

Ausgabe  
01/2019  
Juli 2019

# GyNews

---

Offizieller  
Newsletter der  
Universitätsklinik für  
Gynäkologie und  
Geburtshilfe  
Innsbruck

---

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das ist also die erste Ausgabe unseres neuen Newsletters. Wir möchten damit nicht einfach Ihre Mailbox überfluten, sondern kurz und prägnant Informationen für Ihre Praxis und Ihre Zusammenarbeit mit der Frauenklinik anbieten. In jeder Ausgabe werden Sie MitarbeiterInnen kennenlernen, die Sie kontaktieren können und je nach Schwerpunkt das aktuellste aus der Gynäkologie und Geburtshilfe erfahren. Diese erste Ausgabe nehmen wir auch zum Anlass, um eine neue Form der Kooperation einer gemeinsamen, nicht-interventionellen Studie zwischen Niedergelassenen und der Universitätsklinik für Frauenheilkunde zu präsentieren. Ich hoffe, Sie finden diesen Newsletter interessant und freue mich über Ihre Rückmeldungen!

Viel Freude beim Lesen wünscht Univ.-Prof. Dr. Christian Marth

## Das Redaktionsteam stellt sich vor:



Von links nach rechts: Mag. Franz Preishuber (Klinikmanager), OÄ Dr.in Angela Ramoni, Dr.in Johanna Kögl, OA Dr. Daniel Egle, OA Dr. Stephan Kropshofer, Katharina Kropshofer MSc (Redaktion), Univ.Prof. Dr. Christian Marth (Klinikleitung), OÄ Dr.in Samira Abdel Azim; nicht im Bild: OÄ Dr.in Christine Brunner

Foto: firol kliniken/Cornelia Seiwald

## News

### Neues interdisziplinäres Krebszentrum



Im September 2018 machten die tirol kliniken mit der Medizinischen Universität Innsbruck gemeinsame Sache und eröffneten das *Comprehensive Cancer Center Innsbruck*, kurz CCCI. Krebsdiagnosen sowie Nachbehandlungen finden weiterhin in den jeweiligen Fachkliniken statt, ambulante Chemotherapien für rund 3.000 PatientInnen können jedoch ab sofort hier, im Gebäude der Inneren Medizin, verabreicht werden. Dazu kommen Forschungsflächen für die Medizinische Universität Innsbruck. Geleitet wird das CCCI von Walpurga Weyer. (red)

### Innsbruck – London – Innsbruck

Zwei Jahre lang lernte OÄ Dr.in Samira Abdel Azim bei Kypros Nicolaidis, einem Vorreiter der Fetalmedizin. Nun ist sie wieder zurück in Innsbruck



Samira Abdel Azim mit Prof. Nicolaidis

„Ich habe mich schon während der Ausbildung für Ultraschall interessiert. Später habe ich vom Fellowship für Fetalmedizin am King's College Hospital gehört und beschlossen mich zu bewerben. Professor Nicolaidis legt viel Wert darauf Personen aus allen Regionen der Welt auszubilden. In meinem Team gab es schließlich Fellows aus 27 Nationen, die 25 Sprachen sprachen – etwas, das in einer Stadt wie London sehr nützlich ist. In der zweijährigen Rotation durchläuft man alle Spezialambulanzen von Nackenfaltenmessung, zu Organscreening, fetalem Herzultraschall, oder auch die *hypertensive clinic*, in der etwa Frauen mit Präeklampsie kommen. Das Krankenhaus hat ein riesiges Einzugsgebiet. Etwas, das man in Innsbruck einmal im Jahr sieht, kommt dort

mehrmals im Monat vor – da bekommt man eine gewisse Routine. Ich bin trotzdem froh, wieder zurück zu sein. Wir machen hier im Grunde genommen nichts anders - nur in einer geringeren Frequenz.“ Protokoll: K. Kropshofer

## Termine

Die wichtigsten, gynäkologischen Termine der nächsten Monate:

- **12.-14. September** Jahrestagung der BGFF gemeinsam mit OEGG
- **23. November** Fortbildung der Univ.-Frauenklinik Innsbruck, AquaDome Längenfeld

## Neue Dammrissleitlinie

**2007 wurde erstmalig eine Dammrissleitlinie formuliert. Nun gibt es ein Update.**



Die Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Urogynäkologie und rekonstruktive Beckenbodenchirurgie (AUB) hatte 2007 erstmalig eine Leitlinie zum Management von Dammrissen III. und IV. Grades nach vaginaler Geburt formuliert. 2014 wurde ein Update als AWMF S1- Leitlinie erstellt. Nach Ablauf der Gültigkeit Ende 2019 wird die Leitlinie als S2k (Expertenkonsens) derzeit abgeschlossen und von der AWMF zugelassen.

In Auszügen stellen wir hier schon einige der Änderungen vor:

**„Zu den bereits bekannten Risikofaktoren wurde etwa die female genital mutilation hinzugenommen“**

- Die Inzidenz der höhergradigen Dammrisse hat sich im deutschsprachigen Gültigkeitsgebiet der Leitlinie weiter erhöht. 1,7 bis 1,9 Prozent der Frauen erlitten einen Dammriss III., 0,1 bis 0,2 Prozent einen Dammriss IV. Grades. Zurückführen kann man das vermutlich auf verbesserte und erhöhte Detektionsraten.
- Zu den bereits bekannten Risikofaktoren wurde zum Beispiel die FGM (*female genital mutilation*) hinzugenommen.
- Ballondilatation des Scheideneingangs unter der Geburt ist weder förderlich noch schädlich.
- Eine einmalige perioperative Antibiotikagabe wird empfohlen.
- Zum Vorteil einer postoperativen, verlängerten prophylaktischen Gabe von Antibiotika gibt es nur indirekt Evidenz.
- Die postoperative Gabe eines Laxans wird empfohlen.
- Eine tägliche Reinigung mit fließendem Wasser in Trinkwasserqualität, insbesondere nach dem Stuhlgang, ist empfohlen (z.B. Wechselduschen). Sitzbäder mit oder ohne Zusatz von Wundsalben scheinen nicht notwendig zu sein.
- Ein Kaiserschnitt sollte allen Frauen mit vorgegangenem Dammriss III. oder IV. Grades angeboten werden. Insbesondere Patientinnen mit andauernden Symptomen einer Stuhlinkontinenz, reduzierter Sphinkterfunktion oder bei vermuteter fetaler Makrosomie.

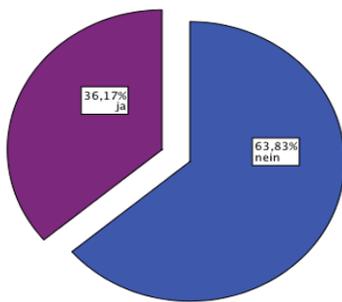
Die endgültige Fassung der Leitlinie kann nach Absegnung der AWMF/DGGG/SGGG und OEGGG über die jeweiligen Homepages bezogen werden. Als federführende Fachgesellschaft wird die AUB die Leitlinien auch auf ihren nächsten Jahrestagungen präsentieren. Autor: Stephan Kropshofer

## Dammriss mit Folgen

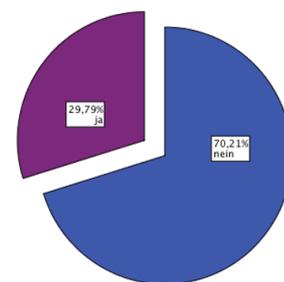
**Das Erkennen und die korrekte Versorgung von höhergradigen Dammrissen ist essentiell, dennoch können diese auch Monate danach noch Beschwerden verursachen.**

Im Rahmen einer Diplomarbeit (durchgeführt von Nora Kim) wurde eine telefonische Befragung von Frauen, mindestens sechs Monate nach einem höhergradigen Dammriss durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass ein überraschend hoher Prozentsatz an Frauen auch nach komplikationsfreier Heilung Beschwerden äußerten - sowohl körperlich als auch psychisch.

**körperliche Beschwerden in Bezug auf die Sexualität**



**psychische Beeinträchtigung**



### 1.4.2.1 Art der Beschwerden

Von den Pat., mit körperlichen Beschwerden, hatten 12,8% (12) ausschließlich Schmerzen im Bereich der Narbenbildung. 19,1% (18) hatten Schmerzen im gesamten Dammbereich und jeweils 2,1% (2) hatten Empfindungsstörung oder neurogene Schmerzen.

### 1.4.1.1 Art der Beeinträchtigung

12,8% (12) waren verunsichert bzw. hatten erst seit dem DR Hemmungen in Bezug auf das Sexualeben. 4,3% (4) hatten Angst davor es könne zu GV kommen und 10,6% (10) der Pat. hatten spezifisch Angst vor Schmerz beim GV.

Bei 1,1% (1) war die Anwesenheit des Partners bei der Geburt, dass dieser den höhergradigen DR miterlebt hatte und auch die Angst vor erneutem Einreißen während des GV ein Problem.

Etwa 36 Prozent der Befragten gaben dabei an, körperliche Beschwerden im Sinne von Schmerzen im Dammbereich und Empfindungsstörungen beim Geschlechtsverkehr zu haben. Über anale Inkontinenz in Bezug auf Flatulenzen, die mehrere Monate anhielt, klagten etwa 50 Prozent der Befragten.

Auch psychische Beeinträchtigungen waren keine Seltenheit. Etwa 30 Prozent fühlten sich verunsichert und hatten Hemmungen in Bezug auf ihr Sexualeben, manche äußerten die Furcht, es könnte zu Sexualverkehr kommen. Als Ursachen wurde Angst vor Schmerzen, Inkontinenz oder Verletzung der Narbe angegeben. Insbesondere wurde auch die Sorge erwähnt, dass der Partner bei der Geburt anwesend gewesen war und die Verletzung gesehen hatte. (Autorin: Angela Ramoni)

Schwerpunkt: Brust

## Wegweiser des BRUST-GESUNDHEIT-ZENTRUM

Wann sind Zuweisungen zur Mammographie und Mammasonographie nötig und welche?

---

**„Als erste Indikation für CDK 4/6 Inhibitoren gilt immer ein positiver Östrogenrezeptor“**

---

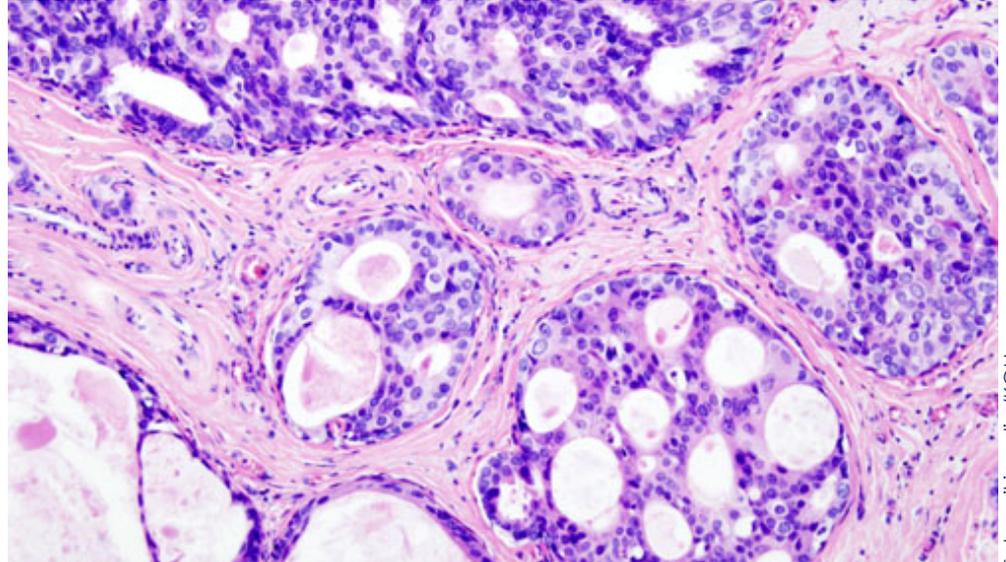


Foto: wikimedia/KGH

Diagnostik im Bereich der Brustgesundheit ist nicht immer geradlinig. Viele GynäkologInnen stellen sich daher Fragen zum bestmöglichen Zeitpunkt einer Zuweisung auf die Frauen-Kopf-Klinik. Diese Übersicht dient als Wegweiser, bei welcher Auffälligkeit, welche Maßnahme erforderlich ist.

	Wann?	Zuweisung?	Wohin?
<b>Screening</b>	Alle zwei Jahre bei Patientinnen mit 45 - 69 Jahren	Einladung mitbringen	Direkt zu Radiologie II, FKK
<b>Auffälliger Tastbefund</b>	Jederzeit	Ja	Direkt zu Radiologie II, FKK
<b>Mastitis/ ähnliche Symptomatik</b>	Jederzeit	Ja	Brustgesundheitszentrum, FKK 2.Stock

Hat die Patientin einen unauffälligen Befund und keine Symptomatik?

*Dann erfolgen Kontrollen nur im Rahmen des Screenings.*

Hat die Patientin einen auffälligen Befund, etwa durch ertastete Knoten?

*Hier erfolgt eine Zuweisung durch den Haus- oder Frauenarzt direkt an die Radiologie zur weiteren Abklärung. Wir bitten auch um die Ausstellung einer Zuweisung mit Grund der Überweisung.*

Was passiert bei einer Mastitis oder ähnlicher Symptomatik?

*Hier gilt die Zuweisung der Patientin an die Gynäkologische Brustambulanz. Auch hier bitten wir, der Patientin eine Zuweisung mit Grund der Überweisung mitzugeben.*

### CDK 4/6 Inhibitoren für die Praxis:

Diese neuen Medikamente sind ein großer Fortschritt in der Behandlung des Mammakarzinoms. Durch die Kombination mit einer Hormontherapie wird die Effizienz dramatisch gesteigert und die Chemotherapie kann auf spätere Behandlungslinien verschoben werden.

Hier gilt als erste Indikation ein positiver Östrogenrezeptor. Patientinnen mit HR-positiven oder HER-2 Rezeptor-negativen, lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom, können mit einem CDK 4/6 Inhibitor in Kombination mit einem Aromataseinhibitor oder dem Wirkstoff Fulvestrant (mit oder ohne Zoladex) therapiert werden. Eine chefärztliche Bewilligung des Rezepts über die Krankenkasse ist notwendig. Die Erstbewilligung muss über die Brustambulanz erfolgen, die weiteren können dann über den Fach- oder Hausarzt erfolgen.

### Die wichtigsten Arzneistoffe zur Mammakarzinom-Behandlung:

	Palbociclib	Ribociclib	Abemaciclib
Handelsname	Ibrance	Kisqali	Verzenios
Einnahme p.o.	21 Tage → 7 Tage Pause		Durchgehend
	1x1	1x3	2x1
Dosierung	125 mg	3x200mg (600mg)	150mg 2xtgl. (300 mg)
Reduktion	100mg 75mg	2x200mg 1x200mg	100mg 2xtgl. 50mg 2xtgl.
Hauptnebenwirkung	Neutropenie	Neutropenie QT-Verlängerung LFP-Erhöhung	Diarrhö LFP Erhöhung Neutropenie
Labor	Zyklus 1+2 d1+14, dann d1 BB + absolute Neutrophile + CRP Start: Tag 1 bei Neutrophile $\geq 1.000/mm^3$ und Thrombozyten $\geq 50.000/mm^3$		
	KEINE G-CSF Präparate		

<b>Neutropenie</b>	
Grad 1/2: ANC $\geq 1.000/mm^3$	Keine Dosisanpassung
Grad 3: ANC 500 - $< 1.000/mm^3$	<b>1. Tag:</b> Pause, Laborkontrolle nach einer Woche; Wenn Grad $\leq 2$ Wiederbeginn <b>14./15. Tag:</b> Therapie weiter
Grad3 + Fieber bzw. Infektion Grad 4 (ANC $< 500/mm^3$ )	Pause bis Grad $\leq 2$ Wiederbeginn dosisreduziert
QT-Verlängerung - Kisqali	EKG Kontrollen - Zyklus 1 d1+d14, Zyklus 2 d1 QTcF $\geq 450ms$ : 1 Woche Pause QTcF $< 450ms$ : Wiederbeginn Kisqali QTcF erneut $> 450 ms$ : Pause bis QTcF $< 450 ms$ , dann Kisqali-Start dosisreduziert
Diarrhö - Verzenios	Enterobene 1x2

Aufruf zur Mitwirkung

## Nicht-interventionelle Studie: Screening und Früherkennung des Ovarialkarzinoms

### **Viele GynäkologInnen führen Ovarialkarzinom-Screenings durch, auch wenn die Leitlinien etwas anderes empfehlen**

Vermutlich dauert es mehrere Jahre, bis ein Ovarialkarzinom symptomatisch wird. Dennoch ist es bisher nicht gelungen, eine gängige Früherkennungsmethode zu entwickeln. Immer wieder hört man Erfolgsmeldungen in den Medien, aber letztlich platzen diese wie Seifenblasen. Es hat auch seriöse Bemühungen gegeben ein Screening für das Ovarialkarzinom zu entwickeln. In der Japanischen **SCSOCS-Studie** wurde der Tumormarker CA-125 mit einer konventionellen, transabdominalen Ultraschalluntersuchung kombiniert. Damit konnte zwar numerisch häufiger ein Ovarialkarzinom in einem frühen Stadium entdeckt werden, allerdings war der Unterschied nicht signifikant. Die amerikanische **PLCO-Studie** hat ebenfalls Tumormarker- und Transvaginalultraschall-Untersuchungen eingesetzt. Das Screening führt zwar häufiger zur Diagnose von Ovarialkarzinom, doch eine Reduktion der Sterblichkeit war nicht zu erkennen. Die größte, bisher vorliegenden Screening-Untersuchung ist die **UKCTOCS-Studie**, in der über 100.000 Frauen randomisiert mittels transvaginalen Ultraschalles oder einer Kombination von transvaginalen Ultraschall plus seriellen CA-125-Untersuchungen oder üblichen gynäkologischen Kontrollen überwacht wurden.

### **Empfehlung der Leitlinien**

Das Hauptziel eines Screenings ist natürlich die Reduktion der Sterblichkeit und nicht die Verbesserung der Diagnostik - diesbezüglich war auch diese Studie negativ. Es konnten zwar mehr Karzinome in einem früheren Stadium diagnostiziert werden, jedoch war die Mortalität in den drei Gruppen nicht unterschiedlich und betrug in der Kontrollgruppe 0,34 Prozent sowie 0,29 bzw. 0,30 Prozent in den beiden Screening-Armen. Aufgrund dieser Ergebnisse empfehlen alle Leitlinien, wie auch die für uns gültige S3-Leitlinie der AGO, außerhalb von Studien kein Ovarialkarzinom-Screening durchzuführen.

Dennoch wissen wir, dass viele von uns in der Realität aus Überzeugung Screening-Maßnahmen wie etwa Transvaginal-Ultraschalle mit oder ohne Tumormarker-Bestimmungen durchführen.

Das Ziel unserer Studie, die wir gemeinsam mit Ihnen durchführen möchten, ist es, die Ist-Situation zu erfassen und die Screening-Maßnahmen bei postmenopausalen Patientinnen, bei denen ein Ovarialkarzinom diagnostiziert wird, zu bewerten. Wir hoffen mit diesem gemeinsamen Projekt die Frage beantworten zu können, ob die Screening-Maßnahmen nützlich sind.

### **Was bedeutet das für Sie an Mehrarbeit?**

Informationen über durchgeführte Screening-Maßnahmen von postmenopausalen Patientinnen mit diagnostiziertem Ovarialkarzinom werden von uns abgefragt.

**Welchen Nutzen haben Sie durch die Teilnahme an der Studie?**

Für alle, die bereit sind an dieser Studie teilzunehmen, bieten wir eine kostenlose Schulung in der sonographischen Beurteilung von Adnextumoren nach den IOTA-Kriterien mit Zertifizierung an. Weiters führen wir eine eigene Sprechstunde ein, zu der Sie Patientinnen mit suspekten Adnexbefunden schicken können. Sie erhalten ein entsprechend den IOTA-Kriterien ausgewertetes Ergebnis.

Darüber hinaus bieten wir im Rahmen unseres Labors für Klinische Biochemie die Möglichkeit an, bei CA-125 und HE-4-Werten eine, in Anlehnung an den ROCA-Index durchgeführte Analyse zu erhalten. Diese Analysen erlauben eine Beurteilung mit höherer Genauigkeit als die Verwendung von Einzelbefunden. Sie lassen somit auch im Normalbereich Hinweise auf die Entstehung eines bösartigen Tumors zu.

Wir hoffen sehr, dass Sie diese Studie interessiert und freuen uns auf Ihre Mitarbeit. Im Rahmen der nächsten Fachgruppensitzung wird das Protokoll noch einmal präsentiert werden.