brustchirurgie erklärt und angeboten werden. Dies ist heute zwingend notwendig und eines der Merkmale eines funktionierenden interdisziplinären Brustzentrums.

*Im Thema der letzten FHA vom Dezember 2012 berichteten Prof. Scheidel und Dr. Kurz über die verschiedenen Mastektomieverfahren ([18](http://www.frauenheilkunde-aktuell.ch/frauenheilkunde-d/PDF-Ordner-FHA-Frauen-</i></p>
</div>
<div data-bbox=)*

heilkunde-aktuell/Frauenheilkunde-Aktuell-Ausgabe-12-04 Mastektomie-konventionelle-mamillenersetzende-mamillenerhaltende-Verfahren.pdf). Eine der Schlussfolgerungen des Artikels ist, dass die Mastektomierate international wieder steigt, da in ausgewählten Situationen die primäre oder sekundäre Rekonstruktion als Alternative zur brusterhaltenden Therapie gesehen und akzeptiert wird. Vor diesem Hintergrund steigt die Wichtigkeit der präoperativen Aufklärung der Patientin-

nen über sämtliche Therapieoptionen die auch die Rekonstruktionsmöglichkeiten beinhalten müssen.

Die Wichtigkeit und die Schwerpunkte in der Aufklärung liegen bei der Information über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten, deren Vor- und Nachteile und natürlich auch bei den möglichen Folgeeingriffen und Komplikationen. Eine mögliche, nicht erwartete Komplikation nach einer sekundären Brustrekonstruktion mittels Eigen-



- Hilfreich bei Dysmenorrhoe ^{1,2}
- Reduktion Anzahl Blutungstage und -intensität ³
- Gut für die Haut ³

Belarina[®]
so leicht – so schön

BELARINA[®]: 24 Filmtabletten mit 20 µg EE/2 mg Chlormadinonacetat und 4 Filmtabletten ohne Wirkstoffe. **I**: Hormonale Kontrazeption. **D**: 1 Tabl./Tg. **KI**: Schwangerschaft, thromboembolische Prozesse, Diabetes mellitus mit Gefässveränderungen, Lebererkrankungen, generalisierter Pruritus und Cholestase, Dubin-Johnson und Rotor-Syndrom, Porphyrie, Pankreatitis, Migraine accompagnée, schwere Depression, sexualhormon-empfindliche Tumoren, Otosklerose, ungeklärte Amenorrhoe oder Genitalblutungen, Endometriumphyperplasie, Überempfindlichkeit gegenüber den Wirkstoffen/Hilfsstoffen. **VM**: Sofort absetzen bei: erstmaligem Auftreten oder Exazerbation von Kopfschmerzen oder Migräne, Wahrnehmungsstörungen, 4 Wochen vor Operationen, Immobilisation, signifikantem Blutdruckanstieg, Auftreten von Ikterus, Hepatitis, generalisiertem Pruritus, intraabdominale Blutungen, Zunahme epileptischer Anfälle. **IA**: Mittel, welche die gastrointestinale Motilität erhöhen, Enzyminduktoren, Breitspektrumantibiotika. **UAW**: genitale Candida-Infektion, Stimmungsschwankungen, Nervosität, Kopfschmerzen, Schwindel, Sehstörungen, Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen, Akne, Gefühl von Schwere, Metrorrhagie, Brustbeschwerden, Ovarialzyste, Dysmenorrhoe, Fluor vaginalis. **Liste B**. Weitere Informationen unter www.swissmedinfo.ch. **Gedeon Richter (Schweiz) AG, Gewerbstrasse 5, 6330 Cham.**

1) Archer D.F., Contraception 74 (2006) 359-66 2) Fachinformation 3) Brucker C. et al., Contraception 81 (2010) 501-9



GEDEON RICHTER

Gedeon Richter (Schweiz) AG · Gewerbstrasse 5 · 6330 Cham



Abb.1. Sekundäre Brustrekonstruktion mittels TRAMeFlap.
Interdisziplinäres Brustzentrum Kantonsspital Baden

gewebe die in unserem Brustzentrum aufgetreten ist, sehen Sie in Abb. 1. Wenn Sie wissen, wie diese Läsion zustande gekommen ist, dann dürfen Sie gerne am Quiz in dieser Ausgabe der FHA teilnehmen.

Die in den USA initiierte Aktion, den Patientinnen die Möglichkeit zu bieten, mit anderen Patientinnen die einen analogen Rekonstruktionseingriff bereits haben durchführen lassen, vorher in Kontakt zu treten und über ihre

Erfahrungen zu sprechen, haben wir bereits seit einigen Jahren in unserem Brustzentrum umgesetzt. Wir beobachten eine wachsende Anzahl von Patientinnen bei denen wir primär oder sekundär eine Brustrekonstruktion mittels Eigen- oder Fremdgewebe vorgenommen haben, die sich zur Verfügung stellen, mit anderen Patientinnen die vor der Entscheidung für eine Rekonstruktion stehen, über ihre Erfahrungen zu sprechen. Zusätzlich haben wir eine Photodokumentation vieler Patientinnen mit Aufnahmen über den Zeitraum der Planung bis zum definitiven Ergebnis ein Jahr nach Abschluss der Rekonstruktion. Die Dokumentation wurde in Zusammenarbeit und mit Zustimmung der Patientinnen erstellt.

Dieses Konzept erfreut sich einer grossen Beliebtheit und wird enorm geschätzt – mit dem Effekt, dass die Menge der Patientinnen die sich zur Verfügung stellen und die wir für ein Gespräch und ein Treffen vermitteln dürfen, stetig wächst, da die neu operierten Patientinnen dieses Angebot selbst sehr geschätzt haben und sich ihrerseits wieder zur Verfügung stellen, anderen Frauen über ihre Erlebnisse seit des operativen Eingriffs zu berichten. Wir können Sie nur dazu ermuntern, die Aufklärung Ihrer Brustkrebspatientinnen immer wieder zu prüfen und zu optimieren – und das Konzept das Einbezugs von bereits operierten Patientinnen als Möglichkeit in Betracht zu ziehen.

Nik Hauser