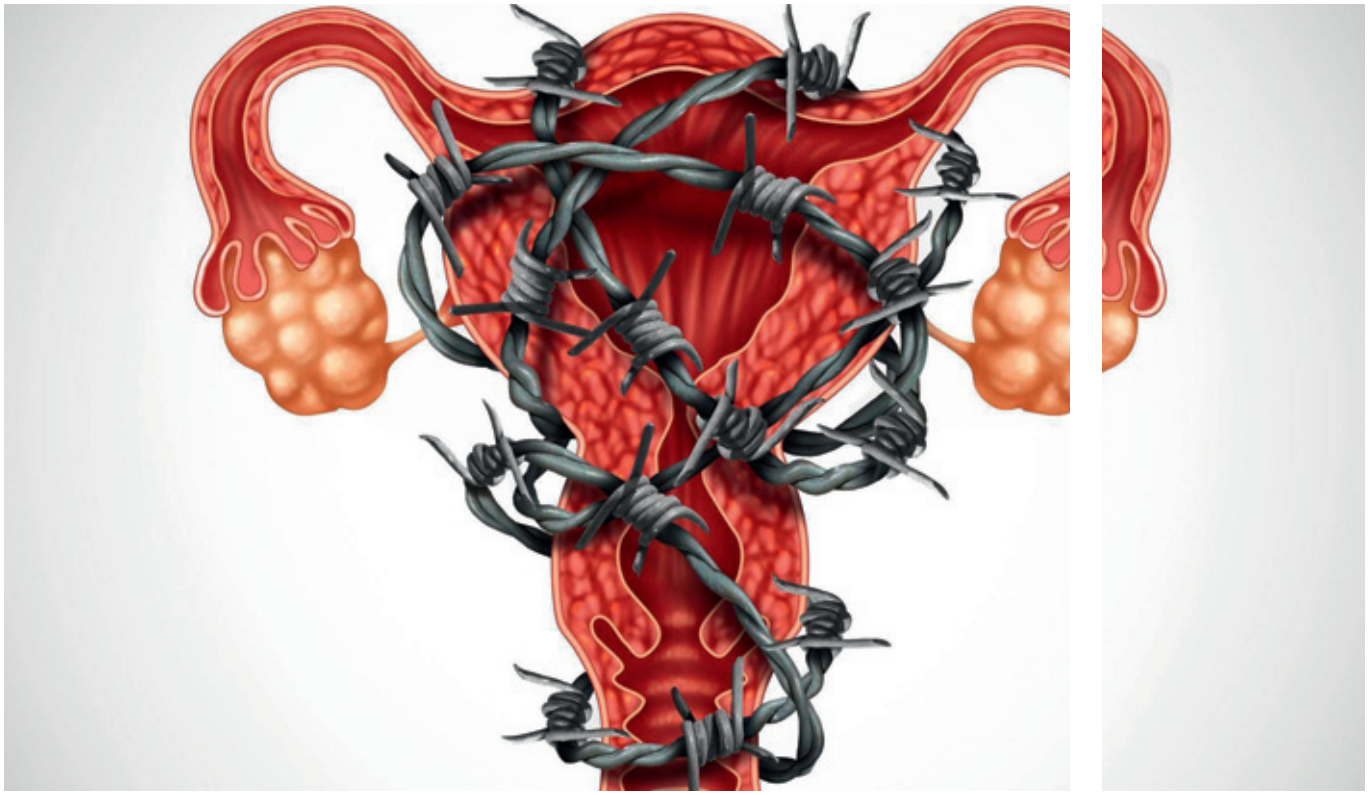
ISSN 1663-6988 (Print)
ISSN 2296-441X (Internet)

4 | 17

FHA
Frauenheilkunde aktuell



Uterus und Kinderwunsch

weitere Themen

Perinatale Asphyxie 26

Der spezielle Fall 29

Persönlich 32

Im Bild: Voll daneben! 37

Im Dialog:
Médecins Sans Frontières 39

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 2017 bei den Herausgebern
ISSN 1663-6988 (Print)
ISSN 2296-441X (Internet)

in

- Stillen über mindestens 2 Monate halbiert das Risiko des plötzlichen Kindstods (SID).
  (Thomson J. et al., Pediatrics. 2017; 140:5)
- Kortisoninjektionen in Hunnersche Ulzera beim Bladder Pain Syndrom.
  (Curr. Urol. 2016;10:154–156;
  DOI: 10.1159/000447171)
- Normaler Blutdruck: < 120/80 mmHg.
  (Hypertension 2017. November 13;
  Doi: 10-1161/HYP.0000000000000065)

out

- Single Port Laparoskopie in der Gynäkologie: bis zu 23% Hernieninzidenz innerhalb von drei Jahren.
  (Moulton L. et al., Am. J. Obstet. Gynecol. 2017; 217:610.e1-8.)
- Bipolare Koagulation bei und nach Stripping von ovariellen Endometriomen.
  (Int. J. Gynaecol. Obstet. 2017;
  DOI: 10.1002/ijgo.12338)
- vaginale Netzeinlagen.
  (Int. Urogynecol. J. 2017 Nov 22.
  Doi: 10.1007/s00192-017-3512-3)

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

Prof. Martin Heubner
PD Cornelia Leo
Kantonsspital Baden
5404 Baden
Tel.: +41 56 486 35 02
Fax + 41 56 486 35 09
frauenklinik@ksb.ch
www.frauenheilkunde-aktuell.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
Roche
medisupport
Schweizer Netzwerk Regionaler Laboratorien
Le Réseau Suisse de Laboratoires Régionaux

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: Uterus Pathologie

26/4/2017

Betrifft	„Ein Bild ist tausend Worte wert“ ***Die Herausgeber***	3
Thema	Uterus und Kinderwunsch ***Prof. Michael K. Hohl, Dr. Mischa Schneider, Dr. Cornelia Urech-Ruh***	4
Für Sie kommentiert	Lymphonodektomie beim fortgeschrittenen Ovarialkarzinom / Endokrine Erhaltungstherapie beim serös-papillären Low-grade Karzinom / Vaginales Progesteron als Frühgeburtsprophylaxe	13
Wussten Sie schon…	Salpingektomie oft unvollständig?; Endometriumablation und nachfolgende Hysterektomie; Bewegungsmangel und Endometriumkarzinomrisiko; Akupunktur und Dysmenorrhoe; Mütterliche Mortalität steigt stetig an! (USA); Spätes Abnabeln bei Frühgeburten (<30 SSW) ohne Vorteile	17
gynécologie suisse – Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique – Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe – Società Svizzera di Ginecologia e Ostetricia	Der neue SGGG-Präsident im Interview / Neue Chefärztinnen und Chefärzte / Schweizerischer Perinatalkongress am 17.05.2018 / Aufklärungsprotokoll/ Informationsblatt	20
Geburtshilfe up-to-date	Perinatale Asphyxie – überarbeitete Kriterien erhöhen die Validität der Diagnose ***Dr. Olga Endrich, Karin Triep, Prof. Luigi Raio***	26
Der spezielle Fall	Heterotope Schwangerschaft ***Panagiotis Kanellos, Marc Baumann, Cornelia Hofstaetter, Konstantinos Nirgianakis***	29
FHA Persönlich	Eine Woche unterwegs im Ausland mit Sportlern – Ansicht eines faulen Sackes und einer Fanatikerin!!! ***Prof. Annette Kuhn, Dr. Elisabeth Berger***	32
Sonoquiz	„Was ist das?“ ***Prof. Luigi Raio***	34
Auflösung Sonoquiz	Unklare, tetramelische Skelettdysplasie ***Prof. Luigi Raio***	35
Im Bild	Voll daneben! ***Dr. Stephan Mohr, Prof. Michael D. Mueller***	37
Internet-News	www.haveibeenpwned.com / App: Read by QxMD	38
Im Dialog	„What kept you going, Dr. Beffa?“ ***Prof. Michael K. Hohl im Gespräch mit Dr. Véronique Beffa*** Médecins Sans Frontières	39

„Ein Bild ist tausend Worte wert“

Die Devise „Ein Bild ist tausend Worte wert“ entstammt nicht, wie häufig angenommen, von einem chinesischen Sprichwort, sondern, wie könnte es anders sein, direkt aus der Marketingbranche. Der Leitsatz wurde erstmals 1921 in der Werbefachzeitschrift „Printers Ink“ in einer Anzeige angewendet, welche für Bilder in Werbeaufdrucken auf Straßenbahnen warb. Auch wenn der Spruch also nicht von Konfuzius stammt, hat er heute immer noch Gültigkeit. So gehört Instagram seit ein paar Jahren zu einer der populärsten Plattformen unter den sozialen Medien. Weltweit zählt Instagram 300 Millionen Nutzer, 70 Millionen Bilder werden jeden Tag hochgeladen und die meisten davon bewertet und kommentiert.

Bilder lösen Emotionen aus, sie wirken viel schneller und oft deutlich stärker als ein Text und bleiben länger im Gedächtnis. Wer erinnert sich nicht an das Foto mit dem dünnen Mann mit Einkaufstaschen der sich, am Tag nach dem Massaker auf dem Platz des Himmlischen Friedens, vor die Panzer des chinesischen Regimes stellte und so die ganze Panzer Kolonne blockierte? Oder an das Foto mit dem vietnamesischen Mädchen, welches nach einem Napalm-Angriff nackt und mit schmerzverzerrtem Gesicht auf die Kamera zuläuft? In einem Bild ist der Schrecken des Krieges zusammengefasst. Komplizierte Sachverhalte oder wissenschaftliche Zusammenhänge können oft mit einem Bild oder einer Darstellung einfach und prägnant erklärt werden. Deshalb führt Frauenheilkunde Aktuell ab diesem Heft eine neue Rubrik, „Im Bild“, ein. Es ist nicht unser Ziel, dass Sie nach dem Lesen der neuesten FHA wie einst Andy Warhol sagen „I never read. I just look at pictures“. In dieser Rubrik werden wir, entsprechend des aktuellen Zeitgeistes, mit typischen Bildern auf ein häufiges, ein seltenes, interessantes oder spannendes klinisches Problem oder Krankheitsbild hinweisen.

Viel Spass dabei!

Die Herausgeber

Prof. Michael. K. Hohl
Dr. Mischa Schneider
Dr. Cornelia Urech-Ruh
Kinderwunschzentrum Baden

Uterus und Kinderwunsch

Probleme des Uterus stehen unter den häufigsten Ursachen des unerfüllten Kinderwunsches nicht im Vordergrund.

Ein Implantationsversagen von 30–40 % trotz „normalem“ (euploidem) Embryo rückt aber den Uterus als Ort der Implantation zunehmend in den Fokus des Interesses. Dies ist uns Anlass, einen kurzen Überblick zum heutigen Wissenstand über Uteruspathologien und Fertilität zu geben.

Myome

Diese sind generell häufig und kommen bei bis zu 30 % der Frauen im Reproduktionsalter vor. Viele Frauen mit Myomen sind fertil, trotzdem können diese die Fertilität negativ beeinflussen.

Ein guter Konsens besteht, dass *submuköse* Myome und *intramurale mit submuköser Komponente* die Implantationsrate und Schwangerschaft nach IVF reduzieren (Abb. 1) (Hart, R. et al. Hum. Reprod. 2001; 11:2411–2417), diese aber durch eine Myomektomie verbessert werden können. (Surrey, E.S. et al. Fertil. Steril. 2005; 83;1473–1479).

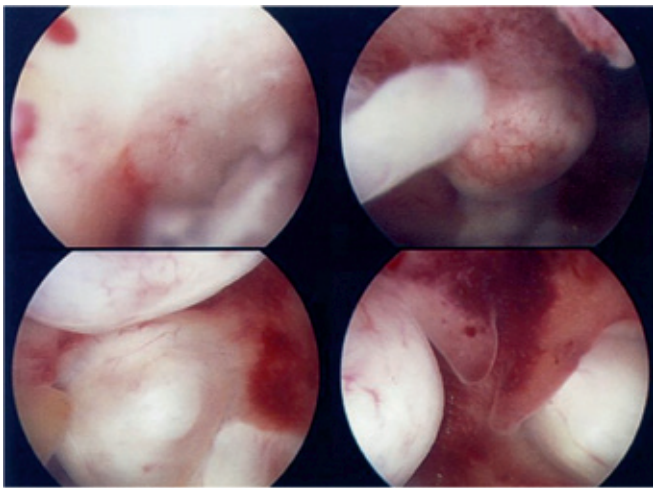


Abb. 1. Zahlreiche submuköse Myome

Eine neue case control Studie zeigte, dass auch *grössere (> 3 cm) und mehrere (≥ 2) Myome* ebenfalls einen negativen Einfluss haben können (Christopoulos, G. et al. BJOG 2017; 124:615–621). *Subseröse* Myome hingegen spielen keine Rolle (Pritts E.A. et al. Fertil. Steril. 2009; 91:1215–1223).

Da subseröse Myome keinen Einfluss auf die Fertilität haben, sollte die sogenannte inzidentelle chirurgische Entfernung solcher Myome immer mit dem potenziellen Komplikationsrisiko (Adhäsionen, Beeinträchtigung der Stabilität des Uterus) abgewogen werden.

Wenig, was Myome und Sterilität betrifft, ist durch höchste Evidenzlevel (Level A) abgesichert. Dies widerspiegelt die sehr zurückhaltende jüngste Leitlinie der ASRM (Fertil. Steril. 2017; 108:416–22):

- Bei asymptomatischen Patientinnen mit submukösen Myomen kann eine Operation empfohlen werden
- Bei asymptomatischen Myomen wird ein grosser Ermessensspielraum offen gelassen

Kommentar und Empfehlung
Basierend auf der vorhandenen Evidenz und einer langjährigen Erfahrung mit Myomen und Sterilität halten wir folgendes Vorgehen für sinnvoll:

1. Wann soll operiert werden?

- *Bei eindeutig symptomatischen Myomen (Blutungsstörungen, Schmerzen, etc.) und vorhandenem Kinderwunsch besteht eine klare Operationsindikation.*
- *Bei submukösen Myomen und signifikanten intramuralen (> 3 cm, > 2 Myome) erachten wir eine Operation vor allem auch vor einer IVF-Behandlung als gegeben an.*
- *Das Myom sollte aber nie isoliert, sondern immer im Kontext der Gesamtsituation betrachtet werden.*

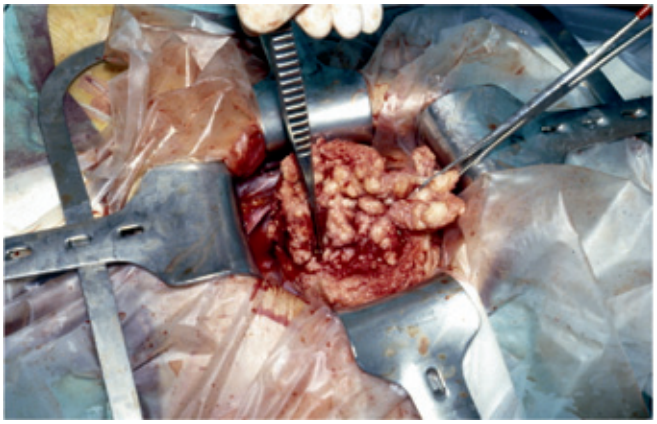


Abb. 2a. Miliarer Uterus-myomatosus (128 Myome). Die Patientin wurde nach der Operation durch ICSI-Therapie schwanger, dann Sectio mit einem gesunden Kind

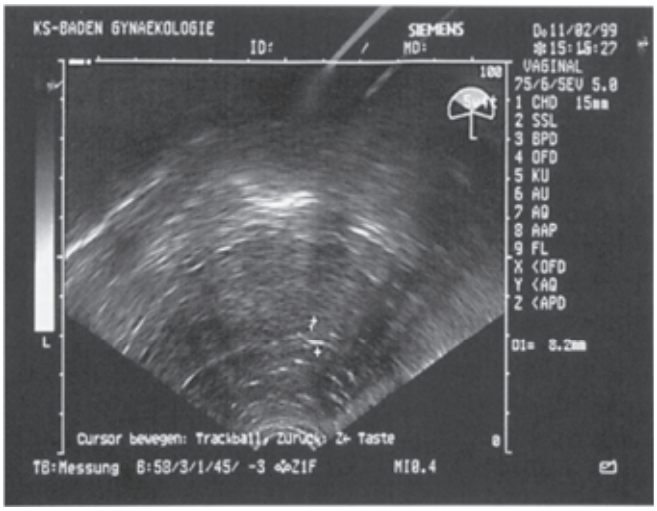


Abb. 2b. Ultraschallbild nach Myomenukleation

2. Wie operieren?

– *Bei kleineren und wenigen Myomen stehen minimal invasive Verfahren (laparoskopisch, hysteroskopisch) ganz im Vordergrund. Ein Wort der Warnung gilt aber der hysteroskopischen Myom-Operation bei Sterilitätspatientinnen, da wir nicht selten vor allem* nach *hysteroskopischen Resektionen grösserer Myome Patientinnen mit weitgehend zerstörtem Endometrium sahen, was eine Katastrophe ist. Deshalb warnen wir vor einer hysteroskopischen Entfernung grösserer und zahlreicherer submuköser Myome wegen der Gefahr der Endometriumschädigung. In diesen Fällen beginnen wir laparoskopisch und erweitern nicht selten zu einer Mini-Laparotomie, um die Intaktheit der gesamten Endometriumskapsel und der sie umgebenden subendometrialen Muskulatur zu gewährleisten.*
– *Bei sehr grossen Myomen (> 10 cm auch > 20 cm) und zahlreichen (> 3 bis > 100) ist die Operation nicht einfach (Abb. 2a und b). Das Ziel, den Uterus auch in den schwierigsten Fällen* ***immer*** *zu erhalten, die Operation ohne wesentlichen Blutverlust und postoperative Komplikationen durchführen zu können, gewährleisten spezialisierte Zentren mit grösserer Erfahrung am ehesten.*

3. Alternativen zur Operation

– *In der Leitlinie der ASRM werden Embolisation, medikamentöse oder Ultraschall-Therapien gar nicht erwähnt, da es dafür keine Evidenz gibt. Insbesondere warnen wir vor Myomembolisationen, die gemäss unserer Erfahrung auch das Endometrium zerstören können.*

Adenomyose

Hier verweisen wir auch auf die ausführliche Darstellung in dieser Zeitschrift (Mueller, M.D, Frauenheilkunde aktuell 2016; 25:3+4:4–9).

Wie häufig eine Adenomyose mit Sterilität assoziiert ist, ist nicht bekannt. Dies hängt sicher auch damit zusammen, dass die Diagnose nicht einfach ist (Ultraschall, MRI). In einer Metaanalyse von Vercellini, P. et al. (Hum. Reprod. 2014; 29:947–977) führte eine IVF-Behandlung bei Frauen mit unbehandelter Adenomyose zu einer signifikant erniedrigten Schwangerschaftsrate und deutlich erhöhte Abortrate.

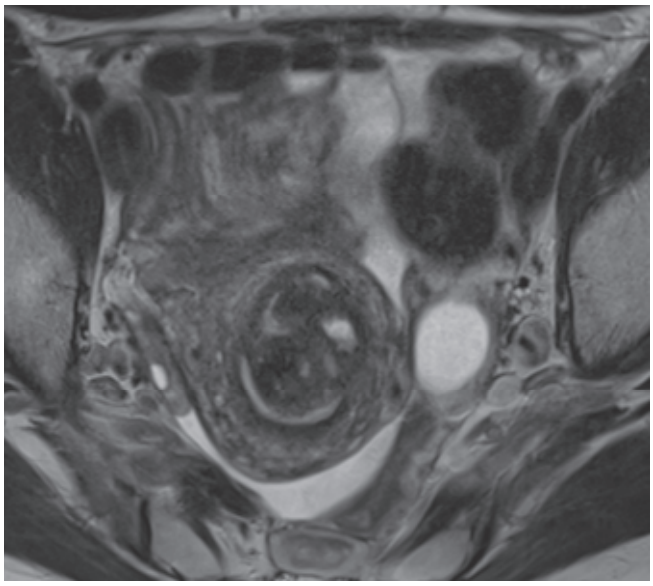


Abb. 3. Fokales Adenomyom (könnte fälschlicherweise als Myom interpretiert werden)

Kommentar und Empfehlung
Operation: ja oder nein?

- *Nicht selten wird ein isolierter Adenomyoseknoten als Myom fehlinterpretiert (Abb. 3). Die Indikation zur Operation stellt sich in diesen Fällen ähnlich wie beim Myom (endometriumnah, Grösse > 2 cm). Das Vorgehen ist technisch schwieriger, da eine Adenomyose das Myometrium zerstört und nicht nur verdrängt (Myom). Die Rekonstruktion der Uteruswand ist deshalb technisch anspruchsvoller, aber möglich.*
- *Bei diffus vergrössertem Uterus klären wir die Situation immer mittels MRI (Adenomyosis oder andere Ursachen). Auch bei diffuser Adenomyose (Abb. 4) ist eine chirurgische Sanierung möglich.*
- *Sowohl nach kompletter Resektion (z.B. dann Rekonstruktion mit der von Grimbizis, G.F. et al. (Fertil. Steril. 2014; 101:4272–87) angegebenen „triple flap Technik“ (Abb. 5), wie auch nach einer Zytoreduktionschirurgie (partielle Resektion) wurden Schwangerschaften in 40–60 % der Fälle beobachtet.*

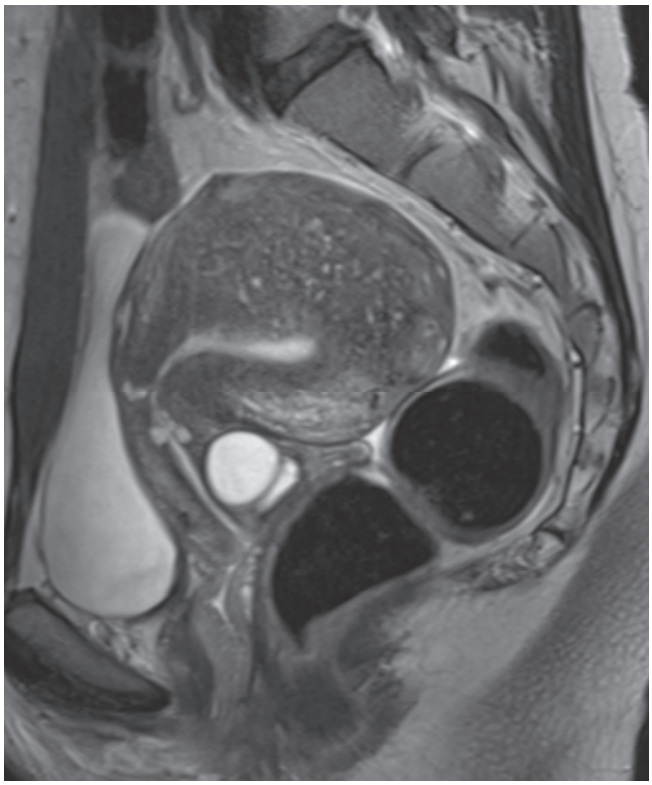


Abb. 4. Diffuse Adenomyosis der Uterusvorderwand, die Patientin wurde operiert

Abb. 5. Rekonstruktion des Uterus bei Adenomyosis nach Grimbizis, GF et al. 2014

- *Über **medikamentöse Therapien** (GnRH Analoga) gibt es nur sehr wenige Daten. Hier war eine Kombinationstherapie (GnRH Therapie) gefolgt von Chirurgie besser, als die alleinige GnRH-Therapie (Wang, P.H. et al. Fertil. Steril. 2000; 73:1061–62).*

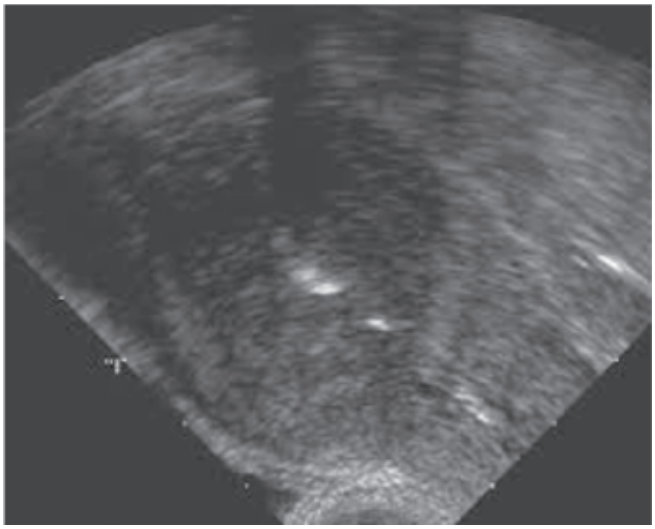


Abb. 6a. Partielle Obliteration des Cavum uteri, Adhäsionen (Ultraschall)

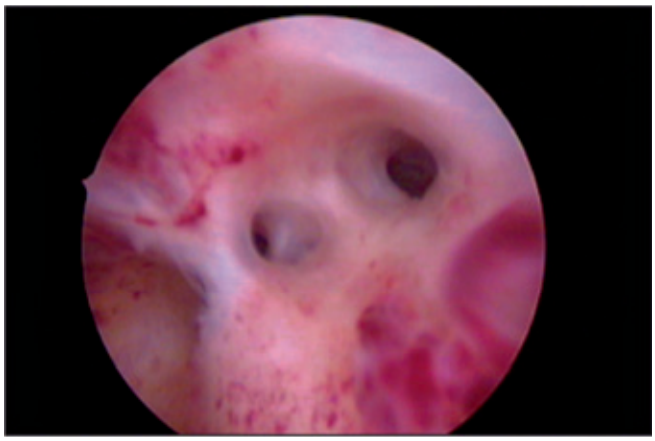


Abb. 6b. Adhäsionen, hysteroskopisch

Intrauterine Adhäsionen und Asherman-Syndrom

Auch über dieses Thema wurde in dieser Zeitschrift schon berichtet (Mueller, M.D., Frauenheilkunde aktuell 2014; 23:2:4–12). Es besteht eine starke Assoziation mit Kinderlosigkeit und erhöhtem Abortrisiko. Sind die typischen Symptome (Hypo- und Amenorrhoe) vorhanden, führen Ultraschall, evtl. HSG oder Hysteroskopie rasch zur Diagnose (Abb. 6a und 6b).

In einer ART-Population fand man bei der Hysteroskopie vor IVF bei den symptomlosen Patientinnen intrauterine Adhäsionen bei 16 % (De Sa Rosa de Silva, A.C. et al., J. Reprod. Med. 2005; 50:501–506). Die Inzidenz ist stark abhängig von der Vorgeschichte (St. n. Curettagen, intrauteriner Chirurgie, z.B. hysteroskopische Resektion von Myomen).

Kommentar und Empfehlung

- *An diese Entität muss man denken, vor allem bei entsprechender Vorgeschichte. Die Hysteroskopie ist aussagekräftiger als die Sonographie.*
- *Die beste Therapie ist eindeutig die Prophylaxe (Vermeidung unnötiger Curettagen, Biopsie statt Curettage, keine hysteroskopische Resektion grosser submuköser Myome bei Kinderwunschpatientinnen).*
- *Einzelne Adhäsionsstränge sind hysteroskopisch einfach zu durchtrennen. Bei breitflächigen Adhäsionen ist das Rezidivrisiko hoch (evtl. Verwendung von intrauterinen Ballons nach Adhäsiolyse).*
- *Eine intrauterine Stammzelltherapie ist noch experimentell (Santamaria X. et al. Hum.Reprod 2016;31, 1087–96).*
- *Bei vollständiger Obliteration – leider keine Rarität (!) – gibt es derzeit keine Therapie. (Leihmutterschaft oder Uterustransplantation als Ausweg).*

Angeborene Fehlbildungen

Aplasie/Hypoplasie

Der hypoplastische Uterus ist nicht therapierbar (typisch beim Turner und Swyer-Syndrom (46XY, Gonadendysgenesie). Die Eizellspende ist die einzige Option. Spezifische Risiken sind typische Schwangerschaftskomplikationen (Hypertension, etc.).

Bei fehlendem Uterus (MRKH-Syndrom) ist eine Leihmutterschaft heute die zielführende Methode, um zu eigenen Kindern zu kommen. Eine Uterustransplantation ist praktisch noch nicht relevant.

Fusionsdefekte
Ein Uterus bicornis oder didelphys (vollständig getrennte Uteri) sind keine Sterilitätsfaktoren. Erhöhte Risiken ergeben sich in einer Schwangerschaft (Spätaborte, Frühgeburtsrisiko). Falls eine IVF nötig ist, sollte nur ein single embryo transfer durchgeführt werden.

Resorptionsdefekte
Vollständige und partielle Septen sind die häufigsten Müller'sche Anomalien bei ART-Patientinnen. Es gibt zur Frage der Resektion der Septen vor IFV keine prospektiv randomisierten Studien. Zahlreiche Untersuchungen zeigen aber ein erhöhtes Abortrisiko (missed abortion) nach IVF bei nicht operierten Patientinnen (wahrscheinlich durch Implantation im weitgehend bindegewebigen Septum). Durch eine Resektion kann die Abort- und Frühgeburtsrate gesenkt werden (Brugger S.Y. et al., Semin. Reprod. Med. 2011; 29:100–112).

Kommentar und Empfehlung
Wir empfehlen die hysteroskopische Durchtrennung von Septen im Rahmen einer Sterilitätsabklärung oder falls diagnostiziert vor einer IVF-Behandlung. Postoperativ unterstützen wir die Regeneration des Endometriums durch Östrogen.

Uteruswanddefekte (Nischen, Dehiszenzen)

Uteruswanddefekte nach Sectio caesarea kommen wesentlich häufiger vor als bisher vermutet (bei 60–100 %). Am häufigsten sind kleine Nischenbildungen bzw. eine Verdünnung der Uteruswand am Ort der Sectionarbe. Dem kommt vermutlich wenig Bedeutung zu.

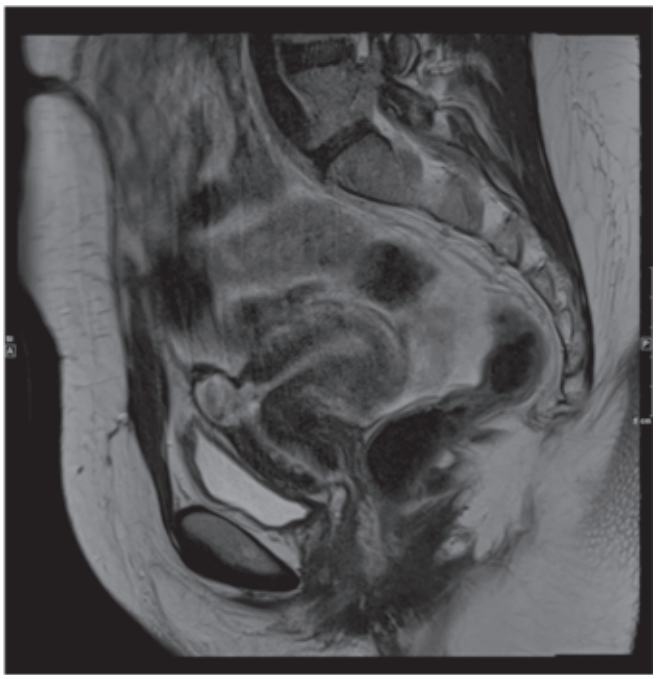


Abb. 7. Ausgeprägte Sectionarbendehiszenz mit Nischenbildung, mit ausgeprägter Retroflexio uteri, die zu Schmerzen, Blutungen und sekundärer Sterilität geführt hat. Nach „Reparatur" ist die Patientin schwanger

Aber auch grössere Defekte inkl. Nischenbildungen werden heute noch zu wenig erkannt und beachtet. Neben signifikanten typischen Symptomen, wie postmenstruellem Spotting, Blutungen in der zweiten Zyklushälfte, Dysmenorrhoe, chronischen Unterbauchschmerzen und Dyspareunie können diese auch zu sekundärer Sterilität führen (4–19 % sekundäre Sterilität bei post CS Nischen!) (Gurol-Urganci, I. et al. Hum. Reprod. 2013; 28:1943–52, Hum. Reprod. 2014; 29:1320–26).

Mucus, Débris und älteres Blut in der Nische könnten die Implantation behindern (Abb. 7).

Kommentar und Empfehlung
– *Wichtig ist, an diese Entität im Rahmen einer Abklä-*

Abb. 8. Signifikante Endometrium-Polypen

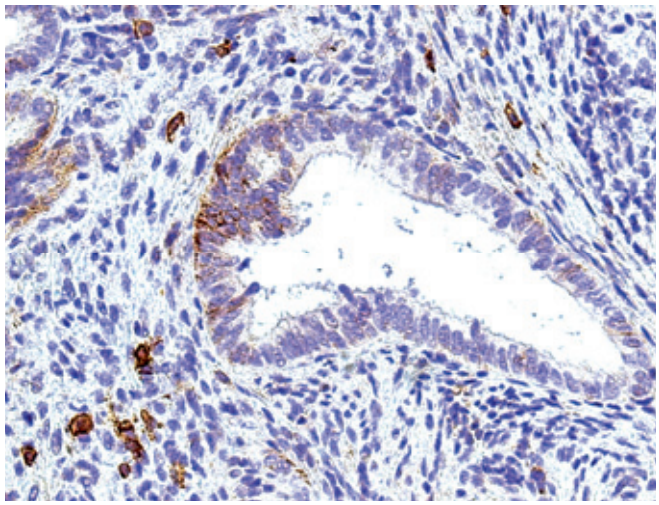


Abb. 9. Chronische Endometritis: Immunhistochemischer Nachweis von Plasmazellen(CD-138) im Endometrium

rung für sekundäre Sterilität zu denken! (Ultraschall, evtl. MRI).

- *Während wir uns bei kleinen Nischen abwartend verhalten, führen wir bei deutlicheren Befunden (Isthmozele), insbesondere bei Zusatzsymptomen (Blutungen, Schmerzen), die Rekonstruktion durch (immer laparoskopisch nie hysteroskopisch, evtl. per Minilaparotomie, falls die schlecht durchblutete derbe Zervixnarbe laparoskopisch nicht reseziert werden kann).*

Polypen

Endometriumpolypen (EP) (Abb. 8) findet man gehäuft bei Frauen mit unerklärter Kinderlosigkeit (in 15–32 %; Hataska, H. Clin. Obstet. Gynecol. 2011; 45:696–704). In einer prospektiv randomisierten Studie (Evidenz Level A) fand man nach Entfernung grösserer Polypen (Durchschnittlich 16 mm) eine signifikant höhere Schwangerschaftsrate nach intrauteriner Insemination (63 % Schwangerschaften gegenüber 28 % ohne Polypektomie).

Kommentar und Empfehlung

- *Kleine Polypen verschwinden oft nach einer Menstruation (Lieng, P. et al., J. Minim. invas. Gynecol. 2009; 16:465–471).*
- *Wir empfehlen ansonsten die hysteroskopische Entfernung grösserer Polypen (Elektroschlinge* ***ohne Strom,*** *evtl. mit dem „Shaver“) insbesondere vor einer ART.*

Chronische Endometritis

Eine chronische Endometritis (CE) ist meist asymptomatisch und spielt deshalb in der gynäkologischen Praxis eine geringe Rolle. Die Diagnose basiert auf dem histologischen Nachweis von Plasmazellen im Stroma des Endometriums (heute immunhistochemischer Nachweis, (IHC) von Syndecan 1 (CD 138), einem Proteoglycan das auf der Oberfläche von Plasmazellen exprimiert wird (Abb. 9).

Man wies eine CE in 10 % von Hysterektomiepräparaten nach (Kitaya, F. et al. Am. J. Reprod. Immunolog. 2011; 66:410–415).

Die Prävalenz bei Frauen mit Kinderwunsch ist unklar und variiert stark (3–15 % bei Frauen vor IVF-Behandlung, Kasius, J.K. et al., Fertil. Steril. 2011; 96:1451–1456; Romero, R. et al., Fertil. Steril. 2004; 82:799–8049).

Bei Frauen mit wiederholten Aborten und wiederholtem Implantationsversagen fand sich eine histologisch nachgewiesene CE häufiger, d.h. bei 27 %, beziehungsweise 14 %. Das typische Hysteroskopie-Bild (hyperämisches Endometrium mit weisser Punktierung, sogenanntes „Erdbeerenmuster“) fand man nur bei 24 %. (Bouet, P.E. et al. Fertil. Steril. 2016; 105:106–110). In einer Studie, bei der der Erregernachweis häufig gelang (Vaginalflora, Mykoplasmen, Ureaplasmen und Chlamydien), wurde die Schwangerschaftsrate nach spezifischer Antibiotikatherapie verbessert (Ciccinelli, E. et al. Hum. Reprod. 2015; 30:323–330).

Oft gelingt ein Erregernachweis aber nicht. Ob eine „blinde“ Antibiotikatherapie in solchen Fällen etwas bringt, ist nicht belegt.

Es ist wichtig, immer auch an eine Genital-Tbc (vor allem bei Frauen aus dem Mittelmeerraum und östlich davon) zu denken, welche das Endometrium unter Umständen vollständig zerstören kann (typische Befunde bei einer HSG (Abb. 10) der Hysteroskopie, Laparoskopie, Diagnose dann durch die Histologie plus PCR). Eine Genital-Tbc muss in jedem Fall spezifisch behandelt werden. Nach der Therapie erweist es sich dann, ob das Endometrium noch funktional ist.

Kommentar und Empfehlung
Wird nach Implantationsversagen genauer abgeklärt, empfehlen wir anlässlich einer Hysteroskopie 2 separate Biopsien. 1 für Histologie incl. Immunhistochemie (CD 138), 1 für den ERA-test (s. unten).

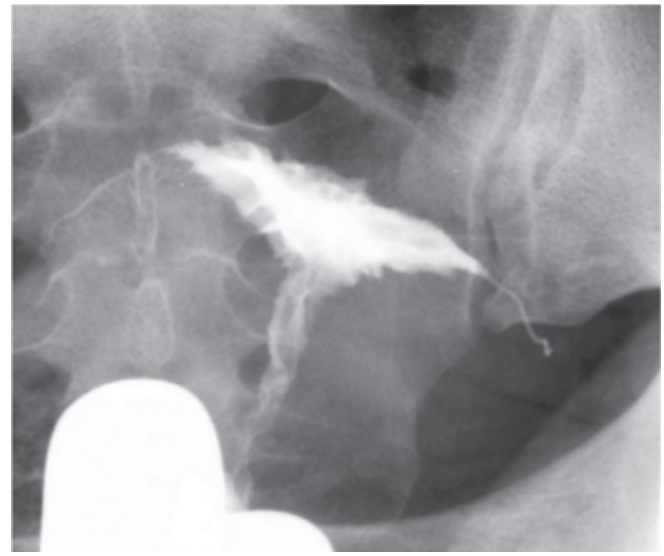


Abb. 10. Endometritis –Tbc im Hysterosalpingogramm

Das Mikrobiom

Völlig neue Gesichtspunkte ergeben sich heute durch Erkenntnisse der Mikrobiomforschung. Seit der Lancierung des „Human Mikrobiome Project“ durch das NIH im Jahre 2007 hat sich das Wissen, um die mikrobielle Besiedelung des menschlichen Körpers, exponentiell vermehrt. Nicht durch Bakterienkulturen (die meisten der vorhandenen Bakterien lassen sich gar nicht züchten), sondern durch die Sequenzierung des 16 S rRNA Gens, lassen sich Bakterien bis zur Genus und Spezies Stufe identifizieren. Bei 250 gesunden Probandinnen wurde im Rahmen des Genprojekts die mikrobielle Besiedlung der Vagina untersucht.

Ausserdem wies man in „sterilen“ Hysterektomiepräparaten bei 95 % eine Besiedelung des Endometriums durch Lactobacillus species nach (Mitchell, C.M. et al. Am. J. Obstet. Gynecol. 2015; 212:611, e1–9).

Heute geht man davon aus, dass das Endometrium nicht „steril“ ist!

In einer Pionierstudie fand die IVI Forschungsgruppe um Carlos Simon („Report of Major Impact“ Moreno, I. et al, Am. J. Obstet. Gynecol. 2016; 215:684–703) in der endometrialen Flüssigkeit (EF) bis zu 191 taxonomische Einheiten, die einerseits Lactobacillus dominiert waren (mehr als 90 % Lactobacillus spezies), andererseits nicht L. dominiert waren (< 90 % Lactobacillus species, mehr als 10 % andere species). Ein nicht Lactobacillus dominiertes Mikrobiom führte bei rezeptivem Endometrium (ERA Test) zu einer signifikant niedrigeren Implantationsrate (23,1 % gegenüber 60,7 %; p = 0,02), die Lebendgeburtenraten unterschieden sich noch stärker (59 % bei Lactobacillus dominiertem Endometrium versus 7 % bei nicht L. dominierter EF!! (p = 0.001).

Diese allerdings auf nur auf 32 Patientinnen beruhenden ersten Ergebnisse werfen einige Fragen auf:

- Gibt es tatsächlich eine die Implantation fördernde Bakterienpopulation im Endometrium?
- Ist das Endometrium tatsächlich immer bakteriell besiedelt?
- Frage der Kontamination? „Artefakte“?
- Kann eine ungünstige Bakterienpopulation erfolgreich „vertrieben“ werden (Antibiotika)?

Kommentar
Die genetische Analyse der Endometriumflüssigkeit ist derzeit noch als experimentell zu betrachten. Die neuen Erkenntnisse könnten aber unser diagnostisches und therapeutisches Vorgehen in den kommenden Jahren beeinflussen. „Affaire à suivre!“

Das „normale“ Endometrium

Wenn ein euploider Embryo trotz „normalem“ Endometrium wiederholt nicht implantiert (RIF, Repeated Implantation Failure), stellt sich die Frage nach den Ursachen. Heute steht die molekulare Diagnostik der Endometriumfunktion im Zentrum des Interesses. So lässt sich z.B. die Rezeptivität des Endometriums (Endometriumphase, in welcher der Embryo implantieren kann) durch eine transkriptomische Signatur von 238 Genen in einer Endometriumbiopsie definieren (Endometrial Receptivity Array, ERA; Diaz-Gimeno, P. et al., Fertil. Steril 2011; 95:50–60).

Man stellte fest, dass das sogenannte „Window of Implantation“ (WOI) nicht bei allen Frauen gleich, aber für jede Frau in jedem Zyklus konstant ist (Diaz-Grimeno, F. et al. Fertil. Steril. 2013; 99:508–5017).

Bei 75 % der Frauen soll der optimale Zeitpunkt genau 120 Std. nach Beginn der Progesteronunterstützung sein, und das WOI etwa drei Tage (P+4 bis P+6) betragen (Ruiz-Allonso, M. et al. Fertil. Steril. 2013; 100:818–824). Dies gilt für einen künstlichen Zyklus mit Östrogenstimulation ohne Eizellentwicklung.

Bei 25 % der Frauen sei dieses jedoch entweder früher, später oder verkürzt und könnte in diesen Fällen ursächlich für ein Implantationsversagen sein.

Kernaussagen

- Probleme des Uterus können die Fertilität negativ beeinflussen.
- Bei vielen Fragen gibt es keine „Level-A“ Evidenz. Trotzdem sind vernünftige Therapieentscheide möglich.
- Gewisse Entitäten (Adenomyosis, intrauterine Adhäsionen, Uteruswanddefekte, chronische Endometritis) werden nicht selten unterdiagnostiziert. Man sollte danach suchen.
- Genetische Analysen des Endometriums sind derzeit noch experimentell, haben aber ein grosses Zukunftspotential.

So empfiehlt man heute, einen sogenannten „ERA-Test“, um das individuelle WOI festzustellen. Der folgende Embryotransfer geschieht dann entsprechend der Vorgabe. Erste Ergebnisse waren ermutigend (Ruiz-Allonso, M. et al. Hum. Reprod. 2014; 29:44–47), eine derzeit laufende prospektiv randomisierte Studie wird den Wert des ERA Test definitiv klären.

Kommentar und Empfehlung

- *Wir empfehlen einen ERA bei Frauen mit ausbleibender Implantation nach 3 Transfers von qualitativ „schönen“ Embryos. Dabei erhält die Patientin eine Oestrogenstimulation für ca. 2 Wochen. Dann zusätzlich vaginales Progesteron. Die Endometriumbiopsie wird auf 120 Std. nach P-Beginn geplant.*
- *Die Ergebnisse liegen nach etwa 2 Wochen vor.*
- *Heute muss die Probe nach Spanien versandt werden, die Kosten betragen ca. Fr 900.*

Wir danken Frau Prof. Rahel Kubik-Huch (Institut für Radiologie, Kantonsspital Baden) und Herrn Prof. Gad Singer, (Institut für Pathologie, Kantonsspital Baden) für die Überlassung der MRI- und Histologiebilder.

Lymphonodektomie beim fortgeschrittenen Ovarialkarzinom

Bislang gehörte die Lymphonodektomie, pelvin und paraaortal, zur Standardtherapie des Ovarialkarzinoms. Auch in hohen Tumorstadien wurde diese Prozedur empfohlen, sofern eine makroskopische Komplettresektion der Tumorherde erreicht werden konnte. Die Empfehlung stützte sich auf spärliche, retrospektive Daten. Ob der Krankheitsverlauf jedoch tatsächlich durch die zusätzliche Lymphonodektomie günstig beeinflusst werden kann, wurde schon häufig in Frage gestellt. Auf dem diesjährigen ASCO wurden die Daten der LIONS Studie der deutschen AGO vorgestellt, die sich dieser Fragestellung prospektiv randomisiert angenommen hat. Es wurden 650 Patientinnen mit einem fortgeschrittenen Ovarialkarzinom (Stadien FIGO IIb–IV) in dieser Studie analysiert. Bei Erreichen einer makroskopischen Komplettresektion wurde für oder gegen die Durchführung einer systematischen LNE randomisiert. Das Gesamtüberleben sowie das progressionsfreie Überleben waren jeweils nicht signifikant unterschiedlich. Daten zeigen klar: selbst wenn in dieser Erkrankungssituation klinisch unauffällige Lymphknoten häufig (in 56 %) befallen sind, hat die Lymphonodektomie keinen Einfluss auf die Prognose der Patientinnen. Eindrücklich gezeigt werden konnte dagegen, dass eine Lymphonodektomie die perioperative Morbidität und 60-Tages-Mortalität (3.1 % versus 0.9 %) messbar und signifikant erhöht (Harter P. et. al. ASCO 2017; Abstr. 5500).

Kommentar
Diese Studie ist extrem wichtig, hat sie doch gezeigt, was einige schon seit langem vermuteten: bei einem peritoneal metastasiertem Ovarialkarzinom ist die Entfernung klinisch unauffälliger Lymphknoten prognostisch nicht relevant, auch nicht bei Erreichen einer makroskopischen Komplettresektion. Die Morbidität dagegen wird durch diese Prozedur erhöht, was bei ohnehin schwierigen, langwierigen und multiviszeralen Operationen bei häufig betagten Patientinnen doppelt zu Buche schlagen kann und auch in einer höheren perioperativen Mortalität resultiert. Manchmal ist weniger tatsächlich mehr für unsere Patientinnen.

Martin Heubner

Endokrine Erhaltungstherapie verlängert progressionsfreies Überleben bei Patientinnen mit serös-papillären Low-grade Karzinomen von Ovar oder Peritoneum

Ob eine endokrine Erhaltungstherapie (HMT) bei Patientinnen mit serös-papillären Low-grade Karzinomen von Ovar oder Peritoneum in den Stadien II–IV sinnvoll sein könnte, wurde von Gershenson et al. in einer monozentrischen retrospektiven Studie untersucht. Die Arbeitsgruppe vom MD Anderson Cancer Center in Houston hatte folgende Kriterien definiert, um Patientinnen aus ihrer Datenbank auszuwählen: eine platinbasierte Chemotherapie nach der Primär-OP, Stadium II–IV, bei rezidivfreien Patientinnen ein Follow-Up von mindestens 2 Jahren und ausreichende klinische Informationen.

Zwischen 1981 und 2013 wurden 203 geeignete Patientinnen behandelt: 133 erhielten die routinemässige Beobachtung (OBS), 70 Patientinnen erhielten eine endokrine Erhaltungstherapie (HMT). Beide Gruppen wurden bezüglich des progressionsfreien Überlebens (PFS) als auch des Gesamtüberlebens (OS) verglichen. Ebenso wurde innerhalb von Subgruppen untersucht: rezidivfreie Patientinnen und Patientinnen mit persistierender Erkrankung nach der Chemotherapie.

Das mediane PFS aller Patientinnen mit HMT lag bei 64.9 Monaten, dahingegen betrug das PFS bei den OBS-Patientinnen 26.4 Monate ($p < 0.001$). Beim Gesamtüberleben gab es jedoch keinen statistisch signifikanten Unterschied (HMT-Gruppe mit 115.7 Monaten vs. OBS-Gruppe: 102.7 Monate).

Auch in den Subgruppen liess sich dieser Unterschied nachweisen: Das mediane PFS war bei Patientinnen, die nach der Chemotherapie krankheitsfrei waren, 81.1. vs. 30.0 Monate. Und bei denen mit persistierender Erkrankung nach der Chemotherapie 38.1 vs. 15.2 Monate ($p < 0.001$).

Kommentar
Damit hatten Patientinnen mit einer endokrinen Erhaltungstherapie nach primärer Operation und Chemotherapie ein signifikant längeres progressionsfreies Überleben im Vergleich mit Patientinnen mit reiner Nachsorge. Diese Daten sind v.a. im Hinblick darauf sehr wichtig, dass low-grade Karzinome mit einem schlechteren Ansprechen auf eine Chemotherapie assoziiert sind. Die Autoren schlussfolgern, dass diese Ergebnisse mittels eines prospektiven Studiendesigns weiter untersucht werden müssen. Gershenson DM, Bodurka DC, Coleman RL, Lu KH, Malpica A, Sun CC. Hormonal Maintenance Therapy for Women With Low-Grade Serous Cancer of the Ovary or Peritoneum. J. Clin. Oncol. 2017 Apr. 1; 35:1103–1111. doi: 10.1200/JCO.2016.71.0632.

Cornelia Leo

Vaginales Progesteron bei asymptomatischer Einlingsgravidität mit einer Zervixlänge im zweiten Trimenon von ≤ 25 mm reduziert signifikant sowohl die Frühgeburtlichkeit wie auch früh-neonatale Komplikationen

Das ist jetzt aber ein langer Titel! Anbei der englische Wortlaut welcher nicht unbedingt kürzer ist als mein übersetzter Titel: *Vaginal Progesterone for Preventing Preterm Birth and Adverse Perinatal Outcomes in Singleton Gestations with a Short Cervix: A Meta-Analysis of Individual Patient Data. Roberto Romero, MD, DMedSci, Agustin Conde-Agudelo, MD, MPH, PhD, Eduardo Da Fonseca, MD, John M. O'Brien, MD, Elcin Cetingoz, MD, George W. Creasy, Hassan SS, Nicolaides KH [1].*

Ich habe extra die Autorenliste vollständig aufgeführt. Diese liest sich wie das „who-is-who" der Opinionleader in dieser Welt. Beeindruckend. Dabei haben sie ja gar nichts Neues gefunden sondern lediglich eine neue Metaanalyse generiert über randomisierte Studien welche sich zum Ziel gesetzt hatten, die Wirkung von vaginalem Progesteron bei kurzer Zervix zu untersuchen.

Sie werden sich sicher sagen „so what"!? Das hat sich bei uns ja bereits etabliert und überhaupt, wieso jetzt diese neue Analyse nachdem die nordamerikanische SMFM (Society for Maternal-Fetal Medicine), die ACOG, die FIGO sowie die strenge NICE sowohl ein Screening, wie auch die Progesteronprophylaxe bei kurzer Zervix empfohlen hatten? Wenn da nicht die OPPTIMUM Studie im 2016 gewesen wäre [2]! Diese Studie hat diesen ganzen Progesteron-Hype durcheinander gewirbelt und beinahe zum Fall gebracht. Darum eigentlich diese neue Metaanalyse. Sie schliesst jetzt zusätzlich einen Teil der Frauen ein, welche in der OPPTIMUM Studie ein Zervixscreening erhalten hatten und randomisiert wurden.

Insgesamt konnten in dieser neuen Arbeit knapp 500 Probandinnen je Arm eingeschlossen (Einlingsschwangerschaften, asymptomatisch, Zervix ≤ 25mm zwischen 18–24 Wochen) und das Outcome verglichen werden; Und tatsächlich, auch nach Implementierung der schlechteren Resultate der OPPTIMUM Studie zeigt sich weiterhin ein protektiver Effekt des vaginalen Progesterons bei Frauen mit kurzer Zervix. Das heisst, die Frühgeburtlichkeit bis 36 Wochen und entsprechend die Prävalenz von Kindern < 1500 g und < 2500 g werden signifikant gesenkt. Auch die frühen neonatalen Probleme (v.a. Atemprobleme bzw. das respiratory distress syndrom [RDS]) werden positiv beeinflusst. Entsprechend müssen auch weniger Kinder auf die Neonatologie verlegt werden. Gesundheitsökonomisch ist dies bedeutend, denn insbesondere die sog. „late preterms" (34 bis 36+6 Wochen) machen heutzutage einen Grossteil des Patientengutes der Neonatologien aus. Soweit so gut, oder?

Wieso bin ich denn so wenig begeistert? Ich verstehe einige Aspekte nicht so gut und werde versuchen meine Zweifel bzw. meine Fragen mit Ihnen zu teilen in der Hoffnung, die Leserschaft zu motivieren über unsere Homepage (*www-frauenheilkunde-aktuell.ch*) oder über Twitter (Redaktion FHA, @FHAaktuell) mit uns in Diskussion zu kommen.

Nun, ich will sicher nicht die positiven Erfolge dieser Geschichte mildern. Ganz im Gegenteil, die Messung der Zervix im Rahmen unseres zweiten Ultraschallscreenings sollte ganz klar implementiert werden und entsprechend auch abgegolten werden. Diese Metaanalyse [1] und auch vers. Kosten-Nutzen-Analysen [3, 4] konnten zeigen, dass die positiven Effekte messbar sind und es nicht zu einer Kostenexplosion kommt! Die Senkung der Komplikationen bedingt durch die Frühgeburtlichkeit und entsprechend die Reduktion der Zeit auf den kostenintensiven Abteilungen ist zu begrüssen, auch für die Eltern natürlich. Es ist ja zu erwarten, dass auch langfristig das Outcome dieser Kinder besser sein sollte, wenn sie signifikant besser starten, oder? Zeigt diese Studie dies? Das ist genau die Crux in dieser Geschichte! Ausser dem RDS werden keine anderen, wichtigen neonatologischen Parameter beeinflusst. So ist die Prävalenz an NEC, Hirnblutungen, Sepsis, bronchopulmonale Dysplasie (BPD), Retinopathie sowie die perinatale Mortalität nicht unterschiedlich zwischen den Gruppen. Nur wenn man alles oder Teile davon zusammennimmt („composite neonatal morbidity/mortality“), wird ein signifikanter Unterschied gesehen. In dieser Metaanalyse wird auch das Outcome der Kinder nach zwei Jahren verglichen. Und? Erstaunlicherweise ist dieses neurologische Outcome verglichen anhand des Bayley-III-Scores und auch die Prävalenz von Zerebralparesen (moderate/severe neurodevelopmental impairment), Hörstörungen sowie somatische Dysfunktionen zwischen den Gruppen nicht unterschiedlich. Interessanterweise wird dies von den Autoren der Metaanalyse als positiv gewertet bzw. so dargelegt, dass offenbar das Progesteron keine nachteiligen Einwirkungen zu zeigen scheint auf die langfristige Entwicklung der Kinder. Ist das so richtig? Eigentlich sollten wir ja signifikant weniger von solchen Komplikationen sehen, da eine der häufigsten Ursachen für solche langfristig ungünstigen Entwicklungen die Frühgeburtlichkeit ist. Diese wird ja gemäss den Autoren bzw. der umfassenden Metaanalyse signifikant (bis hin zu den Fällen < 28 Wochen!) gesenkt!? Leider wird über die Inzidenz von mütterlichen Komplikationen wie z.B. Infektionen, Sectiorate, Spitalaufenthalt etc. unvollständig oder gar nicht berichtet. Interessant sind aber folgende zwei Beobachtungen: Offensichtlich zeigt Progesteron keine gute Wirkung bei Frauen mit Zustand nach Frühgeburt und ebenfalls ist keine Reduktion der Frühgeburtlichkeit (< 33 Wochen) ersichtlich ist bei einer Zervixlänge < 10 mm im Rahmen des Screenings. Diese zwei Beobachtungen zeigen mir jedenfalls, dass wir weiterhin weit weg sind vom erwünschten Ziel. Ziel? Wenn wir ja bereits in dieser vorweihnachtlichen Zeit sind, dann wäre mein Wunsch ans „Christkindli“ (wenn Sie mir erlauben), dass wir Methoden in die Hände bekommen, um diese Frauen mit dem „Syndrom Frühgeburt“ besser, individueller und noch effizienter behandeln zu können.

Ihre Meinung ist mir wichtig und entsprechend lade ich die Leserschaft ein sich diese Metaanalyse zu Herzen zu nehmen und wirklich sorgfältig durchzulesen. Sie ist sehr gut geschrieben und enthält ausserordentlich viele Informationen auch über die möglichen Wirkmechansimen des Progesterons sowie epidemiologische und eben auch finanztechnische Überlegungen zum Screening. Typisch für Professor Romero weist die Literaturliste 195 Zitate auf! Viel Spass!

Literatur

1. Romero R., Conde-Agudelo A., Da Fonseca E., O’Brien J.M., MD, Cetingoz E., W. Creasy G., Hassan S. S, R.H. Nicolaides, MD. Am. J. Obstet. Gynecol., 2017, doi: 10.1016/j.ajog.2017.11.576).

2. Norman J.E., Marlow N., Messow C.M., et al. Vaginal progesterone prophylaxis for preterm birth (the OPPTIMUM study): a multicentre, randomised, double-blind trial. Lancet 2016; 387:2106–16.
3. Combs C.A. Vaginal progesterone for asymptomatic cervical shortening and the case for universal screening of cervical length. Am. J. Obstet. Gynecol. 2012; 206:101–3.
4. Khalifeh A., Berghella V. Universal cervical length screening in singleton gestations without a previous preterm birth: ten reasons why it should be implemented. Am. J. Obstet. Gynecol. 2016; 214:603.e1–5.

Luigi Raio

…, dass nach einer Salpingektomie häufig noch Fimbrienreste auf dem Ovar nachweisbar sind?

Die Salpingektomie wird in den letzten Jahren zunehmend prophylaktisch im Rahmen von Hysterektomien durchgeführt. Die Intention ist unter anderem die Primärprävention eines high-grade serösen Tuben-/Ovarialkarzinoms, welches in den Tuben seinen Ursprung hat. Von pathologischer Seite wurde nun untersucht, in wieweit das „Risikogewebe“ bei solchen Massnahmen tatsächlich vollständig entfernt wird. Es wurden insgesamt 41 Adnexpräparate untersucht. Im Rahmen der jeweiligen Operationen wurden zunächst die Salpingektomie und dann die Oophorektomie durchgeführt. Das Ergebnis: in knapp 10 % der Fälle konnten auf der Oberfläche des Ovars noch Fimbrienreste nachgewiesen werden. Ob diese im klinischen Verlauf relevant das Risiko beeinflussen würden, lässt sich nicht abschätzen. Es kann aber daraus geschlossen werden, dass beispielsweise bei Vorliegen einer BRCA

Mutation die alleinige Salpingektomie vermutlich nicht als ausreichende prophylaktische Massnahme angesehen werden kann.
(Gan C. et al., Am. J. Obstet. Gynecol. 2017; 217:425.e1–16.)

m.h.

…, dass ein Fünftel aller Patientinnen nach einer Endometriumablation im weiteren Verlauf hysterektomiert werden?

In einer Langzeitstudie aus Finnland wurden über 5 000 Frauen nach einer Endometriumablation über einen Zeitraum von bis zu 20 Jahren (Median 7.3 Jahre) nachverfolgt. Bei 19.8 % erfolgte im weiteren Verlauf eine Hysterektomie, viermal mehr als in der Kontrollkohorte. Als besondere Risikofaktoren für eine spätere Hysterektomie wurden das Bestehen von Myomen, ein junges Alter bei der Ablation (unter 35 Jahre) sowie der Status nach mehrfacher Sectio caesarea identifiziert. Insgesamt wurden in der Patientinnenkohorte154 Karzinome im Beobachtungszeitraum registriert, hierunter auch Endometriumkarzinome. Weder das Risiko für ein Endometriumkarzinom noch das Risiko für ein Mammakarzinom waren bei Status nach Endometriumablation signifikant erhöht (Soini T. et al., Obstet. Gynecol. 2017; 130:554.)

m.h.

…, dass Bewegungsmangel das Risiko für das Endometriumkarzinom erhöht?

Eine Analyse im Rahmen der Norwegian Women and Cancer (NOWAC) study hat gezeigt, dass es einen inversen Zusammenhang gibt zwischen körperlicher Aktivität und Auftreten von Endometriumkarzinomen. Die Arbeitsgruppe um Kristin B. Borch hat den Zusammenhang zwischen Endometriumkarzinomen und dem Level an körperlicher Aktivität bei Frauen mit unterschiedlichem Body-Mass-Index untersucht. Es wurden 82 759 Frauen in die Studie eingeschlossen, für die zu Beginn der NOWAC Study vollständige Informationen zur körperlichen Aktivität vorlagen. Für 52 370 Frauen gab es diesbezüglich Follow-up Informationen. Es wurden 687 Endometriumkarzinom-Fälle identifiziert. Die Autoren konnten einen signifikanten Zusammenhang zwischen sowohl anfangs als auch später niedrigem Aktivitätsniveau und dem Endometriumkarzinom-Risiko feststellen. Niedrigster Aktivitätslevel: HR = 1.60 (95 % KI 1.16–2.20); höchstes Aktivitätsniveau: HR = 0.73 (KI 0.45–1.16). Die Autoren schlussfolgern, dass 21.9 % der Endometriumkarzinome vermieden werden könnten, wenn Frauen mit geringer körperlicher Aktivität ihr Aktivitätslevel steigern würden (auf einer Skala von 1–10 von </= 4 auf 5–10). Dieser Zusammenhang zwischen Bewegung und Endometriumkarzinomrisiko war unabhängig vom BMI (Borch KB, Weiderpass E, Braaten T, Jareid M, Gavrilyuk OA, Licaj I. Physical activity and risk of endometrial cancer in the Norwegian Women and Cancer (NOWAC) study. Int J Cancer. 2017 Apr 15; 140:1809–1818. doi: 10.1002/ijc.30610).

c.l.

…, dass Akupunktur bei Regelschmerzen helfen kann?

Eine Arbeitsgruppe des Nationalen Instituts für Komplementärmedizin der Western Sydney University (Armour M et al.) hat den Einfluss von Akupunktur auf die Reduktion von Symptomen bei primärer Dysmenorrhoe untersucht. 74 Frauen mit gesicherter Dysmenorrhoe erhielten – verteilt auf vier Gruppen – über drei Monate eine Behandlung mittels Akupunktur. Je zwei Gruppen erhielten eine manuelle Akupunktur, die beiden anderen erhielten Elektroakupunktur. Pro Akupunkturart (manuell vs. Elektroakupunktur) erhielt je eine Gruppe die Behandlung in Form von 12 Sitzungen innerhalb von 7 Tagen vor dem vermuteten Eintreffen der nächsten Menstruation. Die anderen Gruppen erhielten die 12 Behandlungen einmal wöchentlich zwischen zwei Menses. In allen Gruppen gingen während

der einjährigen Nachbeobachtungszeit der Spitzenschmerz, die durchschnittliche Schmerzintensität während der Menstruation sowie die Dauer der Beschwerden zurück. Der Rückgang der Beschwerden lag in einer Grössenordnung von 25 %, signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen (Manuell vs. Elektro, hohe Frequenz der Behandlungen vs. geringe Frequenz) wurden nicht gefunden (Armour M., Dahlen H.G., Zhu X., Farquhar C., Smith C.A. The role of treatment timing and mode of stimulation in the treatment of primary dysmenorrhea with acupuncture: An exploratory randomised controlled trial. PLoS One. 2017 Jul 12; 12:e0180177. doi: 10.1371/journal.pone.0180177).

c.l.

…, dass die maternale Mortalität in den USA progressiv ansteigt und sie sich seit den 90er Jahren mehr als verdoppelt hat?

Eindrücklich auch der Unterschied zwischen der schwarzen Bevölkerung und den Weissen (56.3 vs. 20.3 Todesfälle auf 100 000 Lebendgeburten). Man erklärt sich diesen Anstieg mit dem steigenden Alter der Frauen, der Zunahme von metabolischen Krankheiten wie Diabetes, Adipositas und auch Hypertonie sowie der hohen Sectiorate. Im Vergleich zu Europa ist die Mortalitätsrate mindestens um den Faktor 4 erhöht (Rose L. et al. NEJM. 2017; 377:1705–1707).

Kommentar
Zu Denken gibt in diesem Kontext auch die neue Gesundheitspolitik von Präsident Trump welche dazu führen wird, dass noch mehr Menschen ohne Versicherungsdeckung bleiben werden und natürlich wird es wiedermal die Ärmeren treffen welche schon so benachteiligt sind.

l.r.

…, dass das late clamping der Nabelschnur (≥ 60 Sekunden) bei frühgeborenen Kindern unter 30 Wochen keine Vorteile bringt?

(Tarnow-Mordi W. et al. NEJM 2017; doi:10.1056/NEJMoa1711281).

Kommentar
Bei den termingeborenen Kindern ist es ja umgekehrt. Das late clamping führt z.B. zu weniger Anämien 6 Monate postpartal. Dies liess sich in dieser Studie nicht beobachten. Einschränkend muss man sagen, dass in dieser Studie Kinder bis zum Alter von 36 Wochen untersucht wurden und somit langfristige Unterschiede (noch) nicht beschrieben werden konnten. Jedenfalls scheint das verzögerte Abnabeln des Kindes auch keine nachteiligen Folgen zu haben.

l.r.

Der neue SGGG-Präsident im Interview

Die Zukunft antizipieren, auf Ethik und Qualität setzen sowie agieren statt reagieren!

Am Jahreskongress 2017 in Lausanne fanden die Wahlen der Vorstandsmitglieder statt. Prof. Dr. med. René Hornung, Chefarzt der Frauenklinik St. Gallen, wurde für die nächsten zwei Jahre zum Präsidenten der SGGG gewählt. Das Redaktionsteam der SGGG hat nachgefragt, wo er Schwerpunkte setzen will und was ihm wichtig ist.

Professor Hornung, seit Sommer 2017 sind Sie Präsident der gynécologie suisse. Was hat Sie motiviert, dieses Amt zu übernehmen?
In meiner Ausbildungszeit habe ich als junger Assistenzarzt davon profitiert, dass meine Vorgänger die gynécologie suisse zu dem gemacht haben, was sie heute ist. Das möchte ich nun zurückgeben und mithelfen, der kommenden Generation eine gute fachliche, finanzielle und kulturelle Zukunft zu ermöglichen. Somit habe ich die Anfrage gerne angenommen.

Wie sieht ihr „Regierungsprogramm" dafür aus?
Neben den Themen die alle ärztlichen Fachgesellschaften beschäftigen, möchte ich auf zwei Aspekte zielen: Ethik und Qualität. Zum einen wollen wir von der Fachgesellschaft einen Ethikkodex entwickeln, der einen Rahmen vorgeben soll, wie wir uns als Fachärzte der Gynäkologie und Geburtshilfe gegenüber den Patientinnen und ihren Angehörigen, den Kolleginnen und Kollegen aber auch in unserem jeweiligen Umfeld verhalten und wie wir mit unserem Gegenüber umgehen. Zum zweiten wollen wir die ASF-Statistik ersetzen und ein neues Qualitätsinstrument für die Qualitätsmessungen in der Frauenheilkunde entwickeln. Mit beiden Projekten haben wir schon im Herbst angefangen.

Eines der brennenden Themen ist der Tarifeingriff und die zeitgleiche Entwicklung des TARCO. Wo sehen Sie hier die Rolle Ihres Verbands?
Das Finanzthema ist ein Spannungsfeld. Zum einen sind wir als Fachärzte Unternehmer, die schauen müssen, dass die Praxen und Kliniken funktionieren, wofür es faire Tarife braucht. Zum anderen sind wir aber auch Bürger, Steuerzahler oder Patienten, die einen Beitrag zu den Kosten des Gesundheitswesens leisten. Diese gilt es aber in den Griff zu bekommen. Der Tarifeingriff selber ist nun einfach Realität, denn er tritt am 1. Januar 2018 in Kraft. Das FMH-Tarifprojekt TARCO ist für die SGGG ein gangbarer Weg, wenn auch kein idealer, denn die ambulante Chirurgie ist schlecht abgebildet. Als Verband müssen wir uns nun in diesem finanziellen Spannungsfeld gut bewegen. Wir sollten hier möglichst viel in der Hand behalten, uns aber auch als Teil des Ganzen sehen, nur so werden wir als Ärzte glaubwürdig wahrgenommen.

Ein Hotspot ist der Nachwuchs. Wie engagiert sich die SGGG?
Hier müssen wir uns zuerst einmal von der „Vergangenheitsverklärung" verabschieden. Es bringt nichts, zu sagen, dass früher alles besser war, denn es ist so, wie es ist. Wir müssen viel mehr die Bedürfnisse der nächsten Generation antizipieren und respektieren. Der Abgleich zweier zentraler Fragen steht im Vordergrund: Wie entwickelt sich der Beruf in Zukunft und wie entwickeln sich die Ansprüche der jungen Ärztinnen und Ärzte? Als Fachgesellschaft engagieren wir uns intensiv im Ausbildungsprogramm, verfügen mit Egone über ein modernes digitales ärztliches Lehrmittel und bieten eine strukturierte Facharztweiterbildung sowie mehrere Subspezialisierungen an. Letztere passen wir an die Bedürfnisse an, wie beispielsweise mit dem Diplom Senologie, womit ein Teilgebiet der gynäkologischen Onkologie vertieft werden kann. Dazu hat es einen Vertreter des Jungen Forums im Vorstand, damit die Nachwuchskräfte die Fachgesellschaft mitprägen können.

Viele Nachwuchskräfte bemängeln, dass es weniger Vorbilder gibt…
... ein grosses und ein wichtiges Thema. Wie viele andere, hatte auch ich Vorbilder in meiner Ausbildungszeit, die mich geprägt und gefördert haben. Ich versuche das heute auch zu sein. Ein Problem ist aber, dass es mehr und mehr Chefärztinnen und Chefärzte gibt, die ihre Positionen aufgeben – so schwinden auch die Vorbilder.

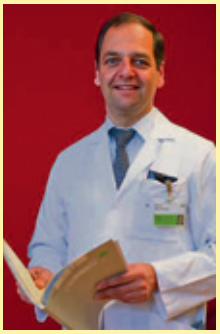
Chefärzteposten lassen sich auch immer schwerer besetzen. Warum?
Als Chefarzt habe ich immer noch Freude an meiner Aufgabe und finde sie sehr erfüllend. Doch das ist ein Thema. Deshalb habe ich als Präsident der Chefärztekonferenz eine Studie in Auftrag gegeben, um genauer zu untersuchen, woran das liegt. Es zeigte sich, dass Hauptursachen in einer mangelnden Wertschätzung, zu geringen Mitspracherechten bei klinik-relevanten Entscheidungen und einer zu hohen Belastung durch administrative Tätigkeiten lagen. Der Handlungsspielraum wird enger, die Pflichten immer grösser.

Finanzdruck und Nachwuchsmangel, aber auch die Entwicklungen der Medizin und die Interprofessionalität wirken auf die Berufsbilder. Wie sehen Sie den Gynäkologen 4.0?
In den letzten beiden Jahrzehnten lag in der Medizin der Fokus praktisch nur noch auf der Subspezialisierung. Dies hat mehr Schnittstellen zu Folge, was wiederum den Kommunikationsbedarf erhöht. Zunehmend fehlt der Überblick. Es geht mir aber nicht um eine Wertediskussion zwischen Allrounder oder Subspezialist. Ich glaube, dass wir mehr breit ausgebildete Fachärzte brauchen, die jeweils eine Subspezialität pflegen. Wenn wir nur Subspezialisten haben, werden wir die Dienste nicht mehr abdecken können. Breiter ausgebildete Fachärzte wären auch wieder besser gerüstet für eine Praxistätigkeit. Wir sollten wieder lernen, zuerst als Ärzte zu denken, dann als Fachärzte und schliesslich als Subspezialisten.

Wie sieht die Weiterentwicklung des Verbands aus?
Die SGGG-Entwicklung wird seit vielen Jahren strategisch angegangen, diese Strategie wird stets überprüft und angepasst. Es braucht aber auch Generationenwechsel in den Verbandsgremien, damit die Entwicklung nicht am Nachwuchs vorbei skizziert wird. Ich habe mir deshalb einen

Rahmen von zehn Jahren für meine Verbandstätigkeit gesetzt, danach möchte ich der nächsten Generation Platz machen.

Als oberster Gynäkologe haben Sie viel Einfluss. Was ist Ihnen am Wichtigsten?
Insbesondere auf der gesundheitspolitischen und fachgesellschaftlichen Ebene müssen wir mehr in die Zukunft denken und mehr selber in die Hand nehmen. Wir haben die Tendenz erst auf Druck der Politik oder der Medien zu reagieren. Aufgezwungene Auflagen oder Zertifizierungen, die nicht sinnvoll sind, sind dann die Strafe für versäumtes proaktives Handeln. Agieren statt reagieren bietet mehr Gestaltungsspielraum.



Professor Dr. René Hornung ist Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe und verfügt über einen Schwerpunkttitel Gynäkologische Onkologie und einen Master of Business Administration. Seit 2008 ist er Chefarzt der Frauenklinik am Kantonsspital St. Gallen. Er hat über 25 Jahre klinische Erfahrung, seine Schwerpunkte liegen in der Endoskopischen und offenen gynäkologischen Chirurgie sowie in der gynäkologischen Onkologie.

Neue Chefärztinnen und Chefärzte

Dr. med. Peter Böhi

Neuer Standortleiter der Frauenklinik am Spital Heiden
Seit 1. Oktober 2017 leitet **Dr. med. Peter Böhi** als Leitender Arzt und Standortleiter die Frauenklinik am Spital Heiden. Peter Böhi hat bereits seit über zehn Jahren als Belegarzt für das zum Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden gehörende Haus arbeitet. Zuvor war er während mehrerer Jahre Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am Spital Altstätten.

Schweizerischer Perinatalkongress am 17.05.2018

Mythen und Fakten rund um die Perinatalmedizin

Qualitativ hochstehende Geburtshilfe und Perinatalmedizin basieren auf interdisziplinärer und interprofessioneller Zusammenarbeit. Um dies zu fördern, lancieren der Hebammenverband, die gynecologie suisse, die Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie, die pädiatrischen Intensivmediziner und die SAOA – Swiss Association of Obstetric Anaesthesia im kommenden Jahr den schweizweit ersten Perinatalkonkress.

Mythen rund um die Geburt existieren in allen Kulturen und in allen Ländern. Geburtshelfer, Hebammen, Neonatologen, Anästhesisten und Intensivmediziner begegnen ihnen bei unserer Arbeit mit Schwangeren, mit Gebärenden und mit Neugeborenen. Auch haben sich „Behandlungsmythen“ bei Fachpersonen festgesetzt. Weil man es immer schon gemacht hat, heisst es dann. „Der Kongress soll helfen, solche alte Zöpfe abzuschneiden mit Fokus auf die Evidenz“, betont Professorin Irene Hösli, die als Chefärztin die Klinik für Geburtshilfe und Schwangerschaftsmedizin im Universitätsspital Basel leitet und den Kongress mitorganisiert. Die Hebamme Anne Steiner, ebenfalls Mitglied des Kongresskomitees, ergänzt: „Wir wollen das Thema am Kongress von verschiedenen Blickwinkeln beleuchten und die verschiedenen Sichtweisen diskutieren“. Neu am Kongress ist, dass erstmals alle an der Geburt beteiligen Fachdisziplinen und Professionen eine gemeinsame Veranstaltung bestreiten, sagt Irene Hösli: „Zwar arbeiten wir im Alltag ständig zusammen, unsere fachliche Auseinandersetzung mit dem Thema erfolgt jedoch separat.“ Das solle sich nun ändern, sagt Anne Steiner. „Wir wollen damit den Dialog und das gemeinsame Lernen fördern“.

Der schweizweit erste Perinatalkongress findet am 17. Mai 2017 im TRAFO Baden statt. Dem Organisationskomitee ist es gelungen, ein interdisziplinäres und interprofessionelles Programm zusammenzustellen, das auch grad den Mythos widerlegt, dass Geburtshelfer und Hebammen nicht zusammenarbeiten wollen. Irene Hösli zufolge ist „der Kongress ein Schritt in die richtige Richtung“. Sie betont aber auch, dass der deutsche Perinatal-Kongress quasi die „Übermutter“ der Veranstaltung bleibe. Es ginge darum, sagt sie, den berufs- und fachübergreifenden Fokus auf die Schweizer Verhältnisse zu übertragen. Dies scheint zu gelingen, denn der Kongress bietet Beiträge aus allen Bereichen: So werden Themen wie „Geburt und Dammschutz“ von Geburtshelfern, Neonatologen und Hebammen, das Thema „Abnabeln und Bindung“ von Neonatologen und Hebammen oder das Thema der Analgesie von Anästhesisten und Intensivmedizinern beleuchtet. „Das Kongressprogramm hält, was es verspricht, fasst Anne Steiner zusammen: „Es geht darum, dass wir uns gemeinsam weiterbilden, diskutieren und neue Wege für die zukünftige Zusammenarbeit finden.“

Prof. Dr. med. Irene Hösli und Anne Steiner

Kongresswebsite und Anmeldung:
https://www.perinatalkongress.ch

Posterbeiträge können bis zum 2. April 2018 eingereicht werden:
info@perinatalkongress.ch

Aufklärungsprotokoll

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

spo osp osp

Aufklärungsprotokoll über die vorgeburtliche Untersuchung des Erbgutes des Kindes mittels Blut der Schwangeren

Name: ..... Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Diese Informationen ergänzen das Informationsblatt «Vorgeburtliche Untersuchungen des Kindes (Pränataldiagnostik)» und das persönliche Gespräch, das Ihr Arzt oder Ihre Ärztin mit Ihnen führt. Bitte fragen Sie im ärztlichen Gespräch nach allem, was Ihnen unklar ist oder wichtig erscheint; bitte sagen Sie uns, ob Sie sich ausreichend informiert fühlen oder noch mehr über die bevorstehende Untersuchung und deren Ergebnis wissen möchten.

Für oder gegen eine vorgeburtliche Untersuchung auf eine genetische Erkrankung beim Kind, z.B. Trisomie 21, 18 oder 13, sollten Sie sich erst nach sorgfältiger Abwägung und angemessener Bedenkzeit entscheiden. Es handelt sich um eine persönliche Entscheidung, die Sie ohne Beeinflussung von aussen treffen sollten. Selbstverständlich steht es Ihnen frei, auf diese Untersuchung zu verzichten, denn Sie haben ein „Recht auf Nicht-Wissen" – sei es ganz auf Untersuchungen zu verzichten, sei es nur einen Teil der technisch möglichen Analysen und Folgeuntersuchungen durchzuführen. Sie müssen nicht alle Informationen über das Erbgut zur Kenntnis nehmen, es sei denn, es drohe dem Kind unmittelbare Gefahr (Art. 6 und Art. 18, Abs. 2 GUMG).

Methode: Der Mutterkuchen (Plazenta) gibt kleine Mengen seines Erbguts (DNA) ins Blut der Mutter ab. Diese geringen Mengen können ab der 10. Schwangerschaftswoche genutzt werden, um das ungeborene Kind auf eine fehlerhafte Anlage des Erbmaterials (Chromosomen) hin zu untersuchen. Liegt beim Kind ein überzähliges Chromosom 21, 18 oder 13 vor, sprechen wir von einer Trisomie 21, 18 oder 13. Trisomien führen bei den betroffenen Kindern in unterschiedlichem Ausmass zu körperlichen und geistigen Entwicklungsstörungen. Mit derselben Methode können grundsätzlich auch andere fehlerhafte Anlagen entdeckt werden, die nur einen Teil eines Chromosoms oder ein einzelnes Gen betreffen.

Ergebnis: Eine unauffällige Blutuntersuchung garantiert kein gesundes Kind. Eine Trisomie 21 (als häufigste fehlerhafte Anlage des Erbmaterials) kann mit einer Zuverlässigkeit von bis zu 99% erkannt werden, die Trisomien 18 und 13 werden mit etwas geringerer Zuverlässigkeit entdeckt. Bei anderen, seltenen genetischen Erkrankungen kann aktuell keine Aussage über die Zuverlässigkeit der Ergebnisse gemacht werden. In seltenen Fällen kann durch solche Tests auch eine Erkrankung der Schwangeren selbst entdeckt werden. Die Blutuntersuchung ergibt in bis zu 1% gar kein auswertbares Resultat, weil der Anteil kindlicher DNA im Blut der Mutter zu gering ist. Es dauert ca. eine Woche bis das Resultat vorliegt.

Auffällige sowie schwer interpretierbare Befunde sollten unbedingt durch eine Folgeuntersuchung wie Chorionzottenbiopsie oder Fruchtwasserpunktion bestätigt werden, denn es kann in seltenen Fällen sein, dass das Ergebnis auffällig ist, obwohl das Kind gesund ist. Unerwartete bzw. ungünstige Ergebnisse können Sie vor schwierige Entscheidungen stellen und psychisch sehr belastend sein. Es können zusätzliche Beratungen und Unterstützung durch weitere Spezialisten notwendig werden. Falls eine schwerwiegende unheilbare Störung festgestellt wird, werden Sie vielleicht über einen Abbruch der Schwangerschaft nachdenken. Sie haben aber auch immer ein Anrecht darauf, über Alternativen zum Schwangerschaftsabbruch beraten sowie auf Vereinigungen von Eltern behinderter Kinder und auf Selbsthilfegruppen hingewiesen zu werden (Art. 15 GUMG).

Kosten: Die Untersuchung auf Trisomien wird von der Grundversicherung übernommen, falls die zwischen 11. und 14. Schwangerschaftswochen durchgeführte Risikoberechnung mittels Ersttrimestertest ein Trisomie-Risiko von 1:1000 oder höher ergeben hat. Falls dies nicht zutrifft, Sie aber über eine Zusatzversicherung verfügen, kann diese unter Umständen einen freiwilligen Beitrag leisten. Andere Untersuchungen mit diesem Test auf andere seltene Krankheiten werden von der Krankenkasse nicht übernommen.

Ihre Fragen:

Dieses Protokoll dokumentiert die genetische Beratung nach GUMG Art. 18, und der unten gegebene Untersuchungsauftrag gilt als Zustimmung zur genetischen Untersuchung. Für weitere Beratungen stehen auch die entsprechenden Beratungsstellen der Kantone (nach Art. 17 GUMG) zur Verfügung.

Copyright ©SGGG 2017 Die Logos SGG, FMH + SPO dürfen nur bei unveränderter Originalversion verwendet werden. Jede Abänderung des Formulars führt zum Verlust der erwähnten Logos.

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

spo osp osp

Aufklärungsgespräch Dolmetscher/in: _____

Vorgeschlagene Untersuchung: Vorgeburtliche genetische Untersuchung des Kindes mittels Blut der Schwangeren

Notizen der Ärztin/des Arztes zum Aufklärungsgespräch (Verzicht auf Aufklärung mit Angabe des Grundes, individuelle risikoerhöhende Umstände etc.).

_____

_____

_____

_____

Andere Untersuchungsmöglichkeiten:

_____

_____

_____

_____

Datum: Zeitpunkt: Dauer des Aufklärungsgesprächs:

_____

Untersuchungsauftrag:

Frau / Herr Dr. _____ hat mit mir ein Aufklärungsgespräch geführt. Ich habe die Erläuterungen verstanden und alle mich interessierenden Fragen wurden mir beantwortet. Eine Kopie des Gesprächsprotokolls wurde mir übergeben. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit und bin mit der geplanten Untersuchung einverstanden. Ich weiss, dass ich meine Zustimmung jederzeit widerrufen kann (Art. 5 Abs. 3 GUMG).

Ort, Datum: Patientin:

_____

Der Text auf der Vorderseite wurde mit der Patientin besprochen, die Fragen geklärt und eine Kopie dieses Aufklärungsprotokolls wurde der Patientin übergeben.

Datum, Zeit: Ärztin / Arzt:

_____

Copyright ©SGGG 2017 Die Logos SGG, FMH + SPO dürfen nur bei unveränderter Originalversion verwendet werden. Jede Abänderung des Formulars führt zum Verlust der erwähnten Logos.

26/4/2017

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

spo osp osp

Informationsblatt für Schwangere
Vorgeburtliche Untersuchungen des Kindes (Pränataldiagnostik)

Wir freuen uns, dass Sie schwanger sind und von unserem Team betreut werden möchten. Sie müssen im Laufe der Schwangerschaft einige wichtige Entscheidungen treffen, bei denen wir Sie gerne unterstützen und die nötigen Informationen zur Verfügung stellen möchten. Zu entscheiden ist beispielsweise, ob und welche vorgeburtlichen Untersuchungen und welche Impfungen durchgeführt werden sollen, oder wo und wie die Geburt stattfinden soll. Bereits der Ultraschall stellt eine vorgeburtliche Untersuchung des Kindes dar; zudem stehen heute verschiedene Untersuchungen im Blut der Mutter sowie Untersuchungen von Fruchtwasser bzw. Mutterkuchen des ungeborenen Kindes zur Verfügung.

- **Information und Recht auf Nichtwissen**: Um wirklich frei und in Kenntnis der wichtigen Punkte entscheiden zu können, sollten Sie sich umfassend informieren. Dafür stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung; zusätzlich können Sie auch die unabhängige Informations- und Beratungsstelle Ihres Wohnsitzkantons zu Rate ziehen. Natürlich können Sie nach erfolgter Aufklärung sämtliche vorgeburtlichen Untersuchungen des Kindes ablehnen, denn Sie haben das „Recht auf Nicht-Wissen" – sei es ganz auf Untersuchungen zu verzichten, sei es nur einen Teil der technisch möglichen Analysen durchzuführen. Sie haben sogar das Recht, das Resultat einer schon durchgeführten Untersuchung nicht zu erfahren.
- **Zweck und Aussagekraft**: Vor jeder vorgeburtlichen Untersuchung werden Sie über deren Zweck und Aussagekraft informiert, ebenso über die Möglichkeit von Folgemassnahmen (wie z.B. Fruchtwasserpunktion). Für solche Folgemassnahmen wäre in jedem Fall eine erneute Aufklärung und schriftliche Einwilligung von Ihnen nötig. Wichtig zu wissen ist, dass keine vorgeburtliche Untersuchung Ihnen ein gesundes Kind garantieren kann. Für sämtliche Untersuchungen des kindlichen Erbgutes ist von Gesetzes wegen Ihre schriftliche Zustimmung nötig. Die Übernahme der Kosten durch Ihre Grund- oder Zusatzversicherung, sowohl für die Untersuchung als auch für mögliche Folgemassnahmen, muss ebenfalls besprochen werden.
- **Unerwartete Ergebnisse**: Häufigkeit und Art der untersuchten kindlichen Störungen hängen zumeist von Ihrem Alter und von Ihrer Vorgeschichte ab. In jedem Fall muss aber damit gerechnet werden, dass unerwartete und unerwünschte Ergebnisse auftreten, die mit physischen und psychischen Belastungen einhergehen. Es ist gesetzlich verboten, Eigenschaften zu untersuchen, die keinen Zusammenhang mit der Gesundheit des ungeborenen Kindes haben.
- **Konsequenzen für das ungeborene Kind**: Bei der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle macht die Natur häufig Fehler, welche zu einer fehlerhaften Anlage des Erbmaterials (Chromosomen) führen. Die Häufigkeit dieser Fehler hängt stark vom Alter der Mutter ab. Wird eine fehlerhafte Anlage wie z.B. die Trisomie 21 (Down-Syndrom) festgestellt, so verfügen wir derzeit über keine Mittel zur effektiven Behandlung; die Untersuchung dient also nicht dazu, Ihrem ungeborenen Kind zu helfen. Bei anderen Problemen des ungeborenen Kindes, wie gewissen behandelbaren Fehlbildungen, ist es hingegen von entscheidender Wichtigkeit, dass das Problem schon früh erkannt wird, um bereits während der Schwangerschaft therapeutische Massnahmen zu ergreifen und/oder die Geburt entsprechend zu planen.
- **Bedenkzeit und Widerruf**: Nach erfolgter Aufklärung steht Ihnen eine angemessene Bedenkzeit zu, bevor Sie entscheiden, ob eine vorgeburtliche Untersuchung durchgeführt wird. Auch wenn Sie einer vorgeburtlichen Untersuchung des Kindes schon zugestimmt haben, können Sie Ihre Zustimmung jederzeit widerrufen.
- **Abbruch der Schwangerschaft und Alternativen**: Bei auffälligen Ergebnissen ist in jedem Fall eine erneute Beratung über die Bedeutung der festgestellten Störung und über mögliche Massnahmen zur Vorbeugung und Behandlung angezeigt, allenfalls unter Beizug von weiteren Fachpersonen. Falls eine schwerwiegende unheilbare Störung festgestellt wird, werden Sie vielleicht über einen Abbruch der Schwangerschaft nachdenken. Sie haben ein Anrecht darauf, über Möglichkeiten des Schwangerschaftsabbruchs und über Alternativen dazu beraten sowie auf Vereinigungen von Eltern behinderter Kinder und auf Selbsthilfegruppen hingewiesen zu werden.
- **Freie Entscheidung**: Jegliche Beratung muss gemäss Gesetz nicht-direktiv sein, d.h. Sie werden nicht in eine bestimmte Richtung gedrängt oder in Ihrem freien Entschluss beeinflusst. Die Beratung richtet sich nach Ihren individuellen und familiären Bedürfnissen. Ihr Ehegatte/Partner soll nach Möglichkeit - und nur mit Ihrem Einverständnis - in die vorgeburtliche Beratung mit einbezogen werden.

Alle diese Informationen sollen Ihnen die Freude an Ihrer Schwangerschaft auf keinen Fall nehmen! Bedenken Sie, dass die allermeisten Kinder völlig gesund zur Welt kommen. Wir freuen uns darauf, Sie durch diese spannende Phase zu begleiten.

Ihre Frauenärztin/Ihr Frauenarzt

Dieses Informationsblatt wurde erstellt durch die Kommission Qualitätssicherung der gynécologie suisse / Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und entspricht den aktuellen Empfehlungen zum Zeitpunkt der Erstellung.

Bern, 12. Juli 2017

Copyright ©SGGG 2017

Dr. Olga Endrich
Karin Triep
Mathias Nelle
Prof. Luigi Raio
Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Inselspital Bern

Perinatale Asphyxie – überarbeitete Kriterien erhöhen die Validität der Diagnose

Unter dem Titel „Evaluating the Accuracy of ICD Coding, Clinical Diagnosis and Reimbursement“ wurden am Inselspital Bern in einer Studie auf Grundlage von Routinedaten stationäre Fälle neugeborener Kinder aus dem Zeitraum 2012 bis 2015 auf Validität der ICD Diagnose, der klinischen Diagnose und der Kostenverteilung analysiert (Endrich O., Rimle C., Zwahlen M., Triep K., Raio L., Nelle M. Asphyxia in the Newborn: Evaluating the Accuracy of ICD Coding, Clinical Diagnosis and Reimbursement: Observational Study at a Swiss Tertiary Care Center on Routinely Collected Health Data from 2012–2015. PloS one. 2017; 12:1).

Die ICD-10 Diagnose „perinatale Asphyxia“ und ihre im Katalog aufgeführten Kategorien werden über unspezifische klinische Zeichen und den 1 min APGAR-Wert zugewiesen. Der zeitgemässe Begriff der perinatalen Asphyxie berücksichtigt jedoch vor dem Hintergrund der Klinik die metabolischen Werte.

Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, wurden die Kriterien zur Zuweisung der spezifischen Diagnose und ihres Schweregrades (milde, moderate, schwere Asphyxie, abnorme Laborwerte ohne Asphyxie, Norm) ausgearbeitet. Die neu definierten Kriterien wurden auf Grundlage der wichtigsten RCTs und der Analyse der Fälle aufgesetzt.

Den Fällen wurde anhand der Originalkodierung, der Kodierung auf Grundlage der vom BFS in den Kodierrichtlinien von 2016 festgesetzten Kriterien und neu definierten Kriterien die spezifische Diagnose für perinatale Asphyxie zugewiesen.

Das neu entwickelte Modell (Tabelle 1) setzt realistische cut-off Werte für die definierende Pathologie und die definierenden pathologischen Befunde und korreliert so mit dem klinischen Schweregrad (neurologisches Defizit).

Die Anwendung der neuen Kriterien ermöglicht sowohl im Vergleich zur Originalkodierung (Kriterien ICD

Tab. 1. neue Kriterien gemäss Matrix

ICD	Diagnose	Kriterien	Bedingung
P21.0	Schwere perinatale Asphyxie	• 5-Minuten Apgar Wert ≤ 5 • Schwere Azidose während der ersten Lebensstunde: pH ≤ 7.00 (UV, UA, kapillares oder arterielles Blut) • Basendefizit ≤ -16 mmol/L in UV oder UA oder während der ersten Lebensstunde • Moderate oder schwere Enzephalopathie (Sarnat stage II–III) • Laktat ≥12 mmol/L in UV oder UA oder während der ersten Lebensstunde	Mindestens 3 der genannten Kriterien
P21.1	Moderate perinatale Asphyxie	• 5-Minuten Apgar Wert ≤ 7 • Moderate Azidose während der ersten Lebensstunde: pH < 7.15 (UV, UA, kapillares oder arterielles Blut) • Milde bis moderate Enzephalopathie (Sarnat stage I–II)	Mindestens 2 der genannten Kriterien
P21.9	Milde perinatale Asphyxie ohne Azidose	• 5-Minuten Apgar Wert ≤ 7 • Niedrigster pH Wert während der ersten Lebensstunde ≥ 7.15 (UV, UA, kapillares oder arterielles Blut)	Beide der genannten Kriterien
P20.1	Metabolische Azidose ohne neurologische Komplikation	• 5-Minuten Apgar Wert > 7 • Moderate Azidose während der ersten Lebensstunde: pH < 7.15 (UV, UA, kapillares oder arterielles Blut)	Beide der genannten Kriterien
norm		• 5-Minuten Apgar Wert > 7 • Niedrigster pH Wert während der ersten Lebensstunde ≥ 7.15 (UV, UA, kapillares oder arterielles Blut)	Beide der genannten Kriterien

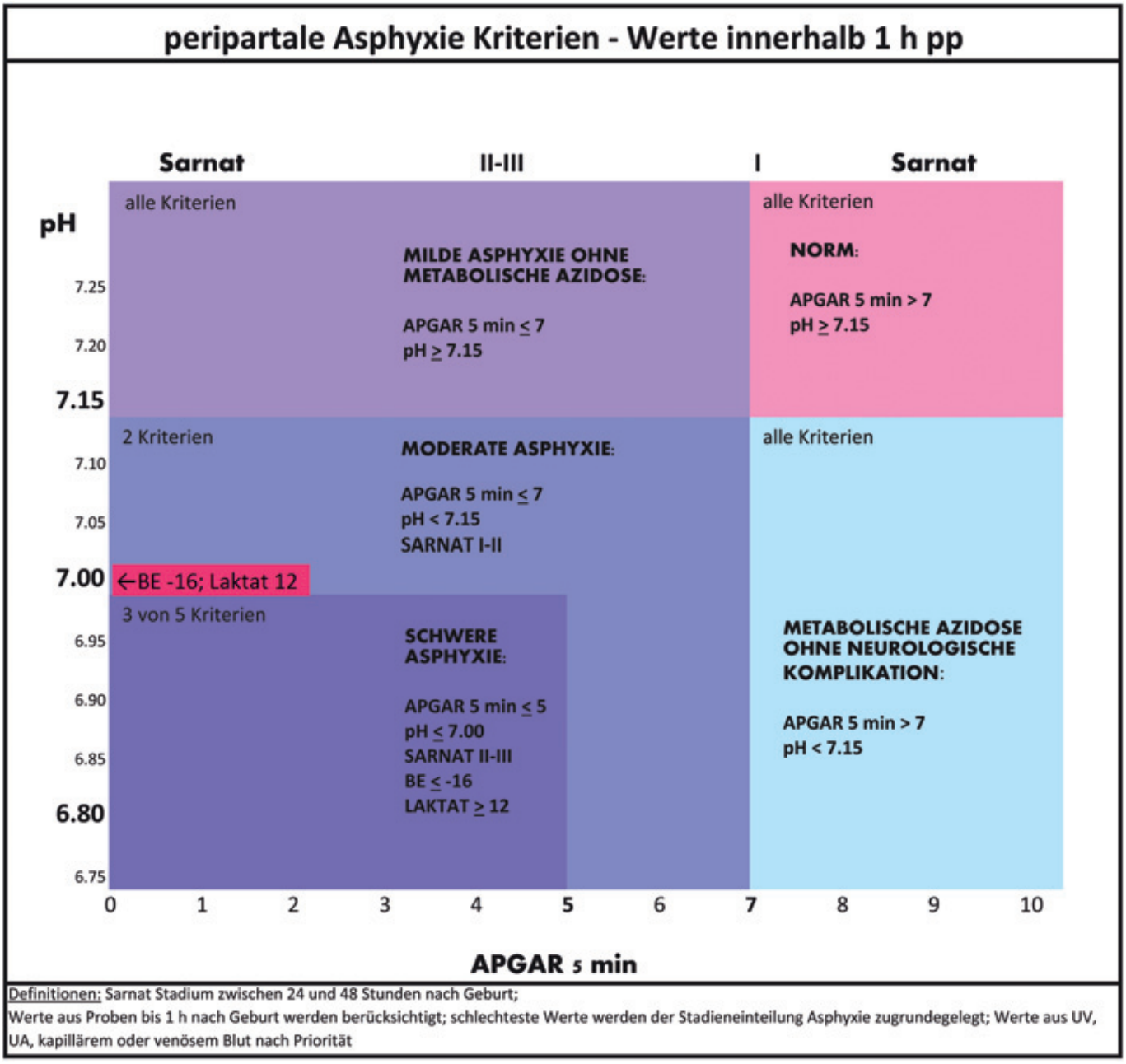


Abb. 1. Matrix zur Ermittlung des korrekten Schweregrades der perinatalen Asphyxie

Katalog) als auch im Vergleich zu den Kriterien des Kodierhandbuches des BFS von 2016 eine validere Zuweisung der Diagnose sowie eine bessere Erklärung der Varianz der Kosten. Auf Grundlage der neuen Kriterien wurde eine für den klinischen Alltag brauchbare Matrix zur Ermittlung des korrekten Schweregrades der perinatalen Asphyxie erarbeitet, welche hier vorgestellt wird (Abb. 1).

Kommentar
Die Studie zeigt sehr schön die Problematik einer klinisch validen Diagnosestellung und ICD Kodierung im Bereich der perinatalen Asphyxie auf. Untermauert wird dies durch die Analyse der fallbezogenen Kostendaten. Ebenso lässt die hohe Inzidenz der perinatalen Asphyxie im internationalen Vergleich ein Problem bei der Definition der Kriterien vermuten.

Die Diagnosestellung der perinatalen Asphyxie stellt klinisch eine Herausforderung dar, was durch die überholten Definitionen der Diagnosengruppe im ICD Katalog noch verstärkt wird. Ein gutes Beispiel ist hier der 1-Minuten APGAR Wert, welcher gemäss ICD Katalog ein die Asphyxie und ihren Schweregrad definierendes Kriterium ist. Es steht ausser Zweifel, dass eine zeitgemässere Definition gefragt ist. Auch dieser Punkt wird in der Studie treffend aufgearbeitet.

Das hier erarbeitete Konzept zeigt nachweislich eine adäquatere klinische Zuweisung der Diagnose und ihres Schweregrades sowie auch einen eindeutigen Zusammenhang zu den fallbezogenen Aufwänden. Dies auch deutlich im Vergleich zu den bereits 2016 überarbeiteten Kodierrichtlinien des BFS, wo bereits angestossen durch die Autoren ein erster Versuch einer angemessenen Präzisierung unternommen wurde.

Die jetzt anhand der neuen Kriterien erarbeitete Matrix eignet sich auch für den klinisch tätigen Arzt als praktisches Hilfsmittel zur Diagnosenstellung und ist für die allgemeine Anwendung sehr gut geeignet. Das Ziel, national und international vergleichbare Daten auszuweisen, kann damit erreicht werden.

Literatur

1. Endrich O., Rimle C., Zwahlen M., Triep K., Raio L., Nelle M. Asphyxia in the Newborn: Evaluating the Accuracy of ICD Coding, Clinical Diagnosis and Reimbursement: Observational Study at a Swiss Tertiary Care Center on Routinely Collected Health Data from 2012-2015. PloS one. 2017;12:e0170691.
2. Sehdev H.M., Stamilio D.M., Macones G.A., Graham E., Morgan M.A. Predictive factors for neonatal morbidity in neonates with an umbilical arterial cord pH less than 7.00. Am. J. Obstet. Gynecol. 1997; 177:1030–4.
3. Gluckman P.D., Wyatt J.S., Azzopardi D., Ballard R., Edwards A.D., Ferriero D.M., et al. Selective head cooling with mild systemic hypothermia after neonatal encephalopathy: multicentre randomised trial. Lancet. 2005; 365:663–70.
4. BFS. Swiss Federal Statistical Office (SFSO) [Internet]. 2016 [cited 2016 07.04.2016]. Internet]. Available from: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/nomenklaturen/blank/blank/codage/06.html.
5. ACOG Committee Opinion. Number 326, December 2005. Inappropriate use of the terms fetal distress and birth asphyxia. Obstet Gynecol. 2005; 106:1469–70. Epub 2005/12/02. PubMed PMID: 16319282.
6. Lee A.C., Kozuki N., Blencowe H., Vos T., Bahalim A., Darmstadt G.L., et al. Intrapartum-related neonatal encephalopathy incidence and impairment at regional and global levels for 2010 with trends from 1990. Pediatr. Res. 2013; 74 Suppl. 1:50–72. Epub 2013/12/25. doi: 10.1038/pr.2013.206. PubMed PMID: 24366463; PubMed Central PMCID: PMC3873711.
7. Jacobs S.E., Berg M., Hunt R., Tarnow-Mordi W.O., Inder T.E., Davis P.G. Cooling for newborns with hypoxic ischaemic encephalopathy. Cochrane Database Syst Rev. 2013;1:CD003311. Epub 2013/02/27. doi: 10.1002/14651858.CD003311.pub3. PubMed PMID: 23440789.
8. Sarnat H.B., Sarnat M.S. Neonatal encephalopathy following fetal distress. A clinical and electroencephalographic study. Arch Neurol. 1976; 33:696-705. Epub 1976/10/01. PubMed PMID: 987769.
9. Swiss DRG AG. SwissDRG AG 2016 [cited 2016 07.04.2016]. Available from: http://www.swissdrg.org/de/index.asp?navid=0.
10. DIMDI GIoMDaI. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, Version 2014. 2014.

Panagiotis Kanellos
Marc Baumann
Cornelia Hofstaetter
Konstantinos Nirgianakis
Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Inselspital Bern

Heterotope Schwangerschaft

Täglich werden wir mit der Differenzialdiagnose einer extrauterinen Gravidität konfrontiert. In der Regel können wir durchatmen und entsprechend die Patientin beruhigen, wenn wir sonographisch einen intrauterinen Schwangerschaftssitz darstellen. Ist es aber immer so?

Anamnese

Eine 39-jährige Patientin wurde zur Zweitmeinung in der 8 3/7 SSW bei Status nach IVF-Therapie mit Transfer von 2 Embryonen nach Eizellspende in unsere Ultraschall-Sprechstunde zugewiesen. Bei der Patientin stand ein imperativer Kinderwunsch im Vordergrund (Gravida 6, Nullipara mit St. n. 3 × chirurgischer Abruptio graviditatis und 2 × Abortus completus in der frühen Gravidität). Zum Zeitpunkt der Konsultation war die Patientin asymptomatisch, berichtete aber zehn Tage zuvor an vaginalen Schmierblutungen gelitten zu haben. Sonographisch zeigte sich eine intakte intrauterine Einlingsgravidität, dem rechnerischen Gestationsalter entsprechend, bei einem bHCG Wert von 135.764 IU/L (Abb. 1). Ultrasonographisch konnte intraabdominal keine freie Flüssigkeit nachgewiesen werden, im Bereich der linken Tube zeigte sich aber eine 48 × 29mm messende inhomogene Struktur mit zentral zirkulärer Durchblutung (Abb. 2a, b). Bei einer normalen Schwangerschaft kann dopplersonographisch im Bereich des Corpus luteum häufig auch eine verstärkte zirkuläre Durchblutung im Ovar nachgewiesen werden („ring of fire“). Bei einer Eizellspende ist jedoch kein Corpus luteum zu erwarten, was die sonographische

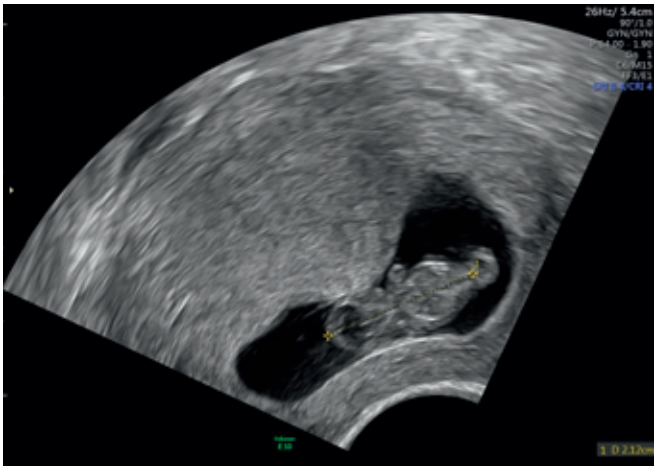
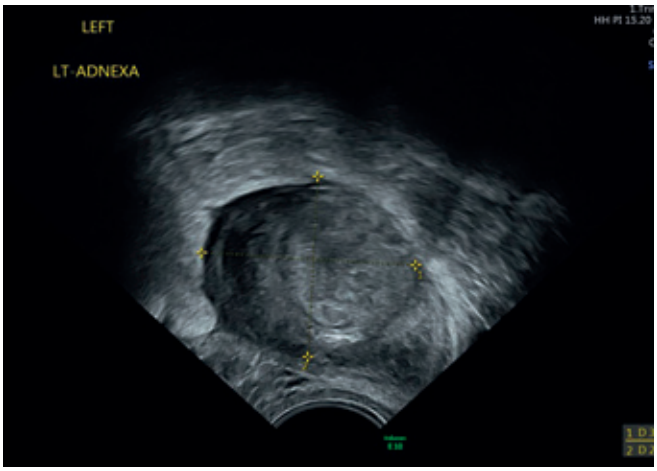


Abb. 1. intakte intrauterine Schwangerschaft, der 9. SSW entsprechend



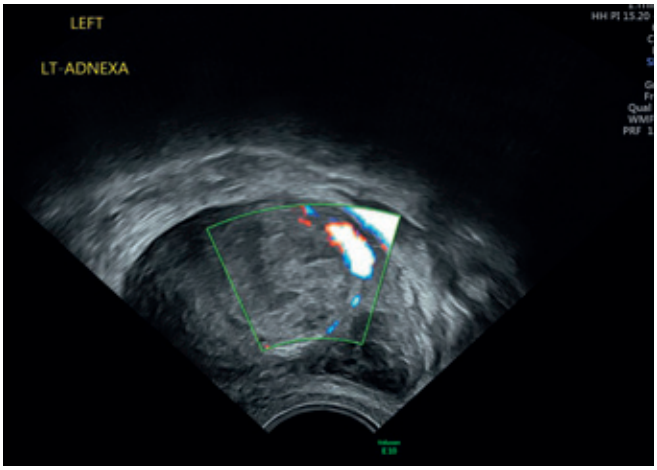


Abb. 2a, b. Raumforderung im Bereich der linken Adnexe mit zirkulärer Durchblutung (2b)

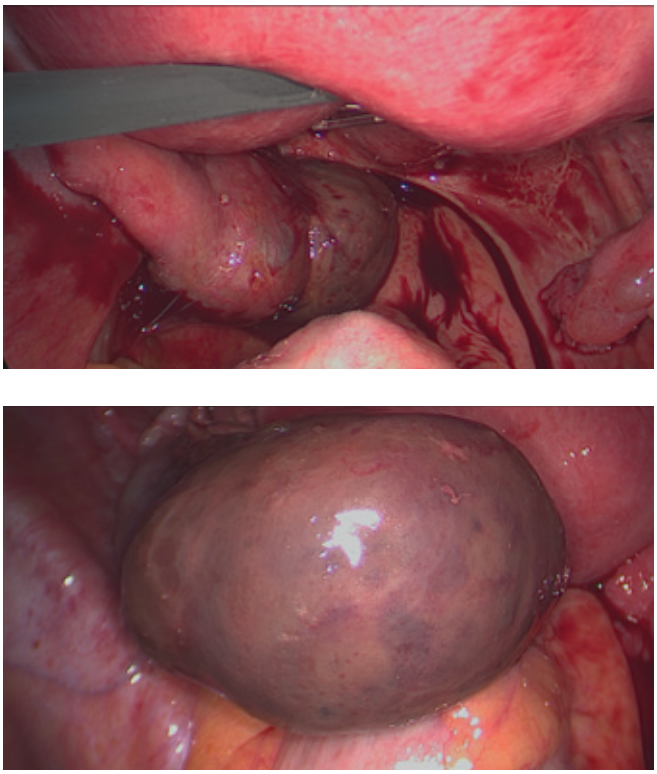


Abb. 3a, b. Tubargravidität links

Verdachtsdiagnose einer heterotopen Schwangerschaft vereinfacht. Bei hochgradigem Verdacht auf eine heterotope Schwangerschaft wurde die Indikation zur Laparoskopie gestellt.

Intraoperativ konnte eine Tubargravidität links nachgewiesen werden und deshalb eine linkseitige Salpingektomie durchgeführt (Abb. 3a, b).

Der intra- sowie postoperative Verlauf gestaltete sich komplikationslos. Die Patientin konnte am 1. postoperativen Tag in einem guten Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden. Vor dem Austritt erfolgte eine Vitalitätskontrolle der intrauterinen Gravidität. Die Schwangerschaft konnte problemlos weitergeführt werden.

Diskussion

Duverney war der erste, der 1708 eine heterope Schwangerschaft bei der Autopsie einer Frau, welche an einer rupturierten Schwangerschaft verstarb, beschrieb. Die Inzidenz einer spontan entstandenen heterotopen Gravidität beträgt circa 1:30 000 Schwangerschaften. Diese Inzidenz steigt aber signifikant nach reproduktionsmedizinischen Massnahmen (Inzidenz bis 1:100) (Tal J., et al.; Fertil. Steril. 1996; 66:1–12). Der zunehmende Einsatz von reproduktionsmedizinischen Massnahmen hat dazu geführt, dass die heterotope Schwangerschaft in unserem Praxis-Alltag immer häufiger vorkommt. Das Risiko einer heterotopen Schwangerschaft wird auf 1:2.600–3 900 Schwangerschaften geschätzt. Leider wird aufgrund der erschwerten klinischen und sonographischen Diagnosestellung ein grosser Anteil der heterotopen Schwangerschaften erst intraoperativ entdeckt, wie in einer Metaanalyse gezeigt wurde. Von 80 heterotopen Schwangerschaften welche zwischen 1994–2004 diagnostiziert wurden, wurden 59 sonographisch und 21 intraoperativ nachgewiesen (Barrenetxea G. et al.; Fertil. Steril. 2007; 82:9–15).

Heterotope Schwangerschaften sind mit einer erhöhten Mortalität und Morbidität für die Mutter vergesellschaftet. Gleichzeitig geht eine heterotope Schwangerschaft signifikant häufiger mit einem spontanen Abort der intrauterinen Fruchtanlage einher (Clayton H.B., et al.; Fertil. Steril. 2007; 87:303–9). Diese Tatsache muss mit den Patientinnen schon präoperativ diskutiert werden.

Schlussfolgerung

Eine heterotope Schwangerschaft stellt eine diagnostische Herausforderung auch für den erfahrenen Untersucher dar. Der bHCG-Verlauf bietet (im Gegensatz zu einer typischen EUG) kaum eine zusätzliche diagnostische Hilfe. Im Zweifelsfalle muss aber immer an eine hetero-

tope Schwangerschaft gedacht werden, insbesondere bei Patientinnen mit Zustand nach reproduktionsmedizinischen Massnahmen, stattgehabter Tubargravidität sowie anderen Risikofaktoren.

Prof. Annette Kuhn
Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Inselspital Bern
Dr. Elisabeth Berger
Kinderwunschpraxis Bern

Persönlich wird diesmal von zwei Autorinnen geteilt!
Zwei Autorinnen – zwei Sichtweisen!!!:

Eine Woche unterwegs im Ausland mit Sportlern – Ansicht eines faulen Sackes und einer Fanatikerin!!! (Titel Annette Kuhn)

oder

Ansichten einer Sportlerin und eines faulen Sackes, scheint mir passender! (Titel Eli Berger)

Annette Kuhn

Eli Berger

Über die Wertigkeit des Ausrufezeichens haben wir uns ja bereits im Editorial der letzten FHA geäussert – und jetzt eine Überschrift mit gerade DREI Ausrufezeichen!

Naja, sagt der faule Sack (AK), es gab ja auch eine Menge auszurufen… Als die beste Freundin (BF = EB) sie gefragt hat, mit in die Herbstferien auf eine bekannte kanarische Insel mit starkem Winde zu kommen, hatte sich der faule Sack wahrscheinlich nicht wirklich überlegt, was es heisst, eine Woche in einem Sporthotel mit Marathonläufern, Bikern, Schwimmern und Tennisspielern (aufgrund der besseren Lesbarkeit verzichten wir auf das übliche angehängte –in für die weibliche Form; wir finden, als Frauen brauchen wir kein Anhängsel…), zu verbringen.

Spätestens aber bei der Ankunft im Hotel kamen Zweifel auf – ich wurde tatsächlich mit einem unzerstörbaren Armband markiert und für mindestens die Woche des Aufenthaltes gezeichnet!

Keine Rücksicht auf Kompatibilität mit angelegtem Arm- oder Fingerschmuck, dem Wunsch, fremdkörperlos bräunen zu können – zack, kaum angekommen prangte das fluoreszierend-orange glänzende, unhübsche Plastikband an meinem rechten Handgelenk. Leichte Zweifel kamen auf, ob ich hier wohl am richtigen Ort bin.

Das Armband irritierte mich auch etwas, vor allem im Hinblick was meine eher unsportliche, aufs Outfit bedachte BF wohl dazu meinen könnte; die Tatsache, dass wir ab sofort als HP (nicht halbprivate!) sondern Halbpensionsgäste klar erkennbar sein werden, milderte meine eher unsportlichen Gedanken zu diesem Attribut.

Dieser gewisse Zweifel wurde am nächsten Morgen deutlich und unausweichlich verstärkt.
„Sonnengruss“ hiess die Animation, mit der um 7.30 alle Langschläfer mittels eines laut plärrenden Lautsprechers geweckt und nach draussen gelockt wurden.
Iiiiiiiiiiiiiiiiiiihhhh!!!!!

Welch herrliche Töne wecken mich! Der Ruf zu Yoga, bereits vor dem Frühstück, nichts wie hin!

Nun – schon mal wach, konnte man dann auch frühstücken gehen. Das Frühstücksbuffet war sehr ansprechend, weniger allerdings die anderen Gäste. Ausgemergelte freudlose Gesichter kauten auf ihren Vollkornmüslis, kleingehackten Bananen und – in Massen!!!!!! – Haselnüssen herum. Zur Sojamilch kam im höchsten Falle ein Tropfen Honig, und dann ging’s auf’s Bike, als gäbe es kein Morgen mehr.

Endlich Zeit zum gesunden, ausgewogenem Frühstück, keine Kleidervorgaben, rein in die Tights und ins Sporteroutfit. Mit super Laufschuhen zum Frühstück. ZEIT!!! Für Sport! Kein Zeitverlust mit Dresscode, bereits am frühen Morgen.
Daneben AK (fauler Sack), frisch geschminkt, in extravaganter Aufmachung unterwegs.
Ferien: Ausruhen, viel Sport und alle andern Freuden, die auch fauler Sack geniesst. Was will Frau mehr?

Fazit:

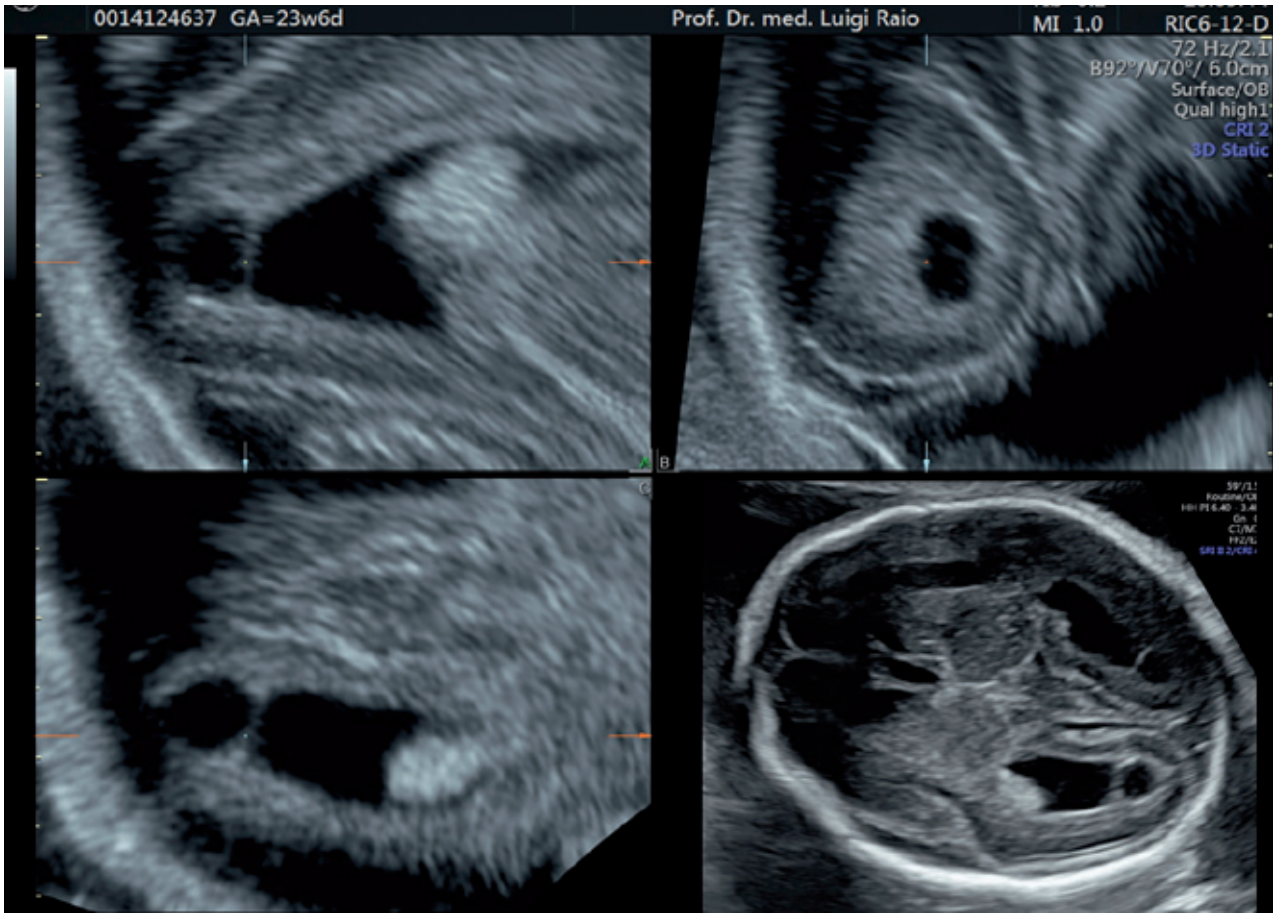
Habe – auch als fauler Sack – die Ferien sehr genossen, immer noch nicht verstanden, warum man sich in den FERIEN quälen muss, das Essen nur in wertvolle und nicht wertvolle Kalorien einteilt und vor allem warum man auf jeden Berg, Hügel oder auch kleinere Erhebungen unbedingt heraufbiken, heraufrennen oder überhaupt HERAUF muss.

Fazit als Sportlerin:

Wunderbare Ferien, endlich Sport ohne nett gekleidet zu sein; Biken, Rennen, Schwimmen – und danach mit AK (fauler Sack) ins Apero zu gehen und die anderen, (wohlverdienten, meinerseits) Freuden zu geniessen! Wunderbare aktive Ferien!!!

Prof. Luigi Raio
Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Inselspital Bern

Was ist das?



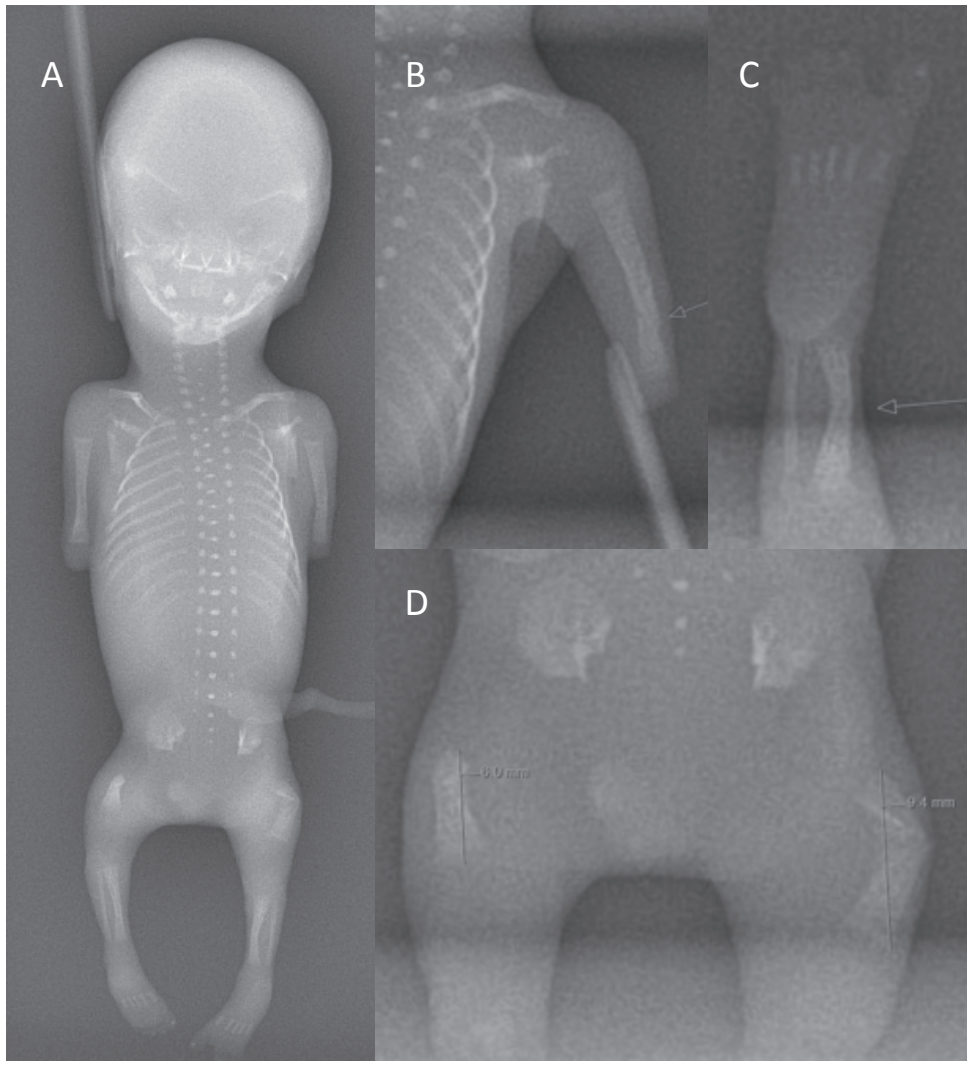
Patientin zugewiesen in der 24. Woche wegen Verdacht auf Ventrikulomegalie. Erste Schwangerschaft, Verlauf bis anhin komplikationslos. Bild 1: Es handelt sich um ein kombiniertes Bild einer muliplanaren Darstellung (GE E10, BT17) des rechten Hinterhornes des Seitenventrikels und unten rechts ein Übersichtsbild auf BIP-Ebene.

Was fällt hier auf und was würden Sie als nächstes empfehlen?

Antworten an ***jenny.gersbacher@ksb.ch***

Prof. Luigi Raio
Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Inselspital Bern

Unklare, tetramelische Skelettdysplasie



Trotz der extrem belasteten Vorgeschichte hat sich unsere Patientin zum Abbruch der Schwangerschaft entschlossen obschon die klassische Genetik und auch die CGH-Array einen unauffälligen Befund geliefert hatten.

In der folgenden radiologischen Aufarbeitung (Bilder A-D) des Feten haben sich die sonographischen Befunde bestätigt und zusätzliche gefunden:

Bilaterale Amelie beider Vorderarme (A). Dysmelie der unteren Extremitäten mit Verkürzung und Deformation der Femora (A, D). Tibia und Fibula sowie Fussskelett beidseits normal angelegt. Linksseitig bestehen eine Angulation des Tibiaschaftes sowie eine Abspreizung des ersten Strahls mit einem verbreiterten Interdigitalraum 1 (C). Das distale Humerusdrittel links ist leicht strukturgestört und deformiert (B), rechts annähernd normale Situation.

Auflösung Sonoquiz

26/4/2017

Das initial vermutete **Femur-Fibula-Ulna-Syndrom** (FFU) scheint anhand dieser radiologischen Befunde eher nicht vorzuliegen. Die Veränderungen der Femora haben den Aspekt eines *Proximalen Fokalen Femoralen Defektes (PFFD)*. Diese Befunde sind aber in ihrer Gesamtheit weiterhin nicht kompatibel mit anderen bekannten Syndromen. Ein ähnlicher Fall von tetramelischer Extremitätenbeteiligung wurde 1995 im American Jornal of Human Genetics publiziert [1]. Das Kind hatte neben den gefundenen Auffälligkeiten der Extremitäten noch eine Mikrognathie, ein Gesichtshämangiom und eine Fusion der Milz mit den Gonaden (splenogonadal fusion). Offensichtlich hatte sich das Kind zumindest zum Zeitpunkt der Publikation (knapp 3Jährig) geistig normal entwickelt!

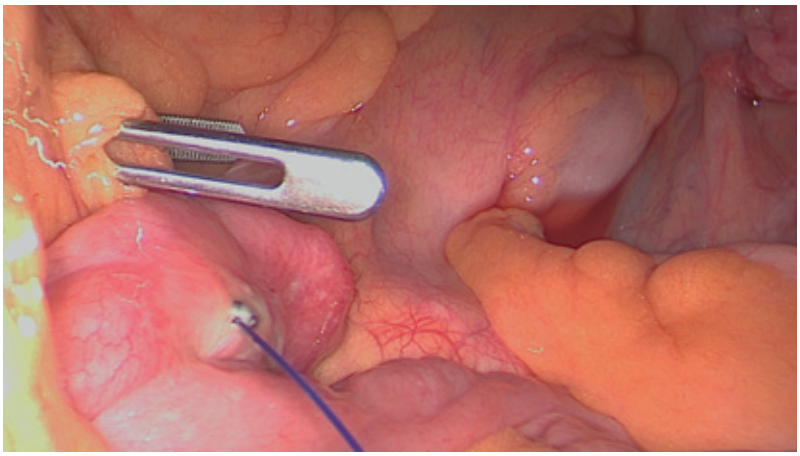
Wir sind mit unseren Genetikern weiterhin daran hier eine Diagnose zu stellen. Die geburtshilfliche Vorgeschichte dieser Frau macht eine zugrundeliegende Problematik wahrscheinlich. Ich werde Sie auf dem Laufenden halten, versprochen!

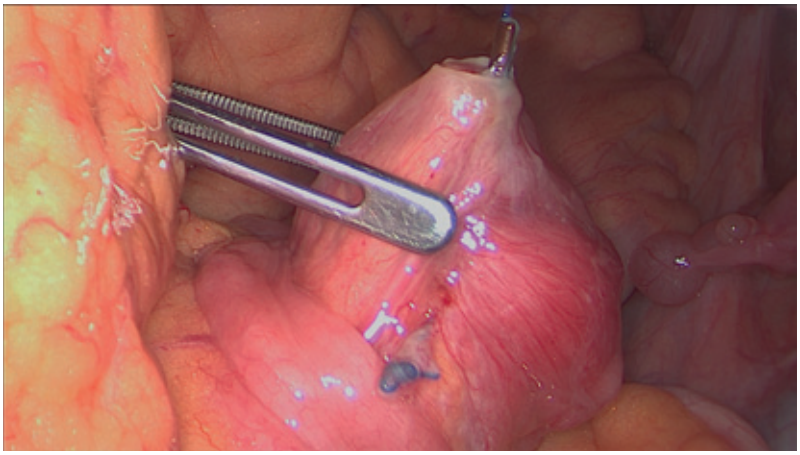
Literatur

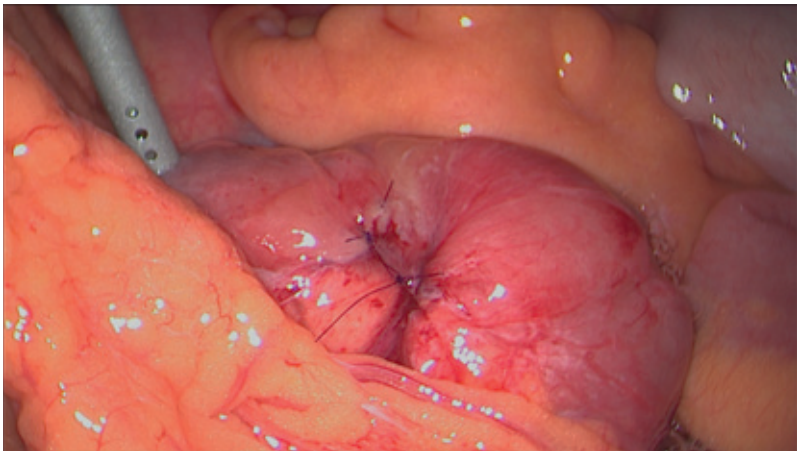
1 Lipson A. Amelie oft he arms and femur/fibula deficiency with splenogonadal fusion in a child born to a consanguineous couple. Am. J. Hum. Gen. 1995; 55:265–268.

Dr. Stephan Mohr
Prof. Michael D. Mueller
Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Inselspital Bern

Voll daneben!



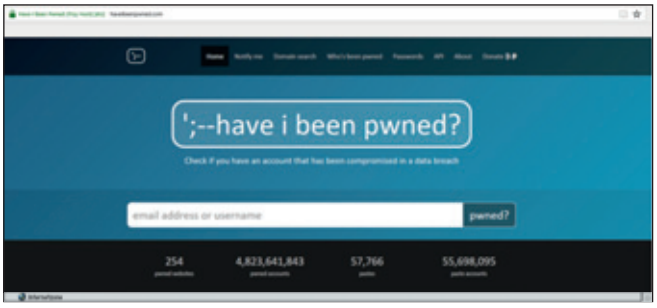




Laparoskopische Entfernung einer „Lost IUD“

Zwei Jahre zuvor problemlose Einlage einer Gynefix® Spirale mit ultrasonographischem Nachweis der korrekten Lage (auswärts, keine Bilder).

http://www.haveibeenpwned.com



Wurde eines meiner Benutzerkonten gehackt? Sind meine Emails noch sicher?

Fast täglich werden Meldungen von gestohlenen Benutzerdaten veröffentlicht. Hacker brechen in die Server großer und kleiner Onlinedienste ein und entwenden Benutzernamen, Passwörter und andere Details.

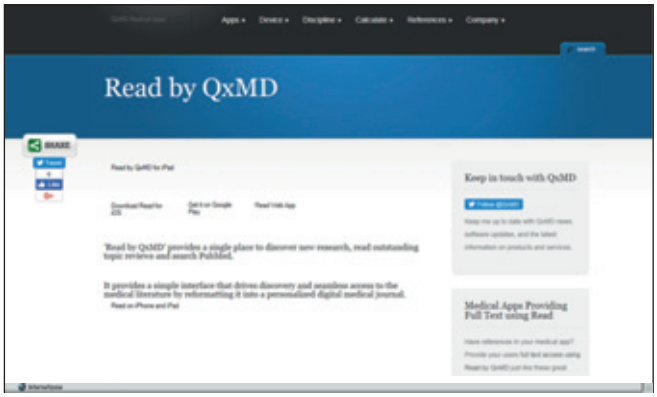
Die Webseite „Have I been pwned?“ (= bin ich betroffen?) beantwortet diese Frage. Auf der Webseite können Sie ihre E-Mail-Adresse oder einen Benutzernamen eingeben und der Online-Service meldet Ihnen dann, ob die Kontodaten gestohlen wurden.

Diese Informationen bezieht „Have I been pwned?“ von den Daten, welche die Hacker nach ihrer Tat herausgeben. Mit dem Einbruch zu prahlen und die gestohlenen Benutzernamen im Internet zu veröffentlichen, ist in der Szene nicht unüblich. In all diesen Fällen kann die Webseite prüfen, ob man selbst zu den Opfern gehört.

Zusätzlich zur Abfrage direkt auf der Webseite bietet „Have I been pwned?“ einen E-Mail-Service an. Wer sich anmeldet, erhält sofort eine Warnung per Mail, wenn man bei künftigen Vorfällen betroffen ist.

m.d.m.

App: Read by QxMD



Read ist eine App für iOS und Android, welche gebraucht werden kann, um die medizinische Literatur, welche einem interessiert, zu bündeln. Dank der App können Studien, Zeitschriften und Artikel aus einer Vielzahl von Quellen gelesen und heruntergeladen werden.

Die App ist kostenlos, aber einige Zeitschriften können ein institutionelles oder individuelles Abonnement oder Anmeldeinformationen verlangen. Gleichzeitig ermöglicht die App aber auch den direkten Zugang zu den Artikeln bei frei zugänglichen Zeitschriften.

m.d.m.

Prof. Michael K. Hohl im Gespräch mit Dr. Véronique Beffa, Médecins Sans Frontières / Ärzte ohne Grenzen

„What kept you going, Dr. Beffa?“

Dr. Beffa mit dem Sohn einer Patientin

Curriculum Vitae

Données personnelles

Nom:	Dr. Véronique Beffa
Etat civil :	Célibataire, sans enfant
Nationalité :	Suisse
Date de naissance :	01.11.1973

Specialiste FMH en Gynecologie-Obstetrique

Parcours professionnel

1998-1999 :	Médecin-interne en chirurgie, Hôpital régional de Martigny
1999-2006 :	Médecin-interne en Gynécologie et Obstétrique, Hôpitaux régionaux de Martigny et Universitaire de Genève
2006-2008 :	Cheffe de clinique en gynécologie et Obstétrique, Hôpital Universitaire de Genève
2007:	**Titre FMH en Gynécologie et Obstétrique**
2008-2015:	Gynécologue-Obstétricienne en cabinet privé à Genève
Juin-Octobre 2016:	Gynécologue en cabinet privé (remplacement), Yverdon, Suisse
Octobre 2015 – Septembre 2017	– Hôpital régional de Bol, Tchad – MCH Taizz, Yemen

Formation

2017:	Certificat en planning et management des programmes de santé de la reproduction, Institut de Médecine Tropicale, Anvers
2014:	Bachelor en Relations Internationales, Global Studies Institute, Université de Genève
2013:	Certificat de formation en ligne sur les traitements antirétroviraux du VIH (eSCART) dans les pays aux ressources limitées, Institut de Médecine Tropicale, Anvers
1998:	**Diplôme fédéral de médecin** Cours de médecine tropicale de l’université de Genève

Frauenheilkunde aktuell: Dr. Beffa, you have been working for more than two years for „Médecins Sans Frontières“ (MsF) in Tschad, Jemen. What is your motivation to continue this work?

Dr. Beffa: Because I am still learning every day things I have never seen in Switzerland. (Where I have practised for seventeen years!) For example in Tschad I saw for the first time in my life an eclamptic patient, ruptured uterus etc. But that‘s not all!

Frauenheilkunde aktuell: You mean things beyond strictly medical problem solving?

Dr. Beffa: One of your main jobs is to draft and implement new projects, working in a completely different environment. To deal with colleagues was sometimes quite difficult and challenging. I also learned how to get a medical team working together.

Frauenheilkunde aktuell: The different functions you had: Were they „all in one“?

Dr. Beffa: Absolutely! One moment you work on a new project next you are called to an emergency caesarean section.

Frauenheilkunde aktuell: If a young Ob-Gyn Doctor considering to join „MsF“ reads all this she might think: „I can never do all this“, what do you answer?

Dr. Beffa: Well, it is possible to succeed because there is a lot of „learning on the job“. But I think more than two years of Ob-Gyn Training and some surgical experience beforehand would be a great advantage.

Frauenheilkunde aktuell: Did you never have to stand alone as the only surgeon there?

Dr. Beffa: It happened but it’s not common as you are mainly in the field with a local counterpart. Sometimes you have to teach them for complicated procedures, sometimes you just give an advice, there were always surgeons, some experienced, at hand and many times all I had to do was to give an advice.

Frauenheilkunde aktuell: How about teaching?

Dr. Beffa: This was a very important part of my work and very rewarding.

Frauenheilkunde aktuell: What was difficult for you when you first started?

Dr. Beffa: I began my work in Tschad at a very remote place, where patients could not be referred to a centre. For me it was difficult to cope with the very high (20%!) maternal mortality rate. Sometimes I had to face very difficult decisions many in obstetrics: For example what you had to do to save the mothers life was not good for the baby etc. etc.

Frauenheilkunde aktuell: What kept you going? What were the positive feedbacks?

Dr. Beffa: For example when you could deliver a healthy baby under very difficult conditions when serious operations were a success or simply when all things slowly improved, the team functioned better, to see progress in things that you do.

Frauenheilkunde aktuell: Your assignment for „MsF“ was 6 months, is it possible to work for a shorter period of time?

Dr. Beffa: MsF is very flexible. You can go for only 4 weeks, three months, etc.

Frauenheilkunde aktuell: Is there a shortage of Ob-Gyn doctors?

Dr. Beffa: There are definitely not enough of them in these projects.

Frauenheilkunde aktuell: Is there a preference for women or male doctors?

Dr. Beffa: It depends on the countries. In Africa and most other countries men and women are equally welcome. In some countries in the Middle East it's only women doctors.

Frauenheilkunde aktuell: But MsF would make the choice?

Dr. Beffa: In fact MsF will first match the different projects with your profile and then offer you the one they think would fit best and then you decide yes or no.

Frauenheilkunde aktuell: With this interview we try to motivate especially young doctors to engage themselves. But do you think „older", experienced Ob-Gyn specialists could also be welcome?

Dr. Beffa: Of course, if they are still physically fit and mentally flexible.

Frauenheilkunde aktuell: Besides the humanitarian side could they also enrich their personal life?

Dr. Beffa: I think even this group has lots to learn not only professionally but also dealing with patients of different cultures can be very rewarding. You will learn that medicine can be successfully practised in different ways.

Frauenheilkunde aktuell: How about working in teams?

Dr. Beffa: Team members come from different parts of the world, which is very interesting. I might have different approaches and see things from different points of views. These team interactions were a very good and interesting experience for me. And at the end you feel stronger!

Frauenheilkunde aktuell: An Ob-Gyn doctor – male or female – younger or older who considers to apply for an assignment with MsF? What is he going to expect out there?

Dr. Beffa: A lot of interesting and challenging medical encounters, but they must be prepared to work under quite difficult conditions. In Africa the heat is a permanent problem, often times there is no „air con". Working hours can be very long (24 hours shift). So physical fitness, a certain toughness and the capability to endure things will certainly help. But also a lot of happiness, smiles and good time shared. Local teams are always nice and welcoming: they want that you feel at home with them.
Recovery will have time when the assignment is finished!

Frauenheilkunde aktuell: Dr. Beffa many thanks for this very interesting interview.

Sie interessieren sich für einen humanitären Einsatz als Gynaekologen und Geburtshelfer im Feld?
Sind Sie einsatzbereit für eine Mindestdauer von 2 Monaten?

Dann finden Sie mehr Informationen zum Jobprofil und Arbeitsbedingungen auf unserer Webseite
http://www.msf.ch/de/mit-uns-arbeiten/im-feld/

Bewerben können Sie sich dort mindestens 3 Monate im Voraus mit Lebenslauf und Motivationsschreiben auf Englisch oder Französisch. Für Fragen und weitere Informationen können Sie uns direkt kontaktieren unter ***recruitment@geneva.msf.org***

Möchten Sie MsF unterstützen?

Bank: UBS SA, CH (Schweiz) – 1211 Genève 2 | Inhaber: Médecins Sans Frontières | Konto: 240 -376066.00Q |
IBAN: CH18 0024 0240 3760 6600 Q | BIC: UBSWCHZH80A

Yemen Cholera 7.
Malak Shaher/MSF

Erfahrungsbericht Dr. Véronique Beffa

Die 44-jährige Frauenärztin Véronique Beffa geht seit über zwei Jahren für Médecins Sans Frontières/Ärzte ohne Grenzen (MSF) auf Einsatz. Zuvor hatte sie 17 Jahre am Universitätsspital Genf und im Privatsektor gearbeitet. Bevor sie bei MSF begann, absolvierte sie berufsbegleitend einen Bachelor in Internationale Beziehungen. Ihr erster MSF-Einsatz führte sie 2015 in den Tschad, anschliessend war sie 2016 und 2017 in Projekten im Jemen tätig. Das Land, in dem seit zweieinhalb Jahren ein Bürgerkrieg tobt, wurde von einer Choleraepidemie erfasst. Davon blieben auch schwangere Frauen nicht verschont.

„Als ich zum ersten Mal in den Jemen reiste, dachte ich, ich würde nur ein paar Wochen für einen Erkundungseinsatz bleiben. Es ging darum, herauszufinden, ob es mach-

Rapport sur l’expérience

Le Dr Véronique Beffa, gynécologue obstétricienne de 44 ans, travaille pour Médecins Sans Frontières depuis plus de deux ans. Forte de 17 années aux Hôpitaux Universitaires de Genève et dans le secteur privé, Véronique Beffa a repris un Bachelor en Relations Internationales en parallèle de son activité professionnelle pour finalement s’engager avec MSF au Tchad en 2015, puis au Yémen en 2016 et 2017. Miné par des conflits armés, le Yémen était à l’époque touché d’une épidémie de Choléra qui n’épargnait pas les femmes enceintes.

« Lorsque je me suis rendue au Yémen pour la première fois, je ne pensais y rester que quelques semaines pour une mission d’évaluation. Il s’agissait alors d’étudier la faisabilité et la pertinence d'ajouter un volet maternité au projet de l'hôpital de Kilo, localité située entre les villes

bar und sinnvoll war, unsere Tätigkeiten am Spital in Kilo mit Geburtshilfe zu ergänzen. Kilo liegt zwischen den Städten Ibb und Taiz. Man hatte die MSF-Projektverantwortlichen in der Gegend über die Anwesenheit einer Frauenärztin informiert, und sehr schnell erhielt ich ein Angebot für einen weiteren Einsatz. So reiste ich nach einem kurzen Aufenthalt in der Schweiz zur Verlängerung meines Visums nach zwei Monaten erneut in den Jemen, diesmal in das Mutter-Kind-Spital in Taiz-Al Houban.

Zu Beginn arbeitete ich 20 Stunden am Tag! Ich war eine von fünf internationalen Mitarbeitenden im Koordinationsteam, das aus über 400 Personen bestand. Unser Ziel war es, dass das Spital auch nach unserem Weggang so gut wie möglich funktionieren würde. Im Laufe meines Einsatzes war Anpassungsfähigkeit gefragt; ich musste diverse Herausforderungen bei der Personalausbildung, Rekrutierung, aber auch bei der Logistik und Buchhaltung bewältigen. Kurz, sobald man ein Spital betritt, muss man sich im Dienste der Teams anpassen können.

Schwangere Frauen, die an Cholera erkranken – und das mitten im Ramadan!

Für eine schwangere Frau ist Cholera doppelt gefährlich: Die Krankheit gefährdet nicht nur die Mutter, sondern auch den Fötus. Das Risiko für intrauterine Sterblichkeit ist um ein Vielfaches erhöht. Die bei allen Erkrankten benötigte Flüssigkeitszufuhr muss hier viel kontrollierter erfolgen. Denn sowohl ein Wassermangel als auch ein Überschuss können für Mutter und Kind gefährlich sein.

Mitten im Ramadan ist die Lage noch komplizierter, da die Patienten gemäss den muslimischen Ritualen dazu angehalten sind, während des Tages auf Speisen und Getränke zu verzichten. Unseren Teams verlangt der Ramadan einiges ab. Sie müssen irgendwie die Kraft finden, um den Betrieb tagsüber sicherzustellen – und das bei Temperaturen

de Ibb et Taiz. La présence d'une gynécologue dans la région avait été communiquée aux responsables des projets médicaux de MSF aux alentours et je recevais rapidement une nouvelle proposition de mission. Ainsi, après un bref retour de 2 mois en Suisse pour renouveler mon VISA, je reprenais la direction du Yémen, cette fois pour l'hôpital mère-enfant de Taiz-Al Houban.

Au début, je travaillais 20h sur 24 ! Nous étions cinq expatriés intégrés dans l'équipe de coordination de plus de 400 personnes, toujours guidés par l'idée, à terme, d'autonomiser la structure et en assurer un fonctionnement optimal le jour de notre départ. Au cours de ma mission, il a fallu s'adapter et relever des défis relatifs à la formation du personnel, au recrutement, à la logistique ou encore à la comptabilité. Bref, dès lors que l'on met un pied dans un hôpital, il faut savoir s'adapter et se mettre au service de ses équipes. De vrais caméléons !

Des femmes enceintes atteintes du choléra. En plein Ramadan !

Le choléra est doublement dangereux pour une femme enceinte. En plus de mettre la vie de la mère en danger, il est également source de problèmes pour le fœtus, multipliant les risques de mortalité intra-utérins. L'hydratation nécessaire à toute personne contaminée doit être beaucoup plus contrôlée, car le manque d'eau comme l'excès peuvent s'avérer dangereux pour le bébé et la mère.

En plein mois de Ramadan, la situation se complique pour les patientes, car le respect des rites musulmans invite à la privation consentie d'eau et de nourriture pendant la journée. Le ramadan est une épreuve pour nos équipes qui doivent puiser des ressources pour assurer le bon fonctionnement du service dans la journée, à une saison où la

Yemen Cholera 5.
Nuha Haider/MSF

von 40 Grad im Schatten. Wir als internationale und nichtpraktizierende Mitarbeiter achten darauf, unsere Speisen und Getränke im Spital nicht zu zeigen und nehmen unsere Mahlzeiten tagsüber lieber in unserer Wohnung ein. Nicht dass es im Spital verboten wäre, aber wir wollten weder religiöse Gefühle verletzen noch unsere jemenitischen Kollegen und Patienten ans Essen und Trinken erinnern. Was unsere Patienten betraf, so hatte uns der Imam der lokalen Moschee eine Nachricht zukommen lassen, die wir an der Wand aufhängten. Dort waren einige Ausnahmen aufgelistet, die wir gewähren durften. So konnten Patienten, deren Gesundheit gefährdet war, Nahrung zu sich nehmen, insbesondere wenn sie an Cholera litten.

Im islamischen Glauben, der im Jemen praktiziert wird, gelten strenge Kleidervorschriften. Dennoch gilt in Ausnahmesituationen eine gewisse Toleranz. Uns wurde nahegelegt, den Abaya und ein Kopftuch zu tragen, was ich

température est de 40°C à l'ombre. Nous-mêmes, en tant expatriés et non-pratiquants, nous faisons attention à ne pas exhiber notre nourriture et nos boissons dans l'hôpital et préférons monter dans nos appartements pour nous alimenter pendant la journée. Non pas que cela était interdit dans l'hôpital, mais nous ne voulions heurter ni la sensibilité religieuse, ni évoquer la sensation de faim et soif de nos collègues yéménites et nos patients dans ces moments de jeûne. Pour les patientes cependant, l'imam de la mosquée locale nous avait fait parvenir un mot que nous avions encadré et accroché au mur. Il y était écrit certaines exceptions au Ramadan pouvaient être consenties pour les patients qui acceptaient de s'alimenter lorsque leur santé était en jeu, particulièrement dans le cas du choléra.

La pratique de l’islam au Yémen comporte des obligations en apparence inconditionnelles. Cependant, il existe une certaine tolérance dans des situations d’exception.

auch machte. Doch auch hier durften wir bei einem Notfall mit der Kleidung etwas lockerer umgehen.

Während der Ramadan in Bezug auf die Funktionsfähigkeit des Spitals eine schwierige Zeit darstellt, ist das Opferfest Eid al-Adha ein wahres Freudenfest. Das ganze Spital feiert mit. Die Menschen gehen weniger distanziert miteinander um. Doch selbst jetzt wird eine Zurückhaltung an den Tag gelegt, die wir in Europa so nicht kennen.

Für die jemenitischen Frauen und Mädchen hat der Krieg zur Folge, dass sie viel stärker Gewalt ausgesetzt sind, insbesondere sexueller Gewalt. Wir bieten ihnen medizinische Hilfe an, stehen ihnen aber auch zur Verfügung, wenn sie über ihre traumatischen Erfahrungen sprechen möchten. Doch selbst wenn wir Anzeichen sexueller Gewalt feststellen, kommt es immer wieder vor, dass die Betroffenen lieber dazu schweigen.

Schüsse und Bombenabwürfe als tägliche Geräuschkulisse

Im Jemen, insbesondere im Spital in Taiz, waren wir sehr nahe an der Frontlinie. Der Kugelhagel und Explosionen rund um das Spital waren Teil unseres Alltags, unsere Einrichtung blieb jedoch glücklicherweise verschont. Sowohl die Patienten als auch das Personal schienen mit dieser konstanten Unsicherheit relativ gelassen umzugehen. Einmal schlug eine Bombe so nah beim Spital ein, dass die Wände zitterten. Da gab es einen kurzen Moment der Panik bei Personal und Patienten, doch glücklicherweise ohne weitere Konsequenzen.

Während der anderthalb Jahre, die ich im Jemen verbrachte, haben die Granaten und Gewehrschüsse bei mir

Nous avions été fortement invitées à porter l'Abaya et le voile, ce que je faisais. A nouveau, en cas d'urgence, enfiler la tenue de manière sommaire pouvait être toléré.

En revanche, si le Ramadan est une période très compliquée pour assurer le fonctionnement du service, les fêtes de l'Eid sont une vraie renaissance. Tout l'hôpital se met à la fête. Les distances entre les personnes s'estompent même s'il subsiste une vraie pudeur dans les relations humaines, différentes de celle que nous pouvons connaitre en Europe.

Vis-à-vis des femmes yéménites, le contexte de guerre que celles-ci subissent au quotidien est fortement propice à une recrudescence de violences et particulièrement de violences sexuelles dont elles sont victimes dès leur plus jeune âge. En plus de leur venir en aide sur le plan médical, nous nous efforcions d'être également à l'écoute de leurs traumatismes psychologiques. Cependant, même s'il nous arrivait d'observer des signes de violence sexuelle, nous nous sommes régulièrement confrontées au silence de victimes.

Un quotidien de balles et de bombes

Au Yémen, et particulièrement dans l'Hôpital de Taïz, nous étions très proches de la ligne de front. Le bruit des rafales et des explosions autour de l'hôpital faisaient partie de notre quotidien, mais notre structure gérée par MSF était épargnée, et patients comme personnels soignants semblaient relativement sereins malgré ce climat d'insécurité. Il est arrivé un jour qu'une bombe explose suffisamment près de l'hôpital pour en faire trembler les cloisons. Cela avait occasionné le début d'un mouvement de panique parmi le personnel et les patients, sans conséquence heureusement.

Pendant l'année et demi que j'ai passée au Yémen, les tirs de mortiers et de fusils n'ont jamais suscité en moi de

Yemen Cholera 4.
Malak Shaher/MSF

nie unkontrollierte Angst ausgelöst. In einer Lage wie jener, in der sich der Jemen gegenwärtig befindet, gibt es kein Nullrisiko. Das Risiko, selbst Ziel eines Angriffs zu werden, war jedoch wegen der Sicherheitsgarantien, die MSF jeweils vor Aufnahme der Arbeit bei den Kriegsparteien einholt, gering. Wir hatten zusätzlich interne Abläufe festgelegt, die für noch stärkere Sicherheit von Personal und Patienten sorgten. Nur das Geräusch der Luftangriffe fand ich beängstigend, aber diese Angriffe kamen weniger häufig vor.

Die Rückkehr: eine Woche, um richtig anzukommen

Kehrt man nach einem so anstrengenden Einsatz wie diesem nach Hause zurück, ist man einerseits traurig, seine Kollegen, Patienten oder andere Menschen, denen man nähergekommen ist, zu verlassen, andererseits stellt sich

peur incontrôlée. Dans un contexte comme celui du Yémen, le risque zéro n’existe pas. Celui de constituer la cible d’une attaque était néanmoins atténuée par les garanties de non-agression que MSF reçoit des belligérants avant de démarrer des activités quelque part. Nous avions également des procédures internes mises en place afin de renforcer la sécurité du personnel et des patients de l’hôpital. Seul le bruit des attaques aériennes était anxiogène, ces attaques étant cependant moins fréquentes.

Au retour : Une semaine pour atterrir

A la fin d'une mission aussi éprouvante que celle-ci, au-delà de la tristesse de quitter les collègues, les patients et les personnes avec qui j'ai pu créer des liens, il y a un certain soulagement qui se dégage au moment de rentrer. Une bonne semaine est nécessaire pour reprendre mes

doch auch eine gewisse Erleichterung ein. Ich brauche eine gute Woche, um wieder richtig anzukommen. In den ersten Tagen kann es passieren, dass ich am Morgen erwache und nicht weiss, wo ich bin. Auf Einsatz? Bei mir zu Hause? Zum Glück gewinnt der Alltag allmählich wieder die Oberhand.

MSF Schweiz hat für uns internationale Mitarbeitende das sogenannte „Peer Support Network“ eingerichtet. Das ist ein Netzwerk von in der Schweiz wohnhaften MSF-Mitgliedern, mit denen wir uns über unsere Erfahrungen auf Einsatz austauschen können, über unsere Ängste vor der Abreise genauso wie über Freuden und Probleme nach der Rückkehr. Das läuft jeweils sehr informell ab, man trifft sich bei einem Kaffee oder einem Essen oder man telefoniert, einfach als Menschen, die Ähnliches erlebt haben.

Gegenwärtig sind meine Aufenthalte in der Schweiz hauptsächlich Verschnaufpausen zwischen zwei Einsätzen. Es ist nicht einfach, meinen Freunden und meiner Familie in Genf meinen Alltag begreiflich zu machen. Ihr Leben ist weit weg von den Gegebenheiten in einem MSF-Projekt. Abgesehen vom sozialen Auftrag von MSF gehe ich auch auf Einsatz, um zu lernen, zu teilen, neue Menschen und Kulturen kennenzulernen, aber auch um mir über gewisse Unterschiede bewusst zu werden, was manchmal von der Schweiz aus nicht möglich ist.

Jeder Einsatz bringt Neues

Die zwei Jahre Berufserfahrung, die MSF von Einsatzwilligen verlangt, braucht es meiner Meinung nach unbedingt. In meinen 17 Jahren Berufstätigkeit war ich nie mit so vielen neuen Situationen auf einmal konfrontiert. Daran musste ich mich gewöhnen. Egal, ob im Tschad oder im Jemen, jeder Einsatz bringt auf beruflicher wie menschlicher Ebene seine eigenen Überraschungen, aussergewöhnliche Situationen und erste Erfahrungen mit sich!“

repères. Les premiers jours, il m'arrive parfois de me réveiller le matin sans savoir où je suis. En mission ? Chez moi ?! Heureusement, le quotidien prend peu à peu le dessus.

Pour les expatriés, MSF Suisse a mis en place un "Peer Support Network" (PSN). C’est un réseau de membres et d'anciens membres résidant en Suisse, souvent des pairs, avec qui nous pouvons partager nos expériences sur le terrain, nos craintes avant de partir, nos joies et peines au retour. Ce sont des échanges très informels, autour d'un café, un repas, au téléphone, entre personnes aux expériences similaires.

Aujourd’hui, mes retours en Suisse sont davantage des respirations avant de repartir en mission. C’est un challenge d’expliquer mon quotidien avec les amis, la famille, les proches dont la vie à Genève est loin des réalités du terrain. Au-delà de la mission sociale de MSF, je pars pour apprendre, rencontrer, partager, découvrir des gens, des cultures, des différences qu’il est parfois impossible d’apprécier depuis la Suisse.

Une mission, des premières expériences

Les deux ans d'expériences requises par MSF pour être éligible pour une mission terrain ne sont, selon moi, pas du luxe. En 17 ans de pratiques, je ne m’étais jamais confrontée à autant de situations nouvelles en même temps. Il a fallu s’adapter. Du Tchad au Yémen, professionnellement comme humainement, chaque mission comporte son lot de surprises, de situations exceptionnelles, et de premières expériences ! »

Frauenheilkunde-aktuell im Internet …