

Ausgabe 01/2022
März 2022

GyNews

Offizieller
Newsletter der
Universitätsklinik für
Gynäkologie und
Geburtshilfe
Innsbruck

Liebe Kolleg:innen,

nach nunmehr zwei Jahren leben wir mit und in einer Pandemie. Dies hat in dramatischer Weise unseren medizinischen Alltag verändert. Wir mussten lernen mit Lockdowns und reduzierter Kapazität umzugehen. Verschobene Operationen und Therapien waren für uns neue Erfahrungen. Die Durchführung von klinischen Studien wurde eklatant erschwert. Aufgrund restriktiver Besuchsregelungen wurde das Team oftmals mit Aggressionen konfrontiert. Der Wissensaustausch wurde auf virtuelle Medien reduziert. Die wertvollen persönlichen Diskussionen sind verloren gegangen. Die Anzüge und Krawatten sind im Kasten hängen geblieben und zur neuen Uniform der Webinare wurde die Jogginghose auserkoren. Die letzten Wochen sind vor allem geprägt durch viele – trotz Impfung – positiv getestete Mitarbeiter:innen, die zu Stationsschließungen und täglichen (eigentlich unmöglichen) Anpassungen des Dienst- und Personalplanes führen. Bei all diesen Problemen habe ich aber mit großer Freude erlebt, wie fantastisch das Team der Frauenklinik auf die Herausforderungen reagiert. Dank enormer Solidarität und Flexibilität konnten wir ohne große Probleme durch diese schwierige Zeit navigieren. Der Zusammenhalt im Team wurde gefestigt und wir erleben diese Pandemie immer mehr auch als Chance. Noch nie hat es in so kurzer Zeit einen derartigen medizinischen Fortschritt gegeben: Die neue Technologie mit RNA-Impfstoffen wird nicht auf das SARS-CoV-2-Virus beschränkt bleiben. Die Anwendung personalisierter RNA-Impfstoffe gegen Tumorneoantigene steht in klinischer Erprobung. Gemeinsam werden wir auch diese Pandemie bewältigen und wichtige Erkenntnisse für andere Erkrankungen gewinnen können.

Alles Liebe Univ.-Prof. Dr. Christian Marth

News I: Johanna Tiechl wird leitende Oberärztin für Geburtshilfe

Ihr sei schon während der Ausbildung klar gewesen, dass sie in Richtung Geburtshilfe gehen will, sagt Johanna Tiechl. „Das hat mir damals schon am meisten Spaß gemacht, vor allem, weil es so ein breites Fach ist“, sagt die Gynäkologin. Ende Jänner 2022 ist sie in der Geburtshilfe aufgestiegen und nun die neue



Bereichsleiterin Geburtshilfe an der Frauenklinik Innsbruck. Was sie mit der Bandbreite meint? Schwangere mit internistischen, aber auch psychischen Problemen zu betreuen, die Action, das schnelle Entscheiden, aber auch das Rundherum, die Familienkonstellationen, die man im Blick haben muss. Und natürlich sei es auch spannend, zwei Patienten zu haben: Einen im direkten Blick, einen im Ultraschall.

Johanna Tiechl löst damit die langjährige Bereichsleiterin Angela Ramoni ab, die mit Anfang des Jahres in die wohlverdiente Pension gegangen ist. Im Geburtshilfezentrum an der Frauenklinik Innsbruck kommen jährlich etwa 2.300 Kinder zur Welt. Es fungiert auch als Perinatalzentrum Level 1. Johanna Tiechl: „Ich freue mich auf die Aufgabe und will die große Vorarbeit von Angela Ramoni am neuesten Stand der Medizin gut weiterführen.“ (Foto: © Birgit Köll/Tirol Kliniken)

News II: Pensionierung Angela Ramoni

Mit Anfang des Jahres ist Angela Ramoni nach mehr als 30 Dienstjahren in Pension gegangen. Nach dem Abschluss ihres Turnus 1994 bewarb sie sich mehrmals als

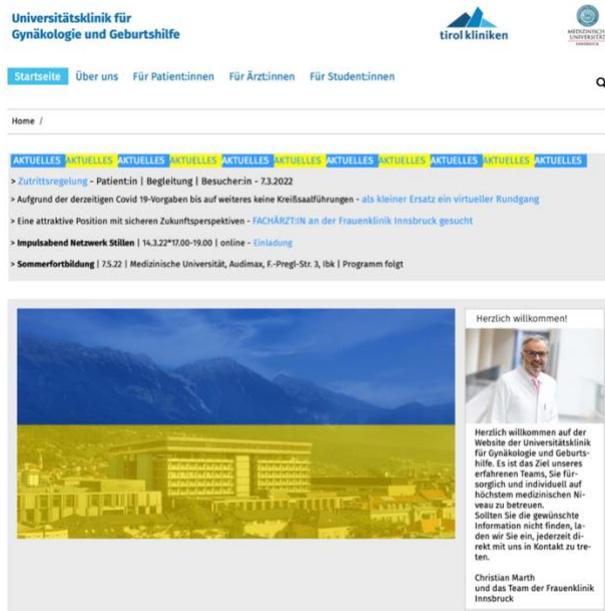


Fachärztin für Gynäkologie und wechselte nach einer Facharztausbildung in Chirurgie 2001 an die Gyn. 2005 wurde sie Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, 2013 übernahm sie dann die Leitung der Geburtshilfe. Sie wurde gebührend verabschiedet (siehe Foto; © Birgit Köll/Tirol Kliniken)

News III: Neue Homepage

Die etwas in die Jahre gekommene Homepage der Frauenklinik wurde einem Relaunch unterzogen. Nicht nur die Optik, sondern auch der Inhalt bekamen ein ausgiebiges Face-Lifting, die Begebenheiten wurden in eine informative und an den Stand der Zeit angepasste Form gebracht, der Inhalt überarbeitet.

Zum einen soll Ihnen die neue Homepage einen Überblick über unsere Klinik in Bezug auf unseren Standort, unsere Mitarbeiter, unser klinisches und wissenschaftliches Angebot sowie unsere aktuellen Angebote für Patientinnen, Studierende und Information rund um Ambulanzen, Stationen und den Kreißsaal und rund um offene Stellen bieten. Zum anderen sehen wir die Homepage auch als offenes Tor nach außen, um auf Ihre Anregungen und Wünsche eingehen zu können.



Wir hoffen das neue Design sagt Ihnen zu und freuen uns, Sie [unter diesem Link](#) begrüßen zu dürfen.

Wichtige Termine

7.Mai 2022: Sommerfortbildung in der MUI; Anmeldung online über <https://registration.maw.co.at/gynsommer22>

Gleiche Diagnose, neue Wege

Die Therapie des Triple negativen Mammakarzinoms ist im Zeitalter der Immuntherapie angekommen

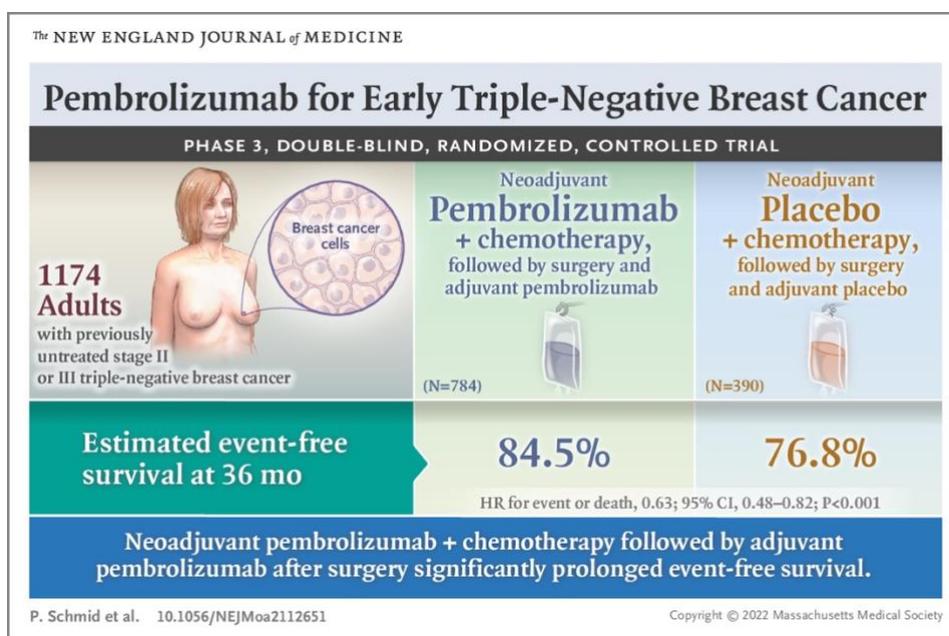
Das Triple negative Mammakarzinom (TNBC) ist traditionell eine der schwierigsten Behandlungssituationen in der Therapie des Mammakarzinoms. Eine Diagnose bedeutete bisher eine schlechte Langzeitprognose, außer einer Chemotherapie gab es keine systemischen Behandlungsoptionen.

Während sich der natürliche Verlauf anderer Subtypen des Mammakarzinoms durch zielgerichtete Behandlungen dramatisch verändert hat, gab es beim TNBC neben unterschiedlichen Chemoregimen lange keine relevanten Entwicklungen.

Doch die letzten Jahre haben aufgrund der Einführung der Immun-Checkpoint-Inhibition in die Onkologie in verschiedenen Indikationen grundlegende Veränderungen gebracht. Nun ist die Immuntherapie auch endlich in der Routine beim Mammakarzinom angekommen.

Zwei Studien

Das zeigt auch eine neue Studie: Die randomisierte Keynote-522 Phase-III-Studie¹ hat unter Placebokontrolle eine Standard neoadjuvante Chemotherapie beim frühen TNBC der Stadien II + III gegen eine Kombination mit dem PD-1 Antikörper Pembrolizumab getestet. Nach der Operation wurden in der adjuvanten Therapie neun Zyklen Pembrolizumab mono versus Placebo verabreicht.

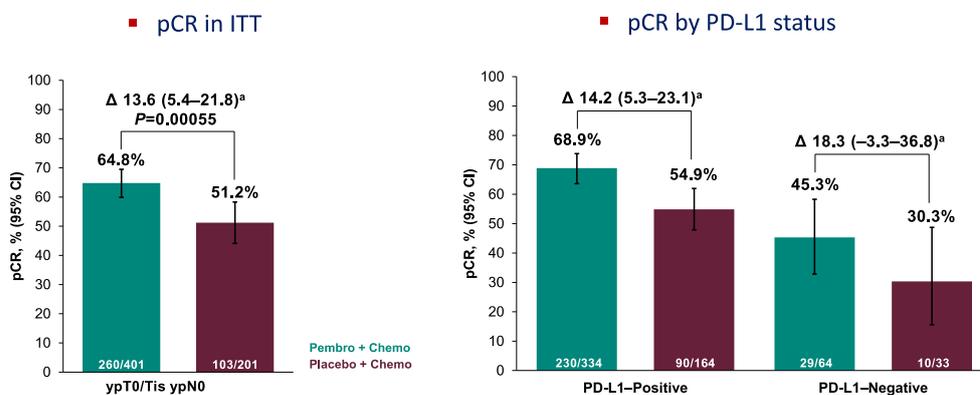


Fast 1200 Patientinnen wurden im Verhältnis 2:1 in die Studie eingeschlossen. Bei Patientinnen, die mit Pembrolizumab und Chemotherapie behandelt wurden, zeigte sich eine gesteigerte Rate an kompletten, pathologischen Remissionen. Im Vergleich zu Placebo und Chemotherapie zeigte sich eine Steigerung um 14 Prozent (von 51 Prozent auf 65 Prozent).

¹P. Schmid et al., [February 10, 2022](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2112651), N Engl J Med 2022

Eine ähnlich konzipierte Studie (IMpassion-031)², die den PD-L1 Antikörper Atezolizumab in diesem Setting untersuchte, kam zu vergleichbaren Ergebnissen. Das beweist die Effektivität des Prinzips.

Rezent wurden nun auch die Daten zu den Langzeitergebnissen der Keynote-522 publiziert. Das Event-Free-Survival war in der Pembrolizumab-Gruppe signifikant besser. Mit einer EFS Rate von 84,5 Prozent zeigte sich eine klinisch relevante Verbesserung zu 76,8 Prozent in der Placebo-Gruppe (HR 0,63).



Mit der Zulassung von Pembrolizumab in der neoadjuvanten Behandlung von frühen, Hochrisiko Triple negativen Tumoren steht nun erstmals eine zielgerichtete Therapie für die betroffenen Patientinnen zur Verfügung. Unter Beachtung der immunassoziierten Nebenwirkungen stellt das eine relevante Verbesserung in der Behandlung dieser problematischen Subgruppe des Mammakarzinoms dar. (Autor: Daniel Egle)

² E. Mittendorf et al., Lancet 2020, Oct 10;396(10257):1090-1100

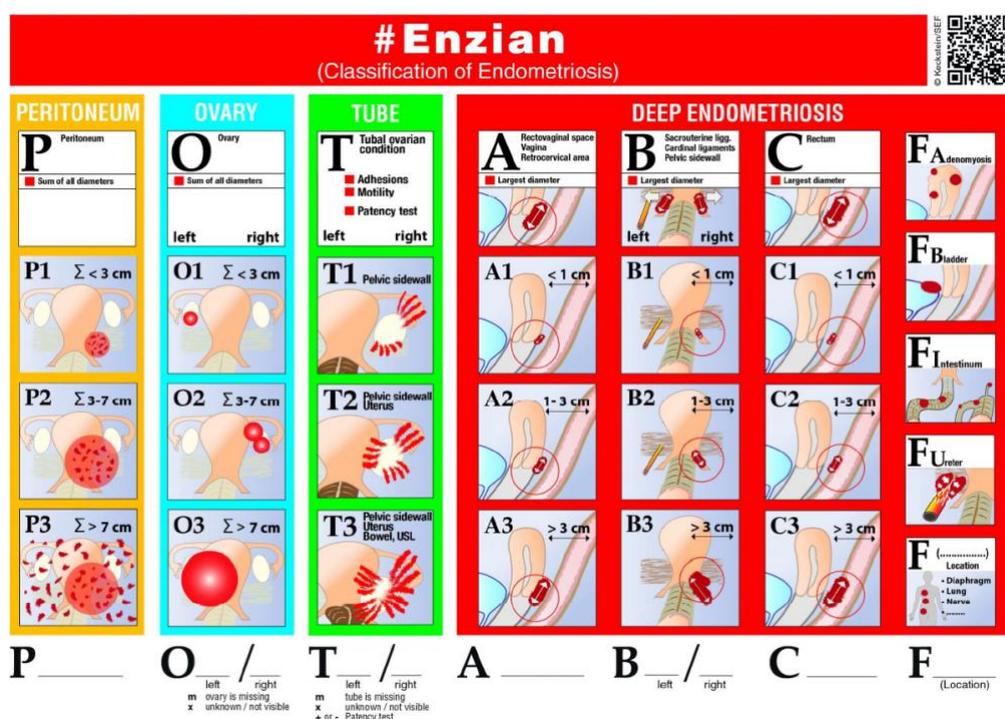
#ENZIAN: Erweiterung in der prä- und intraoperativen Diagnostik der Endometriose

Um verschiedene Arten Endometriose zu beurteilen, wurden bisher verschiedene Klassifikationen herangezogen. Nun wurden diese zu einem Klassifikationssystem weiterentwickelt

Endometriose betrifft circa sieben bis zehn Prozent aller Frauen, wobei der Zeitraum von Beschwerdebeginn bis zur Diagnostik oftmals mehrere Jahre umfasst. Die endgültige Diagnosesicherung kann nur histologisch im Rahmen einer Operation erfolgen. Eine exakte Anamnese der Beschwerden ist vor allem im Hinblick auf die Planung der Operation (Ausmaß, Dauer und Beteiligung anderer Disziplinen) wichtig. Dabei kann eine präoperative, genaue und umfassende Klassifizierung der Endometriose helfen, um den Krankheitszustand in Bezug auf Ausmaß, Lokalisation und klinisch-pathologische Folgen zu beurteilen.

Aktuell werden mehrere Werkzeuge verwendet, um Endometriose zu klassifizieren. Diese beinhalten die sogenannte ENZIAN-Klassifikation für tiefinfiltrierende Endometriose, die r-ASRM Klassifikation für peritoneale Endometriose, sowie den EFI-Score zur Beurteilung der Tuben- und Ovarfunktionsfähigkeit. Diese Klassifikationen können lediglich für die intraoperative Einteilung herangezogen werden.

Um eine präoperative Beurteilung zu ermöglichen und die drei Bewertungssysteme zusammenzufassen, wurde die ENZIAN Klassifikation zur #ENZIAN Klassifikation weiterentwickelt. Zusätzlich zur tiefinfiltrierenden Endometriose können auch peritoneale Herde, eine Eierstockbeteiligung, Adhäsionen im Tuboovarialbereich sowie die Tubendurchgängigkeit beurteilt werden (siehe Abbildung).



Auf den ersten Blick mag die neue Klassifikation etwas unübersichtlich erscheinen, sollte sie sich jedoch durchsetzen, könnte die Vereinigung der bisher verfügbaren Klassifikationen eine Bereicherung sein. Evaluierungsstudien werden derzeit noch durchgeführt.

Auch das Endometriosezentrum Innsbruck plant eine Studie zur Evaluation einer möglichen Korrelation des prä- und intraoperativen #ENZIAN Ergebnisses mit dem Beschwerdeausmaß der Patientin.

(Autorinnen: Elisabeth Reiser, Christina Edwards, Beata Seeber; Bild © Stiftung Endometriose Forschung)

Geburtshilfe: Was tun bei Penicillinallergie?

Bei B-Streptokokken sind Resistenzen gegen Clindamycin häufig. Ein routinemäßiges Screening hilft.



Streptokokken der serologischen Gruppe B nach Lancefield sind eine der häufigsten Ursachen für eine frühe Form der Neugeborenensepsis („Early Onset Sepsis“). Sechs von 1000 Neugeborenen haben demnach ein Sepsisrisiko.

Manifestiert sich die Sepsis, ist auch die Letalität hoch und liegt bei vier Prozent der Frühgeborenen – ein 12-fach höheres Risiko. Kinder, die eine Sepsis überleben, leben oft mit schwerer neurologischer Beeinträchtigung.

Doch es gibt auch bessere Nachrichten: Durch subpartale prophylaktische Therapie konnte die Inzidenz der Early Onset Sepsis um 80 Prozent gesenkt werden. Ein schon bekanntes Problem ist die Resistenzentwicklung von Streptokokken gegenüber Clindamycin. Clindamycin stellte bisher ein gängiges Antibiotikum für Frauen mit Penicillinallergie dar.

Penicillinallergie mit Folgen

Im aktuellen Resistenzbericht des Institutes für Bakteriologie der medizinischen Universität Innsbruck wird die Resistenzrate von hämolysierenden Streptokokken der Gruppe B aus Vaginal- und Analabstrichen mit 43,6 Prozent angegeben. Gerade bei prophylaktischen Medikamenten muss die Effektivität des Medikaments gegeben sein. Eine fehlende Wirksamkeit in 40 Prozent der Fälle ist nicht akzeptabel.

Deshalb sollte bei Frauen mit bekannter Penicillinallergie beim routinemäßigen Screening auf Streptokokken unbedingt eine **Resistenztestung auf Clindamycin** angefordert werden. Die optimale Betreuung unter der Geburt unserer schwangeren Patientinnen gelingt so dank der engen und guten Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Fachärzt:innen.

(Autorin: Johanna Tiechl, Foto: Katharina Kropshofer)

TRUFFLE 2-Studie: Mehr Wissen über Wachstumsrestriktionen

Perinatales sowie neurologisches zweijähriges Outcome bei Kindern mit später Wachstumsrestriktion

Die TRUFFLE 2 Studie ist eine multizentrische, internationale Studie, die in ganz Europa und Großbritannien von Mitgliedern der „TRUFFLE Forschergruppe“ durchgeführt wird.

Die späte fetale Wachstumsrestriktion (FGR) stellt einen wichtigen Risikofaktor für Totgeburten, neonatale Morbidität und ungünstiges neurologisches Langzeitoutcome der betroffenen Kinder dar. Die pränatale Überwachung basiert hauptsächlich auf der sonographisch ermittelten fetalen Gewichtsschätzung (Biometrie), wobei ein geschätztes Gewicht unter der zehnten Perzentile bzw. ein Wachstumsabfall über der 50. Perzentile als Risikofaktor gilt. Damit wird eine Wachstumsrestriktion angenommen.

Der Einsatz funktioneller, sonographischer Parameter wie Doppleruntersuchungen der Aa. uterinae und A. umbilicalis haben in der Spätschwangerschaft keinen wesentlichen Effekt zur Verbesserung des Outcomes gezeigt. In den letzten Jahren wurde daher eine Reihe anderer Parameter zur Einschätzung einer fetalen Kompromittierung bei Feten mit Wachstumsrestriktion untersucht: hier sind vor allem die Ratio aus zerebralen und umbilikalischen Dopplerindices, die cerebro-plazentare Ratio (CPR), und das computerisierte (c)CTG zu nennen. Es besteht derzeit aber kein Konsens darüber, welche dieser fetalen Überwachungsmodalitäten die Entscheidung über den Geburtszeitpunkt von Feten mit später Wachstumsrestriktion bestimmen sollten. Überdies fehlen verlässliche cut-off Werte.

Derzeit werden vor allem zerebrale Dopplerparameter zur Entscheidung über den Entbindungszeitpunkt mit dem Ziel der Optimierung des fetalen Outcomes herangezogen, obwohl nur wenig wissenschaftliche Evidenz dafür vorliegt. Die Konsequenzen einer inadäquat frühen oder zu späten Entbindung für die perinatale und langfristige Gesundheit von Kindern mit Wachstumseinschränkung können schwerwiegend sein. Mit der **TRUFFLE-2-Studie** sollen daher die Entbindungskriterien bzw. der Entbindungszeitpunkt von Feten mit später Wachstumsrestriktion in randomisiert-kontrollierter Form untersucht werden.

Es werden vor allem Frauen mit später fetaler Wachstumsrestriktion ab der 32+0 bis 36+6 Schwangerschaftswoche für die Studie rekrutiert. Die Patientinnen werden routinemäßig in ein- bis zweiwöchentlichen Abständen mittels Ultraschall-Biometrie, Dopplersonographie der Arteria umbilicalis und der Arteria cerebri media und mittels computerisiertem CTG kontrolliert. Sobald die Kriterien für eine signifikante fetale zerebrale Umverteilung für das jeweilige Schwangerschaftsalter erreicht sind, werden die Teilnehmerinnen in zwei Gruppen randomisiert (1:1 Verhältnis):

Die Interventionsgruppe ("Immediate Delivery") wird sofort entbunden, im Sinne einer Einleitung innerhalb von 48 Stunden oder, falls nötig, durch Kaiserschnitt. In der Kontrollgruppe ("Delayed Delivery") wird die Schwangerschaft prolongiert. Diese Feten werden zumindest zweimal pro Woche mittels Doppler und Oxford CTG überwacht und entbunden, falls es zu einem pathologischen Doppler oder cCTG kommt. Im Alter von zwei Jahren wird die neurologische Entwicklung dieser Kinder mittels eines PARCA-R Fragebogens ermittelt.

Diese Studie wird wichtige Informationen zum optimalen Entbindungsmanagement von Feten mit später Wachstumsrestriktion liefern.

Wir bitten daher um die Zusammenarbeit mit unseren niedergelassenen Kolleg:innen und entsprechende Zuweisung an die Fetalmedizin (Spezierschall), um diese Patientinnen gemeinsam betreuen zu können.

(Autorinnen: Samira Abdel Azim und Astrid Berger)