

Ausgabe 02/2023  
Oktober 2023

# GyNews

---

Offizieller Newsletter  
der Universitätsklinik für  
Gynäkologie und  
Geburtshilfe Innsbruck

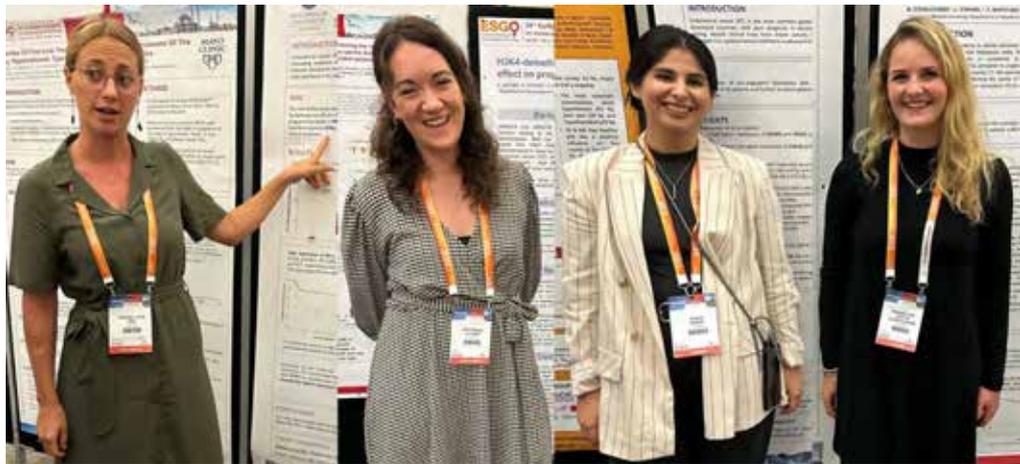
---

## Liebe Kolleg:innen,

in den Medien sind wir nahezu täglich mit Hiobsbotschaften über Pflegenotstand, Mangel an Personalressourcen und Bettenschließungen konfrontiert. Glücklicherweise weist die Innsbrucker Frauenklinik dank hochmotivierten Personals eine hohe Stabilität auf. Alle drei Operationssäle und die zusätzlichen Sectio-OPs stehen ohne Einschränkungen für unsere Patientinnen zur Verfügung. Ich denke, dass sich das jahrelange Teambuilding lohnt und es uns gelingt, gemeinsam mit allen Berufsgruppen im Krankenhaus an einem Strang zu ziehen und im Interesse der Patientinnen arbeiten zu können.

Natürlich verlassen uns immer wieder Assistent:innen, die nach absolvierter Facharztausbildung den Weg nach außen gehen. Nach Jahren der Ausbildung und gemeinsamen Bemühens ist das jedes Mal ein persönlicher wie fachlicher Verlust. Allerdings gibt es damit auch wieder die Chance für junge, aufstrebende Kolleg:innen einzusteigen und wir wissen, dass so der Nachwuchs in der Peripherie – sowohl in Praxen wie zum Beispiel auch in Südtiroler Krankenhäusern durch deren Stipendiaten – gesichert ist

Wie Sie im Laufe dieses Newsletters erfahren werden, geht eine Ära der Frauenklinik zu Ende: Elisabeth Söldner ist nun im wohlverdienten Ruhestand. Ein weiterer Abgang erfüllt uns aber auch mit Stolz und Freude: Prof. Nicole Concin wird ihrem Ruf nach Wien folgen und ab 1.1.2024 die gynäkologische Abteilung am AKH leiten. Damit reiht sich Nicole Concin in die Reihe derjenigen Professor:innen ein, die Innsbruck als Sprungbrett nach Wien genützt haben, wie z.B. Friedrich Schauta. Es ist dies nicht zuletzt eine Bestätigung für das internationale Ansehen der Frauenklinik Innsbruck.



Von links nach rechts: Teresa Pan, Katharina Leitner, Berin Feroz, Magdalena Steinlechner

Unser Team ist indes gerade aus Istanbul zurückgekehrt, wo die größte internationale gynäkologisch-onkologische Tagung zu Ende gegangen ist. Vertreter:innen der Innsbrucker Frauenklinik waren mit insgesamt zehn Vorträgen vor Ort. Und es freut mich ganz besonders, dass auch die jungen Assistentinnen mit Posterpräsentationen brilliert haben (siehe Foto)

Im Rahmen unserer Winterfortbildung am 11.11.2023 werden wir Ihnen wieder gut aufbereitet die wichtigsten Informationen dieser und anderer rezenter Tagungen präsentieren.

Ihr Univ.Prof. Dr. Christian Marth

## News I: Ass. Prof.in Dr.in Elisabeth Sölder geht in Ruhestand



Mit 1. Oktober 2023 tritt Ass. Prof.in Dr.in Elisabeth Sölder ihren Ruhestand an – ein herber Verlust für unserer Klinik. Weitsichtig, unbeirrbar fokussiert auf das Wohl der Patient:innen und aller Mitarbeiter:innen hat sie in unvergleichlicher Art und Weise die Frauenklinik Innsbruck mitgeprägt. Sie ist ein Paradebeispiel einer Lehrenden mit Herz, die unzähligen Student:innen und Jungärzt:innen beigebracht hat, wie Patientinnen optimal untersucht und vor allem auch als Mensch mit all seinen Facetten behandelt werden werden sollen. Sie hat unzählige Tage in der Ambulanz und Nächte in der Notaufnahme, im OP und der stationären Betreuung verbracht.

Wir danken ihr für ihr Wirken und die Spuren, die sie hinterlassen hat und weiterhin hinterlassen wird!

## News II: Univ.-Prof.in Dr.in Nicole Concini übernimmt am 1.1.2024 die Leitung der Gynäkologischen Abteilung der Medizinischen Universität AKH Wien.

Nicole Concini hat in Wien Medizin studiert. Bereits während des Medizinstudiums hat sie im Labor der Frauenklinik bei Prof. Zeilinger mitgearbeitet. Nach der Promotion trat sie eine Assistentinnenstelle dort an, wechselte aber glücklicherweise 2000 nach Innsbruck und komplettierte hier mit Fleiß und Enthusiasmus die Facharztausbildung. Sie verbrachte ein Jahr ihrer Ausbildung an der Stony Brook University in New York und befasste sich mit dem Tumorsuppressor-Gen P53. In Innsbruck war

sie neben der Ausbildung im Labor aktiv und baute eine eigene Arbeitsgruppe auf.

Schon bald nach Erlangen des Facharztstitels konnte sie auch zum Thema „P53 beim Ovarialkarzinom“ habilitieren. Sie positionierte sich in der Spezialisierung klar in der gynäkologischen Onkologie und betrieb insbesondere translationale Forschung. 2012 wurde sie aufgrund ihrer Ver-



dienste auf eine Professur für Experimentelle Gynäkologie in Innsbruck berufen, die sie bis heute innehat.

Um ihre Entwicklung in gynäkologischer Onkologie noch weiter zu vertiefen und auch international zu vernetzen, verbrachte sie drei Jahre an der Katholischen Universität in Leuven bei Prof. Ignace Vergote, wobei wir ein symbiotisches Modell mit 50 Prozent Leuven und 50 Prozent der Professur in Innsbruck gewählt hatten. Diese Verknüpfung war für alle Beteiligten eine Win-Win-Situation. Im Jahr 2019 zog sie dann auf Basis eines ähnlichen 50/50-Modells nach Essen an die KEM zu Prof. Andreas du Bois.

In Innsbruck baute sie am Comprehensive Cancer Center (CCCI) eine interdisziplinäre Einheit für frühe Studien auf. Dies ist eine innovative Einrichtung für die Entwicklung von neuen Medikamenten.

Nicole Concin hat an mehr als 80 klinischen Studien mitgearbeitet und mehrere Projekte selbst entwickelt und federführend geleitet. Besonders hervorzuheben ist, dass sie auch einen europäischen Grant über sechs Millionen Euro für eine klinische Studie eingeworben hat, was außerordentlich selten gelingt.

Sie ist derzeit Präsidentin der Europäischen Gesellschaft für Gynäkologische Onkologie (ESGO). Im Rahmen der ESGO war sie federführend für die Entwicklung von Leitlinien. Allein ihre Veröffentlichung zu den Leitlinien beim Endometriumkarzinom wurde bereits nach einem guten Jahr über 140.000-Mal heruntergeladen und 1.000 Mal in Publikationen zitiert und hat zweifellos den Standard in der Diagnostik und Therapie entscheidend verändert. Sie ist auch intensiv mit der FIGO vernetzt und hat zuletzt die Neufassung der Stadieneinteilung beim Endometriumkarzinom publiziert.

Sie wurde mit zahlreichen nationalen und internationalen Preisen bedacht und man findet in der Pubmed 140 Originalarbeiten in exzellenten Journalen. Die Karriere von Frau Prof. Concin ist zweifellos einzigartig. Es benötigt einen außerordentlichen Fleiß und Energieaufwand, um diese Entwicklung zu erzielen. Trotz des enormen Einsatzes hat sie das Feiern nicht verlernt und wir freuen uns mit ihr, dass sie diesen wichtigen Schritt machen kann. Dieser Karrieresprung wird die Achse Innsbruck-Wien noch weiter verbessern und damit auch die internationale Rolle unserer gynäkologischen Onkologie verbessern.

Wir gratulieren Nicole Concin zu diesem Meilenstein!

### News III: Weitere Personalia

Erfreulicherweise konnten wir 2023 auch wieder neuen ärztlichen Nachwuchs gewinnen:

Dr.in Laura Späth



Dr.in Florentina Baumgart



Dr.in Steinlechner Magdalena



Dr.in Fessler Nina



haben im Laufe des heurigen Jahres ihre Facharztausbildung an unserem Hause begonnen.

### News IV: Neue Ambulanzenzeiten

Aufgrund der bedauerlichen Pensionierung von Ass. Prof.in Dr.in Elisabeth Sölder haben wir uns entschlossen, die Ambulanzenzeiten der sogenannten Oberarztliste, welche für alle niedergelassenen Ärzt:innen zur

schnellen Indikationsstellung und Operationsterminvergabe auf Zuweisung zur Verfügung steht, wie folgt zu ändern:

Montag 08:00 – 12:00 Uhr

GfOÄ Drin. Alexandra Ciresa-König

Dienstag 08:00-12:00 Uhr

OA Dr. Stephan Kropshofer

Mittwoch 08:00 – 12:00 Uhr

A.Univ.Prof. Mag. Dr. Andreas Widschwendter

Donnerstag 08:00 – 12:00 Uhr

OA Dr. Siegfried Fessler

Freitag 08:00 -12:00 Uhr



Wir freuen uns besonders Frau OÄ Dr.in Christina Edwards neu als kompetente, hochengagierte Kollegin im Bereich der operativen Gynäkologie willkommen zu heißen! (siehe Foto)

Außerhalb dieser Zeiten stehen wir selbstverständlich wie bisher gerne telefonisch zur Verfügung.

## **News V: Ausbildungsevaluierung**

Die Ergebnisse der Ausbildungsevaluierung aller österreichischen ärztlichen Ausbildungsstätten, organisiert durch die Österreichische Ärztekammer und ausgewertet durch die ETH Zürich, sind nun online einsehbar.

Erfreulicherweise hat die Frauenklinik Innsbruck eine ausgezeichnete Beurteilung erhalten, sogar die Beste im Vergleich mit den anderen großen gynäkologischen Abteilungen Österreichs. Das freut uns sehr, und wir sehen es auch als Anerkennung der Arbeit und Haltung unserer Ausbilder:innen.

Es bedeutet aber natürlich auch, dass wir weiter an der Qualität der Ausbildung arbeiten wollen und werden. Unter [diesem Link](#) können Sie alle Ergebnisse der Ausbildungsevaluierung nach Bundesland/ Postleitzahl und Fachgebiet einsehen.

## Wichtige Termine

- **Samstag, 11.11.2023:** „Winterfortbildung 2023“, das Programm finden Sie ebenfalls in dieser Email.



# Neues aus dem BrustGesundheitZentrum Tirol

*Ein Leitfaden für Zuweiser:innen*

Durch die Einführung eines Teminsystems an der Univ. Klinik für Radiologie kommt es zu veränderten Abläufen im BrustGesundheitZentrum Tirol. Um Missverständnisse und unnötigen Aufwand bzw. Hürden für Patientinnen und Zuweiser:innen zu vermeiden, dürfen wir in dieser Ausgabe entsprechende Informationen an sie weiterleiten:

## **Terminvereinbarung BrustGesundheitZentrum Tirol der Univ.-Klinik für Radiologie:**

### **Vorstellung ohne vorheriger Terminvereinbarung:**

Zuweisungsgründe: Auffälliger Tastbefund durch Hausarzt bzw. niedergelassenen Facharzt, auswärts auffälliger Mammographie-, Sonographie-, oder MRT-Befund:

**Vorstellung von Montag bis Freitag in der Zeit von 08:00 Uhr bis 13:00 Uhr ohne Termin**

Ort: Frauen- und Kopfklinik-Haus 3, Erdgeschoss, Radiologie/Mammographie.

Bei Zuweisung an die Radiologie dürfen wir darauf hinweisen, dass vorhandene Vorbilder und Vorbefunde bei Vorstellung mitgebracht werden müssen, um eine korrekte Beurteilung sicherzustellen.

### **Vorstellung mit vorheriger Terminvereinbarung:**

Zuweisungsgründe: Vorsorgeuntersuchungen, Übernahme ins Vorsorgeprogramm bei positiver Familienanamnese, usw.

**Terminvereinbarung: Montag bis Freitag in der Zeit von 08:00-09:30 Uhr und von 13:30-15:00 Uhr unter 050 504 22776. Terminanfragen per E-Mail können nicht bearbeitet werden!**

Bitte Zuweisung und evtl. vorhandene Befunde und Bilder der Patientin mitgeben!

## **Terminvereinbarung BrustGesundheitZentrum Tirol der Univ.-Klinik für Gynäkologie:**

### **Vorstellung mit vorheriger Terminvereinbarung:**

Erstdiagnose, Zweitmeinungen, Verdacht auf progressive Erkrankung, Brustschmerzen, Brustrotungen, schlechter Allgemeinzustand unter laufenden Therapien, etc.

**Terminvereinbarung Telefonisch: Montag bis Freitag in der Zeit von 09:00-10:00 Uhr und von 14:00-15:30 Uhr unter 050 504 23075. Außerhalb dieser Zeiten nur in Akuffällen unter 050 504 81375.**

Auch eine Terminvereinbarung per E-Mail ist möglich unter: [lki.fr.brustambulanz@tirol-kliniken.at](mailto:lki.fr.brustambulanz@tirol-kliniken.at)

Auch hier wiederum die Bitte vorhandene Befunde und Bilder der Patientin aushändigen und diese zum Termin mitzubringen.

Wir dürfen in diesem Rahmen auch informieren, dass Arztbriefe des BGZ für Zuweisende KollegInnen in der Nachsorge bei unauffälligem Verlauf nur im Rahmen der Jahreskontrolle mit Mammographiebefund erstellt werden (nicht vierteljährlich). Bei auffälligen Befunden, relevanten Therapieänderungen oder Rückfall/Progression, erhalten sie selbstverständlich weiterhin einen ambulanten Arztbrief des BGZ.

(Autor: OA Dr. Daniel Egle)

## Organisatorisches aus der Geburtshilfe

- **Kreißsaalführung:** Donnerstags 15h, Treffpunkt: Eingang Kreißsaal, derzeit keine Anmeldung erforderlich.
- **Anmeldung zur Geburt** bitte „**ONLINE**“ durch die Patientin selbst im Vorfeld: <https://frauenheilkunde-innsbruck.tirol-kliniken.at/>  
„Für Patientinnen“ – „Geburtshilfe“ – „Kreißsaal“
- Bei Wunsch nach **Betreuung Schwangerer ab Geburtstermin** an unserem Haus, bitte telefonische Terminvereinbarung **10 Tage vorher** in der Schwangerenambulanz  
(Mo – Fr, 8-11 und 14-15:30h; Tel.: +43 50 50 23070)
- **GBS Befunde**, die noch nicht im Mutter-Kind- Pass eingetragen werden konnten, können aktuell gerne direkt an den Kreißsaal gefaxt werden: +43 50 504 24789
- **Termine** an unserer „**Hebammenambulanz**“ werden **nur nach telefonischer Anmeldung** vergeben  
(Mo - Fr 07.30 - 10.30h Tel.: +43 50 504 81463)

Wir bieten dabei folgende Betreuung an:

- **Beratung schwangerer Frauen**
- **Stillberatung** (IBCLC zertifizierte Stillberaterinnen)
- **Information „Kolostrumgewinnung“** (z.B bei GDM)

*Zusätzlich bietet das Department für Kinder- und Jugendheilkunde am Freitagnachmittag (13-16h) an der „Ambulanz für stillende Mütter“ Termine bei Problemen bzgl. Stillen/Ernährung des Neugeborenen/ Kleinkindes an (Terminvereinbarung Tel.: +43 50 504 82930)*

## Mütter schützen Babys!

Die nächste Grippewelle steht an: eine Zusammenfassung der aktuellen Impfeempfehlungen in Österreich bei Kinderwunsch, in Schwangerschaft und Stillzeit



Bereits vor Beginn der Schwangerschaft wird im Rahmen der **„Prepare for Pregnancy“-Leitlinie** empfohlen, den persönlichen Impfstatus bezüglich aller erforderlicher Impfungen zu kontrollieren und gegebenenfalls nachzuholen. Diese sind:

- ✓ Masern-Mumps-Röteln (mindestens 1 Monat vor Konzeption)
- ✓ Varizellen (mindestens 1 Monat vor Konzeption)
- ✓ Diphtherie-Tetanus-Pertussis(-Polio)
- ✓ Hepatitis B
- ✓ Influenza

**In der Schwangerschaft** können generell Totimpfstoffe verabreicht werden. Dabei wird im Niedrigrisikokollektiv ein Verschieben der erforderlichen Impfung in das 2. oder 3. Trimenon empfohlen. Mit dieser Vorsichtsmaßnahme soll verhindert werden, dass im 1. Trimenon auftretende Spontanaborte fälschlicherweise mit der Impfung in Verbindung gebracht werden und so im Einzelfall

für die Frau zu einer besonderen psychischen Belastung werden.

Abgesehen von dem mütterlichen Infektionsschutz spielt bei Impfungen in der Schwangerschaft die Leihimmunität bzw. der sogenannte „Nestschutz“ für das Kind eine Rolle: infolge mütterlicher Antikörper, die durch eine frühere Erkrankung oder Schutzimpfung(en) erworben wurden und transplazentar an das ungeborene Kind weitergegeben werden, erhält das Neugeborene, welches selbst noch nicht immunisiert werden kann, eine gewisse Immunität für bis zu sechs Monate.

Gegen folgende Infektionen wird Schwangeren in Österreich eine Immunisierung empfohlen:

- ✓ Pertussis
- ✓ Influenza (Totimpfstoff)
- ✓ COVID-19
- ✓ Respiratorisches Synzytial Virus (RSV) „kann auf Wunsch geimpft werden“

Die **Pertussis-** Impfung wird idealerweise zwischen der 27. und 36. Schwangerschaftswoche unabhängig vom Abstand zur letzten Pertussis-Impfung empfohlen. Bei erhöhtem Risiko für eine Frühgeburt sollte die Pertussis- Impfung bereits ins 2. Trimenon vorgezogen werden. Es stehen in Österreich nur Kombinationspräparate zur Verfügung. In zahlreichen Publikationen wurde nachgewiesen, dass die Impfung gut verträglich und unbedenklich ist.

Schwangere, die an **Influenza** erkrankt sind, haben ein hohes Komplikations- und Hospitalisierungsrisiko. Nach erfolgter Impfung kann von einer durchschnittlichen Senkung des Influenza- Hospitalisierungsrisikos für Schwangere um 40 % ausgegangen werden. Die Influenzaimpfung mit dem Totimpfstoff wird im 2. oder 3. Trimenon empfohlen, sollte aber auch bereits im 1. Trimenon verabreicht bzw. erwogen werden, wenn eine Grippewelle unmittelbar bevorsteht oder es sich um eine Schwangere mit erhöhtem Risiko hinsichtlich schweren Verlaufs handelt. Letztere sind Frauen mit Übergewicht (BMI  $\geq$  30), immunsuppressiver Therapie, HIV-Infektion oder anderen immunsuppressiven Erkrankungen. Auch Schwangeren mit Beruf im Gesundheits- und Pflegebereich, in Gemeinschaftseinrichtungen, mit häufigem Publikumskontakt und Reisenden zum Schutz während der Reise (Impfung spätestens ca. 2 Wochen vor Reiseantritt) wird die Influenzaimpfung im 1. Trimenon empfohlen.

Während der Schwangerschaft besteht ein erhöhtes Risiko, bei einer **COVID-19** Erkrankung intensivpflichtig zu werden und eine Intubation zu benötigen, sowie an eine ECMO angeschlossen zu werden. Zusätzlich besteht ein erhöhtes Risiko einer Frühgeburt. Die COVID-19-Impfung sollte darum im Herbst mit einem angepassten mRNA-Impfstoff vorgenommen werden. Generell wird 2023 eine einmalige Auffrischung empfohlen da davon auszugehen ist, dass Schwangere mit über 95%-iger Wahrscheinlichkeit bereits Viruskontakt durch Impfung und/oder Infektion hatten und daher keine Grundimmunisierung mehr benötigen.

Die gleichzeitige Verabreichung von Influenza- mit COVID-19-Impfstoffen ist möglich - allerdings sollte dafür eine andere Impfstelle gewählt werden.

Beim neuen **Respiratory Syncytial Virus (RSV)**-Impfstoff handelt es sich um einen bivalenten Subunit-Impfstoff, der aus zwei rekombinanten RSV-Fusionsoberflächen-Glykoproteinen besteht. So soll der Impfstoff sowohl gegen RSV-A- als auch RSV-B-Stämme schützen. Er wurde dieses Jahr von der EMA zugelassen und steht bereits in Tirol zur Verfügung. Der Impfstoff wird vor Injektion aufgelöst zu 0,5ml und wird einmalig intramuskulär appliziert. Die RSV- Impfung der Schwangeren ist ab der 24. Schwangerschaftswoche zugelassen dient dem passiven Schutz des Neugeborenen.

Die Zulassung basieren im Wesentlichen auf zwei randomisierten Placebo-kontrollierte Zulassungsstudien – eine für den Schutz der Kinder und eine für Erwachsene:

- Die Studie mit schwangeren Frauen zeigte, dass die RSV- Impfung das RSV- LRTD-Risiko (lower respiratory tract disease) bei Säuglingen von geimpften Müttern im Vergleich zu Säuglingen, deren Mütter eine Placeboimpfung erhielten, um 51 Prozent senkte.
- Von den 3.495 Säuglingen der RSV-geimpften Mütter entwickelten 57 innerhalb der ersten sechs Monate nach der Geburt RSV-LRTD, verglichen mit 117 der 3.480 Säuglinge mit Müttern, die eine Scheininjektion erhalten hatten. Der Impfstoff reduzierte bei den anschließend geborenen Kindern wirksam 180 Tage lang (schwere) Erkrankungen der unteren Atemwege. Schwangere können auf Wunsch entsprechend der Zulassung einmalig zwischen 24. und 36. SSW mit Abrysvo geimpft werden.

Optional können in der Schwangerschaft auch folgende Totimpfstoffe nach Risiko-Nutzen-Abwägung durchgeführt werden: Poliomyelitis (IPV-Impfstoff), Meningokokken C, Pneumokokken, HPV-Impfung (Humane Papillomviren). Hinzu kommen ggf. die Reiseimpfungen: Tollwut, Typhus (parenteraler Totimpfstoff), Japanische Enzephalitis, Meningokokken ACWY sowie FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis).

Während der **Stillzeit** können grundsätzlich sowohl Tot- als auch Lebendimpfstoffe verabreicht werden. Einzige Ausnahme ist die Gelbfieber-Impfung, die bei stillenden Frauen nicht erfolgen sollte, da vereinzelte Fälle beschrieben wurden, in denen gestillte Säuglinge nach Impfung der Mutter gegen Gelbfieber an einer Meningoenzephalitis erkrankt sind.

Zuletzt muss betont werden, dass auch **Kontaktpersonen** zum Säugling (Mutter, Vater, Großeltern, Geschwister, etc.) folgende Impfungen aufweisen sollten:

- ✓ Influenza, sofern die Grippesaison beginnt oder andauert
- ✓ Masern-Mumps-Röteln
- ✓ Varizellen, falls noch nie erkrankt, und
- ✓ Pertussis

**Die in Österreich zu den angeführten Impfungen verwendbaren Impfstoffe** (alphabetisch geordnet, Gebrauchsinformation beachten)

COVID-19

- Comirnaty Omicron®, Spikevax®
- Valneva® und Nuvaxovid® - individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung (z.B. KI für mRNA-Impfstoff)

Diphtherie-Tetanus-Pertussis(-Polio)

- Boostrix®, Covaxis®, DTaP Booster®, Repevaxis®
- BoostrixPolio®, DTaP-IPV-Vakzine®, Repevax® (jeweils mit Polio)

Influenza – Impfprogramm Tirol Impfstoffe 2023/24

- Fluarix Tetra®, Vaxigrip Tetra®

<p>Masern-Mumps-Röteln (MMR) - mindestens 1 Monat vor Konzeption</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ MMR-Vax Pro<sup>®</sup>, Priorix<sup>®</sup></li> <li>▪ Priorix Tetra<sup>®</sup>, ProQuad<sup>®</sup> (jeweils mit Varizellen)</li> </ul>
<p>Respiratorisches Synzytial Virus (RSV)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abrysvo<sup>®</sup>, Arexvy<sup>®</sup></li> </ul>
<p>Varizellen - mindestens 1 Monat vor Konzeption</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Varilrix<sup>®</sup>, Varivax<sup>®</sup></li> <li>▪ Priorix Tetra<sup>®</sup>, ProQuad<sup>®</sup> (jeweils mit MMR)</li> </ul>

(Autorin: Elisabeth D'Costa)

Quellen:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) Impfplan Österreich 2023/2024, Version 1.0 vom 05.09.2023

<https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/abrysvo> abgerufen am 25.09.2023

<https://www.tirol.gv.at/gesundheit-vorsorge/impfungen/impfungenfuerfrauen/> abgerufen am 26.09.2023

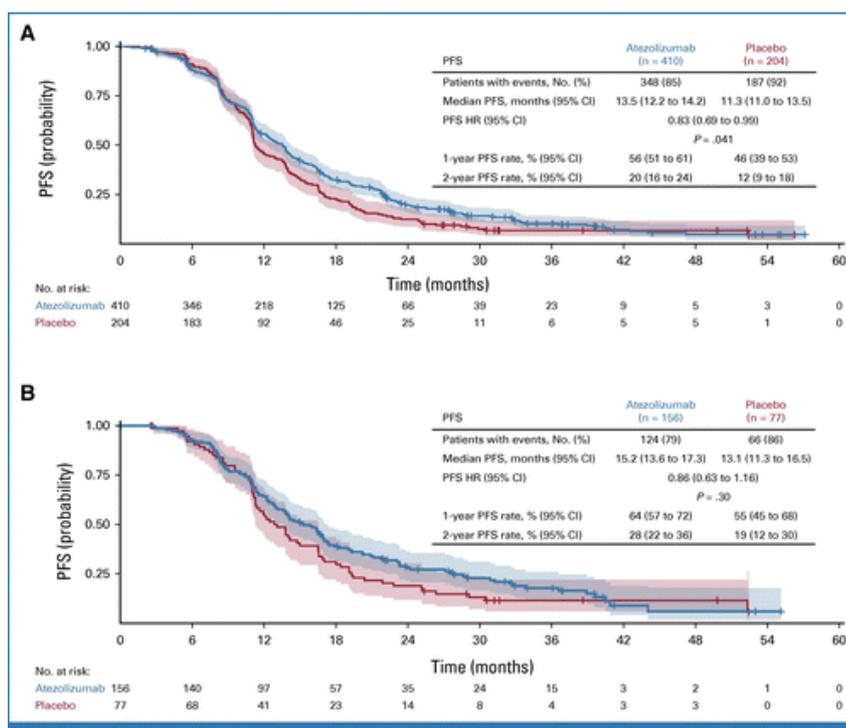
Impfstoffliste der derzeit in Österreich zugelassenen Impfstoffe Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) Stand 19.09.23 [https://www.basg.gv.at/fileadmin/redakteure/05\\_KonsumentInnen/Impfstoffe/Impfstoffliste\\_aktuell.pdf](https://www.basg.gv.at/fileadmin/redakteure/05_KonsumentInnen/Impfstoffe/Impfstoffliste_aktuell.pdf)

## Neues aus der Onkologie

### Die Immuntherapie beim Ovarialkarzinom: Neue Studien, neue Erfolge

Die Immuntherapie hat in den letzten Jahren eine revolutionäre Entwicklung in der Behandlung von Krebserkrankungen erfahren. Sie basiert auf dem Prinzip, das körpereigene Immunsystem zu nutzen, um Krebszellen zu erkennen und anzugreifen. Die sogenannten Immun-Checkpoint-Inhibitoren wirken durch die Blockade der Checkpointproteine PD-1 und PD-L1 und können so die Tumorabwehr verstärken.

Auch in der gynäkologischen Onkologie erzielten Forschende vielversprechende Erfolge mit der Immuntherapie, hier vor allem beim Zervix- und Endometriumkarzinom. Beim Ovarialkarzinom wurden in den letzten Jahren einige Studien zur Immuntherapie durchgeführt. In drei großen Phase-III-Studien untersuchten die Wissenschaftler:innen verschiedene Strategien der Immuntherapie beim Ovarialkarzinom (JAVELIN Ovarian 200, JAVELIN Ovarian 100, IMagyn050/GOG3015/ENGOT-OV3). Keine dieser Studien erreichte jedoch ihren primären Endpunkt.



ATALANTE Studie. Progressionsfreies Überleben (A) Intention-to-treat Population, (B) PD-L1-positive Population

Rezent wurde die ATALANTE-Studie publiziert, an der auch die Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe in Innsbruck beteiligt war. In dieser Studie erhielten Patientinnen mit platinempfindlichen Rezidiv eines epithelialen Ovarialkarzinoms zusätzlich zur Chemotherapie und zur Erhaltungstherapie mit Bevacizumab den PD-L1-Inhibitor Atezolizumab oder ein Placebo. Der Fokus lag dabei auf der PD-L1-positiven Population. Der primäre Endpunkt „progressionsfreies Überleben“ wurde jedoch weder in der Intention-to-treat-Subgruppe, noch in der PD-L1-positiven Subgruppe erreicht. Die Nachbeobachtung zum Gesamtüberleben dauert noch an.

Erfreulichere Nachrichten gab es im September am diesjährigen ESGO-Kongress in Istanbul. Dort präsentierte Univ. Prof. Dr. Christian Marth die Zwischenanalyse der DUO-O Studie. In dieser Phase-III-Studie erhielten Patientinnen mit neu diagnostiziertem fortgeschrittenem Ovarialkarzinom ohne BRCA-Mutation zusätzlich zu Chemotherapie und Bevacizumab-Therapie den PD-L1-Inhibitor Durvalumab, gefolgt von einer Erhaltungstherapie mit Durvalumab, Bevacizumab und dem PARP-Inhibitor Olaparib. Durch die Dreierkombination aus PARP-Inhibitor, Immun-Checkpoint-Inhibitor und antiangiogenetischem Wirkstoff erhofft man sich synergistische Effekte, wie sie bereits in der Phase-II-Studie MEDIO-LA gezeigt werden konnten.

In der DUO-O-Studie führte die Hinzugabe von Durvalumab und Olaparib in der Intention-to-treat-Gruppe zu einer Reduktion des Progressionsrisikos um 37 Prozent ( $P < 0.001$ ) und bei Patientinnen mit homologer Rekombinationsdefizienz zu einer Reduktion des Risikos um 51 Prozent. Zur vollständigen Beurteilung des klinischen Gesamtnutzens stehen die endgültigen Analysedaten zwar noch aus, aber die DUO-O Studie ist bislang die erste klinische Phase-III-Studie zur Immuntherapie beim Ovarialkarzinom, die ihren klinischen Endpunkt erreicht hat.

Die Immuntherapie bleibt eine vielversprechende Behandlungsmethode bei verschiedenen Krebserkrankungen. Da nur wenige Patientinnen mit Ovarialkarzinom auf die Behandlung mit Checkpoint-Inhibitoren ansprechen, besteht weiterhin der Bedarf an prädiktiven Biomarkern, um Patientinnen zu identifizieren, die am ehesten von einer Immuntherapie profitieren. Die Interim-Ergebnisse der DUO-O Studie sind vielversprechend und es bleibt abzuwarten, welche Neuigkeiten die endgültige Analyse bringen wird.

[Atezolizumab Combined With Bevacizumab and Platinum-Based Therapy for Platinum-Sensitive Ovarian Cancer: Placebo-Controlled Randomized Phase III ATALANTE/ENGOT-ov29 Trial | Journal of Clinical Oncology \(ascopubs.org\)](https://ascopubs.org/journal/jco/33/15/2017/2017.2017)

(Autorin: Dr.in Katharina Leitner)

# Nicht-invasive pränatale Diagnostik: Do's and Dont's

*Häufig sind niedergelassene Gynäkolog:innen mit Fragen wie „Können wir nicht einfach Blut abnehmen?“ konfrontiert.*

*Eine Einordnung*

Die nicht invasive pränatale Diagnostik (NIPT, „non-invasive prenatal testing“) erfreut sich seit der Markteinführung 2011 zunehmender Beliebtheit.

Dabei wird „cell-free DNA“ (cfDNA), die dem Feten zugeschrieben wird, aus dem mütterlichen Blut extrahiert. Dies ermöglicht, bestimmte Abweichungen des Karyotyps wie zum Beispiel autosomale Trisomien der Chromosomen 13, 18 und 21, sowie Veränderungen der Anzahl an Geschlechtschromosomen zu erkennen.

NIPT wird weltweit in unterschiedlichen Screeningstrategien eingesetzt. In Österreich ist NIPT nicht Teil einer etablierten Screening-Strategie, die Kosten werden von den Versicherungsträgern nicht ersetzt. Die Nachfrage nach dem Test steigt aber trotzdem, und bei kontinuierlich sinkenden Preisen erfreut sich NIPT zunehmender Beliebtheit. Und dabei tauchen auch kontinuierlich Fragen und Mythen auf:

1. Immer öfter wird die Frage bei auffälligem Ersttrimester-Screening gestellt: „Können wir da nicht einfach nur Blut abnehmen? Dann weiß ich ja auch, ob mein Kind gesund ist?!“ Die Antwort ist „Nein.“ In Abhängigkeit vom mütterlichen Alter können mittels NIPT circa 70 Prozent der vorliegenden chromosomalen Aberrationen detektiert werden. Diese Blutabnahme erlaubt natürlich keine Aussage bzgl. Fehlbildungen beim Kind.

Geblendet von den exzellenten propagierten Detektionsraten für Trisomie 21, 13 und 18, kann man hier den Eindruck gewinnen, dass ein negatives Testergebnis gleichbedeutend mit einer Garantie auf ein gesundes Kind sei. Eine Sensitivität von 96 Prozent bedeutet, dass knapp 96 Prozent aller Feten mit Down-Syndrom mittels NIPT entdeckt werden.

Wichtig ist hier aber zu wissen, dass vor allem der positiv prädiktive Wert (PPV) wichtig ist, um die Testaussage richtig einschätzen zu können:

**Ein positiv prädiktiver Wert von 45 Prozent bedeutet, dass schlussendlich alle positiven Testergebnisse für Trisomie 13 nur in 45 Prozent sich tatsächlich als Trisomie 13 beim Kind herausstellen.**

Wie in der Tabelle zu sehen, sind die PPV sehr unterschiedlich für die verschiedenen chromosomalen Störungen.

**TABLE 1**  
**Cases with cfDNA screening results positive for aneuploidy**

cfDNA screening result	n	TP (n)	PPV	FPR
Trisomy 13	76	34	45%	55%
Trisomy 18	106	82	77%	23%
Trisomy 21	268	228	85%	15%
Monosomy X	89	24	27%	73%
XXY	20	17	85%	15%
XXX	11	5	45%	55%
XYY	4	4	—	—
Monosomy 13	3	0	—	—
Monosomy 18	2	0	—	—
Trisomy 7	1	0	—	—
Trisomy 9	2	0	—	—
Trisomy 14	1	0	—	—
Trisomy 16	3	1	—	—

*cfDNA, cell-free fetal DNA; FPR, false-positive rate; PPV, positive predictive value; TP, true positive.*  
*Petersen et al. Positive predictive value estimates for noninvasive prenatal screening. Am J Obstet Gynecol 2017.*

Die Bestätigung des auffälligen Karyotyps beim Feten erfolgt dann zu 85 Prozent bei Trisomie 21, aber im Gegensatz dazu nur in 27 Prozent bei Monosomie X (Morbus Turner).

Ursächlich dafür ist, dass in ein bis zwei Prozent aller Plazenten Mosaik, also das gleichzeitige Vorkommen unterschiedlicher Zellen mit abweichenden Karyotypen, feststellbar ist.

Offt sind die Mosaik auf die Plazenta beschränkt und haben keine Auswirkung auf den Feten, sie können aber auch den Schwangerschaftsverlauf aufgrund von häufiger auftretenden Wachstumsrestriktionen negativ beeinflussen.

Da die mittels NIPT untersuchte „fetale“ DNA nicht vom Feten selbst, sondern von der Apoptose syncytiotrophoblastärer Zellen aus der Plazenta stammt, können positive Testergebnisse lediglich die Mosaikzellen des Chorions anzeigen, die bei Feten möglicherweise nicht vorliegen („confined placenta mosaicism“). Umgekehrt können Mosaik, die nur den Feten betreffen („true fetal mosaicism“) mittels NIPT nicht detektiert werden.

**Das Verständnis inkonklusiver NIPT Befunde aufgrund vorliegender Plazentamosaik und ihrer Biologie ist essenziell, um die Wahl des diagnostischen Mittels zur invasiven Abklärung richtig zu treffen und die Patientin gut beraten zu können.**

2. Wie hoch ist nun die Wahrscheinlichkeit für ein CVS-Mosaik nach positivem cfDNA Ergebnis für T21, 18, 13, Monosomie X? Und wie oft ist der Fetus tatsächlich betroffen? Bei nur zwei bzw. vier Prozent werden nach positivem NIPT-Screening Mosaik mit Trisomie 21 und Trisomie 18 im CVS-Material nachgewiesen. Aus diesem Grund darf eine CVS nach positiven NIPT Ergebnis erfolgen.

Bei niedrigem PPV streben wir also die Abklärung mittels Amniozentese im 2. Trimenon an, nachdem das Fruchtwasser uns die Beurteilung von fetalen Zellen erlaubt im Unterschied zur CVS, bei der nur Plazentazellen untersucht werden.

Was hier noch angeführt werden muss, ist, dass seltene chromosomale Aberrationen wie DiGeorge (22q11) noch unzuverlässlicher sind.

**Im Falle der nicht-invasiven Diagnostik ist also „mehr“ nicht unbedingt „besser“.**

3. Wir sind auch immer wieder mit positiven Ergebnissen konfrontiert, die sich in der weiteren Abklärung nicht bestätigen lassen und den Eltern eine wochenlange Odyssee an Abklärungen bescheren.

Von Bestimmung der Geschlechtschromosomen wird von Seiten der Europäischen Gesellschaft für Humangenetik abgeraten, nachdem sich hier auch sensible ethische Fragestellungen bezüglich lebenswerten Leben bei kognitiv nicht-eingeschränkten Kindern ergeben.

**Auf jeden Fall muss die schwangere Frau über die Limitationen der nicht-invasiven Diagnostik aufgeklärt werden. Der Test kann Aufschluss über chromosomale Störungen geben, strukturelle Veränderungen werden natürlich nicht detektiert.**

4. Immer wieder sind Schwangere entsetzt, dass ihr Kind einen schweren Herzfehler hat, obwohl der NIPT doch unauffällig war. Der NIPT ist für Trisomie 21 sehr verlässlich und hat sicher seine Berechtigung.

Bei sonomorphologisch unauffälligem Kind ist die Wahrscheinlichkeit v.a. für Trisomie 13 und Monosomie X so gering, dass man sich die Frage stellen muss, ob die Abnahme sinnvoll ist.

**Von der Bestimmung der Geschlechtschromosomen und sehr seltenen Veränderungen wie 22q11 muss abgeraten werden.**

(Autorin: OÄ Dr.in Irene Mutz-Dehbalai)