

Schwerpunktthemen SGGG

Das Jahr 2017 steht im Zeichen der Qualität und der Tarife

Die SGGG gynécologie suisse verfolgt neben dem Tagesgeschäft, der Mitgliederbetreuung, der Koordination respektive Organisation von Weiter- und Fortbildung sowie dem Lobbying und der berufspolitischen Arbeit immer wieder grössere Projekte und Aufgaben – so auch im laufenden Jahr.

Der folgende Beitrag soll die Schwerpunktthemen der SGGG gynécologie suisse für das Jahr 2017 erläutern und den Leserinnen und Lesern aufzeigen, was dafür im Hintergrund an Arbeit zu leisten ist, die von den Beteiligten aus dem Vorstand, der Planungskonferenz und diversen Arbeitsgruppen und -gemeinschaften mit viel Engagement erledigt wird.

EGONE

Das e-Learning Portal EGONE wurde in den letzten zwei Jahren strukturell erneuert. Nach einem Stillstand wurde klar, dass dieses Portal an die neuen Anwendungen wie Tablet und Smartphone anzupassen ist. Prof. Dr. Urs Haller, Gründer und seit Jahren Geschäftsführer von EGONE und Prof. Dr. Gabriel Schär, überzeugter Verfechter dieses einzigartigen Lernsystems, haben diesen Umbau in den vergangenen Monaten mit enormem Einsatz vorangetrieben. Es resultierte der Fachrat, als strategisches Organ und die Übergabe der technischen Seite an die Firma pnn®. pnn® hat langjährige Erfahrung im e-Learningbereich und leitet nun die technischen Aspekte von Egone im Mandat für die SGGG gynécologie suisse. Ziel ist es, Egone weiter auszubauen und eine englische Version zu erstellen, da weltweit kein ähnliches Produkt in dieser Sprache besteht. Um inhaltlich weiterhin auf dem neuesten Wissensstand zu bleiben, sind auch die Autoren aus den Kreisen der Fachgesellschaft und vor allem der Weiterbildungskliniken gefordert.

Kongress Westschweiz

Der Vorstand der SGGG versucht, die Kolleginnen und Kollegen Romandie näher an die Muttergesellschaft zu binden und innerhalb der Gynäkologinnen und Gynäkologen den Röstigraben zu überwinden. Ein wichtiger Schritt in diese Richtung ist der Entscheid, die Jahresversammlung wieder regelmässig in der frankophonen Schweiz durchzuführen. Daher findet der Jahreskongress 2017 im Beaulieu Congress Center in Lausanne statt. Auch zukünftig soll der Kongress wieder regelmässig in der Westschweiz stattfinden.

Die Organisatoren hoffen, neben den bisherigen treuen Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus der ganzen Schweiz auch neue Gäste aus der Romandie unter den Kongressbesuchern zu haben. Die sehr gute Anbindung von Lausanne an das Netz der SBB, sollte auch Kongressbesuchern aus der Deutschschweiz eine einfache Anreise ermöglichen.

Qualität

Anlässlich der FMH Ärztekammer vom 27. Oktober 2016 hat Präsident Dr. David Ehm die Qualitätscharta der SAQM (Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin) im Namen der SGGG gynécologie suisse unterschrieben. In der Charta verpflichten sich die Fachgesellschaften, Qualitätsmassnahmen zu ergreifen, Qualitätstools zur Verfügung zu stellen und die Einhaltung von Qualitätsstandards zu überprüfen. Grund für die Schaffung der SAQM durch die FMH war der Plan des Bundesrates, ein schweizerisches Institut für Qualität in der Medizin ohne die Ärzteschaft zu gründen. Mit der SAQM bleibt die Qualität in der Medizin unter der Ägide der Ärzteschaft, führt aber auch zu Mehraufwand bei den Fachgesellschaften. Die Tools wie Statistiken, Register und Zertifizierungen müssen in der ganzen Ärzteschaft anwendbar und vom Aufwand her vertretbar sein, um die nötige Akzeptanz zu finden.

Kontaktpflege mit dem Hebammenverband

Bereits unter der Präsidentschaft von Prof. Dr. Gabriel Schär wurden aktive Kontakte zum Schweizerischer Hebammenverband (SHV) geknüpft, um anstatt der Differenzen, die Gemeinsamkeiten der beiden Berufsgruppen zu betonen. Die Mitarbeit der Hebammen bei der „Empfehlung für die Betreuung Neugeborener“ hat nun ein erstes Produkt ermöglicht, das als Leuchtturm gelten kann. Dr. David Ehm hat die Zusammenarbeit mit dem Hebammenverband weitergeführt und eine Arbeitsgruppe mit Vertreterinnen der Hebammen und Delegierten der Ärzteschaft gegründet. Ziel ist ein frühzeitiger und regelmässiger Austausch über gesundheitspolitischen Themen, wie aktuell mit dem Projekt „Hebammengeleitete Geburtshilfe“. Die Arbeitsgruppe hat die Funktion einer Resonanzgruppe. Angedacht sind drei fixe Treffen pro Jahr und weitere themenbezogene Kontakte nach Bedarf.

Tarife

Die Ablehnung des ats-tms im Juni 2016 durch die Ärzteschaft mag vielen Kolleginnen und Kollegen als Erfolg gegen die Obrig-

keit vorgekommen sein. Dass die Ärzteschaft damit den gesamten Ärztetarif abgelehnt hat, war vielen zu wenig bewusst. Bei den Politikern hat diese Ablehnung einen abrupten Wandel in der Einstellung gegenüber der Ärzteschaft ausgelöst – insbesondere gegenüber den Spezialisten. Inzwischen hat der Bundesrat auch seine Ankündigung wahr gemacht: Am 22. März 2017 hat er seinen Verordnungseingriff in den Ärztetarif TARMED bekannt gegeben und die Vernehmlassung gestartet. Die Tarifgruppe um Dr. Pierre Villars ist nach riesigem Einsatz vor der Urabstimmung nun erneut gefragt. Ob die Ärzte weiterhin im Tarifbereich mitreden und sogar mitbestimmen können, wird das laufende Jahr zeigen. Die Tarifdebatte wird von vielen Abstriche verlangen, aber ein gemeinsamer Arzttarif, der letztendlich von allen Ärztinnen und Ärzten mitgetragen werden kann, wird die letzte Chance sein, um bei den Politikern glaubwürdig zu bleiben. Unabhängig vom letztendlich gegangenen Weg, wird die Sensibilisierung der Bevölkerung, die bisher nur ungenügend, respektive zu wenig fokussiert passierte, eine elementare Aufgabe sein. Dabei wird auch unser Dachverband fmCh eine wichtige Rolle spielen.

Finanzen

Im Rahmen der Budgetierung für das laufende Geschäftsjahr, haben die Zahlen eher düster ausgesehen und an der Mitgliederversammlung 2016 zu heftigen Diskussionen geführt. Dank einem unerwartet guten Kongressresultat und weiteren Faktoren, hat der



Dr. Thomas Eggimann,
Generalsekretär SGGG

Abschluss 2016 doch einen Gewinn anstelle eines Verlustes erbracht. Das Ziel der SGGG gynécologie suisse ist nicht die Anhäufung von Vermögen in Zeiten drohender Negativzinsen. Die Zahlen unterstreichen aber die Bemühungen des Vorstandes, mit den Mitgliederbeiträgen haushälterisch umzugehen.

Reden Sie mit!

Die Mitglieder des Vorstandes und das Sekretariat sind offen für Ideen und Anregungen aus dem Kreise der Kolleginnen und Kollegen. Die Koordinaten und Maillinks sind auf der Homepage aufgeschaltet. Gerne können Sie uns auch über die Mailadresse des Sekretariats kontaktieren: sekretariat@sggg.ch.

Jahreskongress SGGG 2017

Moderne Frauenheilkunde im Fokus

Der diesjährige SGGG-Kongress findet vom 28. bis 30. Juni 2017 im Beaulieu Convention Center in Lausanne statt. Die Themenschwerpunkte zielen auf die moderne Frauenheilkunde, Keynote-Lectures werden neue Impulse setzen. Gleichzeitig ermöglichen viele Seminare und Hands-On-Kurse eine sehr praxisnahe Fort- und Weiterbildung.

Im Bestreben abwechslungsweise alle Sprachregionen zu besuchen, findet der diesjährige SGGG-Kongress, vom 28. bis 30. Juni 2017, im Beaulieu Convention Center in Lausanne statt. Auch dieses Jahr bietet die Fachveranstaltung ein interessantes und hochstehendes Programm. Das Hauptprogramm zielt dieses Jahr auf die moderne Frauenheilkunde und in den Keynote-Lectures vermitteln zahlreiche ausgewiesene Expertinnen und Experten neues Wissen. Das erste Hauptthema widmet sich den vulvären Veränderungen in verschiedenen Lebensabschnitten. Der Workshop ist in drei Teile gegliedert: Ein erster Teil bietet einen Überblick über die physiologischen Veränderungen der Vulva in der Postmenopause. Der zweite Teil thematisiert das in der Praxis häufige, aber zu wenig beachtete Krankheitsbild der Lichen sclerosus. Der dritte Teil widmet sich der Klassifikation und der Diagnostik der Vulvodynie.

Virale und bakterielle Infektionen während der Schwangerschaft sind nach wie vor ein grosses Problem für den Verlauf der Schwangerschaft und ein Risiko für das Neugeborene. Dazu hat die Bedeutung des vaginalen Microbioms für Schwangerschaftskomplikationen an Bedeutung gewonnen. Letztendlich ist auch die Zika-Virus-Pandemie ein relevantes Thema für den Praxisalltag. Diesen Themen gilt daher die zweite Schwerpunktveranstaltung. Das dritte Hauptthema zielt unter dem Titel „Hotspot Endokrinologie in der Jugendgynäkologie“ auf die pädiatrischen Endokrinologie und Alternativen zur hormonellen Therapie und die Endometriose in dieser Altersgruppe. Ein weiteres Hauptthema zielt auf die Diagnose und das Management der intrauterinen Wachstumsretardierung, wo bisher kein genereller Konsens besteht. Ziel dieser Fortbildung soll daher sein, mögliche Behandlungskonzepte zu präsentieren und mit den Expertinnen und Experten zu diskutieren. Im fünften Hauptthema gehen wir der Frage nach, was sich mit dem neuen Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG) verändern wird, das voraussichtlich am 1. September 2017 in Kraft tritt. Ein weiterer

spannender Themenblock gilt der Unter- und Übertherapie beim Mammakarzinom. Beides ist gefährlich, weil die Konsequenzen von Nebenwirkungen bis zum schlechteren Outcome reichen. Das siebte und letzte Hauptthema stellt unter dem Titel „Frühgeburt: Prävention – Diagnostik – Management“ das Problem der Frühgeburtlichkeit ins Zentrum, die nach wie vor eine der grossen, ungelösten geburtshilflichen Aufgaben ist. In den letzten Jahren sind jedoch mehrere randomisierte Studien publiziert worden, die mit verschiedenen Methoden eine Reduktion der Frühgeburtenrate aufzeigen konnten. Diese werden im Rahmen der Veranstaltung präsentiert und diskutiert. Zu den sieben Schwerpunktthemen finden erneut Kurzvorträge und Posterpräsentationen sowie Hands-on-Workshops statt.

Der SGGG-Kongress ist die wichtigste Jahresveranstaltung der Fachgesellschaft. In diesem Sinne laden wir alle interessierten Gynäkologinnen und Geburtshelferinnen sowie Gynäkologen und Geburtshelfer dazu ein. Die Generalversammlung, dieses Jahr mit Wahlen, ist für alle Mitglieder eine gute Möglichkeit, sich auch in die künftige Ausrichtung der SGGG einzubringen. Neben der Fort- und Weiterbildung sind auch die persönlichen Begegnungen besonders wichtig. Daher freuen wir uns, am Donnerstag, 29. Juni 2017 unseren Gesellschaftsabend wieder mit einer Schifffahrt auf dem Lac Léman geniessen zu können. Wir freuen uns daher, Sie alle im Juni 2017 begrüessen zu dürfen!

Mit kollegialen Grüessen,



Dr. David Ehm,
Präsident der gynécologie suisse



Prof. Dr. med. Bruno Imthurn,
Präsident Beirat der gynécologie suisse

Kongresswebsite: www.sggg-kongress.ch

Die SGGG-Arbeitsgemeinschaften stellen sich vor

AGER (Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin) GTER (Groupe de travail L'endocrinologie gynécologique et la médecine de la reproduction)

Die AGER vertritt mit aktuell 376 Mitgliedern die Interessen der Gynäkologischen Endokrinologie und Reproduktionsmedizin bzgl. Weiterbildung, Politik und Tarifwesen gegenüber der SGGG und FMH.

Die AGER wurde im Jahr 2004 unter der Präsidentschaft von Prof. Dr. med. Martin Birkhäuser gegründet. Das Ziel der AGER war es das „dritte Standbein unseres Fachs“ in unserer Fachgesellschaft, neben der Gynäkologie und Geburtshilfe, zu verankern. Ein wichtiger Meilenstein auf diesem Weg war, die 2009 unterschriebene Absichtserklärung für eine verstärkte Zusammenarbeit der drei unabhängigen Fachgesellschaften Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG), Schweizerischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (SGRM) und Schweizerischen Menopausen Gesellschaft (SMG) unter dem „Dach“ der AGER. Nach einer dreijährigen Versuchsphase, unter der AGER Präsidentschaft von Prof. Dr. med. Bruno Imthurn, hat sich diese intensive Zusammenarbeit als sehr sinnvoll erwiesen und wurde noch stärker ausgebaut indem die Funktion der Präsidentin der AGER, als Vertreterin der multidisziplinären wissenschaftlichen Gesellschaften SGRM und SMG, mit einem Sitz im Vorstand der SGGG verbunden wurde.

Engagement für ein modernes Fortpflanzungsmedizingesetz

Die letzten drei Jahre waren für unser Fach durch die Revision des Fortpflanzungsmedizingesetzes (FMedG), die damit verbundene notwendige Änderung des Bundesverfassungsartikels und dem abgelehnten Referendum im Juni 2016 politisch hoch brisant und erforderten ein hohes personelles und finanzielles Engagement der Fachgesellschaften SGRM und SGGG. Hier möchte ich besonders das Engagement der Past-Präsidenten der AGER Herrn Prof. Dr. med. Bruno Imthurn und der Präsidenten der SGRM Herrn Prof. Dr. med. Christian De Geyter und Dr. med. Felix Häberlin hervorheben, möchte es jedoch auch nicht versäumen den Mitgliedern der SGGG für ihre einmalige finanzielle Unterstützung und ihr Vertrauen zu danken.



Sabine Steimann, Präsidentin AGER

Die Änderung des FMedG macht eine Anpassung der Fortpflanzungsmedizinverordnung (FMedV) notwendig. Ende September 2016 wurde unsere Gesellschaft zur Vernehmlassung der Fortpflanzungsmedizinverordnung (FMedV) eingeladen. Die neue FMedV wird grundsätzlich von unserer Gesellschaft unterstützt, jedoch sind in den Ergänzungen zu dieser Verordnung Forderungen enthalten, die zum Teil nicht zweckmässig und wirtschaftlich für kleinere Zentren nicht umsetzbar sind. Es wurden von unserer Gesellschaft Änderungsvorschläge eingebracht und es bleibt zu hoffen, dass sich der Gesetzgeber auf unsere Argumentation einlässt und diese berücksichtigt.

Weiter- und Fortbildung im Fokus

Die AGER ist für die Inhalte der Weiterbildung zum Schwerpunkt-titel Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin verantwortlich. Im Rahmen der Vorstandssitzungen der AGER werden die Inhalte immer wieder diskutiert und ggf. angepasst. Eine Aufgabe der AGER-Präsidentin, als Mitglied der Titelkommission des Schweizerischen Instituts für Weiter- und Fortbildung (SIWF) für den Bereich Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, ist dazu die Prüfung und Bewertung der eingegangenen Anträge für den Schwerpunkttitel, insbesondere Prüfung der Dossiers der ausländischen Bewerber ist zum Teil sehr zeitintensiv.

Darüberhinaus hat die AGER eine Koordinationsfunktion bei der Organisation des Women's Health Kongresses der Fachgesellschaften SMG/SGRM. Dieser Kongress findet jährlich im Januar abwechselungsweise an den fünf Universitäten der Schweiz statt. In diesem Rahmen finden die Vorstandssitzungen, wie auch die Mitgliederversammlungen der SGRM und SMG statt. Zudem vertritt die Präsidentin der AGER zusammen mit den Vertretern der SGRM/SMG deren Themen an der Planungskonferenz für den Jahreskongress der SGGG.

Blick in die Zukunft

Aufgrund der Erlaubnis zur Präimplantationsdiagnostik Ende 2017, wird im kommenden Jahr die dringlichste Aufgabe der AGER sein, die Weiter- und Fortbildung im Bereich der Genetik in unserem Fach zu intensivieren und ggf. die Weiterbildung für den Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin anzupassen. In diesem Bereich braucht es noch viel Aufbauarbeit und viele spannende und konstruktive Diskussionen.

Aktuelle Vorstandsmitglieder

Die Zusammensetzung des Vorstandes berücksichtigt folgende Prinzipien: SMG und SGRM haben Anspruch auf mindestens je ein Drittel der Vorstandssitze, 3 der 5 Universitäten sollten im Vorstand vertreten sein.

| | |
|----------------------------|------------------------------|
| Steimann Sabine, Luzern | Präsidentin |
| Wunder Dorothea, Lausanne | Vizepräsidentin |
| Imthurn Bruno, Zürich | Past-Präsident |
| Merki Gabriele, Zürich | Beisitzerin |
| Germond Marc, Lausanne | Beisitzer |
| Bitzer Johannes, Basel | Kassier |
| von Wolff Michael, Bern | Sekretär |
| Häberlin Felix, St. Gallen | Präsident SGRM – ex officio |
| Stute Petra | Präsidentin SMG – ex officio |

Neue Chefärztinnen und Chefarzte

Co-Leitung für Frauenklinik des Zürcher Triemlispitals



Natalie Gabriel



Stephanie von Orelli

Die Frauenklinik am Stadtpital Triemli wird seit 1. Februar 2017 wieder in einer Co-Leitung geführt. Die bisherige Leitende Ärztin **Natalie Gabriel** wurde per 1. Februar Co-Chefärztin und leitet die Frauenklinik seither gemeinsam mit **Stephanie von Orelli**. Vor ihrer Tätigkeit am Stadtpital Triemli war Frau Dr. med. Natalie Gabriel langjährige Oberärztin am UniversitätsSpital Zürich. Sie ist spezialisiert auf gynäkologische Tumorchirurgie, Brustchirurgie und laparoskopische Chirurgie und ist Schwerpunkttitelträgerin für gynäkologische Onkologie. Zudem hat sie einen Executive MBA der IE Business School Madrid und Brown University Providence.

Neue Expertenbriefe

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

Expertenbrief No 48 (ersetzt No 22)

Kommission Qualitätssicherung
 Präsident Prof. Dr. Daniel Surbek

Diagnostik und Therapie der Eisenmangelanämie in der Schwangerschaft und postpartal (aktualisierte Version, ersetzt Version vom 24.12.2009)

C. Breymann, C. Honegger, I. Hösli, D. Surbek

Einleitung

Die Anämie gehört zu den häufigsten Problemen in der Geburtshilfe. In der Schweiz besteht ein Eisenmangel bei bis zu 32% aller Schwangeren, eine Eisenmangelanämie bei bis zu 7%. Postpartal weist rund 1/3 aller Frauen eine Anämie auf. Es ist bekannt, dass die Anämie in Abhängigkeit des Schweregrades, einen bedeutenden **Risikofaktor** in Bezug auf die mütterliche und fetale Morbidität und Mortalität darstellt. Hierzu gehören auf der fetalen Seite eine erhöhte Frühgeburtsrate, intrauterine Wachstumsretardierung, ungünstige Beeinflussung der Plazentaentwicklung und verminderte neonatale Eisenspeicher im Falle einer Eisenmangelanämie der Mutter. Zu den mütterlichen Risiken gehören: erhöhtes Infektionsrisiko, verminderte Blutreserven bei der Geburt und damit ein erhöhtes Risiko der Fremdblutgabe bei größerem Blutverlust, kardiovaskuläre Belastung, Anämie Symptome (Müdigkeit, reduzierte physische und mentale Leistungsfähigkeit, Kopfschmerzen, orthostatischer Schwindel, Erschöpfung u.a.m.), verlängerte Hospitalisationsdauer, verminderte Milchproduktion im Wochenbett, erhöhtes Risiko für postpartale Depressionen, verminderte mütterliche Eisenspeicher postpartal und in der Folgezeit. Daraus ergibt sich, dass eine effiziente Therapie der Anämie nach entsprechender Diagnostik einen positiven Einfluss auf das mütterliche und fetale Outcome hat. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Reduktion, bestenfalls Vermeidung der Fremdblutgabe durch adäquate Therapie der Anämie im Vorfeld der Geburt.

Evi-
denz-
Level

Anämie in der Schwangerschaft

Diagnostik:

Als unterer Grenzwert des Hämoglobin-Wertes in der Schwangerschaft gilt **gemäss WHO-Richtlinien ein Hb < 110 g/L**. Da der Hb-Wert im 2. Trimester passager um 5 g/L abfällt, definiert das CDC (1998) im 2. Trimester den unteren Grenzwert zur Anämie bei < 105 g/L. Eine Anämie sollte abgeklärt und therapiert werden, da dann das Risiko für mütterliche Komplikationen (schwere peripartale transfusionspflichtige Anämie) und kindliche Komplikationen (intrauterine Wachstumsretardierung, Frühgeburten, postpartaler Eisenmangel des Säuglings und Kleinkindes mit konsekutiver Entwicklungsstörung) steigt. Zur Abklärung sollten zunächst ein **rotes Blutbild** und eine **Serum-Ferritinbestimmung** durchgeführt werden. Zur Diagnose einer Eisenmangelanämie ist die Bestimmung des Serumferritinwertes in der Regel genügend: Liegt dieser Wert < 30 µg/L liegt sind die Eisenspeicher leer und es liegt eine Eisenmangelanämie vor. Bei normalem und /oder erhöhtem Serumferritin müssen andere mögliche Ursachen (z.B. Hämoglobinopathien wie β-Thalassämie, Sichelzellenanämie, Infekt Anämie, Blutungsanämie etc.) abgeklärt werden. Eine sinnvolle Strategie ist es, **bei allen schwangeren Frauen zu Beginn der Schwangerschaft nebst dem Hämoglobinwert das Serum-Ferritin zu bestimmen**. Ist das Ferritin < 30 µg/L, bestehen mit neunzigprozentiger Wahrscheinlichkeit leere Eisenspeicher, selbst wenn noch keine Anämie vorhanden ist. In diesen Fällen ist eine Eisentherapie während der Schwangerschaft indiziert, auch wenn (noch) keine Anämie besteht. Grund dafür ist, dass der Eisenbedarf in der Schwangerschaft stark ansteigt, da der zusätzliche mütterliche Bedarf (Expansion Erythrocytenvolumen) und der fetale Bedarf (Aufbau Skelett, ZNS und fetale Erythrocyten-Zellmasse) gedeckt werden muss. **Cave:** Im Rahmen von Entzündungsreaktionen kann das Serumferritin „falsch normal“ bis „falsch hoch“ sein, da es dann wie ein Akutphasenprotein ansteigt. Deshalb empfiehlt sich die gleichzeitige Bestimmung des CRP-Wertes. Eine weitere wichtige Ursache von Anämien sind die **genetischen Hämoglobinopathien**, welche insbesondere in bestimmten ethnischen Gruppen vorkommen. In folgenden Situationen soll eine **Hämoglobin-Elektrophorese** oder eine **Hämoglobin-Chromatographie (HPLC, high performance liquid chromatography)** zur Abklärung der β-Thalassämie oder einer anderen Hämoglobinopathie als Ursache der Anämie durchgeführt werden: a) positive Familienanamnese bei der Schwangeren oder dem Partner, b) Anämie *ohne* Eisenmangel (Ferritin normal) c) ein MCV (mittleres korpuskuläres Volumen der Erythrozyten) Wert < 70 fl. oder ein MCH < 27 pg (mittleres korpuskuläres Hämoglobin) (cave: Hb-Elektrophorese kann bei α-Thalassämie normal sein!) und d) in Abhängigkeit von der Ethnie (cave unauffälliges Blutbild bei Sichelzellenanämie). Beim Nachweis einer – meistens heterozygoten – Hämoglobinopathie muss eine Partnerabklärung erfolgen und eine invasive Pränatal Diagnostik angeboten werden, wenn ein relevantes Risiko für den Feten vorliegt. Da ein **Vitamin B12 Mangel** nicht selten vorkommt (insbesondere bei erhöhtem oder hochnormalen MCV / MCH-Werten) das Holotranscobalamin (Vitamin B12) im Serum bestimmt und ein allfälliger Vitamin B12 Mangel substituiert werden. Bei der selteneren Folsäuremangelanämie zeigt sich ebenfalls eine makrozytäre megaloblastäre Anämie.

Therapie der Eisenmangelanämie in der Schwangerschaft:

Die Therapie richtet sich nach der Anämie Ursache, in den meisten Fällen also der Eisenmangel. Prinzipiell ist eine Eisentherapie mit **oralen Eisenpräparaten** oder mit **iv-Eisenpräparaten** möglich. Es konnte in verschiedenen Studien gezeigt werden, dass die intravenöse Eisentherapie bei entsprechender Indikation der oralen Eisentherapie hinsichtlich **Geschwindigkeit** und absoluter Grösse des Hämoglobinanstiegs überlegen ist. Zudem treten bei der oralen Eisentherapie

Universitäts-Frauenklinik
 Effingerstrasse 102

Inselspital
 CH-3010 Bern
 E-mail: gsk-sggg@insel.ch

Telefon: +41 / 31 / 632 11 03
 Telefax: +41 / 31 / 632 11 05

| | |
|--|-----|
| <p>klinisch relevante gastrointestinale Nebenwirkungen (Magenunverträglichkeit, Obstipation) in einer Häufigkeit von 20% auf, welche mit der iv-Eisenthherapie vermieden werden können. Die Verträglichkeit und Sicherheit von bestimmten iv-Eisenpräparaten in der Schwangerschaft wurde in mehreren Studien gezeigt. Eine Hypersensitivitäts-Reaktion (Hautexanthem, Bronchokonstriktion, evtl. Blutdruckabfall) kommt mit den neuen nicht-dextranhaltigen Eisenpräparaten extrem selten vor.</p> | lb |
| <p>Primär soll die leichte Eisenmangelanämie und der Eisenmangel ohne Anämie in der Schwangerschaft mit einer peroralen Eisenthherapie (Eisen II-Salze oder Eisen-III-Polymaltose) in der Dosierung 160-200 mg/die (möglichst nüchtern, fraktioniert) behandelt werden. Dies gilt auch für Eisenmangel respektive leere Eisenspeicher zu Beginn der Schwangerschaft (Ferritin < 30 µg/L) ohne Anämie, wegen dem zusätzlichen Eisenbedarf im weiteren Verlauf der Schwangerschaft. Eine Eisensubstitution mit einer Eisendosis von unter 100 mg /Tag, wie sie in gewissen Multivitamin-Präparaten vorkommt (Beispiel Elevit[®], enthält 80 mg Eisen) ist nicht genügend. Eine Kontrolle des Therapieerfolges nach 2-4 Wochen ist indiziert.</p> | lb |
| <p>In folgenden klinischen Situationen ist ab dem 2. Trimester eine intravenöse Eisenthherapie in der Schwangerschaft indiziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fehlendes Ansprechen auf orales Eisen (Hb-Anstieg um weniger als 10 g/L innerhalb von 14 Tagen) - Unverträglichkeit von oralen Eisenpräparaten (gastrointestinale Nebenwirkungen) oder fehlende Compliance - Schwere bzw. fortgeschrittene Anämie (Hb < 90 g/L) - Notwendigkeit der raschen und effizienten Anämiekorrektur (fortgeschrittenes Gestationsalter, Placenta praevia, Zeugen Jehovahs u.a.m.) | IIa |
| <p>Wahl des intravenösen Eisenpräparates</p> <p>Eisencarboxymaltose (Ferinject[®]): Aufgrund der vorhandenen Studiendaten ist Ferinject das Präparat der ersten Wahl, wenn eine iv-Eisenthherapie in der Schwangerschaft indiziert ist. Seit dem letzten update des Expertenbriefes von 2009, konnten mehrere, teilweise grosse randomisierte Studien zeigen, dass Ferinject ein sicheres und effektives iv-Eisenpräparat in der Schwangerschaft ist. Es liegen nunmehr sechs publizierte Studien zur Verwendung von Ferinject in der Schwangerschaft an insgesamt 634 Schwangeren mit Eisenmangelanämie vor. In allen Studien war Ferinject den Vergleichspräparaten (Eisen oral, Eisensaccharatkomplex oder Eisendextran) in der Wirksamkeit überlegen bei gleichzeitig sehr geringer unerwünschter Nebenwirkungsrate. Schwere Unverträglichkeitsreaktionen nach Eisencarboxymaltose (anaphylaktischer Schock) wurden in keiner Studie beschrieben. Vor kurzem wurde die erste grosse randomisierte kontrollierte Multicenterstudie mit Ferinject in der Schwangerschaft publiziert [Breyman et al. J Perinat Med 2016]. Die Studie zeigt, dass mit Ferinject behandelte Frauen, neben dem rascheren und effizienteren Hb-Anstieg im Vergleich zur oralen Eisengruppe auch von einer deutlich verbesserten Lebensqualität profitierten. Es konnten keine unerwünschten Effekte bei den Neugeborenen von mit Ferinject behandelten Frauen gezeigt werden. Ferinject soll gewichtsadaptierten Dosierungen von bis 1000 mg in einer Kurzinfusion über einen kurzen Zeitraum (15 - 30 Minuten pro Infusion) gegeben werden. Eine kontrollierte Vergleichsstudie zwischen Eisencarboxymaltose (Ferinject) und Eisensaccharat (Venofer) hat die Überlegenheit von Ferinject hinsichtlich der iv-Dosis (1000 mg pro Kurzinfusion) bei gleich guter Verträglichkeit gezeigt [Christoph et al. J Perinat Med 2012]. Dadurch können kostenaufwendige wiederholte Infusionen kleinerer iv-Eisenmengen vermieden werden. Ferinject ist im 2. und 3. Trimester der Schwangerschaft zugelassen. Es konnte in einer ex-vivo Plazentaperfusionsstudie gezeigt werden, dass Eisencarboxymaltose die Plazentarschranke nicht passiert [Malek, 2009]. Eisencarboxymaltose wird in der Regel als Kurzinfusion über 15-30 Min. in einer Dosierung von 1000 mg (maximal 20 mg pro KG Körpergewicht) verabreicht. Werden höhere Dosierungen (> 1000 mg) benötigt sind diese fraktioniert und im Abstand von mindestens 7 Tagen zu geben. Für weitere Details der Verwendung von Ferinject verweisen wir auf das Arzneimittel-Kompodium.</p> <p>Alternativ zu Eisencarboxymaltose oder bei Nichtverfügbarkeit von Ferinject[®] können als 2. Wahl auch andere dextranfreie iv-Eisenpräparate wie z.B. Eisen-III-Saccharat (Venofer[®]) verwendet werden.</p> <p>Grundsätzlich soll in den ersten 3-4 Wochen nach einer iv-Eisenthherapie keine Ferritinbestimmung durchgeführt werden, da der Wert nach iv Gabe rasch und stark ansteigt, um dann mittelfristig wieder langsam zu sinken.</p> <p>Vorsichtsmassnahmen bei iv Eisenthherapie: Bei der iv Eisenthherapie sollen generell und speziell in der Schwangerschaft die von Swissmedic empfohlenen Vorsichtsmassnahmen eingehalten werden. Dazu siehe die beiden folgenden Links:</p> <p>https://www.swissmedic.ch/marktueberwachung/00135/00157/01684/index.html?lang=de&download=NHZLpZeq7t.inp6i0N.TU042226ln1acv4Zn4Z2qZpnO2Yua226apJCDdn92g2vm162epYba2c_JIKbNoKSn6A-</p> <p>https://www.swissmedic.ch/aktuell/00673/00688/01489/index.html?lang=de</p> <p>Paravasate sollen aufgrund des Risikos für langfristige Hautverfärbung vermieden werden. Eine engmaschige Beobachtung der Infusionsstelle während der Eiseninfusion wird deshalb empfohlen. Im Falle eines Paravasates sofortiger Stop der Infusion (keine Nachspülung mit NaCl!) und Pharmakovigilanzmeldung.</p> | lb |

| | |
|---|-------------------------------|
| <p>Patient Blood Management: Vermeidung von Bluttransfusionen Verschiedene Studien haben gezeigt, dass die Vermeidung von perioperativen Bluttransfusionen die Morbidität und Mortalität verschiedener Operationen verbessert. Eine wichtige Strategie dabei ist es, nebst der Vermeidung unnötiger Transfusionen die präoperative Ausgangslage hinsichtlich Hämoglobinwerte und Eisenreserven bei elektiven Eingriffen zu optimieren. Obwohl es in der Geburtshilfe noch kaum Studien zu diesem Thema gibt, unterscheidet sich die Situation bei einer geplanten Sectio nur bedingt von einer elektiven Operation beispielsweise im Orthopädischen Bereich. Bei geplanten Sectionen mit erwartetem hohen Blutverlust (Placenta praevia, Placenta increta, grosse Myome usw.) soll gegen Ende der Schwangerschaft eine hochdosierte iv-Eisentherapie in Betracht gezogen werden (abhängig vom Ferritin-Spiegel), um ein möglichst hohes Ausgangs-Hämoglobin zu erreichen und eine perioperative Bluttransfusion zu vermeiden.</p> <p>Postpartale Anämie Diagnostik: Ein Hb-Wert < 120 g/L entspricht einer postpartalen Anämie, bei < 100 g/L spricht man von einer klinisch signifikanten postpartalen Anämie. Es handelt sich dabei um eine Kombination aus Blutungs- und z.T. vorbestehender Eisenmangelanämie. Der Entscheid über eine Hb-Kontrolle im Wochenbett sollte in Abhängigkeit des Blutverlustes und des klinischen Zustandes der Wöchnerin (Anämie Symptome) gefällt werden. Zudem ist der präpartale Hb-Wert von Relevanz. Der Nadir des Hb-Wertes postpartum ist nach ca. 48 Stunden nach der primären Plasmavolumenverteilung erreicht. Die zusätzliche Bestimmung des Ferritinwertes im Wochenbett macht keinen Sinn, da innerhalb der ersten Wochen nach der Geburt der Serumferritinwert "falsch normal" resp. "falsch hoch" sein kann (siehe oben: Ferritin = Akutphasenprotein). Die Eisenspeicher einer Wöchnerin können vor der Geburt oder z.B. ab ca. 6 Wochen nach der Geburt bestimmt werden. Die Ferritin-Bestimmung erübrigt sich bei kombinierter prä- und postpartaler Anämie, da hier von entleerten Eisenreserven ausgegangen werden kann. Eine parenterale Eisentherapie ohne vorausgehende Ferritinbestimmung kann im Fall einer Hämochromatose prinzipiell problematisch sein (Heterozyotenfrequenz 1:10).</p> <p>Therapie der postpartalen Anämie: Therapieoptionen der postpartalen Eisenmangelanämie umfassen prinzipiell orale Eisengabe, iv-Eisentherapie, Erythropoietintherapie oder Bluttransfusionen. Im Folgenden werden diese Therapieoptionen besprochen. Die intravenöse Eisentherapie ist gegenüber der oralen Eisentherapie aufgrund des rascheren Hb-Anstieges, des höheren absoluten Hb-Wertes, der Verbesserung der Müdigkeit (Fatigue-Score) und der geringeren gastrointestinalen Nebenwirkungen überlegen [Cochrane 2015]. Verschiedene randomisierte Studien zeigten einen Vorteil der iv-Eisentherapie gegenüber oralem Eisen. Eine Studie konnte sogar zeigen, dass es nach Einführung von parenteralem Eisen zu einer Reduktion der Fremdblutgabe am untersuchten Kollektiv kam. Als möglicher Nachteil kann das theoretische, extrem kleine Risiko der Hypersensitivitätsreaktion angesehen werden. Bei der Wahl der Therapiemethode muss dies berücksichtigt werden.</p> <p>Grundsätzlich richtet sich die Therapie nach dem Schweregrad der Anämie und dem Zustand der Wöchnerin:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bei leichter Anämie (Hb 95 - 120 g/L): perorale Eisengabe von ca. 80-200 mg (Eisen II-Salze oder Eisen-III-Polymaltose) - Bei schlechter (gastrointestinaler) Verträglichkeit der peroralen Eisentherapie: Wechsel auf i.v.-Eisengabe - Bei mittelschwerer (Hb 85 - 95 g/L) oder schwerer Anämie (Hb < 85 g/L): Intravenöse Eisengabe als erste Wahl. <p>Wahl des iv-Eisenpräparates: Wenn eine iv-Eisentherapie postpartal indiziert ist, wird das am besten untersuchte Präparat Eisencarboxymaltose (Ferinject®) als 1. Wahl empfohlen. Es wurde bereits in mehreren randomisierten Multizenterstudien im Vergleich zur oralen Eisensubstitution zur Therapie der postpartalen Anämie geprüft, und zeigte ein ausgezeichnetes Sicherheitsprofil bei sehr guter Wirksamkeit. In 3 von den 4 Studien war die Gabe von i.v. Eisencarboxymaltose der oralen Eisentherapie bei der Anämie Therapie im Wochenbett bezüglich Wirksamkeit (Hb-Anstieg, maximaler Hb-Wert) überlegen; lediglich in einer Studie war Eisencarboxymaltose i.v. gleichwertig wie die orale Eisentherapie über 12 Wochen. Im Vergleich zu anderen Eisenpräparaten ist der Vorteil, dass das Präparat dextranfrei ist und somit nur extrem selten Hypersensitivitätsreaktionen hervorruft. Auch im Vergleich zum ebenfalls gut verträglichen Eisen-Saccharat (Venofer) bestehen Vorteile, nämlich in der vielfach höheren möglichen max. Dosierung (Ferinject mit max. 1000mg per Kurzinfusion im Vergleich zu Venofer mit max. 200mg per Kurzinfusion). Eine kürzlich publizierte retrospektive Vergleichsstudie hat dabei die bessere Wirksamkeit bei gleicher Nebenwirkungsrate gezeigt [Pfenninger et al., J Perinat Med 2012]. Praktische Vorteile, Patientinnen Komfort und reduzierte Kosten der einmaligen Verabreichung sprechen für den Vorteil von Eisencarboxymaltose im Vergleich zu Eisen-III-Saccharat (Venofer). Eisencarboxymaltose (Ferinject) ist deshalb Präparat der ersten Wahl für die Therapie der postpartalen Eisenmangelanämie. Es kann in einer Dosierung von max. 1000 mg als Kurzinfusion verabreicht werden, was im Abstand von einer Woche wiederholt werden kann (abhängig vom Hb-Wert).</p> <p>Alternativ zu Eisencarboxymaltose oder bei Nichtverfügbarkeit von Ferinject® können als 2. Wahl auch andere dextranfreie iv-Eisenpräparate wie z.B. Eisen-III-Saccharat (Venofer®) verwendet werden.</p> <p>Bei schwerer Anämie < 80 g/L kann allenfalls eine Gabe von rekombinantem Erythropoietin (rhEPO) zusätzlich zu parenteralem Eisencarboxymaltose in Betracht gezogen werden. Gemäß Cochrane Database kann die Gabe von rhEPO</p> | <p>la</p> <p>la</p> <p>lb</p> |
|---|-------------------------------|

die Anämie Therapie unterstützen, allerdings nur in Verbindung mit parenteralem Eisen, um eine ineffektive Erythropoese zu vermeiden. **Die Evidenz der zusätzlichen Wirksamkeit von rhEPO in Kombination mit iv-Eisentherapie im Vergleich zur alleinigen iv-Eisentherapie ist allerdings sehr beschränkt.** Die Gabe von rhEPO sollte deshalb – wenn überhaupt – Fällen mit schwerer Anämie und Zusatzfaktoren (ausgeprägte klinische Symptomatik, Ablehnung von Fremdblut, etc.) vorbehalten sein. Die Dosierung beträgt z.B. 150 IE/kg Körpergewicht 1 x täglich s.c., insgesamt 4 Dosen Epoetin alpha (Eprex®), zusätzlich zur parenteralen Eisencarboxymaltose-Therapie. Zu berücksichtigen ist, dass es sich bei rhEPO um einen *off-label use* handelt, und dass die Kosten des Präparates beträchtlich sind.

Der kritische Hb-Wert, unter dem eine **Fremdbluttransfusion** vorgenommen werden sollte, liegt um ca. 60-65 g/L, ist allerdings abhängig von den klinischen Symptomen. Die Fremdblutgabe sollte jedenfalls immer individuell entschieden werden, unter Berücksichtigung der Wünsche der Patientin. Es gibt keinen generellen Schwellenwert (z.B. Hb 60 g/L = Blutgabe), allerdings gilt es inapparente Komplikationen wie z.B. stumme Myokardischämiezeichen zu bedenken.

Zusammenfassung:

- **Eisenmangel in der Schwangerschaft ist häufig und kann mittels Screening des Serum-Ferritins im ersten Trimester diagnostiziert werden (Grenzwert < 30 µg/L). Regelmässige Hb-Kontrollen zumindest einmal pro Trimester sind generell empfohlen**
- **Bei Eisenmangel mit oder Anämie sollte in der Schwangerschaft primär eine Therapie mit oralen Eisenpräparaten erfolgen. Bei schwerer Eisenmangelanämie, Unverträglichkeit von oralem Eisen, fehlendem Ansprechen auf orales Eisen, oder bei klinischer Notwendigkeit der raschen und effizienten Anämiekorrektur sollte eine intravenöse Eisentherapie durchgeführt werden**
- **Postpartal sollte bei leichter Eisenmangelanämie (Blutungsanämie) eine Therapie mit oralem Eisen und bei mittelschwerer bis schwerer Anämie (Hb < 95 g/L) eine intravenöse Eisentherapie erfolgen**
- **Wenn eine Indikation zur iv Eisentherapie in der Schwangerschaft oder postpartal besteht, ist Eisencarboxymaltose aufgrund der vorhandenen Studien und eigener Erfahrung das Präparat der Wahl. Bei allen iv Eisenpräparaten ist erhöhte Vorsicht gemäss der Swissmedic-Information empfohlen**

Ila

Datum: 06.01.2017

| Evidenzlevel | Empfehlungsgrad |
|--|---|
| Ia Evidenz durch die Meta-Analyse von randomisierten, kontrollierten Untersuchungen | A Es ist in der Literatur, die gesamthaft von guter Qualität und Konsistenz sein muss, mindestens eine randomisierte, kontrollierte Untersuchung vorhanden, die sich auf die konkrete Empfehlung bezieht (Evidenzlevel Ia, Ib) |
| Ib Evidenz durch mindestens eine randomisierte, kontrollierte Untersuchung | B Es sind zum Thema der Empfehlung gut kontrollierte, klinische Studien vorhanden, aber keine randomisierte klinische Untersuchungen (Evidenzlevel Ila, I Ib, III) |
| Ila Evidenz durch mindestens eine gut angelegte, kontrollierte Studie ohne Randomisierung | C Es ist Evidenz vorhanden, die auf Berichten oder Meinungen von Expertenkreisen basiert und / oder auf der klinischen Erfahrung von anerkannten Fachleuten. Es sind keine qualitativ guten, klinischen Studien vorhanden, die direkt anwendbar sind (Evidenzlevel IV) |
| I Ib Evidenz durch mindestens eine gut angelegte andere, quasi-experimentelle Studie | Good Practice Punkt |
| III Evidenz durch gut angelegte, beschreibende Studien, die nicht experimentell sind, wie Vergleichsstudien, Korrelationsstudien oder Fallstudien | <input checked="" type="checkbox"/> Empfohlene Best Practice, die auf der klinischen Erfahrung der Expertengruppe beruht, die den Expertenbrief / Guideline herausgibt |
| IV Evidenz durch Expertenberichte oder Meinungen und/oder klinische Erfahrung anerkannter Fachleute | |

Übersetzt aus dem Englischen (Quelle: ROOG Guidelines Nr. 44, 2006)

Literatur: Bei den Autoren

Interessenskonflikte der Autoren:

- C. Breymann: Referenten-Honorare, Workshops, klinische Studien (Vifor)
- C. Honegger: keine
- I. Hösl: Referenten-Honorare (Vifor)
- D. Surbek: Referenten-Honorare und unrestricted grant für investigator-initiierte Studie (Vifor)

Die Kommission Qualitätssicherung der gynécologie suisse / SGGG erarbeitet Guidelines und Expertenbriefe mit der größtmöglichen Sorgfalt - dennoch kann die Kommission Qualitätssicherung der gynécologie suisse / SGGG für die Richtigkeit und Vollständigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. Die Angaben der Hersteller sind stets zu beachten, dies gilt insbesondere bei Dosierungsangaben. Aus Sicht der Kommission entsprechen Guidelines und Expertenbriefe dem aktuellen Stand der Wissenschaft zur Zeit der Redaktion. Zwischenzeitliche Änderungen sind von den Anwendern zu berücksichtigen.

Universitäts-Frauenklinik
Effingerstrasse 102

Inselspital
CH-3010 Bern
E-mail: qsk-sggg@insel.ch

Telefon: +41 / 31 / 632.11.03
Telefax: +41 / 31 / 632.11.05

4