

Kontrazeption in speziellen Situationen

weitere Themen

Laparoskopische Uterusmorcellation	30
Der Uterusmanipulator	32
Autologer Lipotransfer	34
Sonoquiz	41
Fragebogen	42

in

- Entwicklung der adoptiven T-Zell Therapie beim Zervixkarzinom – Erfolge in der metastasierten Situation. (*J. Clin. Oncol. 2015; 33:1543–1550*)
- Regelmässige Körperbewegung nach Therapie wegen Ovarialkarzinom. (*Gyn. Oncol. 2015; doi: 10.1016/j.ygyno.2015.08.005*)
- Orale Kontrazeptiva (OC) zur Prävention von Endometriumkarzinom. (*Lancet Oncol. 2015; doi: 10.1016/S1470-2045(15)00212-0.*)

out

- Kontrolle der Blut-, Leber- und Nierenwerte am Tag 7 nach Mtx Therapie wegen EUG. (*J. Min. Inv. Gynecol. 2015; 175:777–83*)
- Bildschirm-Arbeit vor dem Schlafen – Lichteinfluss des LED-Monitors verzögert die Melatoninproduktion & kann zu Schlafrythmusstörungen führen. (*Kongressbeitrag, DGSM Jahrestagung*)
- Intrapartale, fetale ST-Streckenanalyse (STAN) – Perinatales outcome und Anzahl operative Geburten nicht verbessert. (*N. Engl. J. Med. 2015; 373; 7:632–641*)

Impressum

Herausgeber

Prof. Michael D. Mueller
Prof. Annette Kuhn
Prof. Luigi Raio
Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Inselspital Bern
Effingerstrasse 102
3010 Bern
Tel.: +41 31 632 12 03
michel.mueller@insel.ch
annette.kuhn@insel.ch
luigi.raio@insel.ch
www.frauenheilkunde.insel.ch

PD Nik Hauser
Kantonsspital Baden
5404 Baden
Tel.: +41 56 486 35 02
Fax + 41 56 486 35 09
frauenklinik@ksb.ch
www.frauenklinik.ch

Prof. Michael K. Hohl
Kinderwunschzentrum Baden
Mellingerstrasse 207
5405 Baden-Dättwil
mkh@kinderwunschbaden.ch
www.kinderwunschbaden.ch

Prof. Bernhard Schüssler
St. Niklausenstrasse 75
6047 Kastanienbaum
bernhard.schuessler@luks.ch

Prof. H. Peter Scheidel
Mammazentrum Hamburg
DE-20357 Hamburg
scheidel@mammazentrum.eu
www.mammazentrum.eu

Die Realisierung von Frauenheilkunde aktuell wird mit der Unterstützung folgender Firmen ermöglicht:



Abonnementspreis

Ein Jahresabonnement (Kalenderjahr) kostet CHF 87,50 incl. MWSt. (8 %) und Versandkosten. Die Zeitschrift erscheint 4mal jährlich.

Für den Inhalt außerhalb des redaktionellen Teiles (insbesondere Anzeigen, Industrieinformationen, Pressezipitate und Kongressinformationen) übernimmt die Schriftleitung keine Gewähr. Eine Markenbezeichnung kann warenzeichenrechtlich geschützt sein, auch wenn bei ihrer Verwendung in dieser Zeitschrift das Zeichen ® oder ein anderer Hinweis auf etwa bestehende Schutzrechte fehlen sollte. Für Satzfehler, insbesondere bei Dosierungsangaben, wird keine Gewähr übernommen. Die Zeitschrift sowie alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausschliesslich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlages. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Titelbild: Alles was Sie über Ovulationshemmer wissen müssen (siehe S. 4)

Inhalt 24/3/2015

Betrifft	„In 80 Tagen um die Welt“ <i>Die Herausgeber</i>	3
Thema	Kontrazeption in speziellen Situationen <i>Dr. med. Elke Krause</i>	4
Für Sie kommentiert	Präeklampsie: Ersttrimesterscreening und Aspirinprävention / Chemoprävention des Mammakarzinoms – liegen überzeugende Daten vor? / Identifizierung der Sentinellymphknoten beim Zervixkarzinom mittels Indocyaningrün	13
Wussten Sie schon...	..., dass mit der hypofraktionierten Bestrahlung gleiche Wirkung mit weniger Nebenwirkung erzielt werden kann? / ..., dass der Cyber-Doc eine Diagnose-Trefferquote von etwa eine Drittel hat? / ..., dass schwedische Frauen in der Schwangerschaft die WHO-Kriterien für eine ausreichende Jodversorgung nicht erreichen? / ..., dass nach ART (IVF, ICIS, frozen ET) das Risiko für eine Präeklampsie signifikant höher ist als nach spontaner Konzeption? / ..., dass Betablocker beim Ovarialkarzinom das Gesamtüberleben verlängern?	17
gynécologie suisse <small>Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe Società Svizzera di Ginecologia e Ostetricia</small>	Jahreskongress der gyécologie suisse, 24–26. Juni 2015, Lugano / Preisträger 2015 / Endocrinologie Gynécologique / Neue Chefärztinnen und Chefärzte	20
Forum	Laparoskopische Uterusmorcellation <i>Prof. Michael D. Mueller</i>	30
Tipps und Tricks	Der neue Uterusmanipulator <i>Prof. Michael K. Hohl</i>	32
Senologie up to date	Autologer Lipotransfer <i>PD Nik Hauser, PD Cornelia Leo</i>	34
Internet-News	https://postcardcreator.post.ch/de/ Endo-App	38
Auflösung Sonoquiz	Diaphanospondylodysostosis <i>Prof. Luigi Raio</i>	39
Sonoquiz	Was ist das? <i>Prof. Luigi Raio</i>	41
Fragebogen	<i>Dr. med. David Ehm</i>	42

In 80 Tagen um die Welt

Dieser spannende Reiseroman von Jules Verne erschien erstmals 1873 in Paris und erzählt die Geschichte des exzentrischen Engländers Phileas Fogg welcher zusammen mit seinem französischen Diener, Jean Passepartout, auf Reise geht mit dem Ziel, die Welt in 80 Tagen zu umrunden. Für die Menschen des 19. Jahrhunderts waren solche Bücher die einzige Möglichkeit, Geist und Phantasie wandern zu lassen durch all diese fernen Länder, und um fremde Kulturen und andere Religionen kennenzulernen. Jules Verne war ein Visionär und wie kein zweiter konnte er die Zeichen seiner Zeit deuten und eine Zukunft skizzieren welche unserer Gegenwart eindrucksvoll nahekommt. Der einzige Unterschied zwischen Jules Vernes Zukunft und unserer gelebten Zeit ist der Faktor Zeit. Heute schaffen wir es die Welt in wenigen Stunden zu umrunden. Jeder hat seinen Passepartout Zuhause oder im Sack dabei und kann problemlos und im nu seine Umgebung fiktiv verlassen und weit entfernte Bilder, Menschen, Länder und Stimmen erleben ohne jemals die Strapazen einer physischen Reise zu erleiden. Auch Emotionen und Wissen werden durch diesen Herrn oder diese Frau Passepartout jederzeit zugänglich gemacht. Auf diese kollektive Intelligenz, diesem gebündelten Wissen kann via Internet jederzeit zugegriffen werden. Wir müssen nichts mehr denken, behalten, uns erinnern, oder aufschreiben und haben immer die passende Antwort. Phileas Fogg hat seine Wette trotz widrigen Umständen letztendlich gewonnen und auf seiner Reise auch eine Prinzessin gefunden und geheiratet. Auch das hat Jules Verne vorausgesehen.

Die Herausgeber

Kontrazeption in speziellen Situationen

Die meisten Frauen mit dem Wunsch nach einer Schwangerschaftsverhütung können die Auswahl ihres Kontrazeptivums nach ihren persönlichen Neigungen richten. Sie können im bestehenden Angebot der Produkte wählen ob sie eine tägliche Anwendung oder eine Depotwirkung bevorzugen oder gänzlich auf hormonellen Einfluss verzichten, ob sie einen regulären Zyklus oder eine Amenorrhoe wünschen. Eine verbindliche Information über die Risiken und Nebenwirkungen der einzelnen Mittel ist Voraussetzung, eine ärztliche Beratung, die den Frauen hilft, das für sie passende Medikament auch zu finden. Immer wieder gibt es Situationen, in denen die Frauen ihre Kontrazeption nicht entsprechend ihren Wünschen wählen können, das gilt für Frauen aus Kollektiven, für die wegen entsprechender Morbiditäten oder Lebensumständen gewisse Einschränkungen und Kontraindikationen gelten.

Frauen nach Organtransplantationen

2014 wurden in der Schweiz insgesamt 524 Organtransplantationen vorgenommen (www.swisstansplant.ch). Zahlenmäßig führend waren Nierentransplantationen (287), gefolgt von Lebertransplantationen (109), seltener Lunge (45) und Herz (33), die übrigen waren Übertragungen von Pankreas und Dünndarm. Die vorliegenden Statistiken aus der Schweiz lassen eine zahlenmäßige Geschlechterdifferenzierung und Altersverteilung nicht zu, aber Zahlen aus anderen Ländern zeigen, dass in diesem Kollektiv ein erheblicher Anteil von Frauen im reproduktionsfähigen Alter zu finden ist.

Nachweislich verbessert sich bei transplantierten Frauen eine präoperative Infertilität, die aufgrund einer hypothalamisch-hypophysär-gonadale Dysfunktion besteht, rasch nach der Operation. Eine Kontrazeptionsberatung ist dann dringend nötig.

Was ist bei der Beratung dieser Frauen besonders zu be-

achten? Grundsätzlich sollte transplantierten Frauen empfohlen werden, frühestens nach einem Jahr nach Transplantation eine gewünschte Schwangerschaft eintreten zu lassen, eine stabile Organfunktion sollte sich bereits manifestiert haben. Immunmodulatorische Medikamente, die auch eine Embryotoxizität besitzen, können dann niedriger dosiert werden. Die Kontrazeptionsberatung sollte idealerweise unmittelbar nach der Transplantation, besser noch präoperativ, durchgeführt werden. Studien zeigen, dass aber genau diese Frauen viel zu wenig beraten werden. Jedoch die Evidenz und Datenlage, die einer Beratung zugrunde gelegt werden kann, ist vergleichsweise gering [1, 2].

In die Auswahl des Kontrazeptivums müssen Co-Morbiditäten, die durch die Insuffizienz des Organs entstanden sind, einbezogen werden, genauso wie die Art des transplantierten Organs. Selbstredend gelten dieselben allgemeinen Kontraindikationen für ein Kontrazeptivum auch für diese Frauen.

Wir müssen also ein Präparat finden, das einfach anzuwenden ist, über eine hohe Anwendungssicherheit und Effektivität verfügt, das ausserdem ein möglichst geringes Nebenwirkungsspektrum und überschaubare Medikamenteninteraktionen aufweist.

Kombinierte orale Kontrazeptiva:

So wie die Glukokortikoide, die Calcineurin- und die mTOR-Inhibitoren durch das Cytochrom-P450-3A4 (CyP3A4)-System der Enterozyten und der Hepatozyten abgebaut werden, so erfolgt der Abbau von Kontrazeptiva, die sich vom Steroidgrundgerüst ableiten, ebenfalls über diesen Stoffwechselweg. Das könnte zur Folge haben, dass die Wirkung der Kontrazeptiva zu schnell eliminiert wird. In einer Studie wurde jedoch gezeigt, dass Frauen unter Glukokordikoidtherapie jedoch keine erniedrigten Spiegel der eingenommenen Kontrazeptiva hatten, wohingegen durch die Kontrazeption die Gluko-

Tab. 1. Gebräuchliche Kontrazeptiva entsprechend ihrer Eignung (Quelle: Chart of U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use)

Empfehlungen zur Kontrazeption nach Organtransplantation		
Kontrazeptivum	Komplizierter Zustand nach Organtransplantation: akute oder chronische Transplantatdysfunktion, Abstossung	Unkomplizierter Zustand nach Organtransplantation
Kombinierte Orale Kontrazeptiva	4	2
Progesteronhaltige Orale Kontrazeptiva	2	2
Dreimonatsspritze	2	2
Subdermale Implantate	2	2
LNG-IUD	Neubeginn: 3 Fortsetzung: 2	2
Cu-IUD	Neubeginn: 3 Fortsetzung: 2	2
1 = Keine Einschränkung in der Anwendung 2 = Vorteile überwiegen theoretische oder nachgewiesene Risiken 3 = Theoretische oder nachgewiesene Risiken überwiegen die Vorteile 4 = Verwendung von OCs bedeutet ein inakzeptables Gesundheitsrisiko		

kordikoidspiegel teilweise sogar deutlich erhöht waren [3]. Diese Erhöhung ist auch für andere CYP3A4-abhängige Immunsuppressiva wie Tacrolimus, Cyclosporin oder Sirolimus zu erwarten, sodass deren Spiegel nach einer neu begonnenen Kontrazeption engmaschig kontrolliert werden müssen [4].

Spirale (IUDs: Cu-IUD und LNG-haltig):

Diese Präparate werden wegen einer möglichen Infektionsgefahr nach Transplantationen unter Immunsuppression oft sehr kritisch betrachtet. Diese Bedenken erweisen sich jedoch nach neueren Studien als zunehmend unbegründet [5, 6]. Diese Methoden besitzen eine ausgezeich-

nete Effizienz, vermeiden Anwendungsfehler und besitzen als LNG-haltige Präparate extrem geringe, und als kupferhaltige Präparate keine systemische Wirkung.

Eine Differenzierung nach dem transplantierten Organ ist in Tab1 nicht aufgeführt, sodass ergänzende Empfehlungen noch gegeben werden können:

Niere:

Nach Nierentransplantation ist eine Mortalität für kardiovaskuläre Erkrankungen um das 10fache zur Normalbevölkerung erhöht, ausserdem leiden die meisten dieser Patienten an einer arteriellen Hypertonie. Daher sollten bei Gabe von COC eher die Präparate mit niedrigem Oestrogengehalt oder ausschliesslichem Gestagengehalt be-

vorzugt werden. Ein Hyperkoagulationssyndrom, das nach Nierentransplantation immer wieder zu beobachten ist, stellt eine absolute Kontraindikation für COC dar.

Leber:

Niedrig dosierte COC scheinen bezüglich der Leberfunktion gut tolerabel [4]. Es sollten vorzugsweise Präparate gewählt werden, die den entero-hepatischen Stoffwechsel umgehen, also alle transdermalen Produkte (Pflaster, NUVA-Ring, Implantate).

Herz:

COC sollten nur in Ausnahmefällen angewendet werden.

Es muss abschliessend noch einmal betont werden, dass diese Ausführungen auf einer vergleichsweise geringen Studienlage basieren. Entsprechende Studien sind weiterhin dringend notwendig.

Frauen mit HIV-Infektionen

Im Januar 2008 stellte die Eidgenössische Kommission für Aidsfragen (EKAF) nach Auswertung ihrer Studienlage fest, dass eine HIV-infizierte Person **als sexuell nicht infektiös** anzusehen sei, wenn folgende Bedingungen erfüllt seien:

- „die antiretrovirale Therapie (ART) wird durch den HIV-infizierten Menschen eingehalten und durch den behandelnden Arzt kontrolliert
- die Viruslast (VL) liegt seit mindestens sechs Monaten unter der Nachweisgrenze
- es bestehen keine Infektionen mit anderen sexuell übertragbaren Erregern

Für die HIV-infizierten Frauen, für die die oben genannten Kriterien gelten bringt dieses Statement nun neue Aspekte in unsere ärztliche Verhütungsberatung, orientiert am Lebensstil, der Lebensführung, den Wünschen und

Vorstellungen der Frau und ihres Partners/ihrer Partnerin. Prioritär ist nach wie vor die Verhütung einer unerwünschten Schwangerschaft, aber auch die Vermeidung der HIV-Übertragung auf einen sero-negativen Sexualpartner. Ein Schutz vor Infektion weiterer sexuell übertragbarer Erkrankungen, insbesondere solcher, die den Krankheitsverlauf der HIV-Infektion negativ beeinflussen (z. B. Hepatitis, Herpes, HPV) muss thematisiert werden.

Im Juni 2015 wurde aus der infektiologischen Abteilung der Universität Zürich eine grosse Studie (N = 12 328) publiziert, an der alle infektiologischen Abteilungen der Universitätskliniken und grösseren Spitäler der Schweiz teilgenommen hatten. Diese Studie wurde im Zeitraum 2000–2013 bei HIV-infizierten Individuen beider Geschlechter durchgeführt mit der Fragestellung ob und wie häufig bei Geschlechtsverkehr Kondome benützt worden seien. Die Ergebnisse dieser Langzeitstudie zeigen, dass in den Jahren 2000 bis 2009 der Kondomgebrauch relativ konstant war, aber seit 2009 bis 2013 (Beobachtungsende) kontinuierlich sinkt, [8] was mit dem Statement der EKAF in Verbindung gebracht wird. Für den letztgenannten Zeitraum ist die HIV-Transmission nicht angestiegen, jedoch bringt der kondomfreie Sex eine Gefahr einer nachweisbaren Zunahme der STIs und der Übertragung der Hepatitis, insbesondere von HCV.

Für einige Unruhe bezüglich der hormonellen Kontrazeption bei HIV-infizierten Frauen sorgte eine Studie, die 2011 im *Lancet of Infectious Diseases* publiziert wurde. **Diese Studie** wurden mit Paaren aus sieben afrikanischen Ländern durchgeführt von denen einer der beiden Partner HIV-seropositiv war. In der Studie wurden zwei Gruppen randomisiert: einerseits jene Paare, bei denen die Frauen mit Medroxyprogesteronacetat (MPA) als Depotinjektion verhüteten und der anderen Gruppe von Paaren, die keine Kontrazeptiva benutzten oder mittels Tubenligatur verhüteten. Als Resultat zeigte sich, dass Depot-Gestagene mit MPA das Risiko, an Aids zu erkranken oder das Virus zu übertragen, deutlich erhöht. Die WHO reagierte prompt

Tab. 2. Empfehlungen zur Kontrazeption bei HIV infizierten Patientinnen (revidierte Empfehlungen des CDC und der WHO 2015)

ART-Substanzklassen	
• NRTI's	Nukleosidische Reverse-Transkriptase-Inhibitoren TDF/3TC: Tenofovir/Lamivudin
• PI's	Proteaseinhibitoren ATV/R: Atazanavir, DRV/r: Darunavir, FPV/r: Fosaprenavir, LPV/r: Lopinavir
• NNRTI's	Nichtnukleosidische Reverse-Transkriptase-Inhibitoren EFV: Efavirenz, NVP: Nevirapine, ETV: Etravirine, RLV: Raltegravir
• CCR5-INH	Chemokinrezeptor-Inhibitoren MVC: Maraviroc
• IGH	Integrase Strangtransferinhibitor (Stribild) RAL: Raltegravir, ELV/Cobi: Elvitegravir/Cobicistat, DTG: Dolutegravir
<ul style="list-style-type: none"> • COC's sind bei NRTIs, CCR5, INH und IGH uneingeschränkt möglich • DMPA ist bei den NNRTIs möglich, wo COCs nicht möglich sind • Implanon vermeiden • IUD/Mirena ist gut mit ART kombinierbar • Daten für alle anderen Methoden sind nicht vorhanden 	

mit deutlicher Zurückhaltung in der Empfehlung einer Kontrazeption mit MPA bei HIV-positiven Frauen. Folgestudien scheinen diese Resultate zu bestätigen, MPA supprimiert die T-Cell-Aktivität und zeigt eine Erhöhung der pro-inflammatorischen Zytokine, was eine Infektion mit dem HI-Virus erleichtert. Norethisteron und Levonorgestrel besitzen diese Eigenschaften nicht [8, 9, 10].

Kontrazeption mit Östrogenen bei HIV- infizierten Frauen wurde in der Literatur zeitweilig kontrovers diskutiert. Es scheint sich aber die Auffassung zu etablieren, dass sich E₂-Gabe durch die Stabilisierung des Epithels eher als einen protektiven Faktor für eine Transmission erweist und es wird zusätzlich eine Induktion von Interferon-Alpha angeregt [11, 12].

Neueste Studien zeigen auch, dass ein Einsatz von COC die Wirkung der meisten ART nicht vermindert und deren Effektivität bei einer prävalenten HIV-Infektion nicht herabgesetzt wird [13]. Auch umgekehrt haben die

ART keinen wirkungsmindernden Einfluss, die die Sicherheit der Kontrazeption gefährden [14] (Tab. 2).

Was heisst das für unsere Beratung?

Seit mehr als zwei Jahrzehnten ergeht an Menschen mit HIV die eindeutige Präventionsbotschaft, durch die konsequente Anwendung von Kondomen zum Schutz ihrer Sexualpartner beizutragen. Diese Botschaft ist auch weiterhin nicht obsolet! Schon gar nicht, wenn auf den eigenen Schutz vor einer Ansteckung mit STIs und HCV hingewiesen wird.

Aber wir können jeder HIV-infizierten Frau fast alle Kontrazeptiva des „Normalkollektivs“ anbieten, bei den MPA- Präparaten ist eine gewisse Zurückhaltung geboten oder ein zusätzlicher Schutz mit Kondomen zu empfehlen.

Auch hier deckt sich unsere Empfehlung mit 2012 revidierten Empfehlungen des CDC [15] und der WHO (WHO 2015).

Kontrazeption bei Adolescenten (nur einige Bemerkungen)

Häufigster Vorstellungsgrund einer Frau im Jugendalter in einer gynäkologischen Ambulanz ist der Wunsch nach einer sicheren Verhütung. Dabei werden an das Kontrazeptivum spezielle Anforderungen gestellt, es sollte unkompliziert anwendbar sein, hohe Effizienz und Sicherheit gewährleisten, ein stabiles Blutungsmuster garantieren, ein geringes Risiko für Nebenwirkungen haben, Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten bieten und eine möglichst geringe Auswirkung auf den Knochenstoffwechsel haben.

Am häufigsten äussern die jungen Frauen den Wunsch nach der Pille.

Präparate mit Ethinylestradiol (EE)

Bestehen keine Risikofaktoren und keine absoluten Kontraindikationen [16] sind diese Präparate bisher aufgrund ihrer hohen Effizienz, geringer Nebenwirkungen die Mittel der ersten Wahl in der Adoleszenz. Sie bieten aber keinen Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten, sodass jungen Frauen die gleichzeitige Anwendung des Kondoms empfohlen werden sollte.

Sie sind in verschiedenen Applikationsformen erhältlich, als Vaginalring oder Patch, sodass eine tägliche Erinnerung an die Einnahme nicht mehr nötig wird.

Präparate mit einer Dosis unter 30 µg EE sollten bei Jugendlichen nur bei klarem Bedarf angeordnet werden, da diese Präparate die Zunahme an Knochendichte beeinträchtigen könnten [17].

Selbstverständlich kann die Wahl des abgegebenen Präparats nach zusätzlichen Wirkungen (z.B. antiandrogene Wirkung) modifiziert werden.

Zunehmend taucht bei den jungen Frauen und Jugendlichen in unserer gynäkologischen Ambulanz die Frage nach einer Kontrazeption mit einem IUD auf. Ängste

Kernaussagen

Frauen nach Organtransplantation

- Bei transplantierten Frauen verbessert sich eine präoperative Infertilität.
- Beginn einer Hormontherapie frühestens 6–8 Monate nach Transplantatstabilität.
- Nach Transplantation möglichst niedrig dosierte Hormonpräparate wählen.
- Interaktionen mit Cyp3A4, Nebenwirkungen auf das Gerinnungs- & Gefäßsystem sowie Erhöhung des Thromboserisikos um Faktor 2–4 beachten.
- Cu- und LNG-IUD können angewendet werden (CAVE: Neubeginn).

Frauen mit HIV-Infektionen

- MPA erhöhen das Risiko an Aids zu erkranken oder das Virus zu übertragen.
- Ansonsten können die „üblichen“ Kontrazeptiva angewendet werden.
- Ein zusätzlicher Schutz mit Kondome ist zu empfehlen.

Kontrazeption bei Adolescenten

- Präparate mit einer Dosis < 30 µg EE nur bei klarem Bedarf, da die Zunahme der Knochendichte beeinträchtigt werden kann.
- IUD können auch bei Adolescenten angewendet werden.

werden geäußert, die Einnahme der Pille könnte vergessen werden oder Einnahmefehler könne die Sicherheit beeinträchtigen. Andere möchten eine hormonfreie Verhütung, haben über Schlagzeilen in der Presse über Risiken der Hormoneinnahme erfahren, über ein erhöhtes Risiko als Raucherinnen. Sie sind verunsichert, weil sie immer noch die Information erhalten, dass diese Kontrazeption den älteren Frauen oder denen, die bereits eine Schwangerschaft hatten, vorbehalten sei.

Kreuzworträtsel

	17↓					10↓	4↓				6↓						19↓					15↓		18↓		16↓
				2↓	1↓								7↓	21↓								15				
21									5↓				12↓	14↓												
			20									13											24			
										8															9↓	
																						8↓	22			
		1↓										9														
	2																									26
						3↓																				18
3																						15				
	4								20↓			10				11↓						16				
	5												12↓									17				13↓
												11														
6						27																				
						25										14										
	7																									19

Fragen

Waagrecht:

- 1) bringt jeden Monat das Blut auf den Weg
- 2) vor dieser Diagnose haben alle Angst
- 3) unsere Alarmanlage wird entschärft
- 4) wenn es fest nicht geht, ...wie bei den Kleinen
- 5) zum Urlaub im Wasser, zur Genesung in Bern
- 6) hilft für oder gegen so manches
- 7) beim Auto einfacher
- 8) Lebensabschnitt; soll zur Reife führen
- 9) für die einen nur zur Arterhaltung, für die anderen das Schönste auf der Welt
- 10) jetzt wird 13.waagrecht ganz wichtig
- 11) gefährlicher Stau im Leitungssystem
- 12) was 3. senkrecht an 9. senkrecht so von sich gibt
- 13) die zweite Haut nicht nur beim OneNightStand
- 14) ohne das keine Grippewelle
- 15) legt mit fest wie wir wurden was wir sind
- 16) hat nicht nur an Ostern sein Maximum
- 17) was Gynäkologen von der steinharten Verhütung der Nomaden bei Kamelen gelernt haben?!?
- 18) mit Pfeil und Bogen der Liebe verbunden
- 19) ohne das muss sich 9) waagrecht etwas einfallen lassen
- 20) bringt die Suppe so richtig voran
- 21) gibt es bei Dauerdruck
- 22) im Drahtzaun und in der Strumpfhose; manchmal eine blöde Tour
- 23) Adlersitz und Männername
- 24) ob als Kreuz- oder als -Sportschokolade
- 25) eine starke 1. braucht viele...
- 26) Reichtum nordischer Völker
- 27) in der Mode und im 1x1 ziemlich vorn

Senkrecht:

- 1) Disziplin im Skisport und Teil der COC
- 2) was das Harte in uns betrifft
- 3) Eine muss sein ...
- 4) was unsere Bio-Katalysatoren so anschieben
- 5) Messlatte, wie viel davon im Blut
- 6) Keimdrüse
- 7) einige oder viele zusammen im gleichen Topf
- 8) ins Innere ohne die gängigen Körperöffnungen
- 9) des Körpers Götterbote
- 10) ...regiert die Welt.
- 11) nicht das Ganze am Stück
- 12) darüber sollten sich auf dem Podium alle einig sein
- 13) Gott der 4ten Dimension
- 14) gilt in der Schweiz als eine der Grundlagen des politischen Systems
- 15) da wo man sich so fühlt oder dort wo man geboren ist?!?!?
- 16) gibt es nicht jeden Tag, aber bestimmt auf jeder richtigen Hochzeit
- 17) da war und ist deine Wachmannschaft am Ende
- 18) für Kinder abwärts mit Vergnügen
- 19) damit kennt 13) senkrecht sich bestens aus
- 20) in der Klinik oft benutzter Stechgegenstand
- 21) In der Mode und im 1x1 ziemlich vorn

Auflösung

Waagrecht:

- | | |
|---------------------|---------------|
| 1) Gestagen | 15) Genetik |
| 2) Karzinom | 16) Oestrogen |
| 3) Immunsuppression | 17) IUD |
| 4) Brei | 18) Amor |
| 5) Insel | 19) Libido |
| 6) Pille | 20) Salz |
| 7) Transplantation | 21) Nekrosen |
| 8) Adoleszenz | 22) Masche |
| 9) Sexualität | 23) Horst |
| 10) HIV | 24) Ritter |
| 11) Thrombose | 25) Null |
| 12) Kortikoide | 26) Rentiere |
| 13) Kondom | 27) one |
| 14) Transmission | |

Senkrecht:

- | | |
|-------------------|--------------|
| 1) kombiniert | 12) Thema |
| 2) ossaer | 13) Kronos |
| 3) Nieren | 14) Konsens |
| 4) Enzyminduktion | 15) Heimat |
| 5) Serumspiegel | 16) Torte |
| 6) Gonade | 17) Sepsis |
| 7) Kollektiv | 18) Rutsche |
| 8) transdermal | 19) Time |
| 9) Hormon | 20) Kanuele |
| 10) Geld | 21) Nekrosen |
| 11) Portion | 21) ONE |

IUDs:

In der Literatur wird der Einsatz von LARC (Long-Acting Reversible Contraception) zu denen die IUDs gehören, bei Jugendlichen zunehmend positiv bewertet [18], und gehören mittlerweile zur First-Line-Empfehlung. Die Vorteile der hohen Effektivität, problemlosen Anwendung und Senkung der Schwangerschaftsrate bei Adolescenten führen zu dieser Einschätzung [19,20] und müssen nicht extra diskutiert werden.

Auch in der Schweiz mehrten sich die Stimmen, die die Praktiker ermutigen, IUDs den Jugendlichen vermehrt zugänglich zu machen [21].

Die Pharmaindustrie hat diesbezüglich schon reagiert, indem die Anbieter der IUD ihr Angebot auf Jugendliche ausgerichtet haben. Es werden bereits „Mini“-Ausgaben der Standard Produkte der Cu-IUDs angeboten, viele junge Frauen kommen schon mit dem Wunsch nach dem beliebten „armfreien Kupferkettchen“. Auch die LNG-haltigen Produkte haben die jugendfreundliche Variante eingeführt, bei der einerseits die Dosierung des LNG vermindert ist, andererseits die Grösse.

Wir können den Jugendlichen also durchaus mit gutem Gewissen ein IUD empfehlen.

Allerdings sollten wir die Risiken einer Infektion nicht vergessen und vor Einlage der Spirale vaginale Infekte ausschliessen oder behandeln. Das Risiko für eine PID ist in den ersten 3 Wochen nach Einlage am höchsten und die Jugendlichen sollten sensibilisiert werden sich in diesem Zeitraum bei Auffälligkeiten zu melden. Wir informieren zudem über veränderte Blutungsmuster (je nach IUD) und ein mögliches Dislokationsrisiko, das bei Jugendlichen erhöht ist. Der Kondomgebrauch zum Schutz vor STIs sollte nach wie vor erwähnt werden.

Nach unseren Erfahrungen tolerieren die jungen Frauen das Einsetzen der Spirale gut, eine orale Analgetikagabe vorher ist zu empfehlen. Misoprostol intravaginal vor IUD-Einlage bringt keinen Benefit [22].

Literatur

1. Paulen ME, Folger SG, Curtis KM, Jamieson DJ. Contraceptive use among solid organ transplant patients: a systematic review. *Contraception* 2010; 82:102–112.
2. Szymusik I, et al. Contraception in women after organ transplantation. *Transplant Proc.* 2014; 46:3268–3272.
3. Seidegård J, Simonsson M, Edsbäcker S. Effect of an oral contraceptive on the plasma levels of budesonide and prednisolone and the influence on plasma cortisol. *Clin Pharmacol Ther* 2000; 67:373–381.
4. Jabiry-Zieniewicz Z. et al. Low-dose hormonal contraception after liver transplantation. *Transplant Proc* 2007; 39:1530–1532.
5. Krajewski CM, Geetha D, Gomez-Lobo V. Contraceptive options for women with a history of solid-organ transplantation. *Transplantation* 2013; 95:1183–1186.
6. Hubacher D. Intrauterine devices & infection: review of the literature. *Indian J Med Res.* 2014;140 Suppl: S 53–57.
7. Kouyos RD; et al. Increases in Condomless Sex in the Swiss HIV Cohort Study. *Open Forum Infect Dis.* 2015; 2: ofv077.
8. Huijbregts RP, Michel KG, Hel Z. Effect of progestins on immunity: medroxyprogesterone but not norethisterone or levonorgestrel suppresses the function of T cells and pDCs. *Contraception* 2014; 90:123–129.
9. Ferreira VH, et al. Medroxyprogesterone Acetate Regulates HIV-1 Uptake and Transcytosis but Not Replication in Primary Genital Epithelial Cells, Resulting in Enhanced T-Cell Infection. *J Infect Dis* 2015; 211:1745–1756.
10. Murphy K, Irvin SC, Herold BC. Research gaps in defining the biological link between HIV risk and hormonal Contraception. *Am. J. Reprod. Immunol.* 2014; 72:228–235.
11. Tasker C et al. 17 β -estradiol protects primary macrophages against HIV infection through induction of interferon-alpha. *Viral Immunol* 2014; 27:140–150.
12. Szotek EL, Narasipura SD, Al-Harthi L. 17 β -Estradiol inhibits HIV-1 by inducing a complex formation between β -catenin and estrogen receptor α on the HIV promoter to suppress HIV transcription. *Virology* 2013; 443:375–383.
13. Whiteman MK et al. Associations of Hormonal Contraceptive Use with Measures of HIV Disease Progression and Antiretroviral Therapy Effectiveness. *Contraception* 2015 pii: S0010–7824.
14. Nanda K, et al. Nevirapine-based antiretroviral therapy does not reduce oral contraceptive effectiveness. *AIDS* 2013; 27 Suppl 1: S17–25.
15. Update to CDC's U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2010: Revised Recommendations for the Use of Hormonal Contraception Among Women at High Risk for HIV Infection or Infected with HIV. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2012; 61:449–452.

-
16. Expertenbrief zum Thromboembolierisiko unter hormonaler Kontrazeption Expertenbrief Nr.35 der SGGG, aktualisiert 2013.
 17. Berenson AB, et al. Effects of hormonal contraception on bone mineral density after 24 months of use. *Obstet. Gynecol.* 2004; 103:899–906.
 18. Contraception, Issues in Adolescent Health and Development WHO 2004, Geneve.
 19. Teal SB, et al. Insertion characteristics of intrauterine devices in adolescents and young women: success, ancillary measures, and complications. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2015; 213:515.e 1–5.
 20. Adolescent and Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices American College of Obstetricians and Gynecologists: Committee Opinion 2012.
 21. Navarra I., et al. A new perspective in adolescent contraception – why prescribe an IUD first? *Rev Med Suisse* 2015; 11:456–457:78–81.
 22. Espey E, et al. Misoprostol for intrauterine device insertion in nulliparous women: a randomized controlled trial. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2014; 210; 3:208 e1–5.
- 

Präeklampsie: Ersttrimesterscreening und Aspirinprävention

Ähnlich der individualisierten Risikostratifizierung hinsichtlich Trisomien kann man seit einigen Jahren mittels Implementierung verschiedener Faktoren (demographische, biophysikalische, sonographische und biochemische Parameter) mit einem durch die FMF London validierten Algorithmus das Risiko für eine frühe (<34 Wochen) bzw. schwere Präeklampsie berechnen. Die Detektionsrate liegt bei etwa 90% bei einer falsch positiv Rate von 10%. Bei einem berechneten Risiko von $\geq 2\%$ wäre die Idee, dass man durch die Gabe von Aspirin die Entwicklung dieser plazentagebundenen Pathologie beeinflussen kann. Ein solches Screening macht durchaus Sinn, da viele bzw. die meisten Frauen Primiparae sind, und auch sonst selten klassische Risikofaktoren ermittelt werden können. Die Präeklampsie liegt in den industrialisierten Ländern weiterhin auf Platz zwei der Gründe für die maternale Mortalität! Unter der Federführung der FMF London ist im Moment eine grossangelegte, prospektiv randomisierte und placebokontrollierte Studie (ASPREE Trial) im Gange, welche genau dieses Ziel verfolgt. Es müssen insgesamt 34000 Frauen zwischen der 12.–14. Woche rekrutiert werden, damit eine robuste Aussage gemacht werden kann.

Basierend auf die oben erwähnte grossangelegte ASPREE-Studie, hat eine neuseeländische Gruppe jedoch erste spannende Resultate publiziert. Park F und Mitarbeiter haben in einer ersten Phase den Algorithmus bei 3066 Frauen validiert. In einer zweiten interventionellen Phase hat die Gruppe bei screen positiven Frauen 150 mg Aspirin abends, bis 34 + 0 Wochen, verabreicht. Das Outcome dieser Schwangerschaften wurde sorgfältig verfolgt und die Prävalenz einer frühen Präeklampsie zwischen dem ersten und dem zweiten Kollektiv verglichen. Im interventionellen Arm konnte die Inzidenz einer Präeklampsie vor 34 Wochen oder von Frauen welche wegen Präeklampsie vor 37 Wochen entbunden werden mussten signifikant gesenkt werden. Um eine schwere Präeklampsie

zu verhindern, mussten 29 Risikofrauen mit Aspirin behandelt werden. (Ultrasound Obstet. Gynecol. 2015; DOI: 10.1002/uog.14819).

Kommentar

Auch wenn die Resultate vielversprechend sind, reicht die Anzahl der bis anhin eingeschlossenen Patientinnen nicht aus, um eine statistisch relevante Aussage machen zu können. Dafür braucht es eben diese grosse Untersuchung an 10x mehr Frauen. Etwas irritierend ist die Dosis Aspirin, welche in den verschiedenen Studien verabreicht wird. Ältere Arbeiten wurden mit 50–60 mg gemacht, andere mit 75 oder 87 mg und die Franzosen geben in der Regel 150 mg. Die Wirkung des Aspirins ist dosisabhängig und ab 150 mg werden auch „aspirinresistente“ Fälle (30%!) suffizient behandelt. In dieser Studie wurde als biochemischer Parameter lediglich das PAPP-A verwendet. Die Implementierung von PIGF wird sicherlich die Detektionsrat erhöhen und v.a. den positiven Vorhersagewert (PPV) verbessern. Insgesamt sind die Regeln einer evidenzbasierten Medizin noch nicht erfüllt aber diese Resultate und die folgenden werden uns sicherlich weiterhelfen.

Luigi Raio

Chemoprävention des Mammakarzinoms – liegen überzeugende Daten vor?

Welche Pille kann den gewünschten Schutz bieten? Aufgrund des hohen Lebenszeitriskos für die Entwicklung eines Mammakarzinoms und der steigenden Inzidenz wird weiter nach präventiven Strategieansätzen gesucht. Für Risikopatientinnen stehen auch die chemopräventiven Strategien im Fokus von Studienuntersuchungen. Die Anwendung von selektiven Estrogen-Rezeptor Modulatoren (SERMs) und Aromataseinhibitoren wirkt selektiv auf endokrin-sensitive Mammakarzinome und kann das Rezidiv-Risiko senken. Die Frage nach deren präventivem Effekt liegt entsprechend auf der Hand.

Es liegen viele Studiendaten zum präventiven Einsatz der SERMs vor. Die 2013 von Cuzick et al. publizierte Metaanalyse der randomisiert kontrollierten Studien zeigt eine Risikoreduktion von 38% betreffend Erkrankung an einem Mammakarzinom oder einem duktalem Carcinoma in-situ (Cuzick J. et al.; Lancet 2013, 381:1827–1834). Die Inzidenz über 10 Jahre reduziert sich von 6.3% auf 4.2% und die Anzahl notwendig zu behandelnder Patientinnen („number needed to treat“, NNT) beträgt 42, wenn durchschnittlich über vier Jahre behandelt wird. Dieses erfreuliche Ergebnis betreffend Inzidenzrisiko führt jedoch leider nicht zu einer entsprechenden Mortalitätsreduktion. Für die Gesamtmortalität wurde eine Hazard Ratio von 0.98 nachgewiesen und für die für das Mammakarzinom spezifische Mortalität lag die Hazard Ratio sogar bei 1.03.

Aktuell publizierten Cuzick et al. die Ergebnisse der Langzeitanalyse der IBIS-I-Studie. In die Studie konnten über 7000 Patientinnen (3579 Patientinnen unter Tamoxifen und 3575 Patientinnen mit Placebo) eingeschlossen werden und es erfolgte eine Nachbeobachtung über 16 Jahre. Die Ergebnisse zeigen eine Inzidenzreduktion von 6.7% auf 4.5% zugunsten des SERMs für die Entwicklung eines Hormonrezeptor-positiven Mammakarzinoms. Jedoch zeigt auch diese Studie, dass kein präventiver Effekt, auch kein statistischer Trend, betreffend der Mortalität durch den Einsatz von Tamoxifen nachzuweisen ist (Cuzick J. et al.; Lancet Oncol. 2015; 16:67–75).

Für den Einsatz der Aromatasehemmstoffe als Chemopräventiva kann ebenfalls kein Effekt betreffend Mortalitätsreduktion gefunden werden. Die berechneten NNT's zur Vermeidung eines invasiven Mammakarzinoms liegen bei 26 (Exemestan), respektive 36 (Anastrozol). Unter Einbezug der dabei erzeugten Nebenwirkungen ist der Einsatz äusserst kritisch zu diskutieren. Ebenso können keine abschliessenden Empfehlungen betreffend Therapiedauer abgegeben werden und für Patientinnen

mit Vorliegen von genetischen Mutationen liegen keine Daten zu den Effekten der endokrinen Substanzen vor.

Die Datenlage für nicht-endokrin wirksame Substanzen als Chemopräventiva ist noch weniger fundiert. Einige Präventionsstrategien wurden geprüft und diskutiert. Im Vordergrund stehen hier Metformin und die NSAR (ASS und COX-2-Inhibitoren). Die Metaanalysen weisen eine Risikoreduktion nach. Aktuell prüft die REACT-Studie die Auswirkung von Celecoxib betreffend dem Mammakarzinom-Rezidivrisiko. Ergebnisse einer Phase-III Studie mit einem Retinoid zeigen für prämenopausalen Patientinnen eine Risikoreduktion (HR 0.62) für das Auftreten von sekundären Mammakarzinomen. Der Einsatz ist jedoch aufgrund der Nebenwirkungen kontraindiziert. Der präventive Einsatz von Bisphosphonaten wird heute weiter diskutiert und prospektive Studiendaten wären erwünscht.

Kommentar

Mit dem präventiven Einsatz von SERMs wurde ein Trend zu einer höheren Mortalität festgestellt. Insgesamt wurden 15 Todesfälle mehr beobachtet im Vergleich zur Kontrollgruppe. Zusätzlich wurde ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von Hormonrezeptor-negativen Mammakarzinomen festgestellt. Bereits diese Effekte sprechen nicht für ein positives Votum zur Verwendung von Tamoxifen als Chemopräventivum. Die durch den Einsatz verursachten und nicht zu vernachlässigenden Nebenwirkungen müssen zusätzlich mit in Betracht gezogen werden. Das Thromboembolie-Risiko erhöht sich auf das 1.7-fache und das Endometriumkarzinomen-Risiko auf das 1.56-fache. Ebenso steigt das Schlaganfall-Risiko um den Faktor 1.47 während als positiver Nebeneffekt ausschliesslich die Knochen-protective Auswirkung mit Reduktion der Frakturrate genannt werden kann.

Im Vergleich zu Tamoxifen stehen bei den Aromatasehemmern die vasomotorischen und muskuloskelettalen

Nebenwirkungen sowie das erhöhte Frakturrisiko im Vordergrund betreffend der negativen Effekte. Die Auswertung der IBIS-II Studie (präventiver Einsatz von Aromatasehemmern) zeigt, dass zusätzlich das Risiko für die Entwicklung einer Hypertonie auf 1.64 unter der Verwendung von Anastrozol über fünf Jahre ansteigt. Die Inzidenz von kolorektalen Karzinomen reduzierte sich jedoch interessanterweise (RR 0.28).

Die Frage der Patienten-Compliance für eine präventive medikamentöse Therapie ist ebenfalls offen und zu berücksichtigen. Diese wurde in die Auswertungen der vorliegenden Studienergebnisse nicht mit einbezogen. Unter den hier genannten Aspekten scheint die Bedeutung der endokrinen Chemoprävention fraglich. Im Gegensatz zur Chemoprävention liegen jedoch gute Studiendaten zum Erreichen einer Risikoreduktion durch Einbezug und Optimierung gewisser Lifestyle-Faktoren vor. Die Reduktion von Übergewicht, eine Einschränkung des Alkoholkonsums und des Nikotinabusus sowie eine ausgewogene Ernährung sind effektive und kostengünstige Präventivmassnahmen ohne negative Nebenwirkungsprofile aber mit zusätzlichen positiven protektiven Effekten.

Nik Hauser

Identifizierung der Sentinellymphknoten beim Zervixkarzinom mittels Indocyaningrün

In einer retrospektiven Studie mit 58 Zervixkarzinom-Patientinnen, welche an einem Frühstadium litten, konnte gezeigt werden, dass bei der Identifizierung der Sentinellymphknoten Indocyaningrün gleich gut, möglicherweise sogar besser ist als ^{99m}Tc. Bei 36 Patientinnen wurde der Sentinellymphknoten mit der radioaktiven Methode, in Kombination mit Patentblau, detektiert. Bei den 22 anderen Patientinnen kam ICG zum Einsatz. Das ICG wurde zu Beginn der Operation in die vier Quadranten der Zervix injiziert. In 83 % der Patientinnen der ^{99m}TC Gruppe und 95,5 % der ICG Gruppe konnte mindestens ein Senti-

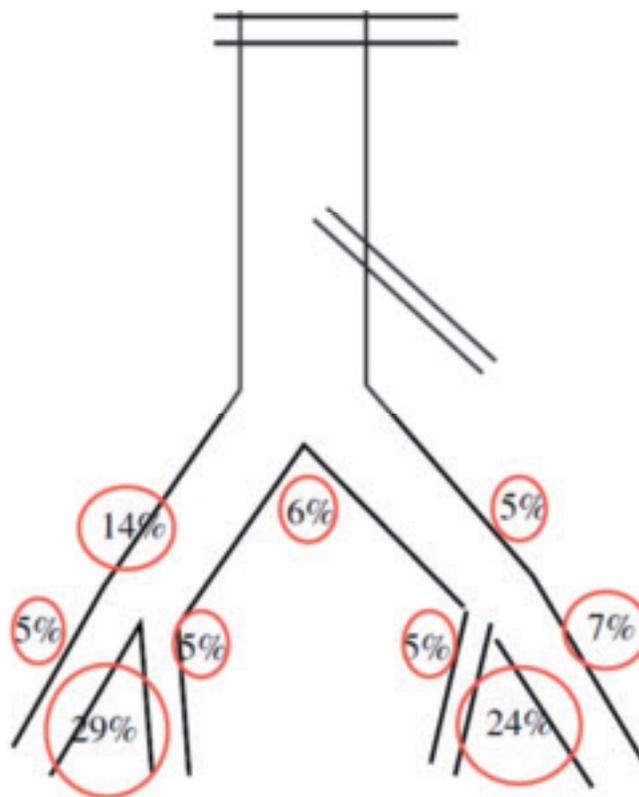


Abb. 1. Anatomische Verteilung der Sentinellymphknoten. In 53 % der Fälle waren die Sentinellymphknoten interiliakal, in 12 % entlang der externen iliakalen Gefäße, in 10 % entlang der internen iliakalen Gefäße, in 19 % entlang der kommunen iliakalen Gefäße und in 5 % präsakral gelegen.

nellymphknoten identifiziert werden ($p = NS$). Verschiedene Arbeiten haben jedoch gezeigt, dass beim Zervixkarzinom der Sentinellymphknoten bilateral identifiziert werden muss um aussagekräftig zu sein. In der erwähnten Arbeit konnte der Sentinellymphknoten in 61 % der radioaktiv markierten Fälle und in 95,5 % der ICG Fälle bilateral identifiziert werden ($p = 0,0201$). Die anatomische Lokalisation der mit ICG identifizierten Sentinellymphknoten entsprach den Lokalisationen, welche auch mit anderen Methoden nachgewiesen wurden (Abb. 1). (Im-

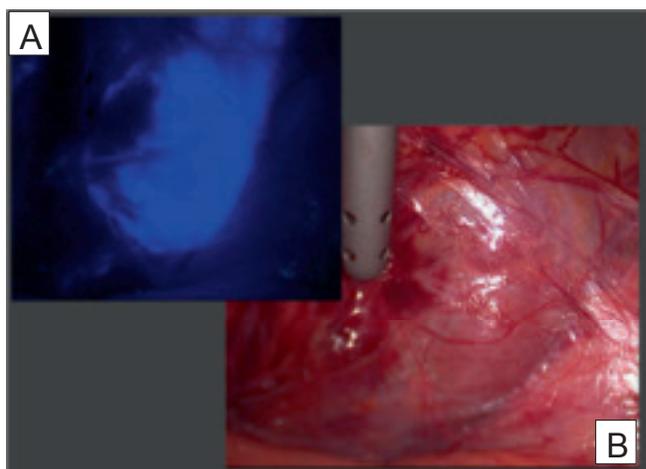


Abb. 2. Sentinellymphknoten
ICG markierter Sentinellymphknoten betrachtet im Nahen Infrarot Bereich (A) und bei normalem Licht (B)

boden S., et al.; A Comparison of Radiocolloid and Indocyanine Green Fluorescence Imaging, Sentinel Lymph Node Mapping in Patients with Cervical Cancer Undergoing Laparoscopic Surgery. *Ann. Surg. Oncol.* 2015; DOI 10.1245/s10434-015-4701-2).

Kommentar

Ein Sentinel-Lymphknotenmapping wird klassischerweise mit dem Radiokolloid ^{99m}Tc pur oder in Kombination mit blauen Farbstoffen durchgeführt. Blaue Farbstoffe führen jedoch zu Verfärbungen von Haut und Urin, einem Abfall der Pulsoximetrie-Messwerte und gelegentlich zu schweren allergischen Reaktionen. Das Mapping mit ^{99m}Tc ist logistisch kompliziert, da in einem kontrollierten Umfeld Injektion, Bildgebung und chirurgischer Eingriff koordiniert werden müssen. Diese Umstände machen diese Technik zeitaufwendig und teuer. In den letzten Jahren wurde Indocyaningrün (ICG) als Marker für das Lymphgefäßmapping in unterschiedlichen onkologischen Fachbereichen zunehmend eingeführt (Abb. 2). Indocyaningrün ist ein fluoreszierender Farbstoff, der sich intravaskulär bindet und in der Ophthalmologie seit über 20 Jahren zur Darstellung der Vaskulierung von Retina und Choroidea eingesetzt wird. Da die ICG Methode zur Identifizierung der Sentinellymphknoten einfach, effizient und kostengünstig ist, wird sie sich sicher definitiv etablieren und bei anderen Tumorentitäten angewendet werden. Wir wenden diese Methode seit einigen Jahren ebenfalls beim Endometriumkarzinom sehr erfolgreich an. Die meisten Arbeiten welche bis anhin publiziert wurden, sind vorwiegend mit dem Roboter gemacht worden.

Michel Mueller

..., dass mit der hypofraktionierten Bestrahlung gleiche Wirkung mit weniger Nebenwirkung erzielt werden kann?

Durch die Erhöhung der Einzeldosen der adjuvanten Radiotherapie einer primär brusterhaltend operierten Mammakarzinom-Erkrankung kann die Anzahl der notwendigen Therapiezyklen von 25 oder mehr Bestrahlungen deutlich reduziert werden. Dabei muss kein Kompromiss betreffend der Wirksamkeit eingegangen werden während sich das Nebenwirkungsprofil verbessert. Das konventionelle Isoeffektmodell basiert auf einer Gesamtdosis von ca. 25×2 Gy. Die Tumorzellen werden durch die Bestrahlung geschädigt, während das Normalgewebe sich zwischen den Einzeldosen erholen kann. Heutige Daten legen nahe, dass das Optimum der einzelnen Fraktion jedoch nicht bei 2 Gy liegt, sondern höher.

Die Ergebnisse von vier randomisierten internationalen Studien mit Prüfung der Anwendung von ca. 16 Zyklen mit jeweils 2.6 Gy zeigen eine vergleichbare Effektivität auch nach einer Nachbeobachtungszeit von zehn Jahren betreffend dem Auftreten von Rezidiven und dem Gesamtüberleben. Dabei reduziert sich die Gesamtdosis der Bestrahlung auf etwa 42 Gy. Trotz dieser Datenlage hat sich bis heute die Hypofraktionierung sowohl in den USA

als auch in Europa noch nicht durchgesetzt. Hierfür werden nicht nur der finanzielle Aspekt (weniger Sitzungen, weniger Geld), sondern auch Bedenken betreffend den Nebenwirkungen eingebracht. Zu diesem Aspekt liegen nun neue Daten vor.

In einer randomisierten Studie wurden 287 Frauen (> 40 Jahre, DCIS oder invasives Mammakarzinom mit T_{is}-T₂, N₀-N_{1a}, M₀) nach brusterhaltender Operation und konsekutiver Radiatio der Brust ohne Bestrahlung der Lymphabflusswege untersucht. Randomisiert wurde zwischen der konventionellen Bestrahlung mit 25×2 Gy und 42.5 Gy verteilt auf 16 Sitzungen. Die Frauen erhielten einen Boost des Tumorbetts mit zusätzlich 10 bis 14 Gy.

Die publizierten Ergebnisse zeigen, dass mit der hypofraktionierten Bestrahlung akut-toxische Nebenwirkungen Grad 2 und 3 weniger häufig auftreten (47% vs. 83%) und weitere bekannte Nebenwirkungen reduziert werden können (Fatigue 9% vs. 17%, lokale Schmerzen 55% vs. 75%, Dermatitis 36% vs. 69%, Hyperpigmentierung 9% vs. 10%, Pruritus 54% vs. 81%). In der Verlaufsbeobachtung nach sechs Monaten konnte der Effekt anhaltend bestätigt werden. Die Befragung zur Lebensqualität nach sechs Monaten ergab minimale Differenzen mit einem Trend für die hypofraktionierte Methode (besseres Körpergefühl, seltener Mangel an Energie, bessere Be-

wältigung des Familienalltags) (JAMA Oncol. 2015; DOI: 10.1001/jama.oncol.2015.2666).

Kommentar

Diese Ergebnisse tragen dazu bei, die hypofraktionierte Bestrahlung als Option in Betracht zu ziehen und anzubieten. Eine durchgeführte Registeranalyse mit Daten von über 2300 Frauen aus den USA (Michigan Radiation Oncology Quality Consortium, MROQC) liegt heute ebenfalls vor (JAMA Oncol. 2015; DOI: 10.1001/jama.oncol.2015.2590). Ein Viertel der Patientinnen wurde hypofraktioniert bestrahlt. Unter Beachtung von Alter, Begleiterkrankungen, Tumorstadium, Brustgröße und BMI konnte auch in dieser Studie ein Vorteil für das verkürzte Verfahren betreffend akut-toxischen Nebenwirkungen beobachtet werden. Die Hypofraktionierung ist für die Patientinnen die bequemere Methode und sollte vermehrt Einzug in unsere Planung finden.

n.h.

..., dass der Cyber-Doc eine Diagnose-Trefferquote von etwa einem Drittel hat?

Eine Studiengruppe aus Boston hat die Symptom-Checker aus dem Netz systematisch geprüft und kommt zum Schluss, dass die Cyber-Docs mit ihren Diagnosen in zwei Drittel

der Fälle falsch liegen. Die Ergebnisse wurden im British Journal of Medicine publiziert.

Heute ist die erste Anlaufstelle bei Auftreten von körperlichen Symptomen oft nicht der Arzt, sondern das Internet. Die Symptomsuche bei den bekannten Suchmaschinen liefert virtuelle Selbstdiagnosen. Spezialisierte Diagnostikseiten wie z. B. NetDoktor, Onmeda, DocResponse, WebMD, Healthwise oder iTriage sind die fortgeschritteneren Symptom-Checker. Die Wissenschaftler der Harvard Medical School in Boston haben 23 amerikanische und europäische Anbieter mit 45 virtuellen Fällen geprüft. 770 online-Diagnosen und 532 daraus resultierende Empfehlungen wurden analysiert.

In nur 34% der Konsultationen wurde die korrekte Diagnose gestellt. Mit Betrachtung der erweiterten Diagnoseliste wurde in 51% die korrekte Diagnose zumindest unter den ersten drei Ergebnissen gefunden und in 58% war die richtige Krankheit in einer Liste von 20 möglichen Cyber-Diagnosen enthalten. Ein interessanter Aspekt der Auswertung zeigt, dass die Trefferquote unabhängig davon war, ob Alter oder Geschlecht des Patienten abgefragt wurde. Die korrekte Diagnose-Trefferquote war höher bei häufigen Krankheitsbildern (38% an erster Stelle) als bei selteneren Krankheitsbildern (28%).

Die Cyber-Doc Qualität schwankt in der Analyse zwischen 50% korrekten Diagnosen (DocResponse) und nur 5% (MEDoctor). Ein Cyber-Rat zum weiteren Verhalten (Selbsttherapie, Arztbesuch, Notaufnahme) wurde in 57% erteilt. Hier wurden Notfälle gut erkannt (in 80%), jedoch wurden nur 55% korrekt als nicht notfallmässig zu behandeln und nur noch 33% korrekt als keine Arztbehandlung benötigend identifiziert. Gewisse Anbieter (iTriage, Symcat, Symptomate und Isabel) empfahlen durchgehend eine Arztkonsultation. Online-Systeme mit hinterlegten Triage-Protokollen führen zu korrekteren Empfehlungen (72% vs. 55%). Diese Protokolle bilden auch die Basis von medizinischen Telefon-Hotlines.

Wie schneidet im Vergleich dazu der „richtige“ Arzt ab? Man geht von einer korrekten Diagnoserate von 85% bis 90% aus. Die zentrale Frage zur Bewertung der Portale ist sicher die abgegebene Empfehlung, dh. die korrekte Zuordnung, ob eine weitere Abklärung sofort indiziert ist. Es scheint jedoch klar, dass die Cyber-Docs die realen Kolleginnen und Kollegen nicht entlasten können, sondern eher zu vermehrten Arztbesuchen führen, da sie zwei Drittel aller Fälle die kein Handeln erfordert hätten zum Arzt schicken. Das neue Krankheitsbild „Cyberchondrie“ ist geboren! (BMJ 2015; 351:h3480).

Kommentar

Die digitalen Hilfsmittel des Gesundheitswesens sind heute notwendige Accessoires und nicht mehr aus dem Alltag wegzudenken. Die Prozess- und Ergebnisqualitäten werden jedoch eher über analoge Kommunikations-, Interaktions-, Empathie und selbstkritische Wahrnehmungsfähigkeiten zwischen Ärzten und Patienten definiert. Die ärztliche und pflegerische Tätigkeit in Diagnostik und Therapie ist grundsätzlich analoger Natur und scheint nicht durch einen Cyber-Doc ersetzbar. Dennoch kann als positives Fazit aus der Untersuchung festgehalten werden, dass im Vergleich zu Dr. Google der Symptom-Checker die wahrscheinlich bessere Wahl zu sein scheint.

n.h.

..., dass schwedischen Frauen in der Schwangerschaft die WHO-Kriterien für eine ausreichende Jodversorgung nicht erreichen?

Die mediane Jodkonzentration im Urin gemessen im dritten Trimenon betrug 98 µg/l (range 57–148 µg/l). (Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2015; DOI: 10.1111/aogs.12713).

Kommentar

In der Schweiz wird seit 1922 dem Kochsalz Jod zugefügt. Damit sind jodmangelbedingte Schilddrüsenstörungen praktisch verschwunden. Die Fluor- und Jodkommission der

Schweiz prüft alle 5 Jahre die Jodversorgung der Bevölkerung, zuletzt 2009. Die Jodkonzentration bei schwangeren Frauen lag dabei bei 162 µg/l (range 144–1777 µg/l). Dies war knapp ausreichend mit aber einer fallenden Tendenz seit 2004, besonders bei stillenden Frauen und deren Kinder. Im Januar 2014 wurde deswegen der Jodgehalt im Salz von 20 auf 25 mg pro Kilo Salz erhöht und dieses Jahr wird eine erneute Kontrollmessung erfolgen. Die WHO empfiehlt der schwangeren und stillenden Bevölkerung eine tägliche Jodzufuhr von 150 µg. Eine mediane Urinausscheidung von 150–249 µg/l wird als suffiziente Jodaufnahme gewertet.

l.r.

..., dass nach ART (IVF, ICSI, frozen ET) das Risiko für eine Präeklampsie signifikant höher ist als nach spontaner Konzeption?

In einer populationsbasierten Kohortenstudie aus Norwegen war die erste Schwangerschaft nach ART in 6%, die zweite in 3.3% und die dritte in 4.4% kompliziert durch eine Präeklampsie. Dabei spielte das längere Intervall zwischen den Schwangerschaften in der ART-Gruppe eine grössere Rolle als z.B. ein Wechsel des Partners. Nebenbei: Rauchen reduziert das Risiko um 35% (BJOG 2015; 122:915–922).

Kommentar

Leider wurde in dieser Studie nicht nach verwendeter ART stratifiziert obwohl diese Information im norwegischen Register vorhanden ist. Wir wissen, dass v.a. Schwangerschaften nach Eizellspende mit einem deutlich höheren Risiko für hypertensive Schwangerschaftskomplikationen behaftet sind. Ähnliche Resultate wurden auch aus den USA publiziert (Fertil. Steril. 2015; 103:888–895). Dabei waren auch die Frühgeburtlichkeit und auch Kinder mit einem Geburtsgewicht <2500 g in der ART-Gruppe übervertreten. Die Kombination von Plazentainsuffizienz und Präeklampsie stellen zwei Faktoren dar, welches das kardiovaskuläre Risiko für das Kind im Erwachsenenalter signifikant potenzieren.

l.r.

..., dass Betablocker beim Ovarialkarzinom das Gesamtüberleben verlängern?

In einer retrospektiven Multizenter-Analyse von 1425 Frauen, die zwischen den Jahren 2000 und 2010 wegen Ovarialkarzinom behandelt wurden und eine Chemotherapie erhielten, konnte eine Gruppe aus Houston nachweisen, dass nicht selektive Betablocker das Gesamtüberleben (OS) verlängern. Während der Chemotherapie erhielten 269 Patientinnen des Kollektives, gleichzeitig einen Betablocker wegen einer Hy-

pertonie. Davon nahmen 193 Frauen einen selektiven Wirkstoff ein, 76 Patientinnen waren unter Therapie mit einem nicht selektiven Betablocker.

Bei der Auswertung zeigten sich deutliche Unterschiede in den durchschnittlichen Überlebenszeiten der Erkrankten. Patientinnen, die unter Therapie mit einem Betablocker waren hatten ein medianes OS von 47,8 Monate im Vergleich zu 42 Monate in der Gruppe der Patientinnen die keine Betablocker erhielten ($p = 0,04$). Die Frauen, die einen selektiven Betablocker bekamen, überlebten im Mittel 38 Monate. Wurden die Patientinnen jedoch mit einem nicht selektiven Betablocker behandelt, stieg die durchschnittliche Überlebenszeit im Vergleich zu den unbehandelten Frauen auf mehr als das Doppelte, nämlich knapp 95 Monate an. (Cancer 2015; 121:3444–3451).

Kommentar

Betablocker schirmen Zellen bekanntlich vor dem Einfluss von Stresshormonen ab. Wahrscheinlich spielt dieser Mechanismus auch beim Verhindern der Progression eines Ovarialkarzinoms eine Rolle. Wie immer müssen diese Resultate vor einer breiten klinischen Anwendung in randomisierten Studien bestätigt werden.

m.m.

SGGG-Fortbildung

Jahreskongress der gynécologie suisse, 24.–26. Juni 2015

Der SGGG-Jahreskongress 2015 fand wiederum im Palazzo di Congressi in Lugano statt. Die Kongressbesucher wurden mit perfektem mediterranem Wetter verwöhnt und bei einigen mag ein wenig Ferienstimmung aufgekommen sein. Zum zweiten Mal fand der Kongress nun unter der Woche statt, so dass er das Wochenende nicht mehr tangierte. Hatte die Verlegung der Kongresstage auf Mittwoch bis Freitag im Jahr 2014 noch zu teils negativen Reaktionen geführt, war das Feedback dieses Jahr deutlich besser. Die Organisatoren haben das Programm so gewählt, dass am Mittwoch schwerpunktmässig Weiterbildungsthemen und Arbeitsgruppensitzungen stattfanden, und haben die Fortbildungsthemen vor allem auf Donnerstag und Freitag gelegt. So haben die Kolleginnen und Kollegen aus der freien Praxis keinen zusätzlichen Tag verloren. Ferner wurden bei der Programmgestaltung bewusst keine rein gynäkologischen oder geburtshilflichen Tage zusammengestellt. Damit konnten sich mehrheitlich geburtshilflich respektive gynäkologisch Interessierte ein individuelles Programm zusammenstellen. Die Vertreter der jeweiligen Teilgebiete konkurrierten sich so auch nicht.

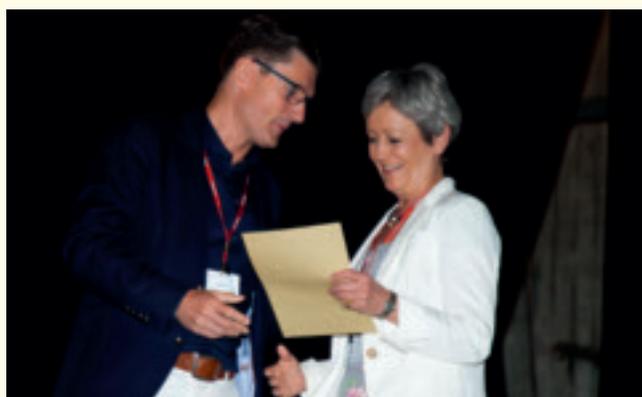
Die bewährte Mischung aus wissenschaftlichen Inhalten und Vermittlung von Standardwissen wurde beibehalten. Die diversen Arbeitsgruppen der SGGG gestalten jeweils im wissenschaftlichen Beirat die Hauptthemen. Bei insgesamt acht Hauptthemen, haben sich verschiedene Arbeitsgruppen gemeinsam um ein Thema gekümmert. Solche kombinierten Hauptthemen ermöglichten, Probleme von verschiedenen Seiten zu beleuchten. Wenn auch manchmal der Zeitrahmen knapp wurde, so hat die Konzentration auf Wesentliches dem Publikum wichtige Impulse geben können. Die Themen am SGGG-Kongress reichten von psychologischen Aspekten in der Kinderwunschbehandlung über Geburtshilfe und

Ultraschall bis zum Mammakarzinom. Ausländische Gastreferenten haben geholfen, den Horizont über die Landesgrenzen hinaus zu öffnen. Ergänzt wurden das Programm mit den Workshops und Kursen. Auch hier gab es einige „Klassiker“ wie Nahtkurse und Lapsim/Pelvitainer, die vor allem der Nachwuchsförderung dienen. Daneben ein bunter Strauss an Themen, die von den Referenten mit grossem Engagement organisiert und durchgeführt worden sind. Bewährt haben sich auch die Firmensymposien, die am Donnerstagmittag stattfanden und deren Thema von den jeweiligen Sponsoren zusammen mit den Referenten gewählt werden.

Die Lage der Vortragsräume bedingte jeweils einen Gang durch die Industrieausstellung. Dies ermöglichte Gespräche mit Kolleginnen und Kollegen, Erfrischung und Informationen über Neuerungen und kommende Trends, genauso wie den Austausch über Bewährtes. Wenn auch einigen der Weg durch die Ausstellung zu lang schien, so muss die Wichtigkeit der Partnerschaft mit den Vertretern der Industrie erwähnt sein. Diese Unterstützung ermöglicht es uns, den Kongress zu einem vernünftigen Preis anzubieten. Die gynécologie suisse schätzt diese Zusammenarbeit nach wie vor sehr.

Neben den Gesprächen an den Ausstellerständen und vor den Vortragssälen, war der Gesellschaftsabend am Donnerstag ein Höhepunkt. Wieder konnten wir im Lido einen Abend unter freiem Himmel verbringen. Untermalt von Musik, wurden beim Apéro die diversen Preisträger geehrt. Neben den Preisen für die Poster und freien Mittelungen, welche vom Präsidenten des wissenschaftlichen Beirates, Prof. Dr. Bruno Imthurn vergeben wurden, gab es die Spezialpreise für Video, den Urogynäkologiepreis und den Preis für das beste humanitäre Projekt. Der Bayer Gynäkologie Award konnte dieses Jahr erneut vergeben werden, was im vergangenen Jahr wegen mangelnder Eingaben nicht möglich war. 2015 wird der Preis nun zwischen Genf und Basel geteilt. Beide Arbeiten wurden





als qualitativ hochstehend und ebenbürtig erachtet, so dass beide Autorinnen mit je CHF 10'000 prämiert werden konnten.

Nach der Preisvergabe folgte ein reichhaltiges Buffet mit regionalen und mediterranen Spezialitäten. Von kalten Vorspeisen in raffinierter Kombination, über Pasta, Risotto und Fleisch, bis zu diversen Desserts, wurden alle Wünsche erfüllt. Der Gesellschaftsabend war so gut gebucht, dass einige erst nach 23:00 Uhr zur Disco eingelassen werden konnten. Begleitet von Musik der 60er Jahre und aktuellen Hitparadentiteln, wurde bis weit nach Mitternacht getanzt. Viele haben die Kalorien des Nachtessens so wohl mindestens teilweise wieder verbrannt.

Der Schlusstag galt neben drei weiteren Hauptthemen mit der Mitgliederversammlung wie jedes Jahr den Themen der Gesellschaft und wurde von Prof. Dr. Gabriel Schär geleitet. Neben Standardpunkten wie Bilanz, Budget und Revisionsbericht, waren Statuten-

änderungen zu beschliessen. Trotz engem Zeitrahmen gab es eine engagierte Diskussion und der Vorstand durfte von den Anwesenden einige Aufträge für das Jahr 2016 entgegen nehmen. Während seiner letzten Mitgliederversammlung als Präsident hat Professor Schär die Ehrenmitgliedschaft der gynécologie suisse an Dr. Christiane Roth vergeben und hat zwei langjährige Mitglieder des Vorstandes verabschiedet: Dr. Jaques Seydoux (in absentia) und Prof. David Stucki. Letzterer hat unter grossem Applaus dem scheidenden Präsidenten für seinen Einsatz gedankt.

Als Höhepunkt des letzten Tages gilt immer die, vom Präsidenten organisierte „Key Note Lecture“, die dieses Jahr von Milosz Matuschek gehalten wurde. Der 1980 in Polen geborene promovierte Jurist und Dozent an der Sorbonne hat die Anwesenden eine Stunde lang gefesselt. Mit teilweise (selbst)kritischer Ironie, hat er für die Anwesenden das Wesen der Generation Y seziert. Sein Vortrag – gespickt mit philosophischen Gedanken und Anspielungen – hat



bei Zuhörern aller Altersklassen immer wieder zu Lachern geführt. Im nächsten Augenblick wurde einem aber ein Spiegel so geschickt vorgehalten, dass man sich des Lachens reuig werden konnte. Von überhöhten Ansprüchen an die Welt bis zu hilflosen Versuchen romantischer Beziehungen, letzteres in Französisch, hat Milosz Matuschek seine Generation analysiert und sich selbst als wohl nicht typisches Mitglied der Generation Y entlarvt.



Bis zum letzten Schwerpunktthema am Freitagnachmittag, waren viele Zuhörer anwesend und haben so den Einsatz der Organisatoren und Referenten belohnt. Im Jahr 2016 wird der Kongress vom 22.–24. Juni in Interlaken stattfinden. Wir hoffen wieder auf perfektes Wetter und rege Teilnahme.

Dr. Thomas Eggimann, Generalsekretär gynecologie suisse

PREISTRÄGER 2015

Jahreskongress 24.–26. Juni 2015 LUGANO

Bayer Gynäkologie Award 2015

Der diesjährige Bayer-Preis für Gynäkologie wurde verliehen an: Dr. Gwendolin Marie Manegold-Brauer von der Frauenklinik des Universitätsospitals Basel für ihre Arbeit mit dem Titel „A prenatal prediction model for total nucleated cell count increases the efficacy of umbilical cord blood banking“ und an Dr. Manuela Undurraga Malinverno von der Universitätsfrauenklinik des HUG Genève für ihre Arbeit mit dem Titel „Randomized comparison of endocervical evaluation with the curette vs cytobrush for thr diagnosis of dysplasia of the uterine cervix“.



Prix Bayer Award Undurraga, M



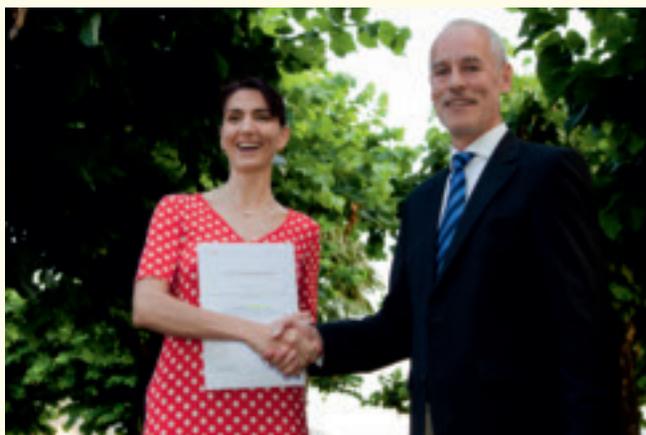
Prix Bayer Award Hösli, I, die den Preis für Manegold-Brauer G. entgegen nimmt

Preise – Freie Mitteilungen

1. Preis FM

Fetal Myelomeningocele Repair: Maternal and fetal Outcomes of the first 15 cases in Zurich

Ochsenbein-Kölble N., Moehrlen U., Krähenmann F., Hüsler M., Mazzone L., Casanova B., Meuli M., Zimmermann R.
Center for Fetal Diagnosis and Therapy, Zurich; Clinic of Obstetrics, University Hospital Zurich; Department of Pediatric Surgery, University Children's Hospital Zurich



1. Preis Freie Mitteilungen. Ochsenbein-Kölble, N.

2. Preis FM

Sequential Inflammatory Cascade and not Hematogenous Bacterial Infection leads from Periodontitis to Preterm Premature Rupture of Membranes

Mohr S., Amylidi S., Stadelmann P., Sculean A., Persson R., Eick S., Surbek D.
Departement of Obstetrics and Gynecology, University Women's Hospital; Department of Periodontology, School of Dentistry, University of Bern



2. Preis Freie Mitteilungen. Mohr, S.

3. Preis FM

A Bacterium strongly associated with human Miscarriages

Vasilevski S., Vouga M., Gyger J., Piersigilli A., Pilloux L., Stojanov M., Barnichon A.P., Baud D.
Materno-fetal and Obstetrics Research Unit, Department of Obstetrics and Gynecology, Maternity, University Hospital Lausanne



3. Preis Freie Mitteilungen.

AUG-Preise

Wissenschaftspreis für die beste Publikation im Bereich Urogynäkologie

Label-Free, Three-Dimensional Multiphoton Microscopy of the Connective Tissue in the Anterior Vaginal Wall

Sikora M., Scheiner D., Betschart C., Peruccini D., Mateos JM., di Natale A., Fink D., Maake C.

Preis für den besten Kongressbeitrag im Bereich Urogynäkologie

Anal Continence and Quality of Life following Obstetrical Anal Sphincter tear: A 12 Years Cohort study Follo-up

de Rham M., Achatri C., Meyer S., Lepigeon K., Hohlfeld P., Vial Y., Baud D.



Bronz C. nimmt den Wissenschaftspreis AUG für Sikora M. entgegen

Posterpreise

1. Posterpreis

Monochorionic Twins with Selective Growth

Restriction: Is the „Gratocos Classification“ Justified?

Baud D., Bolla D., Lepigeon K., Kuhn P., Vial Y., Raio L.
Swiss fetal laser group; Departments of Obstetrics and Gynecology of Bern; University of Lausanne



1. Posterpreis Raio, L.

2. Posterpreis

Itch and Hitch – Lichen Sclerosus is the Chameleon of Vulvar Disorders!

Knabben L., Krause E., Kuster M., Kuhn A., Mueller M.D.
Departement of Obstetrics and Gynaecology, University Hospital of Berne



2. Posterpreis Knabben, L.

3. Posterpreis

Neuroregenerative Functions of Transnasal Delivered Human Umbilical Cord Stem Cells in a Model of Preterm Hypoxic-Ischemic Brain Injury in Rats

Oppliger B., Jörger- Messerli M., Reinhart U., Schneider P., Schoeberlein A., Surbek D.
Departement of Obstetrics and Gynecology, and Department of Clinical Research, University of Bern, Graduate School for Cellular and Biomedical Sciences (GCB), University of Bern



3. Posterpreis Surbek, D.

Videopreise AGE

In-Morcellation during Laparoscopic Hysterectomy

Lange S., Alzuphar S., Dubuisson J., Petignat P., Pluchino N.
Gynecology and Obstetrics, Gynecologic Division, University
Hospital Geneva



1. Videopreis Lange, S.

Humanitäre Projekte

Surgical Treatment of Ebstretic Fistula and Prolapse in a Rural Hospital in Uganda: Bwindi Community Hospital (BCH)

Project management: PD Dr. med. Verena Geissbühler
Switzerland: V. Geissbühler, D. Hofstetter, R. Meyer, G. Amann
Uganda: M. Kayondo, J. Nkabulo, C. Masambu, H. Blix



Humanitäre Projekte Hess, Th.

ENDOCRINOLOGIE GYNÉCOLOGIQUE

Procréation médicalement assistée et endocrinologie gynécologique : expériences à Oxford

Après une année de préparation, le jour du départ est arrivé. Ma voiture chargée au maximum, le GPS indique un peu plus de 1000 km à parcourir depuis Lausanne jusqu'à Oxford. Le trajet se déroule sans accroc avec le sentiment de débiter une expérience unique et privilégiée ainsi que de retourner dans un pays où l'enseignement de la médecine est remarquable. Ces heures de route me permettent de me remémorer les raisons de ce départ. Durant un séjour Erasmus à l'Université de Bristol, l'occasion m'est donnée d'effectuer un stage en gynécologie-obstétrique qui m'a convaincu de me former dans cette discipline. J'y ai également découvert les techniques de procréation médicalement assistée (PMA) avec des pionniers de la discipline et depuis mon intérêt pour la PMA ne m'a jamais quitté. Cette expérience à Bristol m'a aussi fait découvrir la qualité de l'enseignement offerte au Royaume-Uni et la proximité qu'il est possible d'avoir avec les enseignants. Après avoir terminé mes études de médecine à Lausanne et une année de chirurgie générale à Fribourg, j'accomplis ma formation en gynécologie-obstétrique au CHUV avec le désir persistant d'acquérir la formation approfondie en médecine de la reproduction et endocrinologie gynécologique. Grâce au précieux soutien du CHUV et de mon département, l'opportunité m'est alors offerte de partir à l'étranger. Après plusieurs interviews, l'Université d'Oxford m'accepte pour la formation officielle du Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) d'une durée de deux ans. L'intérêt d'être à l'étranger est double : tout d'abord se former dans un centre de référence en étant exposé à un grand nombre de cas mais également acquérir des techniques que la loi sur la procréation médicalement assistée (LPMA) n'autorise pas en Suisse. En effet le diagnostic préimplantatoire (DPI), la congélation d'embryon, la mise en culture de plus de 3 embryons et le don ovocytes sont interdits dans notre pays. Les kilomètres avancent et l'arrivée en début de soirée à Oxford me permet de profiter des saveurs d'un restaurant indien. Le début d'une véritable aventure.

Le programme de formation du RCOG est clairement défini et consiste à accomplir différents modules qui couvrent tous les aspects de la formation approfondie. Un premier examen est prévu après la première année de formation afin de déterminer si le candidat progresse correctement dans sa formation. Un examen final a lieu à la fin de la deuxième année et permet en cas de réussite d'obtenir le titre de „RCOG specialist in reproductive medicine“. Plus spécifiquement à l'Université d'Oxford, les techniques de PMA (FIV, ICSI, etc.) sont enseignées dans un centre (Oxford



Dr Nicolas Vulliémoz

FMH Gynécologie-Obstétrique, Formation approfondie en médecine de la reproduction et endocrinologie gynécologique, Médecin associé, Responsable de l'Unité de Médecine de la Reproduction (UMR), CHUV, Lausanne

Fertility Unit) qui pratique environ 2000 cycles de FIV-ICSI/an ce qui permet une exposition à un nombre important de cas. Le DPI est autorisé au Royaume-Uni et j'ai eu la chance de coordonner cette activité durant mon séjour. La logistique est complexe et nécessite une organisation précise. La culture et la cryoconservation d'embryons ainsi que le don d'ovocytes se font de routine ce qui m'a également permis d'acquérir une expérience clinique précieuse. La pratique de ces techniques m'a clairement démontré le bénéfice apporté aux couples (offrir la possibilité d'éviter la transmission de maladie génétique grave, diminution du taux de grossesses multiples, éviter de se rendre à l'étranger pour un traitement interdit dans son pays d'origine). L'autorité qui régule la PMA s'appelle la Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA). Elle décrit de manière très précise et transparente la manière dont la PMA doit être pratiquée au Royaume-Uni (tant du point de vue clinique qu'éthique). Une solide connaissance de son fonctionnement est exigée. Un point fort d'Oxford est d'être un centre de référence national pour la prise en charge médicale et chirurgicale de l'endométriome. Ceci permet également d'offrir une formation solide en chirurgie laparoscopique. Il est possible de compléter certains modules dans des hôpitaux londoniens. Par exemple, j'ai eu le privilège d'accomplir l'entier du module ménopause et insuffisance ovarienne prématurationnée en participant à la consultation spécialisée de l'hôpital Chelsea & Westminster à Londres qui est une des consultations ménopause de référence au Royaume-Uni. J'ai depuis développé un intérêt particulier pour cette activité. Ce programme de formation permet d'accomplir les différents modules en ayant accès à des consultations très spécialisées où le nombre de cas vus est impressionnant.

Cette expérience est allée bien au-delà de l'aspect purement médical. La qualité de l'enseignement est exceptionnelle grâce à une casuistique importante mais également grâce à l'engagement des consultants (médecins cadres) qui sont particulièrement généreux de leur savoir. L'intégration a été immédiate et cet environnement favorable donne envie d'apprendre et de se dépasser. Le Royaume-Uni a une véritable tradition du teaching et pratique une médecine basée sur les preuves qui force constamment à remettre en question ses habitudes. Une question revient plusieurs fois par jour : what's the evidence? J'ai eu l'occasion de rencontrer des médecins hors norme tant du point de vue de leur extraordinaire compétence médicale que de leur personnalité riche et motivante.

Après presque 3 ans à Oxford et le titre de spécialiste en médecine de la reproduction en poche, il était temps de rentrer à Lausanne pour rejoindre l'Unité de Médecine de la Reproduction (UMR) du CHUV. Nous avons la chance de bénéficier en Suisse d'un excellent système de santé et je me réjouis de pouvoir développer à l'UMR une activité de PMA et d'endocrinologie gynécologique

performante. L'enseignement est primordial et je souhaite être le plus disponible possible pour transmettre l'expérience acquise à Oxford. Du point de vue de la PMA, l'introduction en Suisse des techniques telles que DPI et cryoconservation d'embryons va dépendre de modifications de la LPMA actuelle et les compétences obtenues dans ces domaines pourraient être précieuses. Le parlement suisse a élaboré un projet de modification de la LPMA pour permettre notamment le DPI, la congélation d'embryons et la mise en culture jusqu'à 12 embryons. Cette modification de la LPMA nécessite non seulement une modification de l'article 119 de la Constitution mais sa mise en application peut être soumise à un référendum. Le 14 juin 2015 le peuple suisse a largement accepté la modification de l'article 119 de la Constitution mais un référendum a été annoncé ce qui signifie que le peuple suisse devra très probablement voter à nouveau sur ce sujet. L'expérience médicale et humaine vécue à Oxford restera inoubliable et je souhaite pouvoir en faire bénéficier mes collègues et les patients qui nous consultent.

Neue Chefärztinnen und Chefarzte



Dr. med. Livia Küffner

Neue Chefärztin für Gynäkologie im Kantonsspital Uri

Dr. med. Livia Küffner wurde per 1. Juli 2015 zur Chefärztin Gynäkologie und Geburtshilfe des Kantonsspitals Uri gewählt. Die Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe verfügt über eine breite Ausbildung und über grosse Erfahrung in der Geburtshilfe – inklusive der Betreuung von Risikoschwangerschaften sowie Spontangeburt von Zwillingen und von Kindern aus Beckenendlagen. Die Gynäkologin ist zudem auf Brustkrebserkrankungen und gynäkologische Onkologie sowie auf minimal invasive Operationen spezialisiert.



Dr. med. Peter Toth

Neuer Leitender Arzt am Spital Heiden

Der Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden hat **Dr. med. Peter Toth** zum neuen Leitenden Arzt am Spital Heiden gewählt. Er hat die Stelle am 1. September angetreten und verstärkt damit das Ärztekader der Frauenklinik, das von der Chefärztin Dr. med. Monika Böhler geleitet wird. Der 57-jährige Peter Toth verfügt über langjährige Erfahrung im Bereich der operativen Gynäkologie, der operativen Endoskopie, der minimalinvasiven Chirurgie und der Ultraschalldiagnostik. Nach dem Abschluss seines Studiums 1983 an der Semmelweis Universität in Budapest arbeitete er dort bis 2005 als Assistenzarzt und Oberarzt an der Frauenklinik. Von 1991 bis 1993 bildete er sich an der University of Louisville, USA, im Bereich der reproduktiven Endokrinologie weiter. Von 2012 bis 2013 arbeitete Dr. Toth als Oberarzt im Spital Lachen, ab 2014 als Oberarzt im Gesundheitszentrum Ägerisee Zug sowie als Belegarzt im Spital Lachen und an der Hirslandenklinik in Cham.

Laparoskopische Uterusmorcellation

Laparoskopische Uterusmorcellation (Gewebezerkleinerung) – Stellungnahme durch Swissmedic in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft für Endoskopische Gynäkologie der SGGG (Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe)

Aufgrund der durch die US-amerikanische Gesundheitsbehörde FDA publizierten Sicherheitswarnungen vom 17.04.2014 und 24.11.2014 hinsichtlich der Durchführung der Laparoskopischen Uterusmorcellation (Gewebezerkleinerung) hat sich Swissmedic in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft für Endoskopische Gynäkologie der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) dazu entschlossen, eine Stellungnahme zu publizieren.

Die FDA hatte im April 2014 eine Empfehlung auf ihrer Homepage veröffentlicht, dass von der laparoskopischen Uterusmorcellation mit elektrisch betriebenen Morcellatoren (= power morcellation) während Hysterektomie und Myomektomie bei Myomen der Gebärmutter abgeraten wird [1]. Basierend auf aktuellen Recherchen der FDA, wurden eine Rate von 1:498 bei Leiomyosarkomen bei Patientinnen, die sich einer Hysterektomie oder Myomektomie wegen Gebärmuttermyomen unterziehen, und eine Rate von 1:352 für ein unvermutetes Uterussarkom angegeben. Die präoperative Diagnose von Leiomyosarkomen ist schwierig, weswegen eine Erkennung vor dem operativen Eingriff nicht sicher ist. Es wurde darauf hingewiesen, dass eine Korrelation zwischen Uterusmorcellation und einem erhöhten Risiko einer Streuung von Tumorzellen und einer Verschlechterung der Überlebenschance vorliegt.

In einer Aktualisierung der Empfehlungen der FDA vom 24.11.2014 [2] beschrieb die FDA neue Kontraindikationen für die Verwendung von Morcellatoren zur Myomektomie oder Hysterektomie der Gebärmutter bei bekannter oder möglicher Existenz von malignen Zellen sowie für bestimmte Populationen bei suspekten Myomen. Diese

Kontraindikationen sowie Warnhinweise, dass das Gebärmuttergewebe unentdeckte maligne Zellen enthalten kann, die während der Morcellation gestreut werden können, sollen durch Hersteller der Geräte in deren Gebrauchsanweisungen aufgenommen werden.

Auf Basis vorhandener Literatur sowie Stellungnahmen durch verschiedene Fachgesellschaften (AAGL [3], BSGE [4], ESGE [5]) und Europäische Behörden (BfArM [6], ANSM [7]) geben Swissmedic und die Arbeitsgruppe für Endoskopie der SGGG folgende Erklärung ab:

Eine intra-abdominale Morcellation eines unvermuteten Leiomyosarkoms korreliert mit einer erhöhten Rezidivrate und möglicherweise einer verschlechterten Prognose. Aufgrund nur weniger vorhandener Studien ist der tatsächliche Einfluss der Morcellation auf die Überlebensrate der Patienten jedoch nicht bestimmbar [8]. Das minimalinvasive chirurgische Verfahren bei Hysterektomie und Myomektomie bietet gegenüber herkömmlichen Verfahren Vorteile; es vermeidet ernsthafte postoperative Komplikationen (wie zum Beispiel grössere Blutverluste, Bluttransfusionen, pulmonale Komplikationen, Infektionen, Thrombosen) in höherem Masse als andere Verfahren sowie eine niedrigere Morbidität [9]. Daher sind Swissmedic und die AGE der SGGG der Ansicht, dass zum jetzigen Zeitpunkt ein Verbot der laparoskopischen Uterusmorcellation während Hysterektomie und Myomektomie bei Myomen der Gebärmutter nicht gerechtfertigt ist und empfehlen daher:

1. Die Notwendigkeit einer laparoskopischen Uterusmorcellation soll fallspezifisch durch Risikostratifikation soweit als möglich abgeklärt werden (eingehende Anamnese; klinische Untersuchung; transvaginaler Ultraschall, ggf. Doppler mit Beurteilung der Vaskularisation; Zytologie zum Ausschluss einer Zervixpathologie; Abklärung des Endometri-

ums bei Symptomatik oder bildgebender Auffälligkeit; ein MRT/PET/CT ist im Einzelfall möglicherweise hilfreich).

2. Die Indikationsstellung einer Morcellation in der Postmenopause muss kritisch gestellt werden. Die Morcellation ist bei Vorliegen von bösartigem oder verdächtigem Gewebe kontraindiziert. Sie ist ebenfalls kontraindiziert bei anamnestischer oder hereditärer Risikosituation.
3. Patientinnen sollen über vorliegende Risiken der Anwendung der Uterusmorcellation (im Besonderen mögliche Tumorzellstreuung, Verschleppung der histopathologischen Begutachtung) präoperativ informiert werden.
4. Die Sicherheit einer vaginalen Uterusmorcellation bei totaler laparoskopischer Hysterektomie kann durch die Verwendung eines Sacks erhöht werden [10].
5. Weitere Studien sind notwendig, um eine konkrete Aussage über das Nutzen-Risiko-Verhältnis der laparoskopischen Uterusmorcellation machen zu können.

Wir empfehlen Patientinnen, sich mit Fragen an ihre behandelnde Ärztin oder ihren behandelnden Arzt zu wenden sowie Anwenderinnen und Anwendern, bei Fragen zur medizinischen Einschätzung und zum ärztlichen Vorgehen die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) zu kontaktieren.

Literatur

1. <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm393689.htm>.
2. <http://www.fda.gov/MedicalDevices/Safety/AlertsandNotices/ucm424443.htm>.
3. <https://www.aagl.org/aaglnews/aagl-statement-to-the-fda-on-power-morcellation/>.
4. <http://bsge.org.uk/newsFull.php?id=75&start=0>.
5. <http://www.esge.org/article/218-statement-on-morcellation>.
6. http://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Medizinprodukte/DE/laparoskopische_Morcellatoren.html.
7. <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Morcellement-par-caelioscopie-pour-une-ablation-chirurgicale-de-fibromes-uterins-Recommandations-de-l-ANSM-Point-d-Information>.
8. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0090825814014747>.
9. <https://www.aagl.org/aaglnews/aagl-statement-to-the-fda-on-power-morcellation/>.
10. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937814022509>.

Der Uterusmanipulator: Neue Version für Zervix-Neoplasien und die subtotale Hysterektomie

Die laparoskopische Hysterektomie ist durch die Verwendung von Manipulatoren wesentlich einfacher und sicherer geworden.

Das von uns entwickelte Modell ermöglicht durch sein Design eine sichere intrafasziale und atraumatische laparoskopische Hysterektomie (TAIL™ Hysterektomie; total atraumatic intrafascial laparoscopic hysterectomy).

Im Vergleich zur traditionellen Hysterektomie-Technik erwies sich die von uns mit Hilfe des Hohlmanipulators durchgeführte Hysterektomie bei über 1400 Patientinnen als sicherer und komplikationsärmer. Dies gilt insbesondere auch für den Vergleich mit der vaginalen Hysterektomie (Hohl, M.K, Hauser, N. Safe total intra fascial laparoscopy TAIL™ hysterectomy. Gynaekol. Surg. 2010; 7:231–239) Inzwischen hat sich dieses Modell auch international in der gynäkologischen Praxis durchgesetzt.

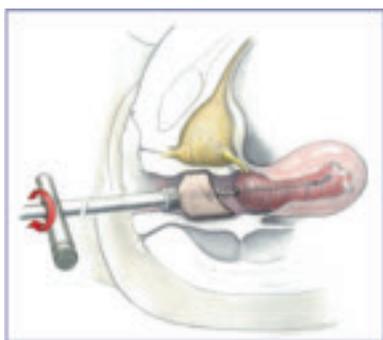


Abb. 1. Der Hohl-Manipulator wird mittels schneckenförmigem Gewinde fest in die Zervix geschraubt

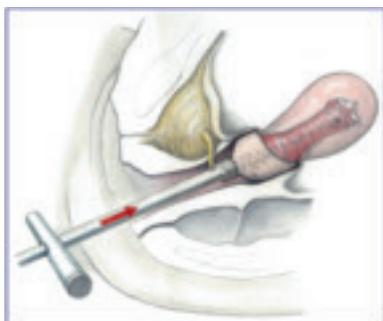


Abb. 2. Durch Anspannung des Uterus „distanzieren“ von Blase und Ureter; das Gewebe wird unter Spannung gesetzt

Im Gegensatz zu anderen Manipulatoren dient dieser nicht nur zur Bewegung des Uterus sondern auch als eigentliche Operationsplattform auf welcher alle potenziell gefährlichen Operationsschritte (Koagulation und Durchtrennung der Uteringefässe, Ablösung der Ligamente und Durchtrennung der Vagina) in sicherer Distanz zu gefährdeten Nachbarstrukturen wie Blase und Ureter) erfolgen.

Neues Modell für Zervixneoplasien und die subtotale Hysterektomie

Bei intraepithelialen Neoplasien (CIN II, III) und beim invasiven Zervixkarzinom könnte das Einschrauben des spiralförmigen Gewindes in die Endo-Zervix die histologische Aufarbeitung durch Zerstörung der Strukturen erschweren. Auch beim neuen Modell werden Portio-Kappe, Manipulator-Stab und Handstück wie beim Stan-

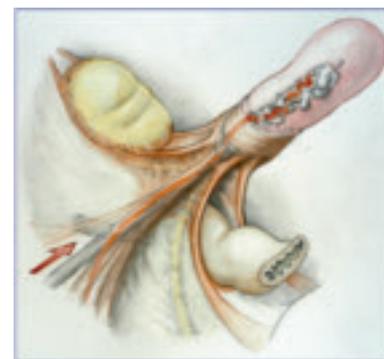


Abb. 3. Bikoagulation der Uteringefässe auf der Kante der Portio-Kappe in weiter Distanz zu Ureter und Blase



Abb. 4. Intrafasziales Absetzen der Ligamente und Vagina direkt auf der Kante der Portiokappe.

Abb. 5. Das Modell mit Fixierung der Zervix durch Kompression von aussen und Extensionsstück aus Kunststoff.



Kernaussagen

- Der klassische Hohlmanipulator erleichtert die Durchführung einer atraumatischen intra-fascialen Hysterektomie.
- Die neue Version ermöglicht nun auch den Einsatz bei CIN und dem invasiven Cervixkarzinom, da durch die Kompression der Cervix von aussen eine Traumatisierung des Gewebes vermieden wird.
- Durch die Verwendung kurzer, mit Kunststoff bezogener Extensionsstücke, kann der Uterus auch bei der subtotalen Hysterektomie sicher laparoskopisch von der Zervix mittels Elektroschlinge abgesetzt werden.

dardmodell angewendet. Anders hingegen ist das Fixationssystem. Hier erfolgt die Fixation an der Zervix ähnlich einer Kugelzange von aussen. So gelingt es auch hier eine feste und sichere Verbindung zwischen Manipulator und dem Uterus herzustellen ohne dass das Zervix-Gewebe traumatisiert wird oder die onkologischen Prinzipien zu verletzen (keine Einschrauben ins Tumorgewebe). Atraumatische kurze Einsätze (in verschiedenen Längen) verhindern zudem eine Perforation des Uterus.

Subtotale Hysterektomie

Auch bei der subtotalen Hysterektomie erleichtert das neue Modell die Operation. In diesen Fällen ist es dank den mit Kunststoff überzogenen kürzeren oder längeren Extensionsstücken möglich, den Uterus sicher mit einer Elektroschlinge von der Zervix abzutrennen.

Autologer Lipotransfer

„Lipofilling“ – eine Methode zur Brustrekonstruktion in ausgewählten Situationen

Neue Methoden für Brustrekonstruktion, insbesondere zur Korrektur von Defekten nach operativen Eingriffen, haben sich etabliert und können zu erfolgreichen stabilen Langzeitergebnissen führen. Als eine mögliche Methode kann die Rekonstruktion mit autologem Fettgewebe (Lipofilling) angeboten werden. Die Technik der Fettzell-Gewinnung und des gezielten portionierten Transfers ist entscheidend für den initialen und langfristigen Erfolg.

Lipofilling – der autologe Lipotransfer

Der autologe Lipotransfer in die Brust beinhaltet die freie Transplantation von körpereigenem Fett von einer Spenderregion in die Brust. Die Fettgewinnung erfolgt mittels minimal-invasiver Lipoaspiration in der Spenderregion (z.B. Abdomen, Hüfte, Oberschenkel). Das Aspirat wird in einem Prozessierungsverfahren (Sedimentation, Zentrifugation und/oder Filtration) für die sofortige Transplantation vorbereitet. Welches Verfahren zur Gewinnung der Adipozyten für die Re-Injektion am besten geeignet ist, kann zur Zeit noch nicht abschliessend beantwortet werden.

Der Transfer in die Brust erfolgt mittels Injektionskanülen in kleinsten Portionen in das Subkutangewebe oder subglandulär. Das Transplantat erzielt eine Steigerung des Volumens und aktiviert regenerative Mechanismen, die zur Verbesserung der Durchblutung und Förderung der Geweberegeneration beitragen.

Diese Methode eignet sich in ausgewählten Situationen zur Korrektur von angeborenen Kontur-, Volumen- und Formdefekten. Postoperative Defekte nach Brustoperationen können mit der Methode der Eigenfett-Transplantation korrigiert werden.

Anwendung der Technik und Indikationen

Der autologe Lipotransfer kann in der rekonstruktiven Brustchirurgie eingesetzt werden. Als Vorbereitung bei geplanten Rekonstruktionen mittels Implantatchirurgie oder Lappenplastiken eignet er sich zur Verbesserung des Weichteilmantels, zur Optimierung der Kontur oder zur Förderung der Hautperfusion. Das primäre Ziel ist die Korrektur eines Weichteil-Substanzdefekts. Die vorhandene regenerative Eigenschaft autologer Fettgewebstransplantate kann jedoch auch bei vorhandenen Hautschädigungen (z.B. nach Radiotherapie, bei chronischen Wunden und schmerzhaften Narben) therapeutisch eingesetzt werden (Abb. 1).

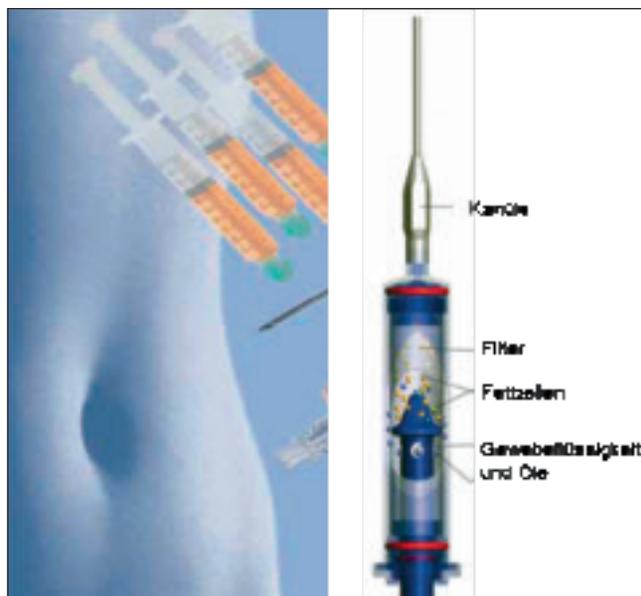


Abb. 1. Schonende Gewinnung von Fettzellen über Filtration als Alternative zur Zentrifugation mit niedrigen Geschwindigkeiten. Die prä- und intraoperative Planung an der Empfänger- und der Spenderregion ist neben der korrekten Anwendung der Methode des Lipotransfers für den Ergebnisfolg entscheidend. Die Fettzellen werden gewonnen, aufgearbeitet und danach direkt in die Brust transplantiert.

Tab. 1. Empfehlungen und Evidenzgrade für den Einsatz des Lipofillings

Indikation	Level of Evidence, Empfehlungsgrad
Lipofilling nach Implantat-basierter Rekonstruktion	LoE 2a, B, +
Lipofilling nach brusterhaltender Therapie	LoE 4, D, +/-
Mit Stammzellen angereicherte autologe Fettgewebstransplantation	LoE 5, D, -

Lipofilling zur Brustrekonstruktion nach Tumor-chirurgie

In der Fachliteratur liegen über 300 peer-reviewed Artikel zum autologen Lipotransfer in verschiedenen Indikationsstellungen bei Brusterkrankungen und Brustveränderungen vor. Betreffend der Sicherheit der Methode des autologen Lipotransfers gibt es bis heute keine abschließenden Studienergebnisse und entsprechend keine definitiven Empfehlungen der verschiedenen nationalen und internationalen Fachgesellschaften und Arbeitsgruppen. Aktuelle Fragestellungen betreffen das Rezidivrisiko nach autologem Lipotransfer bei vorangegangener Mammakarzinomkrankung oder die Beeinflussung der Brustbeurteilbarkeit in der Nachsorge.

Die „Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie“ aus Deutschland hat 2015 eine aktualisierte Empfehlung veröffentlicht. Die Evidenzgrade der Methodik haben sich für verschiedene Indikationen verbessert. Es werden folgende Empfehlungen abgegeben: (Tabelle 1).

Kontraindikationen für den Einsatz der Methode sind:

- Aktuelle Therapie eines Mammakarzinoms (d.h. kein Primäraufbau)
- Therapie eines Mammakarzinoms < 1 (<3) Jahr(e) abgeschlossen
- Nachgewiesene Genmutation (BRCA1/2)
- Bekannte Autoimmunerkrankungen
- Unrealistische Erwartungen der Patientin
- Schwangerschaft und Stillzeit

Auch die aktualisierten Empfehlungen der „Arbeitsgemeinschaft für ästhetische, plastische und wiederherstellende Operationsverfahren in der Gynäkologie (AWOGyn)“ können herangezogen werden. Unter folgendem Link sind die entsprechenden Anforderungen, Indikationen und Kontraindikationen sowie die Empfehlungen zur Dokumentation und die auf der verfügbaren Literatur basierenden Empfehlungsgrade abrufbar: http://www.awogyn.de/fileadmin/downloads/Publikationen/Lipofilling_Empfehlung_AWOGyn.pdf.

Wann kann ein Lipofilling angeboten werden

Rekonstruktion der Mamma nach Mastektomie (ohne Lappen und ohne Implantat)

Als alleinige Rekonstruktionsmethode ist der Lipotransfer weder primär noch sekundär nach einer Mastektomie geeignet. In Ausnahmesituationen, bei Vorliegen von Kontraindikationen für eine sekundäre Brustrekonstruktion mittels Implantatchirurgie oder Verwendung von gestielten oder freien Lappenplastik-Techniken, kann die Methode unter Beachtung der oben genannten Kontraindikationen für den autologen Lipotransfer in Betracht gezogen werden. Als ergänzende Rekonstruktionsmethode nach Mastektomie ist der autologe Lipotransfer jedoch ein optimales Verfahren und kann vorgängig, während oder im Anschluss an eine sekundäre Brustrekonstruktion unter Verwendung von Fremd- oder Eigengewebe eingesetzt werden. Die oben genannten Kontraindikationen für den autologen Lipotransfer müssen jedoch beachtet werden.

Rekonstruktion der Mamma nach brusterhaltender Therapie

Als alleinige Methode zur Korrektur von entstandenen Defekten und Narben nach brusterhaltender Operation und konsekutiver Radiatio der Brust bietet der autologe Lipotransfer nach Abschluss der onkologischen Therapie (>3 Jahre nach Primäroperation) eine Option für Korrekturingriffe, wie z.B. Symmetrieausgleich oder Korrektur von Narben- und Weichteildefekten. Die oben genannten Kontraindikationen für den autologen Lipotransfer sollen beachtet werden und die Patientin muss eine entsprechende onkologische Risikoaufklärung über die aktuelle Studienlage erhalten.

Korrektur von kongenitalen, krankheitsbedingten oder posttraumatischen Substanzdefekten der Mamma

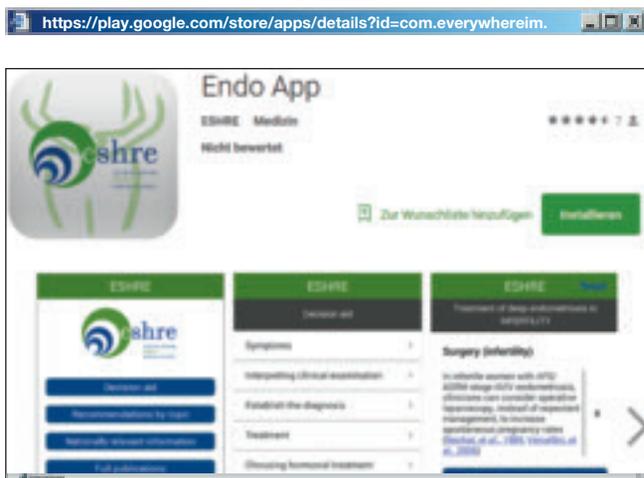
Auch zur Korrektur von kongenitalen, krankheitsbedingten oder posttraumatischen Substanzdefekten der Mamma bietet der autologe Lipotransfer eine Option.

Anwendung des Lipotransfers aufgrund des regenerativen Potentials des Transplantats

Der autologe Lipotransfer bietet aufgrund der vorhandenen regenerativen Eigenschaften autologer Fettgewebs-transplantate auch bei vorhandenen Hautschädigungen (z.B. nach Radiotherapie, bei chronischen Wunden oder schmerzhaften Narben) eine therapeutische Option. Insbesondere als vorbereitende Massnahme vor einer Sekundärrekonstruktion kann der autologe Lipotransfer bei vorhandenem Radioderm in Betracht gezogen werden. Hierbei handelt es sich nicht um „ästhetisch-rekonstruktive“ Behandlungen, sondern um komplexe Behandlungsfälle, für die bis dato Therapieoptionen fehlen oder unzureichend sind. Das Lipofilling kann in diesen komplexen Situationen einen Lösungsansatz bieten und zu einer Linderung der doch teilweise starken Schmerzen und Einschränkungen führen.

Literatur

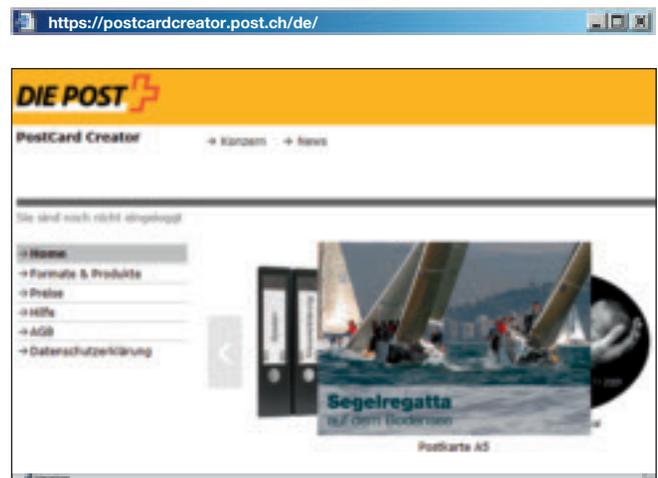
Die verfügbare Literatur liegt den Autoren vor und kann angefordert werden.



Endo APP

Die European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) hat diese App erarbeitet um eine einfache und effiziente Umsetzung ihrer Leitlinie „Management von Frauen mit Endometriose“ in der klinischen Praxis zu unterstützen. Die App enthält die vollständige Leitlinie und zusätzlich eine Entscheidungshilfe, welche die verschiedenen Symptome auflistet und am Ende dem Kliniker beim Einführen einer medizinischen Therapie oder Indikation zur Chirurgie helfen soll.

m.m.



PostCard Creator

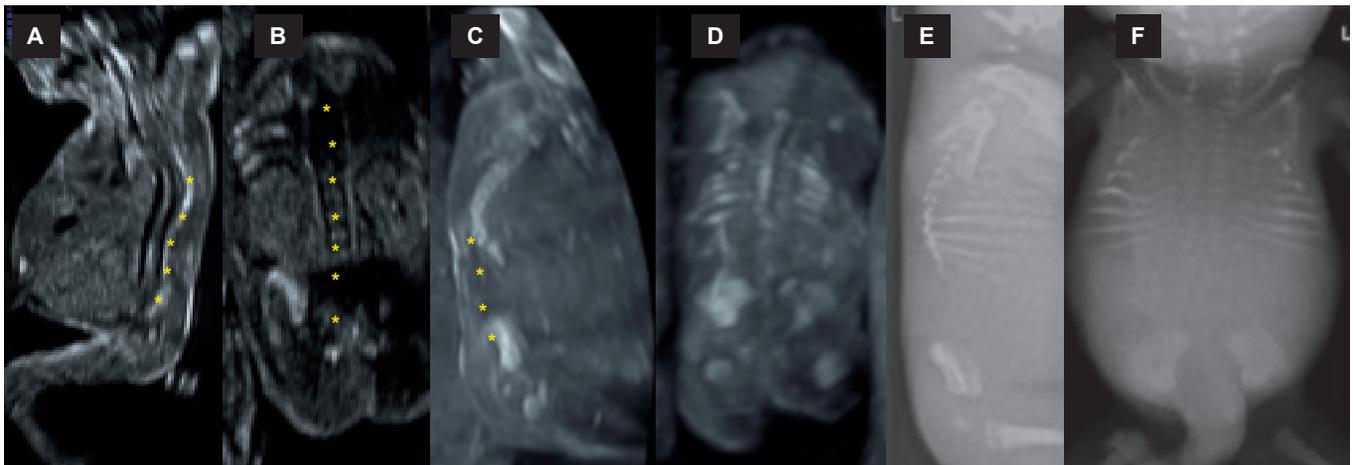
Mit PostCard Creator können Sie online Postkarten in verschiedenen Grössen erstellen und verschicken. PostCard Creator gibt es auch als App, so dass Sie die Bilder, welche Sie mit Ihrem Handy aufgenommen haben, direkt als Postkarte verschicken können. Pro 24 Stunden ist eine Postkarte kostenlos. Wer mehr als eine Karte pro Tag verschicken möchte muss diese bezahlen. Die Kosten variieren je nach Grösse und Menge der verschickten Karten.

m.m.



Prof. Luigi Raio
 Universitätsklinik für Frauenheilkunde
 Inselspital Bern

Diaphanospondylodysostosis



Fall 2/15: Das markanteste an diesem Fall war neben den klaren Hinweisen einer Thoraxdysplasie die kaum darstellbaren Wirbelkörper (Bild A und B; mit «*» markiert) mit davor 2 hypoechogenen Bänder, eines die Aorta und das zweite das Rückenmark! Bild C und D sind im 3D-Skelettmodus angefertigt. Kurzer, gedrungener Thorax mit Skoliose. Die Wirbelkörper sind auch hier und v.a. lumbosacral kaum darstellbar; dysplastisches Becken. Bilder E und F: Röntgenaufnahmen nach Abbruch der Schwangerschaft. Schwere Hypomineralisierung der Knochen und insbesondere der Wirbelkörper mit dysplastischem Thorax und Becken.

Sehr seltene Fehlbildung (<1/1 000 000). Auf dem Bild fällt eine Disproportion zwischen Kopf und Thorax/Abdomen auf bzw. der Rumpf wirkt kurz im Verhältnis zur Schädelsteisslänge. Der Femur ist normal lang und die Knochenstruktur unauffällig. Eine klassische Skelettdysplasie wie z.B. ein Kind mit thanatophorem Zwergwuchs oder andere Fehlbildungen aus dem Formenkreis der asphyxierenden Thoraxdysplasien scheint unwahrscheinlich zu sein. Erst einige Wochen später hat sich die Wirbelsäulenproblematik so richtig präsentiert und die Diagnose konnte erst postnatal vermutet werden. (siehe Bilderserie mit Kommentar).

Es liegt hier am ehesten eine Skelettdysplasie vor welche als Diaphanospondylodysostosis bezeichnet wird. Diese ist sehr selten und wurde bis anhin lediglich etwa 10mal gestellt. Charakteristisch sind eine fehlende Ossifikation der Wirbelkörper und des Sacrums zusammen mit ver-

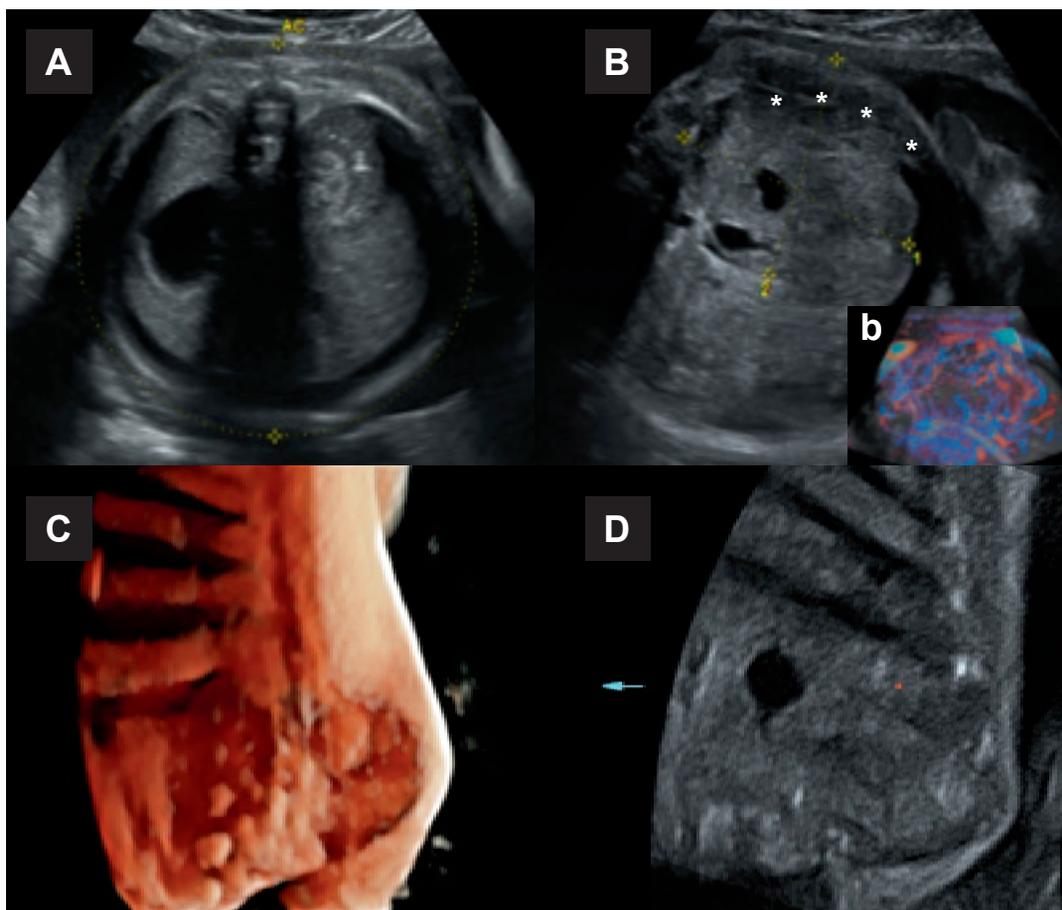
schiedenen anderen Fehlbildungen wie zum Beispiel kurzer Hals, kurzer Thorax bedingt durch fehlende Rippen und enges Becken. Gelegentlich ist die Dysostose assoziiert mit einer Myelomeningocele, dysplastische Nieren und Gaumenspalte. Die Kinder sterben oft intrauterin oder postnatal an einer Lungenhypoplasie. Das Krankheitsbild wird autosomal rezessiv vererbt und ist verursacht durch Mutationen im BMPER Gen. Differentialdiagnostisch.

muss das dominant vererbte Curarino-Syndrom und das kaudale Regressionssyndrom (Sakralagenesie) abgegrenzt werden. Das Paar hat sich nach ausführlicher humangenetischer Beratung und in Anbetracht der infausten Prognose für das Kind zu einem Abbruch der Schwangerschaft entschlossen. Spezielle genetische Untersuchungen um diese Mutation zu beweisen sind im Gange. DNA wurde in ein externes Labor in Spanien geschickt.

Frauenheilkunde-aktuell im Internet ...

The image shows a screenshot of a web browser displaying the website www.frauenheilkunde-aktuell.ch. The browser's address bar shows the URL and a search icon. The website's header features the logo "FHA Frauenheilkunde aktuell" and the title "das Fachmagazin". Below the header, there are navigation tabs: "Suchen", "Für Sie kommentiert", "Wussten Sie schon", "Im Dialog", and "Weitere Themen". The main content area includes a search bar, a "Home" link, and a sidebar with categories like "Herausgeber", "News", "Fachmagazin", "Videos", "Sitemap", and "Kontakte". The central content area displays a featured article titled "Menopause - Up-To-Date" with a photo of birch trees. To the right, there are several magazine covers, including one titled "Hautverschönerung". The footer of the website contains the text "Daten Fakten Analysen" and a decorative graphic of a book.

Was ist das?



Fall 3/15: Bild A: Abdomenquerschnitt mit darstellbarem Aszites. Auffällige Struktur mit echogenen Spots links dorsal. Bild B: Raumforderung kaudal der Leber mit Verdrängung des Bauchinhaltes und «Infiltration» Richtung Bauchwand (*). Bild b: bizarres Durchblutungsmuster in der Raumforderung (3D Angio). Bild C und D: Vorwölbung der Haut oberhalb des Tumors im 3D Oberflächenmodus.

32jährige Patientin G5 P1 Zuweisung in der 30. Woche mit nichtimmunologischem Hydrops fetalis (Aszites, subcutanes Oedem, Pleuraerguss, Polihydramnion und dicke Plazenta). Feto-plazentare Doppler bei Erstbeurteilung normal, keine Hinweise auf eine Anämie, keine Infekte. Einige Tage später wird intraabdominal links ein reichlich vaskularisierter Tumor nachweisbar welcher sich Richtung Subcutis ausdehnt. An was denken Sie?

Antworten an info@frauenklinik-aktuell.ch



Curriculum Vitae

Name, Vorname: David Ehm

Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe FMH,
spez. operative Gynäkologie und Geburtshilfe

Ausbildung

1985	Eidgenössisches Staatsexamen in Medizin Universität Bern.
1986	Fliegerärztliches Institut, Dübendorf (Dr. A. Gubser).
1987	Dissertation an der Universitätsfrauenklinik Bern „Über den Stand der Brustselbstuntersuchung im Kanton Bern“ (Unter der Leitung von Prof. H. Schneider/PD Dr. U. Herrmann). Gynäkologie und Geburtshilfe Regionalspital Burgdorf (Dr. R. Streit).

1987–1988	Pathologie Kantonsspital Luzern (Prof. Dr. J. A. Laissue).
1989–1990	Gynäkologie und Geburtshilfe Spitalzentrum Biel (Prof. Dr. U. Herrmann sen./PD Dr. U. Herrmann)
1991–1992	Gynäkologie und Geburtshilfe Elim Hospital, Northern Transvaal Republik Südafrika (Dr. P. H. Jaques).
1993	Gynäkologie und Geburtshilfe Spitalzentrum Biel (PD Dr. U. Herrmann).
1994–1996	Gynäkologie und Geburtshilfe Spitalzentrum Biel (Prof. Dr. U. Herrmann, jun) als Oberarzt und ab 1996 als Oberarzt I.
1997	Januar bis August: Praxisvertretung bei Dr. J. J. Marti, médecin adjoint, Frauenklinik Spitalzentrum Biel & bei Dr. U. Eggimann, Leitender Arzt, Frauenklinik Regionalspital Biel.
1997	Übernahme der Praxis von Dr. H. K. Beutler, seither Praxistätigkeit und Belegarztstätigkeit am Salem Spital in Bern.
2012	Präsident des GynäkologInnenkollegiums Bern.
2013	Vizepräsident der gynécologie suisse (SGGG).
2014	Vertreter der SGGG in der Plenarversammlung der fmCh. Mitglied der Qualitätssicherungskommission der gynécologie suisse/SGGG.
2015	Präsident der gynécologie suisse (SGGG).

Fragebogen

Wo möchten Sie leben?

Früher wollte ich möglichst im Süden leben, das warme Klima möglichst am Wasser behagt mir. Je älter ich werde desto besser gefällt es mir in der Schweiz.

Welchen Fehler entschuldigen Sie am ehesten?

Im Prinzip entschuldige ich generell Fehler ausser Fehler aus Gedankenlosigkeit. Ich finde ein guter Umgang mit Fehlern, eine gute Fehlerkultur ist für uns Alle sehr wichtig.

Welche Eigenschaften schätzen Sie bei einer Frau am meisten?

Ehrlichkeit, Grosszügigkeit, Respekt und Verlässlichkeit.

Welche Eigenschaften schätzen Sie bei einem Mann am meisten?

Ehrlichkeit, Grosszügigkeit, Respekt und Verlässlichkeit.

Ihre Lieblingstugend?

Kluge Besonnenheit gepaart mit Einfühlungsvermögen.

Ihre Lieblingsbeschäftigung?

Mountainbiking auf Goosberry Mesa, Utah, USA.

Wer oder was hätten Sie sein mögen?

Leonardo da Vinci.

Ihr Hauptcharakterzug?

Optimistische Ausdauer.

Was schätzen Sie bei Ihren Freunden am meisten?

Respekt und vertrauensvolle Einfühlsamkeit in schwierigen, einsamen Zeiten.

Wer war ihr wichtigster Lehrer?

Prof. J.A. Laissue, er hat mir als Pathologe das klinische Denken beigebracht.

Prof. U. Herrmann, er hat mir mit seinem grossen, fundierten Wissen und seinem noch grösseren Herz die Geburtshilfe und Gynäkologie beigebracht.

Welcher Teil der Arbeit bringt Ihnen am meisten Freude?

Die tägliche Arbeit mit so viel so verschiedenen Patientinnen die mich immer wieder herausfordern und in Erstaunen versetzen.

Worüber können Sie lachen?

Situationskomik.

Ihr grösster Fehler?

Meine unüberlegte Impulsivität – ich arbeite daran und werde immer besser...

Was verabscheuen Sie am meisten?

Unmenschlichkeit und Boshaftigkeit.

Was halten Sie für den grössten Fortschritt in der Frauenheilkunde?

Der moderne Ultraschall, die operative Laparoskopie und die moderne Antikonzeption.

Welches Problem in der Frauenheilkunde halten Sie für besonders lösungsbedürftig?

Die offenen Fragen um die Sectiofrequenz und deren Konsequenzen.

Welches Buch halten Sie für besonders lesenswert?

The Emperor of All Maladies: A Biography of Cancer von Siddharta Mukherjee.

Welche aktuelle Forschungsprojekt würden Sie unterstützen?

Jegliche Forschung im Gebiet der Kontrazeption, da die exponentielle Bevölkerungsentwicklung unser grösstes ungelöstes Problem darstellt.

Gibt es eine wesentliche Entscheidung in ihrem medizinischen Leben, die Sie heute anders treffen würden?
Nein, aber bei den weniger Wesentlichen hätte ich da schon Einige...

Welches ist ihr bisher nicht verwirklichtes Ziel / Ambition?
Eine Landroverexpedition von Algier bis Kapstadt.

Welchen Rat würden Sie einer jungen Kollegin geben?
Der Patientin immer gut zuhören ist das Wichtigste überhaupt, dann konzentriertes Beobachten und aus „Fehlern“/Fehleinschätzungen zu lernen versuchen.

Welche natürliche Begabung möchten Sie besitzen?
Ein rasches analytisches Denkvermögen.

Wen oder was bewundern Sie am meisten?
Umsichtiges überlegtes und respektvolles Verhalten in allen Lebenslagen.

Ihre gegenwärtige Geistesverfassung?
Euthym.

Ihr Motto?
Eine Reise von tausend Meilen beginnt mit dem ersten Schritt.

Was treibt Sie an?
Freude und Erfolg.

Wie können Sie am besten entspannen?
Beim Mountainbiken in freier Natur.

Verhütung mit dem kleinsten Intrauterinsystem

Zufriedene Anwenderinnen mit Jaydess®

Das kleinste Intrauterinsystem (IUS) Jaydess® zeichnet sich dadurch aus, dass es lediglich 13,5 mg Levonorgestrel enthält.¹ Bei einer aktuellen Studie wurden Daten zur Fortsetzungsrate und zur Zufriedenheit von Jaydess® im Vergleich mit einem kombinierten oralen Kontrazeptivum erhoben.² Weiter zeigte sich im Rahmen des CHOICE Projektes, dass gut informierte Frauen bevorzugt ein Intrauterinsystem als Langzeitverhütungsmethode wählen und damit auch zufrieden sind.^{8,9}

Das Gestagen-abgebende Intrauterinsystem (IUS) Jaydess® zeichnet sich dadurch aus, dass es lediglich 13,5 mg Levonorgestrel (LNG) enthält.¹ Dadurch wird die systemische Gestagenbelastung deutlich reduziert: Die Abgaberate beträgt durchschnittlich 6 µg pro Tag über drei Jahre.¹ Im Gegensatz zur Pille oder dem Vaginalring wirkt Jaydess® überwiegend lokal.^{1,3,4} Die maximale Serumkonzentration ist bei Jaydess®-Anwenderinnen innerhalb von 14 Tagen erreicht, beträgt durchschnittlich 162 pg/ml LNG (Messwert nach 7 Tagen) und geht danach stetig zurück.¹ Bei Pillen- oder Vaginalring-Anwenderinnen

wurden in anderen Studien Gestagen-Serumkonzentrationen von 3000 pg/ml (LNG) resp. 1700 pg/ml (Etonogestrel) gemessen.^{3,4} Ein weiterer Vorteil von Jaydess® ist, dass der natürliche Zyklus der Frau weitgehend erhalten bleibt.¹ So findet weiterhin bei den meisten Frauen ein Eisprung statt und die körpereigene Östrogenproduktion wird nicht unterdrückt.¹ Zusätzlich bewirkt Jaydess®, dass die Blutungen im Anwendungsverlauf meist leichter, kürzer und weniger schmerzhaft werden.^{1,5,6} Die kontrazeptive Wirkung ist für bis zu 3 Jahre indiziert.¹

Hohe Fortsetzungsrate mit Jaydess® im Vergleich zu oralem Kontrazeptivum

Aus einer multizentrischen, randomisierten Profiling-Studie liegen aktuelle Daten zum Vergleich von Jaydess® mit einem kombinierten oralen Kontrazeptivum (KOK)* vor.² Insgesamt wurden 560 Frauen im mittleren Alter von knapp 24 Jahren zum IUS oder dem KOK randomisiert. 77,4% bzw. 73,3% der Teilneh-

*30µg Ethinylöstradiol / 3mg Drospirenon

Abb. 1. Blutungs- und Spottingtage unter Jaydess® und dem kombinierten oralen Kontrazeptivum (30µg Ethinylöstradiol / 3mg Drospirenon).⁷

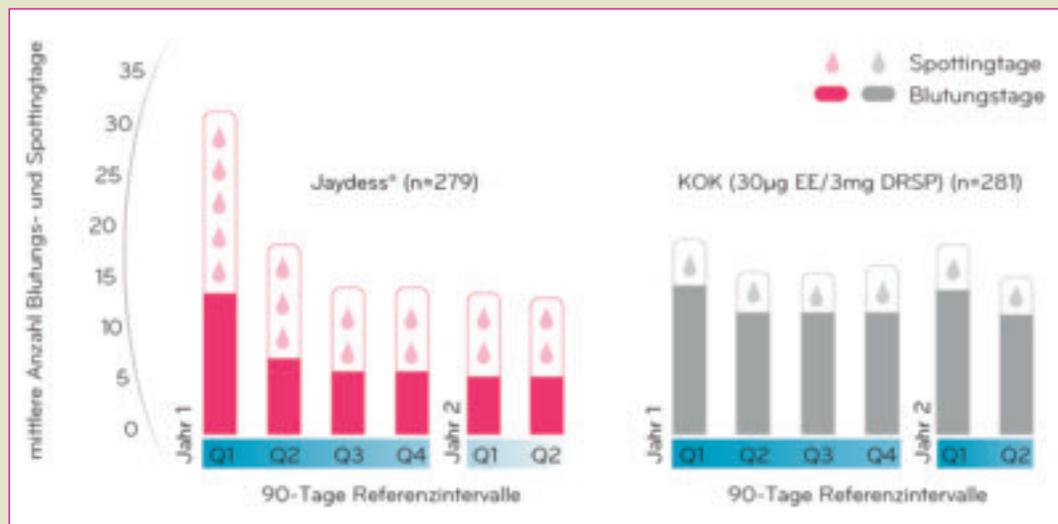




Abb. 2. Insgesamt 81,7% der Frauen mit dem KOK bzw. 82,1% der Frauen mit Jaydess® gaben an, mit der kontrazeptiven Methode zufrieden oder sehr zufrieden zu sein.²

merinnen waren Nulliparae. Die Fortsetzungsrate der Jaydess®-Anwenderinnen war 81,4%, die der Frauen mit dem KOK 72,6% nach 18 Monaten. Die Verteilung der Blutungs- und Spottingtage⁷ ist in Abbildung 1 dargestellt.

Bei der Befragung nach 18 Monaten gaben 82,1% der Frauen mit Jaydess® bzw. 81,7% der Frauen mit dem KOK an, mit der kontrazeptiven Methode zufrieden oder sehr zufrieden zu sein (sehr zufrieden: 58,6% und 46,6%) (Abb. 2).² Es wurden insgesamt von 36,6% der IUS-Anwenderinnen und 15,3% der Frauen mit dem KOK medikamentenbezogene Nebenwirkungen gemeldet.² Vor die Wahl gestellt, hätten sich 66,2% der Frauen mit Jaydess® und 48,8% der Teilnehmerinnen mit dem KOK dazu entschieden, nach Abschluss der Studie mit ihrer kontrazeptiven Methode weiterzufahren.

Informierte Frauen wählen Intrauterinsystem

Im Rahmen des CHOICE Projektes wurden über 9'000 Frauen und Jugendliche mit einem hohen Risiko für eine ungewollte Schwangerschaft eingehend über die verschiedenen reversiblen Kontrazeptionsmethoden informiert – mit speziellem Fokus auf den Langzeitverhütungsmethoden.⁸ Danach konnten sie sich frei für eine Methode entscheiden und das gewählte Kontrazeptivum wurde ihnen während zwei bis drei Jahren unentgeltlich zur Verfügung gestellt. Insgesamt entschieden sich nach der Information 75% der Teilnehmerinnen für eine Langzeitkontrazeption, darunter 46% für ein Levonorges-

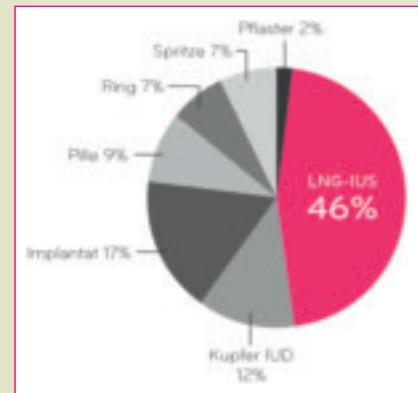


Abb. 3. Von den 9256 Teilnehmerinnen des CHOICE Projektes wählten 46% ein Levonorgestrel-haltiges Intrauterinsystem.⁸

treil-haltiges Intrauterinsystem (LNG-IUS), was somit die am häufigsten ausgewählte Methode war (Abb.3). Das Projekt vermochte schliesslich zu zeigen, dass dank der angebotenen Massnahmen die Abortrate und die Rate an Teenagerschwangerschaften klinisch und statistisch signifikant reduziert werden konnte⁸.

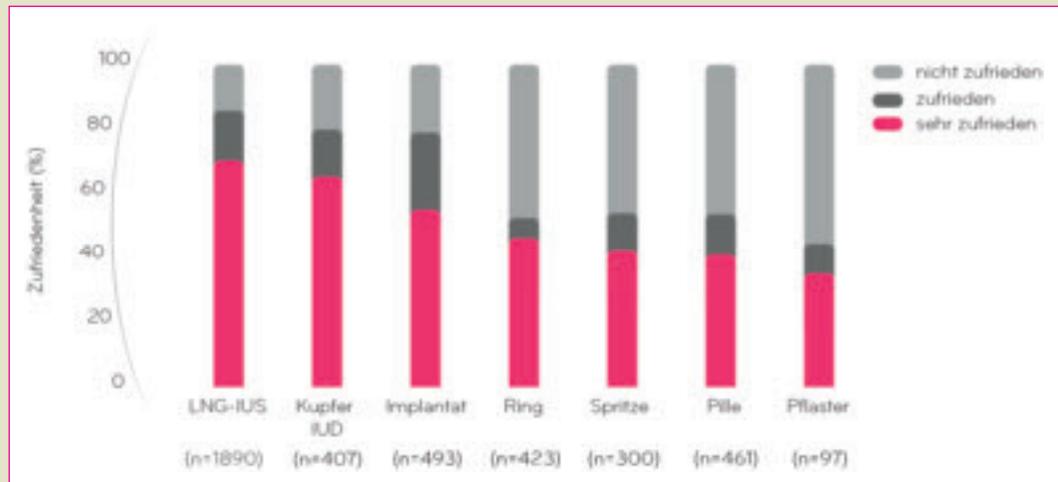
Hohe Zufriedenheit mit gewählter Methode

In CHOICE wurde zudem evaluiert, wie zufrieden die Anwenderinnen nach einem Jahr mit der von ihnen gewählten Methode waren.⁹ Dazu wurden die 12-Monatsdaten von 3'990 Teilnehmerinnen der Kohorte analysiert. Dabei hatten Anwenderinnen des LNG-IUS mit über 85% die numerisch höchste Zufriedenheitsrate (Abb. 4). Zudem konnte für diese Verhütungsmethode eine hohe Fortsetzungsrate mit 88% nach 12 Monaten erhoben werden.

Was ist bei der Einlage und Anwendung von Jaydess® zu beachten1:

Vor der Einlage sollte eine allgemeine und gynäkologische Untersuchung durchgeführt werden. In den ersten Monaten kann es sehr häufig zu Blutungsunregelmässigkeiten und Schmierblutungen kommen, deshalb sind vor der Einlage pathologische Zustände des Endometriums auszuschliessen. Gemäss neuester Daten ist das Risiko venöser und arterieller thromboembolischer Erkrankungen (wie z.B. tiefe Beinvenenthrombose, Lungenembolie, Myokardinfarkt oder Apoplexie) bei der Anwendung von Gestagen-Monopräparaten (wie Jaydess®) vermutlich nicht erhöht. Jaydess® wird im Allgemeinen gut vertragen. Es können dennoch, vor allem in den ersten drei bis sechs Monaten nach dem Einlegen, Begleiterscheinungen wie veränderte Blutungen, Ovarial-

Abb. 4. CHOICE Projekt: Die Zufriedenheitsrate war am höchsten unter Langzeitkonzeption.⁹



zysten, Dysmenorrhoe, Brustschmerzen, Ausfluss, Akne/Seborrhoe, Alopezie, Abdominalschmerzen, Übelkeit, Kopfschmerzen, Migräne, depressive Verstimmungen, Depression, Vulvovaginitis und Infektionen des oberen Genitaltrakts auftreten. Das IUS kann auch partiell oder komplett ausgestossen werden. In seltenen Fällen kann das IUS die Gebärmutterwand durchdringen. Geschieht eine Dislokation, Expulsion oder Perforation, ist die empfängnisverhütende Wirkung nicht mehr gewährleistet und das IUS muss entfernt werden. In den seltenen Fällen einer Schwangerschaft unter Jaydess[®] ist das Risiko für eine ektopische Schwangerschaft erhöht. Weitere Informationen finden sich in den Fachinformationen auf www.swissmedinfo.ch

Referenzen:

1. Fachinformation Jaydess[®], Stand Juni 2013, www.swissmedinfo.ch
2. Borgatta L. et al. a multicenter, randomized phase III study comparing a 13.5 mg levonorgestrel intrauterine contraceptive system with a combined oral contraceptive: analysis of user satisfaction and safety. *Fertil. Steril.* 2014, 102 (Supplement), Abstract O-32.
3. Fachinformation Microgynon[®] 30, Stand August 2011, www.swissmedinfo.ch
4. Fachinformation NuvaRing[®], Stand September 2010, www.swissmedinfo.ch

5. Gemzell-Danielsson K. et al. A randomized, phase II study describing the efficacy, bleeding profile, and safety of two low-dose levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive systems and Mirena[®]. *Fertil. Steril.* 2012; 3:616–622.
6. Nelson A. et al. Two Low-Dose Levonorgestrel Intrauterine Contraceptive Systems. A randomized controlled trial. *Obstet. Gynecol.* 2013; 122:1205–1213.
7. Buhling KJ. et al. Randomised, multicentre, Phase III profiling study comparing a low-dose levonorgestrel intrauterine system with combined oral contraception: analysis of bleeding, discontinuation rates and adverse events in the 18-month comparative phase. Poster ESC Congress Lisbon May 2014.
8. Peipert JF. et al. Preventing Unintended Pregnancies by Providing No-Cost Contraception. *Obstet. Gynecol.* 2012; 120:1291–97.
9. Peipert JF. et al. Continuation and Satisfaction of Reversible Contraception. *Obstet. Gynecol.* 2011; 117:1105–13.

Text

Dr. Therese Schwender, Römerswil

Kurzfachinformation Jaydess®:

Jaydess®: Gestagen abgebendes Intrauterinsystem (IUS) m. 13.5mg Levonorgestrel (LNG). I: Intrauterine Kontrazeption über einen Zeitraum von bis zu 3 Jahren. **D/A:** Einlage innerhalb 7 d nach Beginn d. Mens.. Auswechseln gegen neues IUS jederzeit. Nicht geeignet zur postkoitalen Schwangerschaftsverhütung. Unterscheidung von anderen IUS anhand des durch Ultraschall sichtbaren Silberrings. **KI:** Anomalien d. Uterus od. d. Zervix; PID; Post-partum-Endometritis; Zervizitis od. Vaginitis; sept. Abort \leq 3 Monaten; Gestagen-abh. Tumore; maligne Erkrank. d. Corpus od. d. Zervix uteri; nicht abgeklärte Vaginalblutungen; immunsuppressive Therapie; akute Lebererkrank. + Lebertumore; SS; Überempfindlichkeit gegen LNG od. Bestandteile d. IUS. **VM:** siehe wichtige Sicherheitsinformationen. **IA:** Der Metabol. von Gestagenen kann beschleunigt werden durch Arzneimittel, welche eine Enzymind. verurs., v.a. betroffen sind CYP450 Enzyme. Dazu gehören z.B. Barbiturate, Primidon, Phenytoin, Carbamazepin, Oxcarbazepin, Topiramate, Felbamat, Griseofulvin, Rifampicin, Rifabutin, Nevirapin, Efavirenz, Bosentan + Johanniskrautpräparate. Stoffe, die Arzneim. metabolisierende Enzyme hemmen (z.B. Itraconazol, Ketoconazol), können d. Serum-LNG-Konz. erhöhen. Einfluss dieser Arzneimittel auf d. Wirksamkeit von Jaydess® ist nicht bekannt, er wird jedoch aufgrund der hauptsächlich lokalen Wirkung von Jaydess® nicht als bedeutend eingeschätzt. **SS/S:** SS KI; Anwendung in der Stillzeit möglich. **UW:** *Sehr häufig:* Vulvovaginitis, Kopfschm., Abdominal-/Beckenschm., Akne/Seborrhoe, Veränd. Blutungen einschl. verstärkter od. abgeschwächter Mens., Schmierblutungen, Oligo- + Amenorrhoe (>50%), Ovarialzysten; *Häufig:* Infekt. d. oberen Genitaltrakts, depressive Verstimmungen, Migräne, Übelkeit, Alopezie, Dysmenorrhoe, Brustschm./Unwohlsein, Ausstossung d. IUS, Scheidenausfluss. Weitere UW siehe FI. **Liste B.** Stand Juni 2013. *Weiterführende Informationen entnehmen Sie bitte der FI auf www.swissmedicinfo.ch. Bayer (Schweiz) AG, Grubenstrasse 6, 8045 Zürich. www.verhuetungsinfo.ch; www.jaydess.ch*

Wichtige Sicherheitsinformationen zu Jaydess®:

VM: Vor Insertion allg. + gynäkol. Untersuchung inkl. Palpation d. Mammæ + Ausschl. aller KI durchführen. Zervixabstrich durchführen + Behand. von Infektionen muss abgeschl. sein. Ausschl. path. Zustände d. Endometriums. Die Risiken + Vorteile einer IU-Kontrazeption sollten abgewogen werden Korrekte IUS Lage ist wichtig für einheitliche Wirkung. Einlage und Entfernung d. IUS kann Schmerzen, Blutungen und vasovagalen Reaktionen auslösen, Vorsicht bei Epileptikerinnen. Kontrolle 1–3 Monate nach Einlage + anschl. jährlich; Jaydess® bietet keinen Schutz vor HIV-Infekt. (AIDS) + anderen sexuell übertragb. Krankh.. Unterweisung d. Pat zur selbstständigen Lagekontrolle des IUS. Erhöhtes Risiko für Perforation b. stillenden Frauen, post partum + b. retrovert. Uterus. Wenn Frauen unter Jaydess schwanger werden, ist das rel. Risiko für eine EUG erhöht, insb. bei Anamnese mit EUG, Tuben-OP oder PID; Aufklärung der Pat. über mögliche Symptome (heftige Schmerzen im unt. Abdomen, insb. bei Ausbleiben der Menstruation bzw. Auftreten von Blutung nach Amenorrhoe) **Sofortiges Entfernen der Jaydess® bei:** Auftreten von KI; Erstmaliger/verstärkter migräneartiger Kopfschm.; fokale Migräne m. asymmetr. Sehverlust; Seh-, Hör-, Sprach- od. sonstige Wahrnehmungsstörungen + andere Sympt., einer zerebralen Ischämie; Gelbsucht; geschlechtshormon-abh. Neoplasien; stärkerer Blutdruckanstieg; schwere arterielle Erkrank. z.B. Schlaganfall, Herzinfarkt; tiefe Venenthrombose od. Lungenembolie. Gemäss neuester Daten ist d. Risiko für VTE + ATE Erkrank. unter Gestagen-Monopräparaten (wie Jaydess®) vermutlich nicht erhöht. Bei Thrombose sollte d. Entfernung des IUS + geeignete alternative, nichthormonale Kontrazeptionsmethoden in Betracht gezogen werden. Betr. Symptome/Risikofaktoren siehe FI. L.CH.WHC.09.2014. 0685-DE/FR/IT
L.CH.MKT.WHC.07.2015.0806-DE/FR