ISSN 1663-6988 (Print)
ISSN 2296-441X (Internet)

1 I 16

FHA
Frauenheilkunde aktuell

Diabetes und Schwangerschaft

weitere Themen

Evidence-Based Medicine (EBM) 3

Nekrotisierende Mastitis non puerperalis 22

Internet News 26

Sonoquiz 29

Fragebogen 30

gynécologie suisse
Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique
Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
Società Svizzera di Ginecologia e Ostetricia

Daten Fakten Analysen

FHA
Frauenheilkunde aktuell
www.frauenheilkunde-aktuell.ch

© Copyright 2016 bei den Herausgebern
ISSN 1663-6988 (Print)
ISSN 2296-441X (Internet)

in

- Sentinellymphknoten beim Vulvakarzinom.
  (Gynecol. Oncol. 2016; 140:8–14)
- Diffusions-MRI bei peritonealen Metastasen.
  (Gynecol. Oncol. 2016; doi: 10.1016/j.ygyno. 2016.04.018)
- Behandlung Bartholin'scher Abzesse mit dem Word Catheter.
  (Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2015; 190:81–84)

out

- Antibiotika postoperativ für > 3 Tage nach laparoskopischer Appendektomie bei akuter komplizierter Appendizitis.
  (JAMA Surg. 2016; 151:323–9)
- Elektronische Spielzeuge um Sprachen zu erlernen.
  (JAMA Pediatr. 2016; 170:132–7)
- Häufiges Fernsehen für junge Erwachsene.
  (JAMA Psychiatry 2016; 73:73–9)

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:

MERCK ETHICON Bayer HealthCare

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, Pressezitate 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: Verlockungen

Inhalt 25/1/2016

Betrifft	Evidence-Based Medicine (EBM) ***Die Herausgeber***	3
Thema	Diabetes und Schwangerschaft ***Prof. Luigi Raio***	4
Wussten Sie schon…	…, dass Koffein das Golfspiel unter Turnierbedingungen signifikant verbesserte? / …, dass eine thyreostatische Therapie bei Morbus Basedow das Risiko für fetale Fehlbildungen erhöht? / …, dass eine elektive Sectio bei unkomplizierten Zwillingen zwischen der 32 und 39. SSW auch langfristig keine kindlichen Vorteile bringt? / …, dass Frauen mit einem unregelmäßigen Monatszyklus in jungen Jahren ein erhöhtes Risiko für Ovarialkarzinom haben? / …, dass Frauen mit Endometriose häufiger an koronarer Herzkrankheit leiden? / …, dass in den USA die Anzahl ambulant durchgeführter Hysterektomien stetig zunimmt?	11
gynécologie suisse – Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe Società Svizzera di Ginecologia e Ostetricia	Gynäkologischer Jahreskongress 2016 / Neue Guideline: Sectio Caesarea / Neue Chefärztinnen und Chefärzte	15
Spezial	Was Frauen wollen – und Männer auch – oder doch nicht?! ***Dr. Claus Platten***	20
Der spezielle Fall	Nekrotisierende Mastitis non puerperalis ***Dr. Patrizia Sager***	22
Internet-News	Center for Evidence Based Medicine / iSignit	26
Auflösung Sonoquiz	Bilateraler Hydrocephalus internus ***PD Cornelia Hofstätter, Prof. Luigi Raio***	27
FHA Persönlich	„Angekommen“ ??? ***Prof. Annette Kuhn***	28
Sonoquiz	Was ist das? ***Dr. Sandra Quadranti, Prof. Luigi Raio***	29
Fragebogen	***Dr. Thomas Eggimann***	30

Evidence-Based Medicine (EBM)

Evidence-Based Medicine (EBM) ist heutzutage in aller Munde; kein Vortrag, kein Artikel, der nicht Cochrane in der einen oder der anderen Form zitiert, kein Brief, der nicht einen Level of Evidence präsentiert, und alles muss am liebsten Top Level I sein, um publikumswirksam zu sein.

Bis – ja bis! – plötzlich ein Heiterkeit, aber auch Erstaunen bewirkender Artikel in Medline auftauchte, in dem ein Review randomisierter Daten die Intention hatte, den Einfluss von Fallschirmeinsatz zur Prävention von orthopädischem Trauma nach Sprung aus hoher Höhe zu untersuchen[1]. Ein kürzlicher Kommentar des Managing Editors hinsichtlich der AIDS Forschung in den sich entwickelnden Ländern hat das Thema des Artikels aufgenommen und in einen anderen, aber ebenso passenden Bereich übertragen[2]. Der Artikel ist unterhaltsam und von brillianter Analytik, zieht er doch die viel zitierte EBM ein wenig durch den Kakao ohne respektlos gegenüber den grossartigen Leistungen wissenschaftlich basierter Arbeiten zu sein. Die Schlussfolgerung lautet, dass wir – unter bestimmten Bedingungen – den gesunden Menschenverstand walten lasse müssen, weil randomisierte Studien nicht immer möglich sind.

Wir – die Editoren der FHA – finden es wichtig, die Balance zwischen wissenschaftlicher Medizin und praktizierter Medizin, die nicht immer kongruent ist, zu finden – das sehen Sie als Leser an der Auswahl unserer Artikel, an den Rubriken „Für Sie kommentiert“ und an der würzigen Auswahl unserer Themen. Weit davon entfernt, die EBM durch „Eminenz basierte Medizin“ – Meinungen, die nur auf der Ansicht von „Eminenzen“ – Editoren, Professoren, Juroren – basieren, zu ersetzen, möchten wir auf praktische Art an Ihrer Weiterbildung – wenn immer möglich Evidenz basiert beitragen. Ist die Evidenz nicht auf höchster Ebene vorhanden, müssen manchmal auch qualitativ schlechtere Daten herhalten – manchmal sind nicht einmal „observational studies“ vorhanden wie im Falle des Falsschirmsprunges ohne Fallschirm.

Trotzdem können wir aus determinierten Situationen mit gesundem Menschenverstand durchaus praktische Schlüsse ziehen, dies nicht nur in der Luftfahrt.

Die Herausgeber

[1] *Smith Gordon Pell J.P. Parachute to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: Systematic review of randomized controlled trials BMJ 2003; 327:1459–1461.*
[2] *Zuniga J.M., Editorial, downloaded from JLA.sagepub.com May 2016.*

Prof. Luigi Raio
Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Inselspital Bern

Diabetes und Schwangerschaft

Chronische Erkrankungen in der Schwangerschaft nehmen weltweit und auch in der Schweiz zu bedingt durch das steigende Alter der Frauen, den verbesserten und effektiveren reproduktionsmedizinischen Techniken und der steigenden Prävalenz von metabolischen Problemen wie Übergewicht und Adipositas. Dabei spielen die Zuckerstoffwechselstörungen mengenmässig wie auch klinisch eine gewichtige Rolle. Vergleichbar mit den hypertensiven Erkrankungen, unterscheiden wir vorbestehende von schwangerschaftsassoziierten Formen. Im Unterschied zur Hypertonie sind aber die Komplikationen welche in der Schwangerschaft auftreten können bei den vorbestehenden Formen wie Diabetes Typ 1 und 2 sowie den seltenen sekundären Diabetesformen (monogen, MODY, Cystische Fibrose, medikamentös) deutlich häufiger als beim klassischen Gestationsdiabetes. Die Betreuung dieser Frauen ist komplex und das mütterliche und speziell auch das kindliche Outcome ist auch von einer guten interdisziplinären Kommunikation und einer respektvollen und klaren Arbeitsteilung abhängig. Im Folgenden werden wir versuchen auf einige wichtige Punkte zu fokussieren.

Vorbestehende Diabetesformen

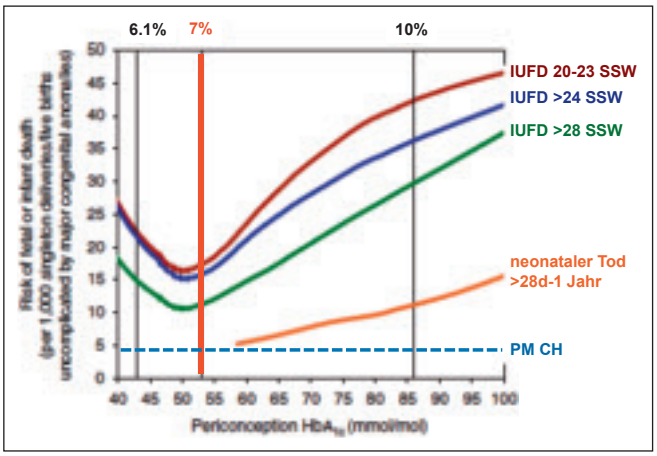
Meistens ist es so, dass diese Frauen primär beim Diabetologen angesiedelt sind und der Kinderwunsch oft dort geäussert wird. Unsere Kollegen der Endokrinologie haben hier eine wichtige Funktion und sollten durch uns tatkräftig unterstützt werden. Wie bei einem systemischen Lupus ist eine ungeplante Schwangerschaft bei Frauen mit vorbestehendem Diabetes kontraproduktiv und mit einem schlechteren Outcome assoziiert, insbesondere bei suboptimaler metabolischer Einstellung. Darum ist eine gute präkonzeptionelle Beratung das zentrale Instrument für eine erfolgreiche Schwangerschaft.[1]

In Tabelle 1 sind einige wichtige präkonzeptionelle Massnahmen und Abklärungen aufgelistet. Die metabolische Einstellung ist dabei eines der wichtigsten Parameter. Eine suboptimale bzw. schlechte Blutzuckereinstellung quantifiziert mittels dem glykosylierten Hämoglobin (HbA1c) ist mit einer erhöhten maternalen und fetalen Morbidität, einer hohen perinatalen Mortalität und mit vermehrt strukturellen Fehlbildungen assoziiert.[2,3] Ein präkonzeptioneller HbA1c-Wert <7 % (besser <6.5 %) ist sicherlich ein erstrebenswerter Zustand da dabei die niedrigsten Komplikationsraten beschrieben werden (Graphik 1 und 2). Auch bei optimaler Blutzuckereinstellung ist die fetale und neonatale Mortalität mindestens doppelt so hoch als bei einer Normalbevölkerung. In der Schweiz hat sich diese Ziffer seit Jahren auf einem Niveau von 4–5 Todesfälle pro 1000 Lebendgeburten eingependelt.[4]

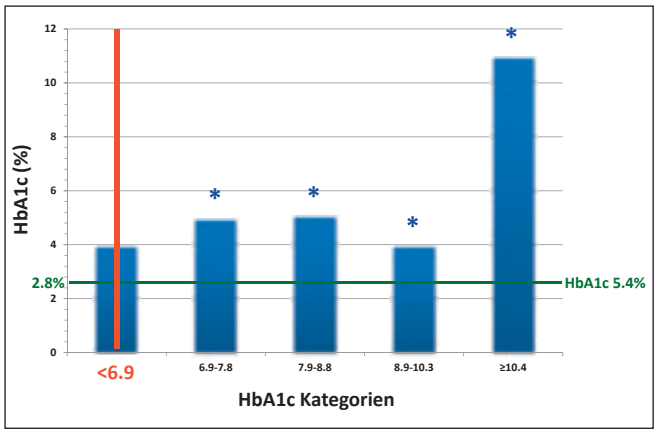
Tab. 1. Inhalte der präkonzeptionellen Beratung bei Frauen mit vorbestehendem Diabetes

Optimierung der metabolischen Einstellung (Ziel: HbA1c<6.5 %)
Gewichtskontrolle/-reduktion bei Übergewicht oder Adipositas
Effektive Verhütung
Überprüfung des Impfstatus und Ergänzung (z.B. auch Hepatitis B-Impfung, Pertussis)
Folsäureprophylaxe (mindestens 400µg/d), Kontrolle Vitamin D-Spiegel
Spezifische Untersuchungen: • THS • Kreatinin, Spot-Urin (Albumin, Protein) • Augenhintergrund • Echokardiographie (speziell bei Hypertonie) • Evtl. 24h-Blutdruckmesung • Cave: ARB und ACE-Hemmer, Statine

Typische Fehlbildungen welche bei erhöhten HbA1c-Werten gehäuft beschreiben werden sind Spina bifida, Anencephalie, Mikrocephalie, Herzfehlbildungen und das kaudale Regressionssyndrom.[5,6] Neben einer suboptima-



Grafik 1. Perinatale Mortalität in Relation zum präkonzeptionellen HbA1c-Wert. Die gestrichelte Linie entspricht der perinatalen Mortalität in der Schweiz der letzten 20 Jahre (modifiziert nach Tennant et al. 2014)



Grafik 2. Prozentuale Prävalenz von fetalen Fehlbildungen in Abhängigkeit zum präkonzeptionellen HbA1c (adaptiert nach Jensen et al. 2009). Grüne Linie: durchschnittliche Fehlbildungsrate bei einem mittleren HbA1c von 5.4 %

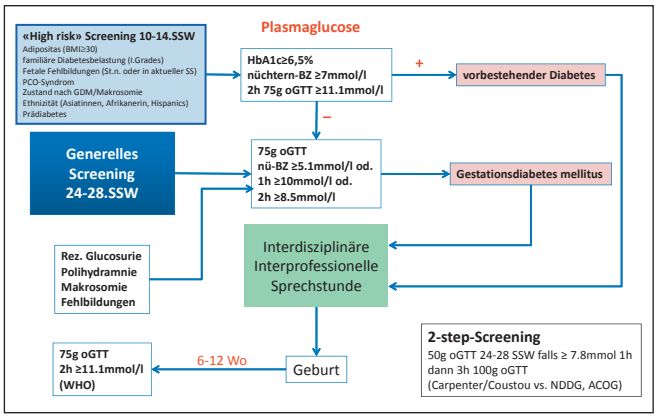
len Zuckereinstellung übt das Körpergewicht einen zusätzlichen, negativen Einfluss auf die perinatale Mortalität sowie auch auf die Fehlbildungsrate aus. So ist bekannt, dass die Kombination von vorbestehendem Diabetes und Übergewicht/Adipositas diese Risiken um einen Faktor 5 potenzieren.[5] Hier finden wir das Bindeglied zwischen der praktisch pandemisch zunehmenden Problematik der steigenden Inzidenz von Adipositas, Diabetes Typ 2 und ungünstigem Schwangerschaftsoutcome. Diese Entwicklung macht vor unseren Grenzen nicht halt wie eine kürzlich erschienen Studie aus der Schweiz zeigen konnte.[7] Auch ohne Diabetes ist das Risiko für Fehlbildungen bei einem BMI>30 signifikant höher als in einem normalgewichtigen Kollektiv. Entsprechend sollte auf eine suffiziente präkonzeptionelle Folsäureprophylaxe von mindestens 400 µg/d und Gewichtsreduktion bei Frauen mit Übergewicht und speziell Adipositas Wert gelegt werden. Leider ist das in der Schweiz im Moment sicher nicht der Fall. So wurde gezeigt, dass lediglich 53 % der deutschsprachigen und gar nur knapp 23 % der fremdsprachigen Frauen in der Schweiz keine suffiziente Folsäureprophylaxe durchführen.[8] Beim vorbestehenden Diabetes ist das Risiko z.B. für Spina bifida ca. 4fach höher als in einer Referenzpopulation und die Kombination mit Adipositas erniedrigt das Risiko sicherlich nicht.[9] Auch wenn es diesbezüglich keine relevanten Studien gibt, wäre wohl eine höherdosierte Folsäureprophylaxe, speziell bei erwähnter Konstellation, sicherlich nicht eine schlechte Überlegung.

Es ist klar, dass unsere Kollegen der Endokrinologie Frauen mit v.a. Typ 1 Diabetes mellitus im Rahmen ihres Grundleidens regelmässig im Hinblick auf zusätzliche Organbeteiligung untersuchen. Dazu gehören zu den wichtigsten Untersuchungen der Augenhintergrund, das Herzkreislaufsystem (Echokardiographie) insbesondere bei zusätzlicher Hypertonie, und die Kontrolle der Nierenfunktion. Alterationen in diesen Systemen können sich sehr negativ auf eine Schwangerschaft auswirken. Entsprechend ist es für die Geburtshelfer wichtig, dass eine retinale Vaskulopathie, eine signifikante Proteinurie, oder eine linksventrikuläre Hypertrophie mit oder ohne diasto-

lische Dysfunktion bekannt ist da diese Frauen ein deutlich höheres Komplikationspotential in der Schwangerschaft aufweisen.[10] Entsprechend den Empfehlungen der NICE (National Institute for Clinical Excellence) sollten Frauen mit vorbestehenden internistischen Erkrankungen, speziell Zuckerstoffwechselstörungen, Aspirin cardio mindestens 100 mg Abends erhalten ab der 9.–38. Woche. Wir beginnen meist ab 12 Wochen (sicher vor 16 Wochen) und stoppen das Aspirin mit 37 Wochen falls vom klinischen Verlauf her nicht anders entschieden werden muss.

Dass eine ausführliche und seriöse präkonzeptionelle Beratung das Outcome einer Schwangerschaft positiv zu beeinflussen vermag konnte in einer kürzlich erschienenen Metaanalyse auch gezeigt werden. Das präkonzeptionelle HbA1c konnte signifikant gesenkt werden und damit auch die Fehlbildungsrate und die perinatale Mortalität auf Kosten einer erhöhten Neigung zu maternalen Hypoglykämien.[1]

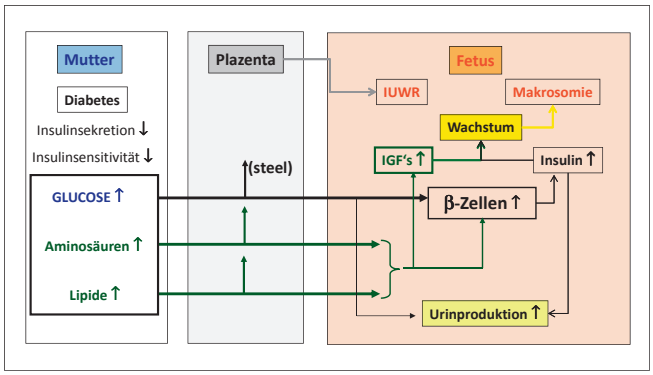
Falls die Voraussetzungen für eine Schwangerschaft noch ungünstig sind, ist natürlich eine effektive Verhütung wichtig. Diesbezüglich gelten die gleichen Regeln wie für die Allgemeinbevölkerung d. h. falls keine vaskulären Schädigungen vorliegen, sind alle kontrazeptiven Methoden erlaubt ansonsten sind Barrieremethoden zu bevorzugen.[11,12] Wichtig ist auch die Beurteilung einer vorbestehenden Medikation. So sind z.B. Angiotensin II Rezeptor-Antagonisten oder ACE-Hemmer wegen der fetalen, nephrotoxischen Wirkung kontraindiziert in der Schwangerschaft und sollten mindestens ein Monat präkonzeptionell durch ein anderes Antihypertensivum (z.B. Metoprolol, alpha-Methyldopa) ersetzt werden. Auch Statine sollten in der Schwangerschaft nicht gegeben werden da die Unbedenklichkeit nicht erwiesen ist und ein Unterbruch während der Schwangerschaft für die Mutter i.d.R. ohne Nachteile ist.[6]



Grafik 3. Screeningkonzept nach vorbestehendem Diabetes und nach Gestationsdiabetes in der CH

Schwangerschaftsassoziierte Diabetesformen: Gestationsdiabetes

Das Thema Gestationsdiabetes (GDM) wurde ja schon verschiedentlich in der Frauenheilkunde Aktuell thematisiert so dass wir hier nur auf spezielle Punkte eingehen wollen. In der Schweiz wird ja ein generelles Screening in der Schwangerschaft empfohlen basierend auf einem 75g oralen Glucosetoleranztest (oGTT) in der 24.–28. Schwangerschaftswoche[13] (Graphik 3). Wichtig dabei ist die zusätzliche Empfehlung nach noch nicht erkannten Diabetesformen im ersten Trimenon zu suchen, bei uns v.a. durch die Bestimmung des HbA1c in einer definierten Risikopopulation. Wir haben aus den Erkenntnissen der letzten Jahre herausgefunden, dass Frauen mit einem Erstrimester-HbA1c-Wert im Prädiabetesbereich (5.7–6.4 %) in 33 % und bei einem HbA1c >6 % in 100 % zum Zeitpunkt des klassischen Screenings die diagnostischen Kriterien für ein GDM erfüllten. Umgekehrt hatten Frauen mit einem HbA1c <4.5 % in keinem Fall einen GDM.[14] Diese Risikostratifizierung anhand des HbA1c im ersten Trimenon könnte hilfreich sein für eine frühe Intervention zur Senkung v.a. der fetalen/neonatalen



Grafik 4. Pathophysiologische Prozesse bei maternaler Hyperglykämie, aufgeteilt nach Kompartimente

Komplikationen. Jedenfalls macht es Sinn nach einem GDM zu screenen da Interventionsstudien und auch Metaanalysen zeigen konnten, dass das Outcome tatsächlich positiv beeinflusst werden kann.[15] Frauen mit Diagnose GDM brauchen ein Follow up um vorbestehende Formen mittels eines 75 g oGTT's 6–8 Wochen nach der Geburt auszuschliessen. Life style Anpassungen helfen, das Risiko eines Typ 2 Diabetes in diesem Kollektiv zu senken.

Rolle des Geburtshelfers bei der Betreuung dieser Frauen

Ja, was ist unsere Funktion in der Betreuung dieser Frauen? Bei den Typ 1 und 2 Diabetikerinnen liegt die Aufgabe der pränatalen Beratung oft auf der Seite der Diabetologen. Dies bedeutet nicht, dass wir uns damit zufrieden stellen müssen. Eine gute Kommunikation zwischen unseren Disziplinen und auch eine direkte, gegenseitige Zuweisung zur Optimierung der Ausgangslage sind, wie bereits ausführlich beschrieben, sehr wünschenswert. Bei den Gestationsdiabetikerinnen ist die Situation etwas anders da diese Frauen primär bei uns situiert sind und wir übernehmen einerseits die Beratung bzgl. der Screeninguntersuchung und dann auch die Aufgleisung der Ernährungsberatung und der Instruktion zum selbständigen Blutzuckermonitoring. Erst danach kommen unsere Kollegen zum Zuge, bei uns in Bern im Rahmen einer interdisziplinären Sprechstunde wo das weitere Vorgehen nach einer gewissen metabolischen Überwachungszeit geprüft wird (Graphik 2). Es ist naheliegend, dass die Komplikationen bei beiden Kollektiven eng mit der Blutzuckereinstellung der Schwangeren assoziiert sind. Eine schlechte Einstellung bzw. eine maternale Hyperglykämie führt auf verschiedenen Ebenen zu metabolischen Anpassungen (Graphik 4). Genau diese Veränderungen sind dann Gegenstand der Verlaufsuntersuchungen während der Schwangerschaft (Tab. 2). Es ist klar, dass das fetale Wachstum das zentrale Kriterium ist.

Tab. 2. Einfluss der maternalen Hyperglykämie auf die feto-plazentare Einheit (siehe auch Graphik 4)

Plazenta	Dicke, hyperplastische Plazenta bedingt durch ein Steel-Phänomen
Fruchtwasser	Polihydramnie (grösstes Depot >8cm) bedingt durch eine osmotische Diurese des Feten
Wachstum	Durch den energetischen Überschuss (Zucker, Lipide, Proteine) kommt es zu einer Induktion der pankreatischen beta-Zellen mit einer fetalen Hyperinsulinämie und Freisetzung weiterer Wachstumsfaktoren

Dabei ist dieses Wachstum in der Frühphase der Schwangerschaft Insulinunabhängig. Erst ab der 20.Woche werden Insulinrezeptoren exprimiert und ein deviantes, i.d.R. progressives Wachstum bedingt durch komplexe Interaktion zwischen fetaler Hyperinsulinämie und anderen plazentaren Faktoren kann in der Regel ab 26 Wochen oder später gesehen werden.[16] Wir beginnen ab der 28.–30.Woche mit regelmässigen sonographischen Wachstumskontrollen, der Beurteilung der Fruchtwassermenge inklusive Dopplersonographie. Das Verhalten dieser Parameter helfen, die metabolische Einstellung zu modulieren.[17]

Tab. 3. Normal Gewichtszunahme in der Schwangerschaft (nach IOM 2009)

	Gewichtszunahme (GZ)	**GZ/Woche im 2. Und 3.Trimenon***
BMI (kg/m²) vor Schwangerschaft	**Range in kg**	**Mittelwert (range) in kg/Woche**
<18.5	12.5–18	0.51 (0.44–0.58)
18.5–24.9	11.5–16	0.42 (0.35–0.50)
25–29.9	7–11.5	0.28 (0.23–0.33)
>30	5–9	0.22 (0.18–0.27)

* 0.5–2 kg Gewichtszunahme im ersten Trimenon

Tab. 4. Geburtszeitpunkt bei Schwangerschaften mit Zuckerstoffwechselstörungen

Zuckerstörung	**Gestationsalter (Wochen**	**Evidenz**
Vorbestehender Diabetes, gut kontrolliert	39	B
Vorbestehender Diabetes mit vaskulären Störungen	37–39	B
Vorbestehender Diabetes, kompliziert (IUWR, Präeklampsie, diabetische Fetopathie)	34–39	B
Gestationsdiabetes, diätetisch kontrolliert	>39	B
Gestationsdiabetes, Insulin	>39	B
Gestationsdiabetes, schlechte Einstellung	34–39	B

Neben den seriellen Kontrollen des fetalen Wachstums und den Blutzuckerkontrollen spielt auch das maternale Gewicht und die Gewichtszunahme in der Schwangerschaft eine sehr wichtige Rolle. So konnte gezeigt werden, dass eine suboptimale Gewichtszunahme die Inzidenz von Makrosomie und Präeklampsie erhöht und die Sectiorate ansteigen lässt.[18] Was eine normale Gewichtszunahme in der Schwangerschaft bedeutet, wurde durch das Institute of Medicine (IOM) 2009 definiert[19] (Tab. 3). Diese Ziele erreicht man nur, wenn man eng mit den Ernährungsberaterinnen zusammenarbeitet, die Schwangerschaftskontrollen auch ernst nimmt und die Zusammenhänge zwischen Zuckerstoffwechselstörung, Ernährung, Gewichtszunahme und natürlich Bewegung ausreichend thematisiert.

Leider ist es so, dass auch durch intensive Einflussnahme und gute interdisziplinäre Interaktion die Rate an makrosomen Kindern – speziell bei den Frauen mit vorbestehendem Diabetes – weiterhin hoch ist.[20] Hier stellt sich die Frage nach Geburtszeitpunkt und auch Geburtsmodus (Tab. 4). Beim vorbestehenden Diabetes ist man heute bei gutem Rahmenbedingungen etwas grosszügiger und empfiehlt die Einleitung ab 39 Wochen; beim Gestationsdiabetes gehen wir wenn möglich gerne an den Termin.[21,22] Es ist naheliegend, dass bei Makrosomie die Angst vor

der Schulterdystokie gross ist und nicht zuletzt deswegen, eher der operative Weg per Sectio gewählt wird. Oft vergisst man die maternalen Parameter zu berücksichtigen bei der Diskussion über den Geburtsmodus. Es ist naheliegend dass ein grosses Kind bei kleiner Frau eine ganz andere Bedeutung hat als bei einer grossen Frau. So konnte gezeigt werden, dass bei Frauen > 175cm und Kinder >4500 g (!) eine Schulterdystokie mit Plexusläsion ein seltenes Ereignis ist und ab 180cm Körpergrösse dies äusserst selten vorkommt.[23] Leider wurde dieser Zusammenhang in einer kürzlich erschienen, prospektiv randomisierten Studie über das Management von large-for-gestational age Feten überhaupt nicht berücksichtig.[24] Dies führt meines Erachtens zu einer unnötigen Verunsicherung der Frauen und zu unnötigen Sectiones in einer Zeit wo diese Rate eh schon hoch ist.

Zusammenfassung

Frauen mit Diabetes profitieren von einer guten präkonzeptionellen Beratung. Massnahmen wie Optimierung der Blutzuckereinstellung, Folsäuresubstitution und Gewichtsreduktion wo nötig verbessern signifikant das Outcome. Aspirinprophylaxe und engmaschige Kontrolle der Gewichtszunahme reduzieren das Risiko einer diabetischen Fetopathie (oder Plazentainsuffizienz) und maternale hypertensive Komplikationen. Serielle fetale Kontrollen im dritten Trimenon erleichtern die Detektion eines devianten Wachstums. Bei problemlosem Verlauf wird eine Einleitung beim vorbestehenden Diabetes ab 39 Wochen empfohlen, beim Gestationsdiabetes kann man auch gegen den Termin gehen. Die Wahl des Geburtsmodus richtet sich nach dem kindlichen Zustand, maternale Co-Morbidität und dem Schwangerschaftsverlauf. Frauen mit GDM brauchen ein Follow up nach der Geburt.

Literaturverzeichnis

1. Wahabi HA, Rasmieh AA, Esmaeil SA Pre-pregnancy care for women with pre-gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health 2012; 12:792.
2. Tennant PWG, Glinianaia SV, Bilous RW et al. Pre-existing diabetes, maternal glycated haemoglobin, and the risks of fetal and infant death: a population-based study. Diabetologia 2014; 57:285–294.
3. Jensen DM, Korsholm L, Ovesen O et al. Peri-Conceptional A1C and Risk of Serious Adverse Pregnancy Outcome in 933 Women With Type 1 Diabetes. Diabetes Care 2009; 32:1046–48.
4. Bundesamt für Gesundheit. *www.bag.admin.ch*.
5. Correa A, Gilboa SM, Besser LM et al. Diabetes mellitus and birth defects. AJOG 2008; 299:237e1–237e9.
6. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care 2016; 39 (Suppl. 1):S1–S2 | DOI: 10.2337/dc16–S001.
7. Fioravante F, Brühwiler H, Raio L. et al. Changes in pre-pregnancy weight and weight gain during pregnancy: retrospective comparison between 1986 and 2004. Swiss Med Wkly 2009; 139:52–5.
8. Grosskopf AU, Brühwiler H, Eggimann T et al. Preconceptional use of folic acid in the region of the Kantonsspital Münsterlingen/Thurgau: what has changed from 2000 to 2010? Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie 2014; 218:149–152.
9. Parher SE, Yazdy MM, Tinker SC et al. The impact of folic acid intake on the association among diabetes mellitus, obesity, and spina bifida. AJOG 2013; 209:239.e1–8.
10. Haeri S, Kfoury J, Kovilam O et al. The association of intrauterine growth abnormalities in women with type 1 diabetes mellitus complicated by vasculopathy. AJOG 2008; 199:278.e1–278.e5.
11. Kim C, Siscovick DS, Sidney S et al. Oral contraceptive use and association with glucose, insulin, and diabetes in young adult women: the CARDIA study. Diabetes Care 2002; 25:1027–1032.
12. Visser J, Snedel N, Fan V. Hormonal vs. non-hormonal contraceptives in women with diabetes mellitus type I and II. Cocrane Dtabase Syst 2006; 3:CD003990.
13. Expertenbrief 37: Sceening des Gestationsdiabetes in der Schwangerschaft. *www.SGGG.ch.*
14. Amylidi S, Mosimann B, Stettler C et al. First-trimester gylcosylated hemoglobin in women at high risk for gestational diabetes. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2016; 95:93–7.
15. Hartling L, Dryden DM, Guthrie A et al. Benefits and Harms of Treating Gestational Diabetes Mellitus: A Systematic Review and Meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force and the National Institutes of Health Office of Medical Applications of Research. Ann. Intern. Med. 2013; 159:123–129.
16. Higgins M, Mc Auliffe F. A review of maternal and fetal growth factors in diabetic pregnancy. Curr. Diabetes Rev. 2010; 6:116–25.
17. Ogata ES, Sabbagha R, Metzger BE et al. Serial ultrasonography to assess evolving fetal macrosomia. Studies in 23 pregnant diabetic women. JAMA 1989; 243:2405–8.

18. Kiel DW, Dodson EA, Artal R et al. Gestational weight gain and pregnancy outcomes in obese women: how much is enough? Obstet. Gynecol. 2007 Oct; 110(4):752–8.
19. Institute of Medicine. Weight gain during pregnancy: re-examining the guidelines. May 2, 2009.
20. Evers IM, de Volk HW, Mol BWJ et al. Macrosomia despite good glycaemic control in Type I diabetic pregnancy; results of a nation-wide study in The Netherlands. Diabetologia 2002; 45:1484–1489.
21. AJOG. Committee opinion. Medically indicated late-preterm and early-term deliveries. Obstet. Gynecol. 2013; 121.
22. Sponge CY, Mercer BM, D'Alton M et al. Timing of indicated late-preterm and early-term birth. Obstet. Gynecol. 2011 August; 118(2 Pt 1):323–333.
23. Raio L, Ghezzi F, Di Naro E et al. Perinatal outcome of fetuses with a birth weight greater than 4500g: an analysis of 3356 cases. Eur. J. Obstet. Reprod. Bil. 2003; 109:160–5.
24. Boulvain M, Senat MV, Perrotin F et al. Induction of labour versus expectant management for large-for-date fetuses: a randomised controlled trial. Lancet 2015; 385:2600–05.

…, dass Koffein das Golfspiel unter Turnierbedingungen signifikant verbesserte?

In einer Doppelblindstudie erhielten zwölf gute Golfspieler (Handicap 3–10) eine Dosis Koffein (155 mg, was einer Tasse US-Kaffee entspricht) vor dem Start und nach neun Löchern. An zwei konsekutiven Tagen wurde je eine 18-Loch-Runde unter Turnierbedingungen gespielt. Zwei Stunden vor dem Spiel assen alle Teilnehmer eine Standardmahlzeit wie auch nach neun Löcher.

Resultate: Signifikant besser schnitten die Probanden mit Koffeineinahme ab: Score: 77 statt 79 Schläge/Runde (P <0,04) Greens in regulation (8,6 versus 7) Driving Distanz (240 versus 233 Yards). Nach 9 und 18 Löchern zeigten die Teilnehmer unter Koffein signifikant höhere Energie und weniger Ermüdung (Fragebogen). (Munford, P.V. at al. Med. Sci Sports Exerc. 216; 48: 132–138).

Kommentar
Zwei Schläge besser pro Runde ist nicht wenig! Ob das auch für mittelmässige (mich eingeschlossen) Golfspieler oder Anfänger gilt? Probieren geht über Studieren!

m.k.h.

…, dass eine thyreostatische Therapie bei Morbus Basedow das Risiko für fetale Fehlbildungen erhöht?

In einer kürzlich erschienenen retrospektiven Registerstudie aus Dänemark wurden medikamentenassoziierte Komplikationen in einer mit Propycil (PTU) oder Neo-Mercazole behandelten Population untersucht. Neben Agranulozytose und Leberversagen, wurde auch die Fehbildungsrate bei schwangeren Frauen mit Hyperthyreose untersucht. PTU war häufiger mit Agranulozyose assoziiert (0.27 % vs. 0.11 %), Leberversagen gleich selten in beiden Gruppe (0.05 % vs 0.03 %). Beide Komplikationen waren in der Schwangerschaft extrem selten (5/10000 Fälle). Hingegen wurden in 2206 Schwangerschaften unter Thyreostatika 75 Fälle mit fetalen Fehlbildungen beschrieben (340 Fälle/10000 Expositionen). (Anderson S.L. et al. J. Clin. Endocrinol. Metab. 2016).

Kommentar
Es ist seit längerem bekannt, dass Thyreostatika in der vulnerablen Phase der Entwicklung teratogen wirken können. Auch das PTU ist mit Fehlbildungen assoziiert welche aber leichterer Natur zu sein scheinen als bei Mercazole. In der Schwangerschaft scheinen die anderen schweren Nebenwirkungen wie Agranulozytose und Leberversagen deutlich weniger vorzukommen als in der nichtschwangeren Population. Das Neo-Mercazole wird besser toleriert und wird generell als Medikament der ersten Wahl verwendet ausserhalb der Schwangerschaft. Ab positivem SS-Test muss es abgesetzt werden und falls möglich sollte das erste Trimenon nicht mit Thyreostatika belasten werden falls klinisch vertretbar.

l.r.

…, dass eine elektive Sectio bei unkomplizierten Zwillingen zwischen der 32 und 39.SSW auch langfristig keine kindlichen Vorteile bringt?

Dies konnte in der Twin Birth Study nachgewiesen werden. Dabei wurden 4600 Zwillinge bis zum Alter von 2 Jahren verfolgt und die neurologische Entwicklung sowie die Mortalität untersucht. Es fanden sich keine Unterschiede in der Prävalenz von kindlichem Entwicklungsrückstand oder Mortalität zwischen den Gruppen. (Asztalos E.V. et al. AJOG. 2016 Mar; 214(3):371.e1–371.e19.)

Kommentar
Das ist beruhigend. Es fanden sind auch keine Unterschiede wenn nach Chorionizität stratifiziert wurde. Diese Twin Birth Study ist eine internationale, multizentrische Studie welche Frauen mit unkomplizierter

Zwillingsschwangerschaften zwischen der 32. und 39. Woche und dem führenden Kind in Schädellage randomisierte zu einer geplanten Sectio versus eine geplante vaginale Geburt. Auch die initialen Befunde waren so, dass die elektive Sectio für das Kind keine Vorteile hinsichtlich Morbidität oder Mortalität zeigte. Noch für die Skeptiker unter uns: Auch das maternale Outcome war für die meisten untersuchten Parameter (Depressionen, Stillverhalten, Inkontinenz, Lebensqualität) vergleichbar.

l.r.

…, dass Frauen mit einem unregelmäßigen Monatszyklus in jungen Jahren ein erhöhtes Risiko für Ovarialkarzinom haben?

Um die Hypothese zu untersuchen, dass unregelmässige Menstruationen die Wahrscheinlichkeit eines späteren Ovarialkarzinoms senken, wurden die Daten von 15 528 Frauen, welche zwischen 1959 und 1967 an der „Child Health and Development Study“ teilnahmen untersucht und mit den Einträgen im kalifornischen Krebsregister verglichen. Im Rahmen der „Child Health and Development Study“ wurden die damals schwangeren Frauen, im Alter von 26 Jahren, unter anderem auch nach ihrem Monatszyklus befragt. Entgegen den Erwartungen hat die Analyse der Daten gezeigt, dass Frauen mit einem unregelmäßigen Zyklus (Perioden von mehr als 35 Tagen oder häufige Anovulationen) im Vergleich zu Frauen mit regelmäßigem Zyklus ein 2-fach höheres Risiko haben, vor dem 70. Geburtstag an einem Ovarialkarzinom zu sterben. Mit 77 Jahren war das Risiko an einem Ovarialkarzinom zu erkranken sogar um den Faktor 3 erhöht. In jedem Alter zeigte sich ein dreifach erhöhtes Risiko an einem hochgradigen serösen Ovarialkarzinom zu versterben (Cirillo P.M. et al.; Int. J. Cancer 2016; DOI 10.1002/ijc.30144).

Kommentar
In den letzten Jahren wurde viel über die primäre Prävention (Ovulationshemmer, beidseitige Salpingektomie) des Ovarialkarzinoms geschrieben. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie könnten helfen, durch Etablierung von besseren Screening-Protokollen und Entwicklung von präventiven Strategien, auch die sekundäre Prävention des Ovarialkarzinoms zu verbessern.

m.m.

…, dass Frauen mit Endometriose häufiger an koronarer Herzkrankheit leiden?

Eine Gruppe aus Harvard hat die Daten von 116 430 Frauen von der „Nurses’ Health Study II“ (1989–2009) analysiert. Bei 11 903 Frauen wurde eine Endometriose chirurgisch diagnostiziert. Während den 20 Beobachtungsjahre hatten Frauen

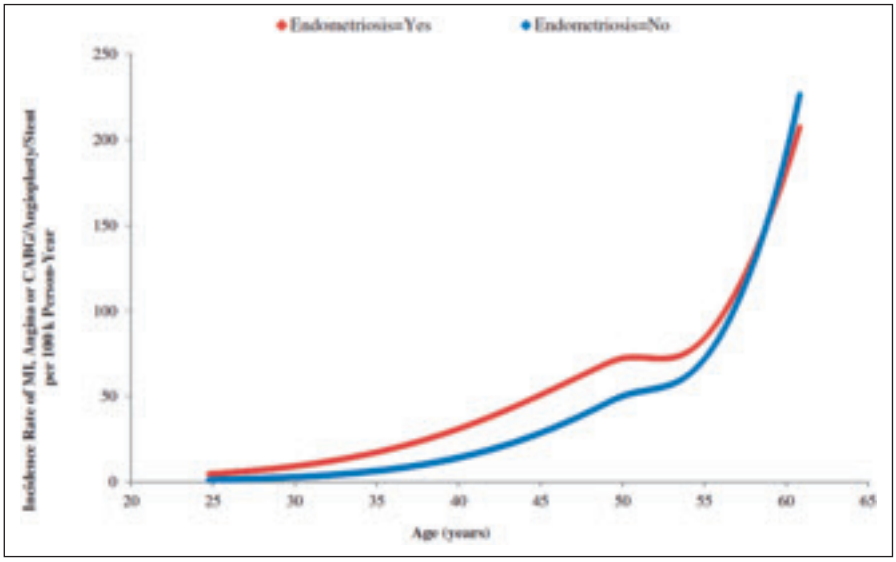


Abb. 1. Inzidenzrate von Herzinfarkt, Angina pectoris und koronarem Bypass entsprechend dem Alter.

mit Endometriose im Vergleich zu Frauen ohne Endometriose ein:

- 1.35 Mal höheres Risiko einen chirurgischen Eingriff oder ein Stenting von
- verschlossenen Arterien zu benötigen;
- 1.52 Mal höheres Risiko an einem Herzinfarkt zu leiden;
- 1.91 Mal höheres Risiko eine Angina pectoris zu entwickeln.

Diese Unterschiede waren bei 40-jährigen oder jüngeren Frauen noch ausgeprägter. In dieser Gruppe war das Risiko für Frauen mit Endometriose dreimal grösser ein Herzinfarkt, Brustschmerzen oder einen chirurgischen Eingriff zu benötigen. Diese Unterschiede waren unabhängig von demographischen, anthropometrischen, familiären, reproduktiven und lifestyle Faktoren (Mu F. et al.; Circ. Cardiovasc. Qual. Outcomes 2016; pii: 115.002224).

Kommentar
Chirurgische Eingriffe wie Hysterektomie oder Exzision von Endometriomen mit nachfolgend frühzeitiger Menopause könnten einen Teil des beobachteten Unterschiedes erklären. Frauen mit Endometriose, vor allem wenn sie zusätzlich ein familiäres Risiko haben, sollten über das erhöhte Risiko für koronare Herzkrankheiten informiert werden, vor allem wenn Sie unter 40 Jahre alt sind.

m.m.

…, dass in den USA die Anzahl ambulant durchgeführter Hysterektomien stetig zunimmt?

Die Datenbank einer amerikanischen privaten Versicherung, welche mehr als 50 Millionen Erwachsene versichert, wurde analysiert um die Häufigkeitsraten der Hysterektomien und Ovarektomien der Jahre 2000–2014 zu analysieren. Insbesondere wurden die Trends der ambulant durchgeführten Eingriffe, bei Frauen zwischen dem 18. und 64. Lebensjahr untersucht. Es wurden nur Operationen bei benignen Pathologien in die Studie eingeschlossen. Um die jährliche Operationsrate berechnen zu können, wurde die Anzahl Frauen bei welchen einer der oben erwähnten Eingriffe durchgeführt wurde durch die Gesamtzahl der Frauen zwischen 18 und 64 Jahren welche in der Datenbank pro Monat registriert waren, dividiert. Der so erhaltene Wert wurde anschliessend mit 100 000 multipliziert umso die Rate per 100 000 versicherten Frauen darzustellen. Von 2000 bis 2014 wurden 809 905 Hysterektomien und 257 573 Ovarektomien in der Datenbank registriert. Die jährliche Hysterektomie Rate sank in den Jahren 2000–20014 um 39 % (von 631/100000 auf 385/100000) (Abb. 2), der Anteil an ambulanten durchgeführten Hysterektomien stieg in der gleichen Zeit von 14 % im Jahre 2000 auf 70 % in 2014. In der gleichen Zeit ist die

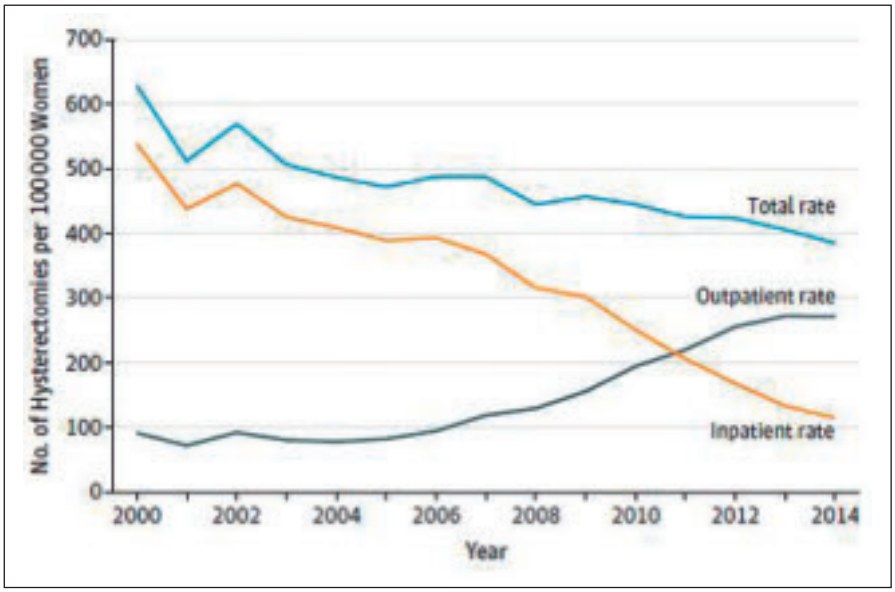


Abb. 2. Hysterektomie Rate bei Frauen zwischen dem 18. und 64. Lebensjahr.

Rate der durchgeführten Ovarektomien ebenfalls von 166/100 000 auf 134/100 000 gesunken und die Anzahl der ambulanten durchgeführten Eingriffe stieg von 57 % auf 84 %. (Doll K.M. et al.; doi:10.1001/jamasurg.2016.0804).

Kommentar
Dieser Trend wird sich in den nächsten Jahren sicher auch in der Schweiz durchsetzen. Die meisten gynäkologischen Eingriffe können endoskopisch und somit ambulant durchgeführt werden. Bei der Begutachtung von neuen ärztlichen Tarifen müsste diese Tatsache berücksichtigt werden.

m.m.

Redaktion Rubrik gynécologie suisse:
Regula Bürki; Irene Hösli; Thomas Eggimann;
Dr. Pierre-Antoine Pradervand;
Martina Knabenhans;
Petra Seeburger (Leitung)

Gynäkologischer Jahreskongress 2016

Der diesjährige Jahreskongress der *gynecologie suisse* findet vom 22. bis 24. Juni in Interlaken statt. Der Vorstand unserer Fachgesellschaft und die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats freuen sich, den SGGG-Mitgliedern in diesem Jahr ein aussergewöhnliches Programm bieten zu können.

Das Hauptprogramm beinhaltet Themen aus den Säulen unseres Faches. Es wurden Themen eingebaut, die uns alle täglich beschäftigen. Der eigentliche Kongress beginnt am Mittag des 22. Juni damit alle Teilnehmenden in Ruhe anreisen können. Am Morgen des ersten Kongresstages finden wiederum die Versammlungen der SGGG-Arbeitsgruppen statt.

Wir starten den Kongress mit einem Thema, das viele von uns schon im Studium nicht so sehr liebten: der Anatomie. Michel Müller und seine Mitarbeitenden werden dieses für uns aber sicher sehr anschaulich und instruktiv aufarbeiten. Dann geht es weiter mit einem wichtigen Update aus der gynäkologischen Endokrinologie: der prämaturen Ovarialinsuffizienz. Anschliessend besprechen wir DCIS, Plazentationsstörungen und Urogynäkologie. Im Rahmen der aktuellen politischen und gesellschaftlichen Veränderungen werden humanitäre Themen immer wichtiger, die von der AGHA um Monika Müller Sapin bestritten werden. Die Kontrazeption ist ein weiterer Dauerbrenner, der uns mit den «chronisch rezidivierenden» Medienberichten praktisch täglich beschäftigt. Das letzte Hauptthema, die Bildgebung in der Gynäkologie ist als unser «tägliches Brot» und angesichts der fortschreitenden technologischen Möglichkeiten der modernen Ultraschallgeräte ebenfalls äusserst spannend.

Der SGGG-Kongress ist der wichtigste wissenschaftliche Kongress unserer Fachgesellschaft. Daher wurden die besten freien Vorträge in die wissenschaftlichen Sitzungen integriert. Dies soll vor allem hervorheben, wie sehr unsere Gesellschaft den wissenschaftlichen Nachwuchs schätzt und fördert. Die Kurzvorträge und Posterpräsentationen werden natürlich weitere Highlights sein. Neben den State-of-the-Art-Vorträgen waren die Hands-on-Workshops in den letzten Jahren sehr beliebt. Sie werden deshalb auch in diesem Jahr einen wichtigen Teil des Kongresses ausmachen. Daneben soll in der wunderschönen Berglandschaft Interlakens auch das Gesellschaftliche nicht zu kurz kommen. Neben vielen persönlichen Begegnungen mit jungen und alten Bekannten freuen wir uns, den sehr erfolgreichen und schönen Gesellschaftsabend auf dem Schiff wiederholen zu können.

Ganz besonders ans Herz legen möchte ich allen Kongressteilnehmenden das Gastreferat im Anschluss der Mitgliederversammlung am Freitag vor dem Mittagessen: Dafür konnten wir den seit Jahren im Silicon Valley arbeitenden Herman Gyr als Referent gewinnen. Herman Gyr, Ph.D, ist Mitbegründer der Enterprise Development Group in Palo Alto, Kalifornien. Er berät mit seiner Firma Unternehmen wie Apple Computer, BBC, Johnson and Johnson, Kaiser Permanente, Stanford University, Swiss International Airlines, Swisscom, die Post und Toyota, um nur einige zu nennen. Durch seinen Bruder Thomas, der uns allen bestens bekannt ist, und durch sein engeres familiäres Umfeld ist er eng mit der Medizin und unserem Fach verbunden. Wie sich auch am letzten WEF in Davos gezeigt hat, sind die technologischen Entwicklungen und die Auswirkungen derselben auf uns als Menschen aber auch als Ärztinnen und Ärzte gewaltig. Herman Gyr wird uns in einer provokativen Präsentation zeigen, was uns die moderne Sensorik im Zusammenspiel mit der Informationstechnologie bringen wird. Sie dürfen gespannt sein!

In diesem Sinne freue ich mich schon heute darauf, Euch alle in Interlaken begrüssen zu dürfen!

Dr. David Ehm,
Präsident gynécologie suisse SGGG

NEUE Guideline der SGGG

Guideline Sectio caesarea

Vorgeschichte:

Es gab im Parlament ein Postulat von Seiten NR Maury Pasquier zu den Fragen, weshalb die Sectiorate in der Schweiz in den letzten 20 Jahren so stark angestiegen ist und weshalb zwischen den Sectioraten in den Kantonen/Regionen so grosse Unterschiede bestehen. Darauf hat das BAG einen Bericht zu Händen des Bundesrates erstellt, welcher unter anderem die «Ausarbeitung interdisziplinärer Empfehlungen zur Kaiserschnittgeburt, die auf evidenzbasiertem Wissen gründen und regelmässig aktualisiert werden» forderte.

Interdisziplinäre Arbeitsgruppe:

Diese Forderung des BAG respektive des Bundesrates ist letztendlich der SGGG zugetragen worden, welche das Thema in der Kommission Qualitätssicherung aufnahm. Die Kommission hat in der Folge eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe konstituiert, welche sich wie folgt zusammengesetzt hat:

- Prof. Irene **Hoesli**, Chefärztin Klinik für Geburtshilfe und Schwangerschaftsmedizin, Universitätsspital Basel (Schriftführung)
- S El **Alama-Stucki**, Département de Gynécologie et d'Obstétrique, Hôpitaux Universitaires de Genève
- Dr. Gero **Drack**, em. Leitender Arzt Geburtshilfe, Frauenklinik Kantonsspital St. Gallen
- Prof. Thierry **Girard**, Chefarzt Anästhesie Frauenklinik, Universitätsspital Basel
- Prof. Olivier **Irion**, Médecin-chef du Départment de Gynécologie et d'Obstétrique
- Prof. Sven **Schulzke**, Abteilungsleiter Neonatologie, Universitätskinderspital beider Basel (UKBB)
- Dr. Michael **Singer**, FMH Operative Gynäkologie und Geburtshilfe Schwerpunkt Fortpflanzungsmedizin, Kuesnacht (ZH)
- Prof. F. **Sprecher**, Assistenzprofessorin für öffentliches Recht, Universität Bern
- Prof. Daniel **Surbek**, Ordinarius und Chefarzt Geburtshilfe/ Feto-maternale Medizin, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Inselspital, Bern und Vorsitzender, Kommission Qualitätssicherung der SGGG
- Lic.iur. Ursina **Pally Hofmann**, Leiterin Kompetenzzentrum Komplexe Körperschäden Ost, Zurich Versicherungs-Gesellschaft AG, Zürich
- Lic.iur. Barbara **Züst**, Co Geschäftsführerin SPO / Schweizerische Patientenorganisation, Zürich

Diese Arbeitsgruppe umfasst also sowohl versierte Fachärzte aus den Fachbereichen Gynäkologie/Geburtshilfe, Neonatologie und Anästhesie, wie auch eine Hebamme, Juristen und eine Vertreterin einer Patientenorganisation. Die Arbeitsgruppe hat sich zum Ziel gesetzt, im Konsens eine evidenz-basierte Guideline zur Sectio zu erarbeiten, was in mehreren Sitzungen und längeren eMail-Runden hervorragend gelungen ist.

Schwerpunkte:

Schwerpunkte der Guideline wurden in folgenden Bereichen gesetzt:

- **Indikationen zur Sectio** (inklusive Vergleich mit internationalen Guidelines wie NICE, RCOG, ACOG und RANZCOG)
- **Dringlichkeit der Sectio** (Stufeneinteilung, inklusive Definition der Zeitdauer Entscheid bis Entbindung bei einer Notfallsectio)
- **Maternale und neonatale und pädiatrische Risiken der Sectio** (kurz-, mittel- und langfristig, inklusive spätere Fertilitäts- und Plazentationsstörungen)
- **Aufklärung und Einwilligung zur Sectio** (mit Schwerpunkt auf rechtliche Aspekte)
- **Möglichkeiten der Vermeidung einer Sectio** (Geburtsverlauf, CTG-Anomalien)

In der Box finden Sie den Link zur Guideline im Detail. In der Folge sei mir erlaubt, noch einige Bemerkungen anzufügen.

Grundsätzliche Bemerkungen:

Die **steigenden Sectioraten** betreffen nicht nur die Schweiz, sondern sind ein **weltweites Phänomen**, nicht nur in entwickelten Ländern sondern gerade auch in Schwellenländern und Entwicklungsländern (siehe Statistiken WHO und OECD). Interessant ist dabei, dass es ein weltweites Phänomen ist, dass die **gesellschaftliche Schicht**, **sozioökonomische Verhältnisse und Bildung** der betroffenen Frauen die Sectiorate signifikant beeinflussen, nebst den Unterschieden zwischen **städtischen und ländlichen Gegenden**. Diese Bobachtung findet sich auch im Bericht des BAG für die Schweiz. Hier finden sich auch grosse Unterschiede zwischen privaten und öffentlichen Spitälern, was wiederum zumindest teilweise durch das unterschiedliche Kollektiv erklärbar ist (tendenziell höheres mütterliches Alter, bessere ökonomische Situation, höheres Bildungsniveau, eher städtische Gegenden). Anzumerken ist hier, dass sich die Sectiorate in der Schweiz in den jüngsten 3–4 Jahren auf dem **Niveau um 32%** zu stabilisieren scheint.

Wichtige Faktoren welche die Sectiorate mit beeinflussen sind auch die individuellen **Grundhaltungen der schwangeren Frauen** gegenüber der Bedeutung der Geburt an sich, der Sicherheit für das Kind und der Kontrollmöglichkeit (beispielsweise in Risikosituationen wie Beckenendlage). Diese Grundhaltung selbst ist wohl individuell geprägt, wird aber wesentlich mitbeeinflusst durch die gesellschaftliche Tendenzen und Entwicklungen. Hierauf hat die Medizin wenig Einfluss, muss sich aber fachlich sowie auch ethisch mit diesen Tendenzen auseinandersetzen.

Die Medizin befindet sich im **Wandel vom paternalistischen Arzt-Patient-Verhältnis hin zu einem partnerschaftlichen Anbieter-Kunden Verhältnis**, bei dem die Ärztin informiert und aufklärt, die Patientin aber entscheidet, was sie will. Dies ist gerade in den Diskussionen in der Arbeitsgruppe mit den Juristinnen zum Ausdruck gekommen. Die Gesetzeslage und die Rechtssprechung in der Schweiz fördern die **Entscheidungsautonomie der Patienten** zunehmend. Voraussetzung für die Patientin, das Recht der autonomen Entscheidung ausüben zu können, ist die vollständige und korrekte Information und Aufklärung. Der «informed consent», also der informationsbasierte Konsens zwischen Ärztin und schwangerer Frau, gewinnt zusehends an Bedeutung.

Die aktuelle Guideline Sectio Caesarea möchte die fachlich-medizinische Grundlage für das Informationsgespräch bilden und Unterstützung bieten, wenn es im Gespräch zwischen Fachpersonen (Ärztin/Arzt und/oder Hebamme) und schwangerer Frau um das Thema Sectio geht.

Prof. Daniel Surbek,
Präsident Kommission Qualitätssicherung

Guideline in Deutsch unter:
www.sggg.ch>fachthemen>guidelines

Guideline in Französisch unter:
www.sggg.ch>fr >informations-dexperts>guidelines

Neue Chefärztinnen und Chefärzte

Dr. med. David Hänggi

Neuer Bereichsleiter Frauenmedizin Bethesda Spital Baselstadt und Frauenklinik Baselland

Seit Anfang 2016 besteht eine neue Kooperation zwischen dem Basler Bethesda Spital und der Frauenklinik Baselland (KSBL) mit den drei Standorten Liestal, Bruderholz und Laufen. Das Belegarztsystem der Frauenklinik am Bethesda Spital Basel wird mit einem Chefarztsystem ergänzt und alle Standorte der Kooperation organisatorisch in einem Bereich zusammengelegt. **Dr. med. David Hänggi**, MBA HSG, der bisherige Chefarzt Gynäkologie am KSBL, ist seit Anfang Februar 2016 neuer Bereichsleiter der Frauenmedizin Bethesda und der Frauenklinik Baselland. David Hänggi, der selber im Kanton Baselland aufgewachsen ist und an der Universität Basel studierte, hat seine Facharztweiterbildung zum Gynäkologen und Geburtshelfer am Kantonsspital Bruderholz und am UniversitätsSpital Zürich absolviert. Ab dem Jahr 2000 war er Oberarzt, ab 2007 Leitender Arzt und ab 2011 Chefarzt der Frauenklinik Bruderholz, bevor er ab 2013 Chefarzt der gesamten Frauenklinik Baselland mit allen drei Standorten wurde. David Hänggi verfügt zusätzlich zum Facharzttitel noch über den Schwerpunkt operative Gynäkologie und Geburtshilfe und einen Master of Business Administration MBA.

Dr. med. Brigitte Frey Tirri

Neue Chefärztin am Kantonsspital Baselland

Dr. med. Brigitte Frey Tirri hat ab dem 1. März 2016 die Führung der Frauenklinik des Kantonsspitals Baselland an den drei Standorten Liestal, Bruderholz und Laufen übernommen. Sie tritt damit die Nachfolge von David Hänggi an. Die Leistungen der Standorte wurden neu aufgeteilt: Liestal bietet den gesamten Leistungskatalog der Frauenheilkunde und Geburtshilfe an, im Bruderholz finden allgemein gynäkologische und geburtshilfliche Sprechstunden statt und in Laufen werden wie bisher gynäkologische Operationen durch die Belegärzte durchgeführt. Zusätzlich bietet Brigitte Frey Tirri auch im Bethesda eine Dysplasie-Sprechstunde an. Dr. Brigitte Frey Tirri arbeitete seit 2011 in der Frauenklinik Baselland, zuerst als Oberärztin am Standort Bruderholz, dann als Leitende Ärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Leiterin Dysplasiezentrum und Ambulatorien für alle drei Standorte. Seit Herbst 2014 war sie Co-Chefärztin am Standort Liestal. Ihre Ausbildung zur Fachärztin Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwerpunkt operative Gynäkologie und Geburtshilfe absolvierte sie an der Frauenklinik des Universitätsspitals Basel sowie an verschiedenen Kantons- und Regionalspitälern. Zusätzlich verfügt Dr. Brigitte Frey Tirri über einen Facharzttitel in Allgemeinmedizin sowie einen Fähigkeitsausweis in psychosomatischer und psychosozialer Medizin.

Dr. med. Hansjörg Huemer

Neuer Chefarzt der Frauenmedizin Bethesda Baselstadt

Dr. med. Hansjörg Huemer hat am 1. Februar 2016 als erster Chefarzt Gynäkologie die Leitung der Frauenklinik am Bethesdaspital Basel übernommen. Der 46-jährige gebürtige Österreicher war bereits seit Januar 2015 Co-Chefarzt des Kantonsspitals Baselland am Standort Bruderholz. Davor arbeitete er als Leitender Oberarzt Urogynäkologie und Oberarzt für Gynäkologie und Geburtshilfe am Klinikum Wels in Grieskirchen in Österreich, zuletzt als Leiter des interdisziplinären Kontinenz- und Beckenbodenzentrums. Er war dort massgeblich am Aufbau des Interdisziplinären Zentrums Roboterchirurgie beteiligt. Dr. Hansjörg Huemer ist Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Arzt für Allgemeinmedizin und verfügt über die Schwerpunkte Urogynäkologie und pränatale Diagnostik.

Dr. med. Markus Kuther

Neuer Chefarzt am Kantonsspital Münsterlingen

Die Spital Thurgau AG hat Dr. med. **Markus Kuther** per 1. September 2016 zum neuen Chefarzt der Frauenklinik am Kantonsspital Münsterlingen gewählt. Der 48-jährige Kuther ist verheiratet und Vater von drei Kindern. Er ist seit 2007 Chefarzt der Frauenklinik und ärztlicher Direktor der städtischen Kliniken Kiel. Sein Medizinstudium absolvierte er in Freiburg im Breisgau. Er arbeitete in Frankfurt, Südafrika, Lörrach und Saarbrücken und verfügt über die beiden fakultativen Weiterbildungen Perinatologie und spezielle Geburtshilfe sowie den Subtitel für gynäkologische Onkologie. Markus Kuther deckt das gesamte Spektrum der Gynäkologie und Geburtshilfe ab – von der minimalinvasiven Chirurgie über die Tumorchirurgie bis zur Pränataldiagnostik und Geburtshilfe. Während seiner Tätigkeit in Kiel ist es ihm gelungen, ein Onkocert-zertifiziertes Gynäkologisches Krebszentrum zu etablieren, welches er seit 2014 leitet.

Dr. med. Claus Platten
Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe FMH
Vordersteig 23
8200 Schaffhausen

Was Frauen wollen – und Männer auch – oder doch nicht?!

Die Nachfolge in den gynäkologisch-geburtshilflichen Praxen ist ein Thema, welches zunehmend an Bedeutung gewinnt und welchem mit mehr Weitsicht seitens der Ausbildner wie auch der auszubildenden Kolleginnen und Kollegen begegnet werden sollte. Seit Jahren schon können wir ein Problem verfolgen, mit welchem die Hausärzte in zunehmendem Mass konfrontiert werden: Sie finden keine Nachfolger für Ihre Praxis.

Die Folge: Die vielleicht ins Auge gefasste Frühpensionierung fällt ins Wasser. Man versorgt aus Verantwortungsgefühl und Pflichtbewusstsein die Patienten weiter, mit denen man zusammen gewachsen ist und Höhen und Tiefen des Lebens durchgemacht hat (dies gilt wahrscheinlich für beide Seiten). Es gestaltet sich schwierig, am gleichen Ort zu bleiben und die Praxis einfach zu schliessen ohne die Nachfolge erfolgreich geregelt zu haben. Die Missgunst der Patienten wäre einem (zurecht) sicher, wenngleich diese meist nicht wissen können, wie schwierig es sich gestaltet, nur schon eine gute Vertretung für die eigene Praxis geschweige denn eine langfristige Nachfolge zu finden. Gesundheitszentren und Ärztehäuser schiessen aus dem Boden, finanziert von Versicherungen oder (öffentlichen) Spitälern, was logisch ist, wenn zunehmend mehr Patienten nicht oder unterversorgt sind und durch die DRG-Deckelung in den Spitälern der ambulant-medizinische Bereich in diesem Zusammenhang zunehmend an Attraktivität gewinnt. Dass dies nicht nur ein hausärztliches Problem bleiben wird, erkennt jeder Gynäkologe/ Geburtshelfer, der die Entwicklung auch in unserem Fachgebiet aufmerksam verfolgt.

Wie kommt es zu dieser Entwicklung? Wir haben das Privileg von exzellenten Ausbildungsstätten gepaart mit einem vergleichsweise komfortablen Stellenschlüssel. Es gibt geregelte Arbeitszeiten, für die lange gekämpft wurde. Das Curriculum wurde angepasst, um Kolleginnen und Kollegen, die ausschliesslich nicht-operativ tätig sein wollen, den Weg zum Facharzt nicht unnötig zu verlängern. Mit diesen Voraussetzungen wären die Bedingungen an sich ideal, dem Nachfolgeproblem zu begegnen.

Weshalb aber stellt sich dennoch das Problem? Die neue Generation potentieller Praxisnachfolger war ein grosses Thema am letztjährigen Jahreskongress in Interlaken. Lässt sich der dort geäusserte Anspruch auf geregelte Arbeitszeiten bei adäquatem Einkommen, wenig administrativen Aufwand zugunsten von Familien- und Freizeit mit der Übernahme einer (Einzel-) Praxis jedoch in Einklang bringen? Weiter muss gefragt werden: Lässt sich eine kontinuierliche Patientenbetreuung mit oben angeführten Ansprüchen verwirklichen? Lässt sich eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung in einer Einzelpraxis etablieren? Lassen sich die Abläufe in der Praxis, team-building und an das individuelle Arbeiten angepasste Investitionen auch verwirklichen?

Unsere Bevölkerung braucht die Praxen! Vor allem kleine Praxen mit motivierten Inhabern! Eine Einzelpraxis ist die kleinste funktionelle Einheit in unserem Gesundheitssystem – der Einzeller, mit dem alles anfing! Und ohne den die *grossen Tiere* gar nicht wären. Dies sollte vielleicht mehr berücksichtigt werden in der klinischen Ausbildung. Wir lernen im Studium praktisch ausschliesslich Spitalmedizin. Dies ist wichtig und wird schliesslich auch bezahlt vom Steuerzahler. Die Nachfolgefrage für die Kliniken selbst muss zweifelsohne gleichermassen Beachtung finden: Erkennen von akademischem Potential, prospektive Karriereplanung, kontinuierliche Rotationen auch bei Kaderarztstellen mit dem Ziel der Weiterentwicklung. Es braucht jedoch auch den Hinweis, dass den Kliniken eine enorme Verantwortung zu teil wird in der Ausbildung und Motivation unserer Nachfolger in der Praxis. Auch die Kolleginnen und Kollegen, die den Weg in die Praxis wählen, müssen so gut trainiert und ausgebildet werden, damit sie dort in ihrem Bereich ein gutes und fachlich interessantes Spektrum abdecken können. Gute Zuweisungen kann es nur geben, wenn auch die Kollegen gut ausgebildet wurden. Mit Vorteil im eigenen Land.

Dies erleichtert nicht nur die medizinisch-fachliche, sondern auch die soziale Integration eines Praxisnachfolgers. Diese Integration ist der Grundstein für Kontinuität einer guten und langfristigen medizinischen Versorgung.

Warum sollte man sich für eine eigene Praxis entscheiden?

Dieses Modell bietet die Chance für den Aufbau einer langfristigen Arzt-Patienten-Beziehung. Dies kann die Compliance bei der Einleitung und Begleitung von Therapien erheblich positiv beeinflussen. Eine Praxis birgt Gestaltungsmöglichkeiten bei Personalauswahl, Anschaffung von Gerätschaften, Arbeitsabläufen, Festlegen des eigenen Leistungsspektrums, Arbeitszeit, Ferien und Weiterbildung. Eine eigene Praxis bietet Unabhängigkeit und unternehmerische Freiheit. Sie bedeutet aber auch: Unternehmerische Verpflichtung (Kredite und deren Rückzahlung), meist Festlegen des eigenen geografischen Lebensmittelpunktes, selbstverantwortliche Regelung der Altersvorsorge und Personal-/ Lohnadministration.

Was können wir tun, um Kolleginnen und Kollegen dazu zu ermuntern, in die eigene Praxis zu gehen?

- Alle Beteiligten sollten Möglichkeiten schaffen für den unkomplizierten direkten Austausch zwischen Praxisinhabern und interessierten Fachärzten, zum Beispiel im Rahmen des Jahreskongresses, anderer Fortbildungen oder im Rahmen von Hospitationen.
- Es sollte ein wertschätzender professioneller Umgang zwischen Klinikärzten und niedergelassenen Kollegen als Vorbild und im Interesse aller (Pflege der Schnittstelle Praxis/ Spital) stattfinden.
- Potentielle Praxisnachfolger sollte in der Ausbildung berücksichtigt werden.

Eine eigene Praxis bedeutet Freiheit, aber auch Verpflichtung. Nicht jeder ist geeignet für den Weg in die Selbständigkeit genauso wie nicht jeder für eine langfristige Spitalkarriere gemacht ist. Es braucht Mut, Risikobereitschaft und Entscheidungsfreude, sich aus dem Spitalbetrieb zu lösen, um auf eigenen Füssen zu stehen. Ein eigenes berufliches Netzwerk und eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit dem Spital sind jedoch essentiell. Man zahlt einen Preis für die Selbständigkeit (siehe oben), aber es gibt viel zu gewinnen. Unsere Patientinnen werden es in Zukunft immer mehr schätzen, wenn sie weiterhin sagen können „Dies ist mein betreuender Arzt“ und nicht „dies ist meine betreuende Arztpraxis“.

Dieser Beitrag ist verfasst von einem 43-jährigen motivierten Einzelpraxisinhaber (seit 2009) aus Schaffhausen und verheiratetem Vater dreier Kinder. Ich bin begeisterter Volleyballspieler und Angler, konnte 2014 drei Monate mit meiner Familie in Neuseeland und Australien verbringen, habe bislang weder Chindsgitheater, Zeugnisgespräche, Weihnachtssingen noch Schulbesuchstage verpasst und sehe meine Familie morgens, mittags und abends. Weiterhin bin ich der Präsident der gynecologie suisse Sektion Thurgau/ Schaffhausen und hocherfreut, dass sich unser amtierender Präsident David Ehm des Nachfolgeproblems so beherzt annimmt. Ich bin der Überzeugung, dass es nach wie vor auch erstrebenswert sein kann, das Ziel der eigenen Selbständigkeit zu verfolgen und würde persönlich diesen Schritt jederzeit erneut unternehmen.

Korrespondenzadresse des Autors:

Dr. med. Claus Platten
Vordersteig 23
8200 Schaffhausen
www.frauenarzt-schaffhausen.ch
claus.platten@hin.ch

Dr. P. Sager
Leiterin Senologie
DKG, SGS/KLS zertifiziertes Brustzentrum
Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Inselspital, Universitätsspital Bern

Nekrotisierende Mastitis non puerperalis

Die nekrotisierende Mastitis ist ein seltenes Krankheitsbild, welches jedoch eine rasche und gezielte Therapie erfordert, denn sie ist mit einer Mortalität von bis 34 % vergesellschaftet. Risikofaktoren sind Diabetes mellitus, Gefäßerkrankungen und Immunsuppression. Entscheidend zur Vermeidung systemischer Komplikationen (Schock, Multiorganversagen) sind eine großzügige Nekroseabtragung und der frühzeitige Beginn einer Breitspektrum Antibiotikatherapie.

Kasuistik

Eine 40- jährige Patientin stellte sich notfallmässig mit einem ausgedehnten nekrotisierenden Mammabefund rechts in einem umgebenden Spital vor. Die Patientin war afebril und in einem guten Allgemeinzustand. Anamnestisch bestand eine Rötung seit 2–3 Wochen mit zunehmender Verfärbung und Verkrustung der Haut, welche laut Patientin relativ schnell voran schritt. Die Infektparameter waren mit einem CRP von 67mg/l und Leukozyten von 17000/µl leicht erhöht, sowie die Leberwerte bei jedoch bekanntem Alkoholkonsum. Eine Hospitalisation lehnte die Patientin zu diesem Zeitpunkt vehement ab. Eine antibiotische Therapie mit Amoxicillin und Clavulansäure wurde begonnen und die Patientin uns zur weiteren Betreuung und Ausschluss eines inflammatorischen Mammakarzionom zugewiesen.

In der senologischen Sprechstunde zeigte sich ein ausgedehnter nekrotisierender Mammaabszess mit Entleerung von Pus. Die Nekrose umfasste einen 7×8cm grossen Bereich mit Aussparung der Mamille bis zum M. pectoralis reichend (Abb. 1). Biopsien und Abstriche wurden entnommen und der Patientin wurde die sofortige Hospitalisation mit chirurgischem Dépridement empfohlen. Die Patientin wollte aus persönlichen Gründen keine Hospitalisation. Die Laborwerte waren stabil, die Patientin nach wie vor afebril. Eine erneute Konsultation wurde für den nächsten Tag vereinbart und die Patientin unter 3×1g Amoxicillin/Clavulansäure und NSAR entlassen. In der Zwischenzeit zeigte sich, dass die Patientin seit Jahren keine gültige Krankenversicherung hatte und aus diesem Grund wohl auch Krankheitskosten fürchtete. Der Sozialdienst wurde eingeschaltet und nach Klärung der Situation willigte die Patientin in die Operation und in die weitere stationäre Behandlung ein. Eine maligne Neoplasie konnte bei der Histologie ausgeschlossen werden, die

Abb. 1. Befund bei Vorstellung in der senologischen Sprechstunde

Abb. 2. Ausgedehntes Débridement intraoperativ

Abb. 3. Vacuum-Verband mit 125mmHg Sog

Abb. 4. Zwei Wochen nach Operation

Abb. 5. Vier Wochen nach Operation

Abb. 6. Sieben Wochen nach Operation

Bakteriologie zeigte Gram pos. Kokken und eine anaerobe Mischflora.

Es erfolgte ein ausgedehntes Débridement bis zum M. pectoralis und Anlage eines V.A.C.-Verbandes. Im weiteren erfolgte eine intravenöse antibiotische Therapie mit Amoxicillin/Clavulansäure über zwei Tage, welche nach zwei Tage erneut auf per oral umgestellt werden konnte. Am 3. Tag erfolgte der erste V.A.C. Wechsel, wobei eine Abnahme der Rötung und erstes Granulationsgewebe nachgewiesen werden konnte. Die Patientin wurde am 4. postoperativen Tag in das ambulante Setting entlassen.

Kernaussagen

- Die nekrotisierende Mastitis ist ein seltenes Ereignis, aber ein echter Notfall. (0.04 necrotizing Infektion per 1000 personyears.)
- Es wird eine frühe Form, ohne systematische Symptome und eine späte Form mit systematischen Symptomen bis zum Multiorganversagen unterschieden.
- Die Mortalität beträgt bis zu 34% bei der späten Form.
- Schnelle operative Intervention mit ausgedehntem Débridement und intravenöser antibiotischer Therapie sind essentiell.
- Die sekundäre Wundheilung mittels Vakuum-Verband zeigen erstaunlich gute kosmetische Ergebnisse.

Der zweite V.A.C. Wechsel fand nach 4 Tagen statt, danach erfolgte ein wöchentlicher Wechsel. Die Antibiotika Gabe mit Amoxicillin /Clavulansäure wurde während 2 weiteren Wochen weitergeführt. Insgesamt war der Verlauf sehr erfreulich und nach zwei Wochen konnte auf ein kleineres V.A.C.Via™ System gewechselt werden.

Nach 4 Wochen wechselten wir auf das PICO®-System (Kanisterlose Unterdruck- Wundtherapie), welches wöchentlich gewechselt wurde. Nach 7 Wochen war die Wunde zu. Eine plastische Rekonstruktion war nicht nötig und auch nicht gewünscht.

Nekrotisierende Mastitis

Die nekrotisierende Mastitis ist ein seltenes Ereignis. Sie kommt häufiger bei immunsupprimierten Patientinnen vor, allerdings existieren nur wenige Daten die meisten basierend auf case reports. Bei Ausdehnung des Infektes auf die Faszie und die Muskulatur mit systemischer Beteiligung, kann eine lebensbedrohliche Situation entstehen mit einer Mortalität bis zu 34%. In der Literatur wird von einigen Autoren eine Einteilung in frühe und späte Form gemacht, dabei beinhaltet die späte Form eine systemische Beteiligung die bis zum Multiorganversagen reicht.

Eine ausgedehnte chirurgische Intervention ist immer indiziert und sollte möglichst ohne Verzögerung erfolgen. Zusätzlich ist eine antibiotische Therapie über mindestens 10 Tage indiziert. Zum Ausschluss eines Karzinoms empfiehlt sich die histologische Sicherung. Der Einsatz der V.A.C. Verbandes ist sehr zu empfehlen und vereinfacht das Wundmanagement.

Literatur

1. Ellis Simonsen SM, Van Orman ER, et al. Epidemiol. Infect. 2006; 134:293–9.
2. Anaya DA, Dellinger EP. Clin. Infect. Dis. 2007; 44:705–10.
3. McHenry CR, Piotrowski JJ, et al. Ann. Surg. 1995; 221:558–63.
4. Rajakannu M, Kate V, Ananthakrishnan N. Breast J. 2006; 12: 266–7.
5.) Nizami S, Mohiuddin K, et al. Breast J. 2006; 12:168–9.
6. Shah J, Sharma AK, et al. Br. J. Plast. Surg. 2001; 54:67–8.

http://ktclearinghouse.ca/cebm

Center for Evidence Based Medicine

Evidenzbasierte Medizin (EBM) ist seit Ende der neunziger Jahre ein wichtiger Bestandteil der modernen Medizin. EBM beruht auf dem jeweiligen aktuellen Stand der klinischen Medizin. Grundlage letzterer sind klinische Studien und deren Publikationen, die einen Sachverhalt erhärten oder widerlegen. In der Praxis bedeutet dies, die Integration individueller klinischer Expertise mit der besten, verfügbaren, externen Evidenz aus systematischer Forschung. Die Patientenpräferenzen werden ebenfalls eingeschlossen. EBM dient nicht nur der Indikation für eine Therapie, sie kann auch den Verzicht auf Therapie begründen.
Auf dieser Homepage des Center for Evidence Based Medicine von Toronto werden die wichtigsten Begriffe der EBM zusammengefasst und auf einfache und klare Weise erklärt.

m.m.

http://isignit.weebly.com/

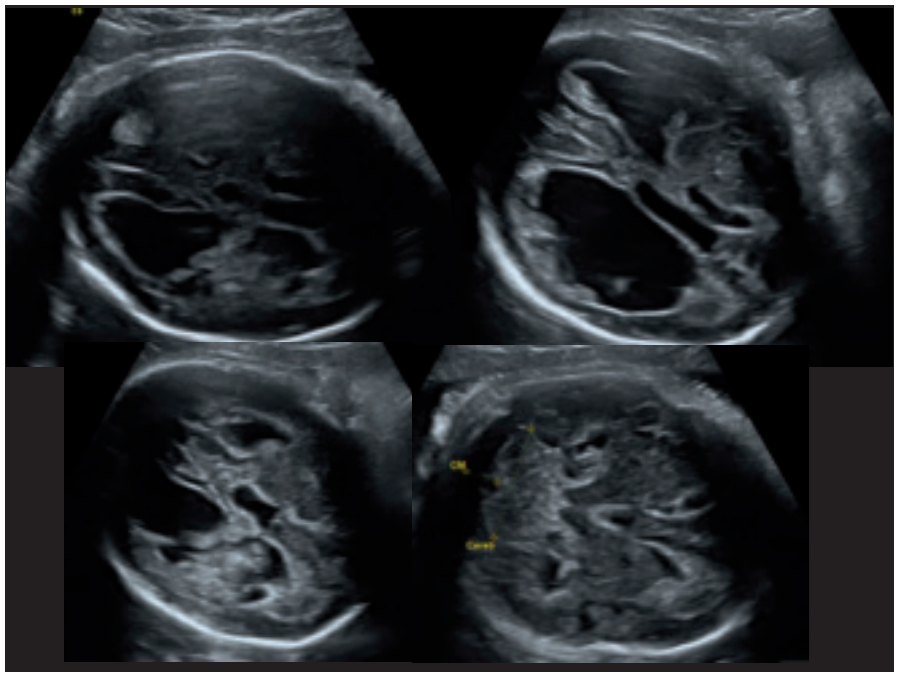
iSignIt

Die Kommunikation mit Gehörlosen ist, vor allem in Notfallsituationen, nicht einfach. Es gibt Gebärdensprachendolmetscher, aber diese sind nicht immer verfügbar. In solchen Situationen ist iSignIT die ideale App.
Diese App wurde speziell für den Einsatz im Spital oder in der Arztpraxis entwickelt. Die Anwendung stellt eine Basiskommunikation in der Gebärdensprache sicher. Anhand von einfachen Fragen und Antworten kann sich ein schwerhöriger oder gehörloser Patient mit dem Arzt oder der Pflege verständigen. Vorgegebene medizinische Themen, unterstützt von kurzen Videosequenzen, erleichtern die Anamnese. Die Patientin kann schnell ihre Beschwerden beschreiben und der Arzt sie über die nächsten diagnostischen Schritte oder die Behandlung informieren. Für komplexere Gespräche ist ein Dolmetscher notwendig. ISignIT ist kostenfrei und im Moment leider nur für iOS Geräte (iPhone und iPad) verfügbar.

m.m.

PD Dr. med. Cornelia Hofstaetter
Prof. Luigi Raio
Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Inselspital Bern

Bilateraler Hydrocephalus internus bedingt durch eine Hirnblutung bei schwerem kongenitalem Protein C-Mangel



Die Sonobilder zeigen einen symmetrischen Hydrocephalus internus bds. mit einer Erweiterung der Hinterhörner der Seitenventikel von 25.4 mm und einem schmalen dorsalem Hirnparenchymmantel. Auffällig sind relativ grosse Plexii choroidei bds. und keine vorhandene scharfe Abgrenzung zum Parenchym im frontalen Bereich bds. Der 3.Ventrikel ist erweitert, aber nicht der 4.Ventrikel. Der Kopfumfang lag auf der 95. Perzentile. Die Verdachtsdiagnose einer Hirnblutung wurde gestellt, eine fetales MRI und Untersuchungen der TORCH-Serologien und auf mütterliche antithrombozytäre Antikörper veranlasst. Alle Untersuchungen waren unauffällig. Das fetale MRI in der 34+1 SSW bestätigte die Verdachtsdiagnose einer intrazerebralen Blutung mit Einbruch in die Seitenventrikel.

Hämorrhagisch bedingter Hydrocephalus internus ist ein seltenes pränatale Ereignis und führt meist zu einem einseitigen Hydrocephalus mit Erstdiagnose im 3.Trimenom. Am häufigsten bedingt durch einen FAIT- fetale alloimmun Thrombozytopenie, was hier ausgeschlossen werden konnte. Auch eine intrauterine fetale Hypoxie kann zu intraventrikulären und/oder parenchymalen Hirnblutungen führen. Die letzteren zeigen nach ca. 14 Tagen Zeichen einer periventrikulären Leukomalazie und zunehmende Hirnatrophie, ähnlich wie nach Infektion mit CMV.

Geburt per primärer Sectio in 39+0 Woche. Gute Primäradaptation eines Knaben. In der Folge zusätzliche Diagnose von Glaskörpereinblutungen bds, retinaler und subretinaler Einblutung mit Amotio retinae und Purpura fulminans mit Suffusionen an Gesäss, Ober- und Unterschenke einige Stunden postpartal sowie Thrombose der V. jugularis interna bds, rechts bis zur V. brachiocephalica. Als Ursache dieser gravierenden Gerinnungsstörung wurde ein **schwerer kongenitaler Protein C-Mangel** gefunden. Die Krankheit wird autosomal-rezessiv vererbt. Zur Diagnose führt die Messung des Protein C-Spiegels. Die Protein C-Aktivität reicht bei schwerem Mangel von 0 % bis 30 % und bei partiellen Defekten von 30 % bis 70 %.

Prof. Annette Kuhn
Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Inselspital Bern

„Angekommen“ ???

Im Wartezimmer beim Zahnarzt... Schon immer habe ich die Meinung vertreten, dass Zahnarzt viel schlimmer als Gynäkologe ist... nun ja, es muss offenbar mal wieder sein.

Immerhin liegen ein paar typische Frauenzeitschriften zur Unterhaltung herum (aus irgendeinem Grund liegen typische Männerzeitschriften meistens nicht in Wartezimmern auf...), eine davon eine bekannte deutsche Zeitschrift mit vielen „aktuellen“ Themen. Eines davon erregt mein besonderes Interesse: Die Frau in verschiedenen Lebensphasen.

Soso.

„40+ – Forever young!“ – vor meinem geistigen Auge tauchen etwas zu grell geschminkte Frauen in etwas zu kurzen Röcken auf. Warum denn „Forever Young“???? Mit Ü 40 ist man einfach nicht mehr ganz jung, aber ich finde, und das macht ja auch nix.

Aus persönlichem Interesse schaue ich bei „50+“ nach – dieser Abschnitt wird unter der Überschrift „Über 50 – Angekommen!“ gefunden.

Seltsame Überschrift, was oder wer ist wo angekommen? Wusste nicht, dass man in dieser Lebensphase ständig auf der Reise ist und dann irgendwann auch mal ankommt.

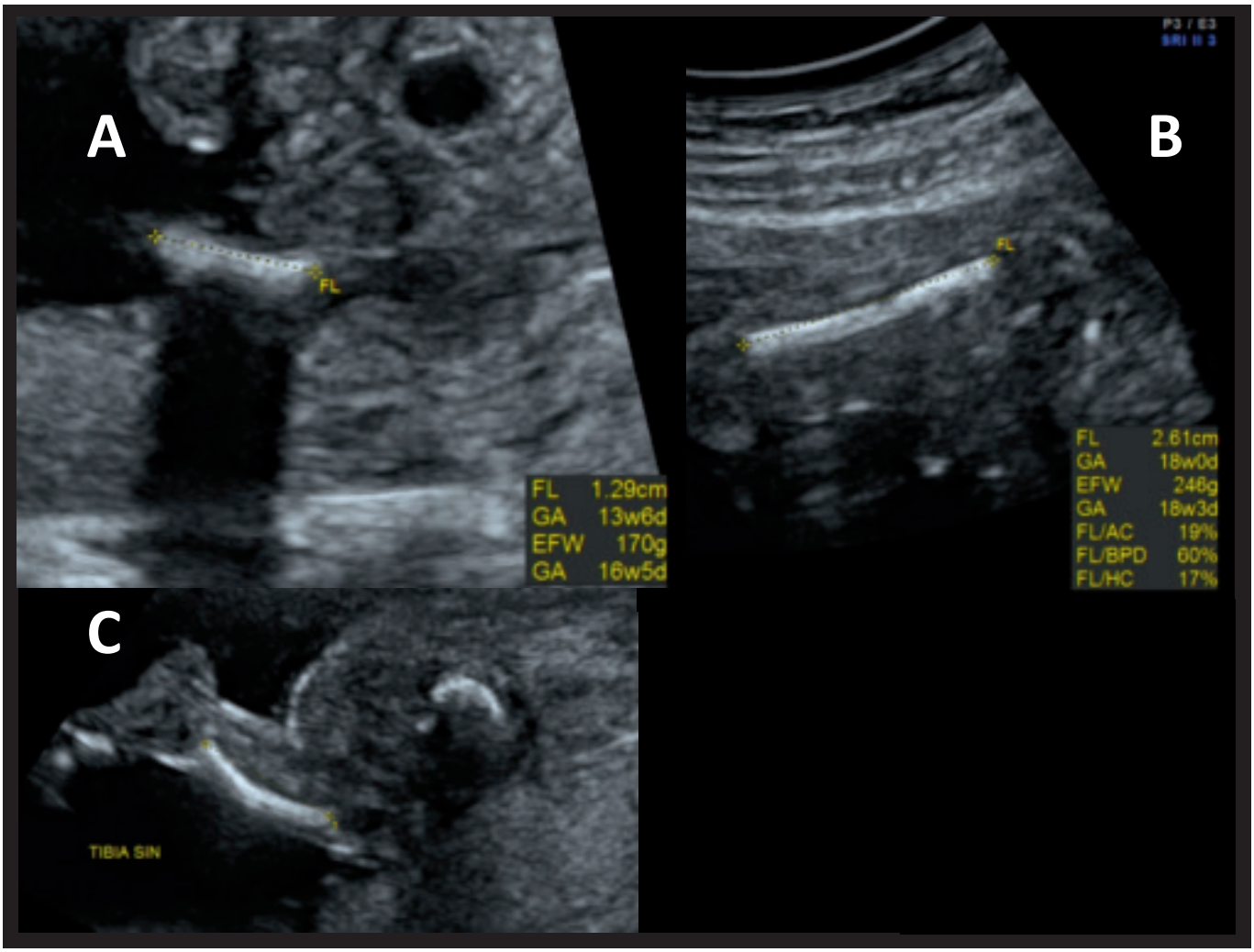
Und überhaupt – warum sind nur Frauen auf der Reise und Männer nicht, oder kommen die einfach nicht an? Wenn man die Varianten von „toys for boys“ in Form von Autos, Motorrädern etc. anschaut, sollte man das ja beinahe meinen. Oder es wird einfach in Männerzeitschriften nicht so thematisiert wie in Frauenzeitungen.

„Über 50 – Angekommen!“ – als ich gerade herausfinden möchte, wo frau denn angekommen ist mit über 50, werde ich ins Behandlungszimmer gerufen – wie schade!!

Jetzt realisiere ich, wo ich angekommen bin, nämlich beim Zahnarzt.

Dr. med. Sandra Quadranti
Prof. Luigi Raio
Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Inselspital Bern

Was ist das?



26jährige Primigravida zugewiesen in der 19.Woche wegen unterschiedlichen Längen beider Femora (Bild A und B, Graphiken). Neben diesen biometrischen Auffälligkeiten findet man noch eine Fibulaaplasie links und die Tibia links ist plump und leicht gebogen (Bild C). Zusätzlich Fussfehlstellung rechts (nicht näher abgrenzbar).
An was denken Sie?

Antworten an ***info@frauenklinik-aktuell.ch***

Curriculum Vitae

Name, Vorname: Eggimann, Thomas

FMH Gynäkologie und Geburtshilfe,
Schwerpunkt Operative Gynäkologie und Geburtshilfe,
Medical Manager FH

Studium

1986–1993	Medizinische Fakultät, Universität Bern,
2006–2008	Nachdiplomstudium Medical Manager FH, PHW Bern

Dissertation

1997	Die rechtsseitige Divertikulitis: Neue diagnostische und therapeutische Aspekte. Unter Leitung von Dr. Ch. Klaiber, Aarberg und Prof. M. Büchler, Inselspital Bern

Berufliche Laufbahn

1993	Assistenzarzt Gynäkologie/Geburtshilfe, Spitalzentrum Biel, Chefarzt PD Dr. U.J. Herrmann.
1994–1996	Assistenzarzt Chirurgie, Spital Aarberg, Chefarzt Dr. Ch. Klaiber.
1996–1999	Assistenzarzt Gynäkologie/Geburtshilfe, Frauenklinik, Inselspital Bern, Klinikdirektor Prof. Dr. H. Schneider.
2000	Assistenzarzt Gynäkologie/Geburtshilfe, Spital Grenchen, Chefärztin Frau Dr. F. Maurer.
2001	Stellvertretender Oberarzt Gynäkologie/Geburtshilfe, Frauenklinik, Inselspital, Klinikkdirektor Prof. Dr. H. Schneider.
2001–2002	Oberarzt Gynäkologie/Geburtshilfe, Frauenklinik, Inselspital, Klinikdirektor Prof. Dr. H. Schneider.
2003–2004	Oberarzt Gynäkologie/Geburtshilfe, Frauenklinik, Spitalzentrum Biel, Chefarzt Prof. Dr. U.J. Herrmann.
2004–2008	Leitender Arzt und Chefarztstellvertreter mit privatärztlicher Praxistätigkeit, Frauenklinik, Spitalzentrum Biel, Chefarzt Prof. Dr. U.J. Herrmann.
2009–2015	Chefarzt der Frauenklinik am Kantonsspital Münsterlingen.
2015	Selbständige ärztliche Tätigkeit in der Praxis milagro Kreuzlingen, Belegarzttätigkeit in der Klinik Seeschau.
Ab 1.2.2015	50% Pensum als Generalsekretär der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Ab 1.10.2015 Selbständige ärztliche Tätigkeit in eigener Praxis in der Klinik Seeschau, Kreuzlingen mit Belegarzttätigkeit. Belegarzttätigkeit im Kantonsspital Münsterlingen.

Vorstandsmitglied AGE (Arbeitsgruppe für Endoskopische Chirurgie der SGGG).

Vorstandsmitglied fmCh.

Ex officio Vorstandsmitglied der CHG (Schweizerische Gynäkologische Chefärztekonferenz).

Weitere Tätigkeiten

Auditor SKL/SGS für Brustzentren.

2010–2014 Präsident des Thurgauer Vereins Leitender Spitalärztinnen und -ärzte TVLS.

Fragebogen

1. Wo möchten Sie leben?
   Da wo mein Bett steht und meine Familie ist, bin ich zuhause.

2. Welchen Fehler entschuldigen Sie am ehesten?
   Alle die trotz besten Bemühungen passiert sind.

3. Welche Eigenschaften schätzen Sie bei einer Frau am meisten?
   Offenheit, Ehrlichkeit und Humor.

4. Welche Eigenschaften schätzen Sie bei einem Mann am meisten?
   Offenheit, Ehrlichkeit und Humor.

5. Ihre Lieblingstugend?
   Begeisterungsfähigkeit.

6. Ihre Lieblingsbeschäftigung?
   Arzt sein.

7. Wer oder was hätten Sie sein mögen?
   Ein Olivenbaum in der Toscana.

8. Ihr Hauptcharakterzug?
   Ausgeglichenheit.

9. Was schätzen Sie bei Ihren Freunden am meisten?
   Dass sie meine Freunde sind.

10. Wer waren ihre wichtigsten Lehrer?
    Dr. Christian Klaiber und mein Vater.

11. Welcher Teil der Arbeit bringt Ihnen am meisten Freude?
    Die gute Mischung von Vorsorge, Schwangerenbetreuung und Operationen macht es aus.

12. Worüber können Sie lachen?
    Ich lache viel und gerne, aber nicht aus Schadenfreude.

13. Ihr grösster Fehler?
    Ich nehme mir leider oft mehr vor als ich in 24 Stunden erledigen kann.

14. Was verabscheuen Sie am meisten?
    Hinterhältigkeit und Gier.

15. Was halten Sie für den grössten Fortschritt in der Frauenheilkunde?
    Alle minimal invasiven Techniken.

16. Welches Ereignis hat Ihre Arbeit am meisten beeinflusst?
Die Geburt unserer vier Kinder.

17. Was halten Sie für den grössten Irrtum in unserem Fachgebiet?
Die Angst vor Pathologien.

18. Welches Problem in der Frauenheilkunde halten Sie für besonders lösungsbedürftig?
FGM (female genitale mutilation).

19. Welches medizinische Fachbuch halten Sie für besonders lesenswert?
Aus der Ausbildungszeit: Klaiber, Manual der Laparoskopischen Chirurgie, Nicolaides, the 11–14 week scan und Käser, Atlas der Gynäkologischen Operationen.

20. Welches aktuelle Forschungsprojekt würden Sie unterstützen?
Alle die einen Fortschritt für die Patientinnen bringen und nicht nur l'art pour l'art sind.

21. Gibt es eine wesentliche Entscheidung in ihrem medizinischen Leben, die Sie heute anders treffen würden?
Nein.

22. Welches ist ihr bisher nicht verwirklichtes Ziel / Ambition?
Eine leere Mailbox zu haben.

23. Welchen Rat würden Sie einer jungen Kollegin geben?
Sei neugierig, demütig und bescheiden.

24. Welche natürliche Begabung möchten Sie besitzen?
Fliegen zu können.

25. Wen oder was bewundern Sie am meisten?
Grosse Pianisten von Klassik bis Jazz und Pop.

26. Ihre gegenwärtige Geistesverfassung?
Autopsychisch, örtlich und zeitlich orientiert, glaube ich jedenfalls.

27. Ihr Motto?
Mit ein wenig Geschick kann man sich aus den Steinen, die einem in den Weg gelegt werden, eine Treppe bauen.

28. Was treibt Sie an?
Neugier und Freude am Menschen.

29. Auf welche eigene Leistung sind Sie am meisten stolz?
Ich habe noch nichts wirklich Grosses geleistet, aber ab und zu gelingt mir was Kleines.

30. Als Kind wollten Sie sein wie…?
Superman.

31. Wie können Sie am besten entspannen?
Mit Musik.

32. Hier können Sie drei Bücher loben:
Small World von Martin Suter, und die Kunst des klaren Denkens sowie die Kunst des klugen Handelns von Rolf Dobeli.

33. Hier können Sie drei Musik Referenzen loben:
Mozart für Klassik, James Booker für Blues und Boogie Woogie und Kitaro für New Age.

34. Hier können Sie drei Filme loben:
Billy Wilder's „one two three", Milos Forman's „Hair" und die James Bond Filmreihe von Dr. No bis Spectre.