

Ausgabe  
02/2019  
November 2019

# GyNews

---

Offizieller  
Newsletter der  
Universitätsklinik für  
Gynäkologie und  
Geburtshilfe  
Innsbruck

---

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in unserer zweiten Ausgabe des GyNews Newsletters sprechen wir ein breites Spektrum an Themen an, welches zugleich die Diversität unserer Arbeit widerspiegelt. Das spannende Thema Endometriose wird zusammengefasst, der Umgang mit Fehlgeburten und erneuten Schwangerschaftswünschen beschrieben und Erkenntnisse zu CMV-Infektionen während der Schwangerschaft präsentiert. Zu guter Letzt erzählen wir Ihnen noch über ein Vorhaben in eigener Sache – eine Idee, um was es sich dabei handelt, bekommen Sie schon auf dieser Seite.

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



Der neu-gegründete Radclub Frauenklinik Innsbruck fährt fleißig Radkilometer ein und spendet dafür an den Verein zur Krebsforschung in der Frauenheilkunde. Hier nach erfolgreicher Ankunft am Stilfserjoch (2757m).

## News I: Ein Radclub für die Krebsforschung



Laut einer rezenten Umfrage bezeichnen 52 Prozent der Männer, sowie nur unwesentlich weniger Frauen, Radfahren als ihre liebste sportliche Betätigung. Grund genug, um den Genuss am Rad mit einem guten Zweck zu verbinden. Daher hat sich diesen Frühsommer der *Radclub Frauenklinik Innsbruck* konstituiert, welcher mit Unterstützung von großzügigen Sponsoren pro gemeinsam „erradelten“ Kilometer einen Betrag an den Verein zur Krebsforschung in der Frauenheilkunde überweist. Der Club hat sich bemüht wöchentliche Ausfahrten zu tätigen, der Saisonhöhepunkt war die gemeinsame Tour auf das Stiflserjoch und den Umbrailpass. Weitere Sponsoren beziehungsweise MitradlerInnen (Rennrad und Mountainbike) sind natürlich willkommen. Außerdem freuen wir uns über eine Unterstützung auf das Vereinskonto: IBAN: AT63 1600 0001 0025 4050, BIC: BTVAAT22; Weitere Infos: [Stephan.kropshofer@tirol-kliniken.at](mailto:Stephan.kropshofer@tirol-kliniken.at)

## News II: OÄ Prof. Dr. Nicole Concin über ihre Zeit in Löwen und neue Pläne für Innsbruck

„Im Jänner 2019 bin ich nach Innsbruck zurückgekehrt, nachdem ich die letzten drei Jahre an der Katholischen Universitätsklinik in Löwen, Belgien,



verbracht habe. Die gynäkologisch-onkologische Abteilung dort ist eine der größten in Europa – dementsprechend umfangreich ist auch die Forschung. Es wird versucht, jede Patientin in eine Studie einzubringen. In Innsbruck haben wir bisher hauptsächlich Studien in Phase III gemacht, also der

Stufe, bevor ein Medikament endgültig zugelassen wird. Man kann sich vorstellen, wie hoch die Ansprüche an eine Testung in Phase I und II ist, in denen man Wirksamkeit und Nebenwirkungen noch nicht so gut kennt. Dazu kommt, dass es in den letzten Jahren zu einer Explosion neuartiger Medikamente im Rahmen einer zielgerichteten und personalisierten Therapie gekommen ist. Diese schnelle Medikamentenentwicklung kann einen erheblichen Vorteil für unsere Patientinnen bedeuten. Deswegen müssen sie schnell und richtig in frühen klinischen Studien getestet werden. Mein Ziel ist es nun, meine Erfahrungen aus Löwen in Innsbruck einzubringen: Geplant ist eine *early drug development unit* aufzubauen, in dem wir versuchen werden, vermehrt solche

Studien anzubieten. Es ist ein interdisziplinäres Projekt, die Gynäkologie soll gemeinsam mit der Inneren Medizin den Hauptanteil stellen. Nun sind die ersten zwei Pilotstudien an diesen beiden Abteilungen gestartet. Es geht um eine Therapie für Patientinnen mit Eierstockkrebs, das durch EU-Drittmittel gesponsert wird. Vor uns liegt viel Aufbauarbeit mit dem obersten Gebot der Patientensicherheit und einer hohen Datenqualität.“ **Protokoll:** Katharina Kropshofer

## Ankündigungen

Die wichtigsten, gynäkologischen Termine der nächsten Monate:

- **23. November 2019** Winterfortbildung der Univ.-Frauenklinik, Längenfeld
- **21. Jänner 2020** Fortbildung „Post San Antonio“, Frauen-Kopf-Klinik, HS III
- **21. März 2020** Sommerfortbildung der Univ.-Frauenklinik, Congress Igls
- **Jeden Freitag, 12:00-14:00** bietet Prof. Dr. Christoph Brezinka ab sofort eine eigene Sprechstunde für Eierstockzysten (zertifiziert nach IOTA) an

---

Schwerpunkt: Endometriose

## Endometriose: Überblick über die Studienlage

**Endometriose ist eine vielschichtige Krankheit. Besonders heikel erweist sich dabei ein Untertyp: die tief infiltrierende Endometriose TIE**



Endometriose zeichnet sich durch ihre Heterogenität aus, da sie oberflächlich auf dem Peritoneum, auf dem Ovar, als auch tief infiltrierend (TIE) vorliegen kann. Die tief infiltrierende Endometriose überschreitet die Oberfläche und infiltriert die benachbarten Organe (Blase, Darm, Harnleiter). Häufig beschriebene Symptome sind chronische Unterbauch- und Rückenschmerzen, Dyschezie, oder Dyspareunie.

### Chirurgische Eingriffe

Die vollständige chirurgische Entfernung der symptomatischen TIE zur Symptomreduktion hat das Ziel Schwangerschaftsraten zu erhöhen und wird in spezialisierten Zentren regelmäßig durchgeführt. Häufig ist dabei eine ausgedehnte Resektion befallener Strukturen notwendig, wobei auch Rektumteilresektionen, Exzisionen von Herden in der Blase, sowie eine Entfernung von uterinen Ligamenten durchgeführt werden. Es ist daher von

großer Bedeutung, mögliche Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen bei Patientinnen nach einer TIE-Chirurgie zu identifizieren und evidenzbasierte Richtlinien für diese Patientengruppe festzulegen.

### **Die Studienlage**

Im August 2018 wurde zu diesem Thema eine Studie von Kostantinos et al. der Universität Bern publiziert. Hierbei wurden geburtshilfliche Komplikationen bei Patientinnen untersucht, welche eine laparoskopische Sanierung einer TIE erhalten hatten. Als Kontrollgruppe wurden Patientinnen ohne Endometriose herangezogen. Eingeschlossen wurden alle TIE-Operationen, welche zwischen März 2004 und Juli 2015 an der Klinik für Gynäkologie der Universität Bern durchgeführt wurden. Zu den Einschlusskriterien gehörte die vollständige laparoskopische Entfernung des hinteren TIE. 125 Patientinnen erfüllten die Einschlusskriterien. Hieraus ergaben sich 73 Schwangerschaften, wobei weitere 11 Patientinnen aufgrund von Frühgeburten oder extrauterinen Schwangerschaften ausgeschlossen wurden. Es erfolgte ein Matching von TIE-Patientinnen mit jeweils drei Kontrollpatientinnen anhand des Alters, der Parität, des Konzeptionsmodus und des Zustandes nach einem Kaiserschnitt. Die endgültige Studienkohorte umfasste 62 Einlingsschwangerschaften, welche mit 186 Kontrollen verglichen wurden. Hierbei zeigte sich für TIE-Patientinnen ein erhöhtes Risiko für eine Placenta praevia, eine Schwangerschafts-induzierte Hypertonie und IUGR (Verzögerung des Wachstums eines Fetus in der Gebärmutter).

**Die Rate erfolgreicher vaginaler Entbindungen war zwischen den Gruppen vergleichbar.** Darüber hinaus wurde kein signifikanter Anstieg des Risikos für Entbindungs-Komplikationen bei Müttern mit TIE und deren Neugeborenen beobachtet - mit Ausnahme eines geringfügig höheren postpartalen Blutverlustes in der Fallgruppe. **Autorin:** Carlotta Moro

## Schwanger nach Fehlgeburt: Wie lange sollte man warten?

**Die Frage, wie lange man nach einem frühen Schwangerschaftsverlust warten muss, beantworten Ärzte unterschiedlich. Klare Empfehlungen gibt es trotzdem**

Nach einem frühen Schwangerschaftsverlust fragen Paare oft, wie lange sie warten müssen, bevor sie erneut schwanger werden können. Bislang galt die Empfehlung mindestens drei bis sechs Monate zu warten. Basierend auf einer groß angelegten Studie in Latein- und Südamerika, empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation WHO ein Intervall von sechs Monaten. Es gibt jedoch keine weiteren Daten, die diese Empfehlungen stützen. Und frühere Studien zeigten, dass der Uterus direkt nach einem frühen Verlust empfänglicher für eine erneute Schwangerschaft ist.

---

**„Wir empfehlen bereits nach einer unauffälligen Periodenblutung die nächste Schwangerschaft anzustreben.“**

---

Schliep et al. führten 2016 eine Studie an 1083 Patientinnen mit ein bis zwei Fehlgeburten durch. Hierbei erfolgte eine Nachsorge für sechs Zyklen nach einem Abort, wobei die Frauen, welche schwanger wurden, bis zur Geburt beobachtet wurden. Als primäres Ergebnis wurde die Zeit von der Fehlgeburt bis zur erneuten Schwangerschaft definiert (IPI – inter-pregnancy-interval). Bei Paaren mit einem IPI von 0 bis drei Monaten gegenüber einem IPI von mehr als drei Monaten, war die Wahrscheinlichkeit, dass eine Schwangerschaft zu einer Lebendgeburt führte, höher. Eine Metaanalyse aus zehn Studien mit knapp 978.000 Frauen kam zu ähnlichen Ergebnissen. **Bei einem IPI von weniger als sechs Monaten war das Risiko einer weiteren Fehlgeburt und einer vorzeitigen Entbindung signifikant verringert.** Die Risiken für eine Totgeburt, niedriges Geburtsgewicht und Präeklampsie wurden durch das IPI nicht beeinflusst.

### Prozedere an der Med Uni Innsbruck

Am Department Frauenheilkunde der Med Uni Innsbruck werden über 80 Prozent der Fehlgeburten anhand eines standardisierten Protokolls medikamentös (Mifepriston und Misoprostol) therapiert. Die Erfolgsraten liegen bei über 90 Prozent, sodass auf ein chirurgisches Vorgehen verzichtet werden kann und wir den Patientinnen meist empfehlen, bereits nach einer unauffälligen Periodenblutung die nächste Schwangerschaft anzustreben. Die vorliegenden Daten unterstützen die Hypothese, dass es keinen physiologischen Grund gibt, den erneuten Schwangerschaftswunsch nach einem Abort zu verzögern. Es kann jedoch von vielen anderen Faktoren abhängen, ob ein Paar Zeit braucht, um sich emotional zu erholen. Daher sollte auch das Angebot einer psychologischen Betreuung erfolgen.

Für Frauen mit zwei und mehr Aborten bieten wir jeden zweiten Mittwoch im Rahmen der **Abortsprechstunde** die Abklärung von etablierten und neuen immunologischen Risikofaktoren an. Die Patientinnen erhalten nach Abschluss der Diagnostik einen ausführlichen Brief mit Therapieempfehlungen. Terminvereinbarungen erfolgen über die Ambulanz der Gynäkologischen Endokrinologie. **Autor:** Kilian Vomstein

**Quellen:** Schliep KC, Mitchell EM, Mumford SL, Radin RG, Zarek SM, Sjaarda L, et al. Trying to Conceive After an Early Pregnancy Loss: An Assessment on How Long Couples Should Wait. *Obstetrics & Gynecology*. 2016;127(2):204-12.; Kangatharan C, Labram S, Bhattacharya S. Interpregnancy interval following miscarriage and adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *Human reproduction update*. 2016;23(2):221-31; Schreiber CA, Creinin MD, Atrio J, Sonalkar S, Ratcliffe SJ, Barnhart KT. Mifepristone Pretreatment for the Medical Management of Early Pregnancy Loss. *New England Journal of Medicine*. 2018;378(23):2161-70.

## Schwerpunkt: Virale Infektionen

# CMV Infektionen in der Schwangerschaft

**Eine Infektion mit dem CMV-Virus in der Schwangerschaft kann zu einer zerebralen Beeinträchtigung des Ungeborenen führen. Eine neue Broschüre klärt über Schutzmaßnahmen vor einer Infektion auf.**

In den letzten Jahren hat sich unser Wissen um die CMV Infektion (Cytomegalovirus, Familie der Herpesviren) bei Schwangeren und die teils schwerwiegenden Folgen für das Ungeborene weiterentwickelt. Die CMV- Infektion in der Schwangerschaft stellt derzeit die häufigste Ursache für eine neurologische Beeinträchtigung von Kindern dar. Häufig ist dabei insbesondere Hörminderung und Taubheit.



Das Virus kann über Monate im Körper persistieren und ist im Urin nachweisbar. Bei einer Primärinfektion in den zwei Monaten vor einer Schwangerschaft bzw. im ersten Trimester ist das Risiko einer vertikalen Transmission zwar geringer, die Folgen für das Kind aber am gravierendsten.

### Transmissionsrisiko bei Erstinfektion:

- Präkonzeptionell (2 Monate bis 3 Wochen vor Konzeption) **5%**
- Perikonzeptionell (3 Wochen vor bis 3 Wochen nach Konzeption) **16%**
- Erstes Trimester **37%**
- Zweites Trimester **40%**
- Drittes Trimester **65%**

10 Prozent der kongenital infizierten Feten zeigen bei der Geburt Krankheitssymptome; etwa die Hälfte davon mit bleibenden Schäden (Hörminderung, Entwicklungsverzögerung, Sehverlust, Mikrozephalie etc.) Weitere 15 Prozent sind bei der Geburt asymptomatisch, entwickeln jedoch in den ersten Lebensjahren einen progredienten Hörverlust.

### Die therapeutischen Optionen bei erfolgter Infektion sind sehr eingeschränkt.

Ein Therapieversuch mit hochdosiertem Valaciclovir (antiviraler Wirkstoff aus der Gruppe der Nukleosid-Analoga) kann bei durch Amniocentese verifizierter Infektion und sonographischen Auffälligkeiten angeboten werden. Die Verhinderung einer vertikalen Transmission mit Hyperimmunglobulin ist umstritten. Ein Therapieerfolg ließ sich in randomisierten Doppelblind - Studien nicht belegen.

Eine derzeit laufende Studie überprüft Valaciclovir im Vergleich mit einer neuen Substanz, Letermovir (Premyvis®), ein antiviraler Wirkstoff aus der Gruppe der CMV-DNA-Terminasekomplex-Inhibitoren. Bisher ist dieser zur Vorbeugung einer CMV-Infektion bei Empfängern einer allogenen Stammzelltransplantation zugelassen.

Eine Impfung als Lösung dieses Problems ist leider in den nächsten Jahren trotz mehrerer Projekte nicht zu erwarten, da bisher keine ausreichende und anhaltende Immunantwort erzielt werden kann.

### Der Infektionsweg

Umso dringlicher ist es daher, dass das Wissen über den Infektionsweg an Frauen vermittelt wird: CMV wird über Schmierinfektion übertragen. Die Personengruppe mit dem höchsten Infektionsrisiko sind Mütter von Kleinkindern, welche CMV über Harn, Speichel, oder etwa Tränenflüssigkeit ausscheiden.








### Serokonversionsrate nach Risikogruppen:

- Schwangere gesamt	<b>2,3%</b>
- Pflegepersonen	<b>2,3%</b>
- Betreuer in Kindertagesstätten	<b>8,5%</b>
- Eltern eines Kleinkindes	
o Ohne CMV-Ausscheidung	<b>2,1%</b>
o Mit CMV-Ausscheidung	<b>24%</b>

Auch eine Reinfektion oder Reaktivierung bei seropositiven Schwangeren ist möglich; die Hygieneempfehlungen sollen daher auch bei Seropositivität berücksichtigt werden. Die vertikale Transmissionsrate ist hier jedoch mit einem Prozent sehr niedrig. Bei Verdacht auf Reinfektion kann ein Virusnachweis mittels PCR im Erststrahlharn Klarheit bringen.

Unsere Aufklärungsbroschüre über Maßnahmen zum Schutz vor einer Infektion für alle Frauen, die eine Schwangerschaft planen oder schwanger sind, finden Sie auf unserer Homepage: <https://frauenheilkunde-innsbruck.tirol-kliniken.at/>

**Wie kann ich mich schützen? Einfache Hygienemaßnahmen bieten gute Schutzmöglichkeiten!**

Das Virus kann durch gründliches Waschen mit Seife inaktiviert werden.		Nehmen Sie den Schnuller Ihres Kindes NICHT in den Mund!	
Teilen Sie nicht das Essbesteck oder das Trinkglas mit Ihrem Kind: Sie kosten als Erstes, sobald das Kind gefüttert wird, ist das Besteck und das Essen für Sie tabu.		Waschen Sie sich die Hände nach jedem Wickeln, Nase putzen, Tränenabwischen sorgfältig mit Seife. Feuchttücher sind dafür nicht geeignet!	
Küssen Sie Ihre Kinder nicht auf oder in die Umgebung des Mundes, sondern z. B. auf die Stirn.		Waschen Sie Ihre Hände mit Seife nach dem Kontakt mit bespielten feuchten Gegenständen (z. B. Spielsachen)	
		Verwenden Sie KEINE Waschlappen, Handtücher oder Zahnbürsten gemeinsam.	

**Quellen:** Sequelae of Congenital Cytomegalovirus Following Maternal Primary Infections Are Limited to Those Acquired in the First Trimester of Pregnancy, Valentine Faure-Bardon, Journal Clinical Infectious Diseases, 2018

**Autorin:** Angela Ramoni

### Impressum

AutorInnen: OA Dr. Stephan Kropshofer, Katharina Kropshofer MSc (Redaktion), Univ.Prof. Dr. Christian Marth; Dr.in Carlotta Moro, OÄ Dr.in Angela Ramoni, Dr. Kilian Vomstein; Layout: Katharina Kropshofer;