



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG



NEWSLETTER

UNIVERSITÄTS-FRAUENKLINIK

SEHR GEEHRTE, LIEBE FRAU KOLLEGIN, SEHR GEEHRTER, LIEBER HERR KOLLEGE,

in unseren Newsletters möchten wir über aktuelle, neue Entwicklungen aus den Bereichen Gynäkologie und Geburtshilfe berichten.

Das Wichtigste zuerst: Unsere neue Servicehotline für Sie, um Ihre Patientinnen einfach und schnell anzumelden: 06221 56-38178

Wir informieren Sie über Präkanzerosen der Vulva, sowie die HPV-Impfung als Postexpositionsprophylaxe. Zudem erhalten Sie eine Übersicht über neue Therapieoptionen beim primären HER2-positiven Mammakarzinom und wir geben ein Update zur neuen Leitlinie zu peripartalen Blutungen und stellen Ihnen die **neue aufgestellte Sektion Urogynäkologie** vor.

Wir freuen uns auf die weitere hervorragende und persönliche Zusammenarbeit und Ihre Rückmeldungen.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. M. Wallwiener
Komm. Ärztl. Direktor

INHALT

- › Unsere Hotline für Sie
- › Präkanzerosen der Vulva uVIN vs. dVIN: kleiner Buchstabe – großer Unterschied
- › Die HPV-Impfung als Postkonisationsprophylaxe
- › Neue Therapieoptionen beim primären HER2 positiven Mammakarzinom
- › Aktualisierte S2k Leitlinie Peripartale Blutungen, Diagnostik und Therapie
- › Sektion Urogynäkologie an der Universitäts-Frauenklinik




UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG

UNSERE SERVICE-HOTLINE FÜR SIE
Ihre Patientinnen in besten Händen – unsere
Casemanagerinnen kümmern sich.

06221 56-38178

Uni-Frauenklinik Heidelberg 

TERMINVEREINBARUNG

Sehr geehrte KollegInnen,
Sie wollen uns eine Patientin schicken?
Hier sind wir für Sie da:

Über unser Webformular

Unsere Servicehotline für Sie:

06221 56-38178

(Patientin anmelden)

Mo.-Do. 8:00 – 15:30 Uhr

Fr. 8:00 – 14:00 Uhr

Ganz einfach per FAX

06221 56-4328

(wir rufen Sie zurück)

PRÄKANZERSEN DER VULVA

uVIN VS. dVIN: KLEINER BUCHSTABE – GROSSER UNTERSCHIED

Dr. L. K. Nees

Die wichtigste Aufgabe unserer Dysplasiesprechstunde ist es, Krebsvorstufen frühzeitig zu erkennen, um einer Karzinomentstehung vorzubeugen. Dabei haben wir es an der Vulva mit zwei grundlegend verschiedenen Präkanzerosen zu tun, die sich im gängigen deutschen Sprachgebrauch paradoxerweise in nur einem Buchstaben unterscheiden.

Die HPV-assoziierte uVIN (usual type vulvar intraepithelial neoplasia), welche in uVIN I (low grade intraepithelial lesion, LSIL), uVIN II und uVIN III (jeweils high grade intraepithelial lesion, HSIL) abgestuft wird, ist mit ca. 80% die häufigste Präkanzerose der Vulva. Dabei können streng genommen lediglich die uVIN II und III als Präkanzerosen bezeichnet werden, da die uVIN I sich häufig spontan zurückbildet und lediglich einen kontrollbedürftigen Befund darstellt. Diese Präkanzerosen werden durch die Infektion mit Hochrisiko-HPV-Typen (insb. 16, 31 und 33) verursacht und betreffen eher jüngere Patientinnen. Risikofaktoren sind, wie auch bei anderen HPV-induzierten Präkanzerosen, die Immunsuppression und das Rauchen, da hier eine HPV-Persistenz wahrscheinlicher ist.

HPV-assoziierte Vulvakarzinome sind in der Regel unverhornte Plattenepithelkarzinome. Obgleich die uVIN bzw. HSIL die häufigste Präkanzerose der Vulva ist, sind lediglich 30-40% aller invasiven Vulvakarzinome HPV-assoziiert. Das liegt einerseits daran, dass HPV-induzierte Präkanzerosen langsam fortschreiten und daher häufig rechtzeitig erkannt und behandelt werden können. So liegen zwischen Infektion, Ausbildung einer Dysplasie und schließlich eines Karzinoms mehrere Jahre bis Jahrzehnte. Andererseits kann dies durch die insgesamt niedrige Progressionswahrscheinlichkeit einer HSIL zu einem invasiven Vulvakarzinom begründet werden: Diese liegt bei nur ca. 6%. Durch das geringe Progressionsrisiko und das niedrige Risiko einer bereits vorhandenen Invasion bei histologisch gesicherter HSIL ohne vulvoskopischem Malignitätsverdacht gibt es mehrere Therapieansätze der histologisch gesicherten uVIN II-III. Eine Option ist die Destruktion der Dysplasie mittels CO₂-Laser. Je nach Lokalisation muss die Abtragungstiefe angepasst werden: 2 mm im Schleimhautbereich, 4 mm im behaarten Bereich. Alternativ kann eine Befundexzision erfolgen, welche invasiver ist und vor allem bei nicht auszuschließender Invasion (z.B. bei Erhabenheit/ Unregelmäßigkeit des

Befundes) durchgeführt wird. Insofern kein Invasionsverdacht besteht und beispielsweise multifokale Läsionen vorliegen, kann nach aktueller Datenlage auch eine lokale Therapie mit Imiquimod (Aldara 5%) 3x wöchentlich über 16 Wochen angeboten werden. Hierbei handelt es sich um eine off-label-Therapie, welche nur unter regelmäßigen klinischen Kontrollen und nach histologischer Sicherung durchgeführt werden sollte. Durch eine HPV-Impfung vor dem ersten Viruskontakt kann der Entwicklung einer HPV-induzierten Präkanzerose vorgebeugt werden.

Ein vollkommen anderes Krankheitsbild stellt die dVIN (differenzierte VIN) dar. Sie ist die intraepitheliale Vorläuferläsion HPV-negativer verhornender anogenitaler Plattenepithelkarzinome. Die dVIN ist immer als hochgradig zu verstehen und wird nicht in Stufen unterteilt. Sie entsteht auf Boden einer chronisch-entzündlichen Dermatose der Vulva (Lichen sclerosus oder Lichen planus) und betrifft vor allem ältere Frauen. Die Progressionswahrscheinlichkeit der dVIN ist sehr hoch: 33-50% der Läsionen entwickeln sich zu einem Karzinom. Auch die Geschwindigkeit der Entartung ist im Vergleich mit der HSIL deutlich höher.

So ist von einer raschen Progredienz innerhalb von unter 2-3 Jahren, häufig aber auch innerhalb weniger Monate, auszugehen. Oft ist bei Erstdiagnose bereits ein Karzinom nachweisbar. Daher darf bei der Diagnose einer dVIN keine Therapieverzögerung entstehen und die vollständige Exzision (mit Randabstand von ca. 0,5 cm) ist obligat. Je nach Ausdehnung kann auch eine (Teil-)Vulvektomie erforderlich sein. Bei der histologisch gesicherten dVIN stellt eine Laserung oder eine topische Behandlung keine Option dar. Entscheidend ist auch die Nachbehandlung der Patientin. Jede Frau mit behandelter dVIN oder nach der Therapie eines verhornenden invasiven Vulvakarzinoms sollte zeitnah der Therapie ihrer Grunderkrankung zugeführt werden. Der Goldstandard der Therapie des anogenitalen Lichen sclerosus und Lichen planus ist die lokale Therapie mit hochpotenten Corticosteroiden (i.d.R. 0,5 mg/1 g Clobetasolpropionat, z.B. Dermoxin® Salbe), welche im Bereich der gesamten Vulva aufgetragen werden sollte. Je nach Aktivität der Grunderkrankung kann

Therapie des anogenitalen Lichen sclerosus und Lichen planus ist die lokale Therapie mit hochpotenten Corticosteroiden (i.d.R. 0,5 mg/1 g Clobetasolpropionat, z.B. Dermoxin® Salbe), welche im Bereich der gesamten Vulva aufgetragen werden sollte. Je nach Aktivität der Grunderkrankung kann dabei eine initiale Stoßtherapie (hausinternes Standardschema: 1 Monat 1x tgl., 1 Monat alle 2 Tage, 1 Monat alle 3 Tage) erforderlich sein. Eine dauerhafte Erhaltungstherapie (hausinternes Standardschema: 1-2x wöchentlich) sollte bei diesen Dermatosen immer durchgeführt werden. Die Resektionswunden werden initial von der Cortisonbehandlung ausgespart, sollten nach oberflächlicher Wundheilung jedoch rasch miteinbezogen werden. Lokale Additivmaßnahmen umfassen die sorgfältige Pflege des Anogenitalbereichs (Auftragen fetthaltiger Externa, Reinigung mit nicht entfettenden Reinigungsprodukten), die Optimierung des vaginalen Milieus (z.B. durch Aufbau und Kontrolle der Döderleinflora) und die Vermeidung von mechanischen, thermischen und chemischen Irritationen. Durch die konsequente Behandlung der zugrundeliegenden Dermatose kann die Wahrscheinlichkeit für die Entstehung einer dVIN bzw. eines Karzinoms und für die Entwicklung eines Rezidivs nach operativer Therapie gesenkt werden. Zudem sollten regelmäßige vulvoskopische Kontrollen (je nach Erkrankungsaktivität, mindestens 1x jährlich; bei persistierenden oder neu aufgetretenen Beschwerden oder klinischem Dysplasieverdacht sofort) erfolgen.

Nach Therapie einer Präkanzerose an der Vulva (uVIN oder dVIN) sollten zum Ausschluss von Rezidiven 6-monatige lokale Kontrollen durchgeführt werden.

Sollte sich bei einer Ihrer Patientinnen der Verdacht auf eine Präkanzerose oder Karzinom im Bereich von Vulva oder Zervix ergeben, ist eine direkte Kontaktaufnahme über u.a. E-Mail-Adresse jederzeit möglich. Auch bei Fragen stehen wir selbstverständlich zu Ihrer Verfügung. Um lange Wartezeiten zu vermeiden, bieten wir im zweiwöchigen Rhythmus Zusatztermine für entsprechende Notfälle in unserer Dysplasiesprechstunde an.

Ihr Kontakt zu unserer Dysplasiesprechstunde: Terminvereinbarung unter 06221 56-7934



AUTORIN:
Dr. med. Lisa K. Nees

E-MAIL:
lisakatharina.nees@med.uni-heidelberg.de

DIE HPV-IMPfung ALS POSTKONISATIONSPROPHYLAXE

Dr. A. Grott

Dr. L. K. Nees

Die Ständige Impfkommission empfiehlt die HPV-Impfung für Mädchen und Jungen im Alter von 9-14 Jahren, möglichst noch vor Aufnahme erster sexueller Kontakte, da diese zuverlässig vor der Entstehung eines Gebärmutterhalskrebses und weiterer HPV-assoziiierter Neoplasien des Genitaltraktes und Oropharynx schützen.

Doch auch nach durchgemachter HPV-Infektion oder Therapie einer (HPV-induzierten) zervikalen intraepithelialen Neoplasie (CIN) kann das Rezidivrisiko für Neoplasien durch die sekundäre HPV-Impfung gesenkt werden. Folgende Studienübersicht dient als wissenschaftliche Grundlage der Postinfektionsprophylaxe:

Olsson und Kollegen untersuchten im Jahr 2009, welchen Effekt die HPV-Impfung bei Frauen nach durchgemachter HPV-Infektion hat. HPV-Seropositive Frauen (zum Zeitpunkt der Impfung HPV-DNA-negativ) wurden 1:1 in eine Impf-Gruppe und eine Placebo-Gruppe randomisiert. Verglichen mit der Placebogruppe schützte die HPV-Impfung mit einem quadrivalenten Impfstoff gegen die HPV Typen 6, 11, 16 und 18 100% der Frauen vor CIN I und höhergradigeren Dysplasien, welche mit den genannten HPV-Typen assoziiert waren. Es erkrankten zwar weniger ungeimpfte Frauen an CIN I oder höhergradigeren Dysplasien, wenn sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt in ihrem Leben eine HPV-Infektion durchgemacht hatten. Doch auch unter den HPV-seropositiven Frauen konnte die

Impfung eine weitere Risikoreduktion für eine CIN I oder höhergradigere Dysplasien erreichen, da auch in dieser Gruppe keine der geimpften Frauen eine HPV Typ 6-,11-,16- oder 18-assoziierte CIN I oder höher entwickelte.

Kang WD et al. randomisierten 2013 737 Patientinnen zwischen 20 und 45 Jahren, welche aufgrund einer CIN 2-3 eine LEEP-Konisation erhalten hatten, in die Gruppen Impfung/Keine Impfung. Von den 360 Patientinnen, welche den quadrivalenten Impfstoff gegen Typ 6, 11, 16 und 18 erhielten, entwickelten 5 Patientinnen (2,5%) ein HPV Typ 16-assoziiertes CIN 2/3-Rezidiv. 377 Frauen erhielten keine Impfung. Von ihnen entwickelten 18 Patientinnen (8,5%) ein HPV Typ 16-assoziiertes Rezidiv. Die Impfung reduziert demnach das Risiko für das Wiederauftreten von höhergradigen Dysplasien auf weniger als ein Drittel. Dies wird auch durch Metaanalysen aus den Jahren 2019, 2020 und 2021 bekräftigt. Zudem konnte in diesen gezeigt werden, dass die Risikoreduktion nach Impfung mit dem quadrivalenten Impfstoff für die HPV Typen 16/18 am ausgeprägtesten ist. Bestehende HPV-Infektionen oder präkanzeröse Läsionen werden durch die Impfung nicht beeinflusst. Ein möglicher Nutzen der perioperativen HPV-Impfung liegt darüber hinaus auch in der Reduktion des Auftretens von VIN 2/3 sowie Condylomata acuminata.

Joura und Kollegen untersuchten im Jahr 2012 17622 Frauen zwischen 15 und 26 Jahren, welche in eine Impf- und eine Placebo-Gruppe 1:1 randomisiert wurden, unabhängig davon, ob bereits eine HPV-Infektion durchgemacht worden war oder zum Zeitpunkt der Impfung eine HPV-Infektion vorlag. Bei 587 geimpften Frauen und 763 ungeimpften Frauen musste aufgrund von CIN 2 oder CIN 3 eine Konisation durchgeführt werden. An einer erneuten CIN 2 oder 3 erkrankten deutlich weniger initial geimpfte Frauen als nicht geimpfte Frauen, die Risikoreduktion lag bei 65%.⁶

Dass die HPV-Impfung bei HPV-naiven Frauen eine exzellente Effektivität zur Prävention von zervikalen intraepithelialen Neoplasien zeigt, ist unumstritten. Dass die Impfung auch für Frauen nach HPV-Infektion eine medizinisch sinnvolle Präventionsmaßnahme darstellt, ist in der Fachwelt noch weniger verbreitet. Insbesondere nach Konisation ist das Nachholen der Impfung eindeutig zu empfehlen. An der Universitätsfrauenklinik Heidelberg erhält jede Patientin unter 50 Jahren, bei der die Indikation zur Konisation gestellt werden muss, einen Kostenübernahmeantrag für eine HPV-Impfung zur Vorlage bei der Krankenkasse. Die Krankenkassen sind nicht zur Kostenübernahme verpflichtet. Nach aktuellem Kenntnisstand sollte die HPV-Impfung möglichst zeitnah nach der Operation durchgeführt werden, analog zu den oben genannten Daten kann die erste Impfung auch bereits vor der Operation erfolgen.



AUTORINNEN:

Dr. med. A. Grott

Dr. med. Lisa K. Nees

E-MAIL:

amelie.grott@med.uni-heidelberg.de

lisakatharina.nees@med.uni-heidelberg.de

NEUE THERAPIEOPTIONEN BEIM PRIMÄREN HER2 POSITIVEN MAMMAKARZINOM

Dr. T. Deutsch

Der humane epidermale Wachstumsfaktor Rezeptor 2 (human epidermal growth factor receptor 2 – HER2) zeigt sich in ca. 15% der Brustkrebstumore überexprimiert (DAKO Score 3+ oder 2+ und ISH positiv). HER2-Positivität geht häufig mit einem aggressiven Phänotyp einher und galt bis zur Entwicklung HER2-zielgerichteter Therapien als negativer Prognosefaktor beim Mammakarzinom. Inzwischen ist ein positiver HER2 Status ein stark positiver Faktor für eine pathologische Komplettremission (pCR) bei der neoadjuvanten Therapie des frühen Mammakarzinoms und gilt inzwischen insbesondere auch bei fortgeschrittener Erkrankung als prognostisch günstig.

Ursächlich für diese Prognoseänderung sind die zielgerichteten Therapien, die sich seit der Zulassung des HER2-gerichteten Antikörpers Trastuzumab im Jahr 1998 in den USA bzw. im Jahr 2000 in der EU stetig weiterentwickeln und immer bessere individuelle Behandlungsoptionen bieten.

Patientinnen mit primärem HER2 überexprimierendem Tumor sollen gemäß der S3-Leitlinie eine kombinierte Antikörper-Chemotherapie erhalten. In der Regel sollte diese neoadjuvant gegeben werden. Die Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) empfiehlt dazu ein Trastuzumab + Pertuzumab basiertes Regime über 6-8 Zyklen. Das Anthrazyklin-freie Schema TCbHP (6 Zyklen Docetaxel + Carboplatin + Trastuzumab + Pertuzumab) zeigte sich dabei insbesondere in Bezug auf Kardiotoxizität nebenwirkungsärmer als Anthrazyklin-haltige Schemata. Trastuzumab wird über insgesamt 1 Jahr fortgesetzt, bei Lymphknotenbefall in Kombination mit Pertuzumab. Diese Kombination wird inzwischen auch als s.c. applizierbare Fixkombination angeboten.

Patientinnen mit kleinem Tumor (cT1) und klinisch unauffälligen Lymphknoten (cNo) sollte die primäre Operation angeboten werden. Bestätigt sich hier der klinische Befund, kann bei pT1 und pNo bei gleicher Wirksamkeit eine de-eskalierte Antikörper-Chemotherapie mit Paclitaxel + Trastuzumab in der Adjuvant angeboten werden. Auch hier wird Trastuzumab für insgesamt ein Jahr gegeben.

Patientinnen nach abgeschlossener neoadjuvanter Antikörper-Chemotherapie, welche keine pCR erreicht haben, wird inzwischen der Wechsel auf das 2013 zugelassene Antibody-Drug Konjugat (ADC) T-DM1 als post-neoadjuvante Therapie über 14 Zyklen empfohlen. Hier ist an den Antikörper Trastuzumab das Zytotoxin Mertansin (DM1) gebunden, welches intrazellulär die Mitose hemmt. Durch den Wechsel von Trastuzumab auf T-DM1 konnte in der KATHERINE-Studie das invasiv- krankheitsfreie Überleben (iDFS) um 50% verbessert werden. Inzwischen wird in der DESTINY-Breast05-Studie bei Patientinnen mit hohem Rezidivrisiko T-DM1 gegen das zweite HER2-gerichtete und 2020 zugelassene ADC Trastuzumab Deruxtecan (T-DXd) in der Post-Neoadjuvant verglichen. T-DXd zeichnet sich durch eine höhere sogenannte zytotoxische Payload aus: Pro Antikörper sind mehr zytotoxische Moleküle gebunden, ausgedrückt in der Drug to Antibody Ratio (DAR). Zusätzlich hat T-DXd einen sogenannten Bystander Effekt, in dem durch eine erhöhte Membran-Permeabilität der zytotoxischen Substanzen auch Zellen mit niedriger HER2-Expression erreicht werden können. Dieser Bystander Effekt erlaubt inzwischen in der metastasierten Situation den Einsatz von T-DXd auch bei HER2-low (DAKO 1+, 2+ und ISH negativ) exprimierenden Tumoren (DESTINY-Breast04-Studie).

In naher Zukunft wird es also zu weiteren Umwälzungen in den Therapieregimen der HER2-positiven Mammakarzinome kommen. Insbesondere die HER2-low Karzinome werden dabei eine besondere Herausforderung an die Pathologen stellen und neue Standards bei der Bewertung der HER2-Expression erfordern. Das therapeutische Potential der ADC-Therapien scheint ein weiterer Meilenstein in der Therapie des Mammakarzinoms zu sein. Allerdings gehen diese neuen Medikamente auch mit zum Teil gravierenden Nebenwirkungen einher. Insbesondere bei T-DXd ist die interstitielle Lungenerkrankung (interstitial lung disease - ILD) bzw. Pneumonitis eine häufige, potentiell tödliche Komplikation der Therapie und bedarf einer umgehenden Kortikosteroid-Behandlung sowie Pausieren bzw. Absetzen der Therapie.



AUTOR:
Dr. med. Thomas Deutsch

E-MAIL:
thomas.deutsch@med.uni-heidelberg.de

AKTUALISIERTE S2K LEITLINIE PERIPARTALE BLUTUNGEN, DIAGNOSTIK UND THERAPIE

J. Lenhardt

Dr. med. A. von Au

Die peri- bzw. postpartale Blutung (PPH) ist eine häufige Komplikation in der Geburtshilfe und stellt eine weltweit bedeutende Ursache maternaler Morbidität und Mortalität dar. Verzeichnet werden kontinuierlich steigende Inzidenzen, was durch die steigende Rate an Sectiones und den damit einhergehenden Komplikationen (Plazentaimplantationsstörungen, Placentae praeviae, etc.) bedingt ist (Chantraine und Langhoff-Roos 2013).

Der inhaltliche Fokus der aktualisierten Leitlinie liegt zum einen auf einer proaktiveren ambulanten Vorsorge, zum anderen auf der Optimierung der klinischen Organisationsprozesse, um die nicht unerhebliche Rate an vermeidbaren schweren Blutungsereignissen und ihre Folgen zu reduzieren.

Als entscheidend postuliert wird eine frühe Risikostratifizierung von Patientinnen bereits im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge, damit diese rechtzeitig an eine Klinik mit entsprechender Expertise (Verfügbarkeit von Geburtshelfern mit der Fähigkeit zur komplexen Beckenchirurgie, erfahrenen Anästhesisten, und ggf. interventioneller Radiologie) und Logistik (Bereitstellung von Blut- und Gerinnungsprodukten, Verfügbarkeit eines Notfall-Labors/POCT und einer Intensivstation im Haus) angebunden werden können. Da für die PPH kein valides Risikostratifizierungs- Tool (bspw. mittels Scores) besteht, ist es wichtig, die einzelnen Risikofaktoren individuell mit einzubeziehen und zu gewichten.

Ein besonderes Risiko stellen vor allem Plazentationsanomalien aus dem Placenta- accreta-Spektrum (PAS) und Placentae praeviae dar, von denen ein großer Anteil in den Vorsorgen unerkannt bleiben (Thurn et al. 2016). Bei gleichzeitigem Vorliegen einer Placenta praevia und Z.n. Sectio zeigt sich ein deutlich erhöhtes Risiko für ein PAS, welches mit der Anzahl der Sectiones in der Anamnese exponentiell ansteigt. Dies gilt auch für andere uterine Operationen wie Kürettagen, Interruptiones, entzündliche Geschehen (Endomyometritiden) oder auch andere Uteruspathologien (Uterus bicornis, Adenomyosis uteri, submuköse Myome).

Daher gilt die Empfehlung, bei Vorliegen dieser Risikofaktoren eine PAS in der Routine- Sonographie im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge auszuschließen: Zeigen sich bereits im I. Trimester dafür Hinweise, sollte im II.

Trimenon bei persistierendem V.a. Placenta praevia oder PAS ein Transvaginalultraschall zur Diagnosesicherung durchgeführt werden. Bei Auffälligkeiten sollten Verlaufskontrollen etwa alle 4 Wochen erfolgen. Bei diagnostischen Unsicherheiten (bspw. durch ungünstige Schallbedingungen bei Adipositas) kann die zusätzliche Durchführung einer MRT wegweisend sein. Ziel der ambulanten Betreuung ist, die betroffenen Frauen frühzeitig in einer geeigneten Entbindungsklinik vorzustellen, um Geburtszeitpunkt und – modus festzulegen. Auch können im Vorfeld in Antizipation einer PPH bereits optimale Grundlagen geschaffen werden, bspw. durch das Ausgleichen einer Anämie (Ziel- Hb > 9mg/dl).

Ist die Patientin einer entsprechenden Klinik zugeführt, hat dort das Management einer PPH sowohl präventiv als auch therapeutisch in einem interdisziplinären Team zu erfolgen.

Bezüglich der Prävention einer PPH wird in der aktualisierten Leitlinie postpartal die prophylaktische Gabe von Uterotonika in Form von Oxytocin 3-5 IE oder Carbetocin 100mcg i.v. als Kurzinfusion empfohlen. Letzteres hat sich durch seine längere HWZ und den Vorteil der nachhaltigeren Wirkung auf Uteruskontraktion in Studien vorteilig gezeigt (Jaffer et al. 2022). Die prophylaktische Gabe von Tranexamsäure bringt keinen klinisch relevanten Vorteil und der Einsatz ist daher erst bei bestehender Diagnose einer PPH zu therapeutischen Zwecken empfohlen.

Als ein bedeutendes Defizit wird die verzögerte Diagnosestellung einer schweren PPH durch die visuelle Unterschätzung des tatsächlichen Blutverlustes postuliert. Diesem kann durch volumetrische Messungen (durch Auffangbeutel) oder durch einfaches Wiegen (Wäsche, Vorlagen, Tücher) effizient begegnet werden.

Ist die Diagnose einer PPH gestellt, gelten parallel zur gezielten Ursachenbehandlung die folgenden therapeutischen medikamentösen und operativen Empfehlungen:

- medikamentös: Oxytocin (first-line) 3-5 IE als Kurzinfusion gefolgt von 10-40 IE Oxytocin als Dauerinfusion, parallel dazu 1g Tranexamsäure i.v.,
 - o ggf. soll im Verlauf bei Versagen bzw. Nichtansprechen von First-line-Uterotonika ohne zeitliche Verzögerung auf Prostaglandine umgestellt werden. Empfohlen wird der Einsatz von Sulproston
- Überbrückende Maßnahmen „bridging“ wie z.B. Bakri-Ballonkatheter, temporäre Ballonokklusion der Aa. iliaca oder Aorta)
- Definitive operative bzw. interventionelle Therapie: Uteruskompressionsnähte, Gefäßligaturen der Ae. Uterinae und Äste, Embolisation der A. uterina und als ultima ratio die Hysterektomie

Bei elektiven Sectiones und einem antizipierten hohen Risiko für eine schwere peripartale Blutung kann die Einbindung der interventionellen Radiologie bereits präventiv erfolgen, bspw. durch präoperative Gefäßkatheterisierungen und Einführung von Okklusionsballons. Eine Hysterektomie als ultima ratio ist insbesondere zu erwägen bei ausgedehntem PAS mit therapieresistenten Blutungen, nicht rekonstruierbaren Uterusläsionen und hämodynamischer Instabilität und sollte nicht zu spät indiziert werden (Rossi et al. 2010). Begleitend dazu wird die Bedeutung eines adäquaten Gerinnungsmanagements unterstrichen: Schaffung von grundlegenden Rahmenbedingungen (d.h. Normothermie, Adzidoseausgleich und Normocalcämie), die frühzeitige Applikation von Tranexamsäure, Transfusion von EKs, Gabe von Frischplasma zum Volumenersatz und der gezielte Ersatz von Gerinnungsprodukten (Fibrinogen, TKs, PPSB, Faktoren).

Nicht zuletzt werden in der aktuellen Leitlinie auch die Empfehlungen zur Nachsorge benannt. Das sind konkret Nachgespräche mit der Patientin bzw. deren Angehörigen, der Nachsorgehebamme und dem betreuenden Frauenarzt, um psychische Folgen zu vermeiden. Ferner sollte bei Verdacht auf das Vorliegen einer Koagulopathie als Blutungsursache eine weiterführende Gerinnungsdiagnostik erfolgen. Für geburtshilfliche Teams werden zudem regelmäßige interdisziplinäre Simulationstrainings und die Implementierung standardisierter SOPs für die Vorbereitung zum Management perspektivischer PPH empfohlen.

Key Points:

1. Proaktive ambulante Schwangerenvorsorge mit systematischer Stratifizierung von high-risk Patientinnen und frühzeitige Anbindung an eine entsprechende Entbindungsklinik
2. Der transvaginale Ultraschall stellt ein hochspezifisches und sensitives Tool zur Diagnostik einer Plazenta praevia oder Plazentationsstörung dar
3. Bei diagnostischen Unsicherheiten Durchführung einer MRT erwägen
4. Zu erfüllende Voraussetzungen für die Entbindungsklinik sind entsprechende personelle Expertise (Verfügbarkeit von Geburtshelfern mit der Fähigkeit zur komplexen Beckenchirurgie, erfahrenen Anästhesisten, und ggf. interventioneller Radiologie) und Logistik (Bereitstellung von Blut- und Gerinnungsprodukten, Verfügbarkeit eines Notfall- Labors/POCT und einer Intensivstation für Mutter und FIPS im Haus)
5. Entsprechende Vorbereitung insb. bei elektiven Sectiones, in Form von Bereitstellung von Blut- und Gerinnungsprodukten, rechtzeitige Konsultation anderer Fachdisziplinen (Anästhesie, ggf. interventionelle Radiologie)
6. Prophylaktische Applikation von Uterotonika bei allen vaginalen und Schnittentbindungen
7. Der tatsächliche peripartale Blutverlust wird visuell meist unterschätzt!



AUTORINNEN:

Judith Lenhardt
Dr. med. Alexandra von Au

E-MAIL:

Judith.Lenhardt@med.uni-heidelberg.de
Alexandra.Au@med.uni-heidelberg.de

NEUAUFSTELLUNG DER SEKTION UROGYNÄKOLOGIE AN DER UNIVERSITÄTS-FRAUENKLINIK

P. Kess

Dr. med. U. Hurst

Die Urogynäkologie ist und bleibt auch in Zukunft ein wichtiger Pfeiler des klassischen gynäkologischen Therapiespektrums. Mit der Überalterung der Gesellschaft wächst ihre epidemiologische Bedeutung von Jahr zu Jahr. Bereits heute leiden in Deutschland rund sechs Millionen Frauen dauerhaft oder mindestens vorübergehend an Inkontinenz und/oder einer Schwächung des Beckenbodens. Die Therapie der Beckenboden-assoziierten Erkrankungen stellt dabei besondere Herausforderungen an niedergelassene Ärzte und Zentren, da sie sich zeitlich meist über ein mindestens halbes Frauenleben von der Schwangerschaft bis ins Senium erstreckt. In den unterschiedlichen Lebensphasen und Erkrankungsstadien stehen dabei heute vielfältige, interdisziplinäre Behandlungsmethoden zur Verfügung, die über das konservative bis zum operativen Spektrum eine hochindividualisierte Therapie ermöglichen.

Wir freuen uns deshalb sehr Ihnen heute über die Neuaufstellung und -ausrichtung der Sektion für Urogynäkologie der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg berichten zu dürfen.

Mit der personellen Neuaufstellung im Leitungsbereich der Klinik, sowie dem Zugewinn erfahrenen operativen Personals, werden nun neben der Diagnostik auch die konservativen und operativen Therapien urogynäkologischer Erkrankungen wieder unter dem Dach der Universitäts-Frauenklinik vereint und das Spektrum dadurch maßgeblich erweitert.

Unter der Leitung von Oberärztin Frau Dr. Ursula Hurst bieten wir eine umfassende Diagnostik und individuell abgestimmte Therapien aller Erkrankungen und Beschwerden rund um den weiblichen Beckenboden an. Frau Dr. Hurst, wie auch Oberarzt Herr Dr. Dirk Pollmann bereichern die Frauenklinik dabei mit ihrer jahrzehntelangen Erfahrung und Expertise in der Behandlung sowohl von Ersterkrankungen, wie auch Rezidiverkrankungen des Beckenbodens nach bspw. vorangegangenen Operationen und erweitern das operative Spektrum der Abteilung für Urogynäkologie.

In unserer an jedem Montag und Mittwoch angebotenen urogynäkologischen Sprechstunde steht vor einer adäquaten Therapie dann zunächst eine ausführliche Anamnese und Diagnostik.

Insbesondere bei Harninkontinenz stellt dabei ein **Miktions- und Trinkprotokoll** die wichtigste Grundlage einer Erstvorstellung dar. Eine entsprechende Vorlage finden Sie, genau wie einen ausführlichen **Fragebogen zur Präzisierung der Beschwerdesymptomatik** auf unserer Website. Beide Dokumente bringen die Patientinnen im Idealfall bereits ausgefüllt zum Sprechstundentermin mit. Diagnostisch schließt sich an eine allgemeine gynäkologische Untersuchung und einen Beckenboden-Ultraschall, falls im individuellen Fall notwendig, eine urodynamische Messung zur differentialdiagnostischen Unterscheidung verschiedener Inkontinenzformen an.

Je nach vorliegendem Krankheitsbild ziehen wir **weitere Fachbereiche interdisziplinär** hinzu: Chirurgie, Urologie, Neurologie, Neurochirurgie, Querschnittszentrum der Neurologie, Innere Medizin, Psychosomatik, Sportmedizin, etc. Die Radiologische Klinik verfügt über eine große Expertise im Bereich der Diagnostik von Beckenbodenfunktionsstörungen und ergänzt die bildgebende Diagnostik ggf. mittels Röntgenaufnahmen, Computertomographie (CT) und Kernspintomographie (MRT). Ziel ist es zudem in den kommenden Monaten eine interdisziplinäre Konferenz für komplexe Fallbesprechungen zu etablieren.

Neben der Erweiterung des operativen Spektrums ist es uns ein Anliegen konservative Therapieverfahren im individuellen Fall wieder stärker in den Fokus zu rücken. Die **Pessartherapie** und medikamentöse Behandlungen bleiben dabei weiterhin wichtige Säulen des Therapiekonzepts.

Zusätzlich konnte eine erfahrene **Urotherapeutin** als medizinische Fachangestellte für die Sprechstunde gewonnen werden. Gemeinsam mit dieser werden Lifestyle-Interventionen, ebenso wie Methoden des Bio-Feedbacks zum Beckenbodentraining und Elektrostimulations-Behandlungen fallbezogen mit den Patientinnen erörtert und eingesetzt. Das Zentrum für **Physiotherapie** bietet auf Grundlage der individuellen Bedürfnisse für jede Patientin ein spezielles Beckenbodentraining an.

Reichen diese Maßnahmen nicht aus, steht nun die gesamte **Bandbreite** etablierter **operativer Verfahren der Deszensus- und Inkontinenz-Chirurgie** zur Verfügung. Nach ausführlicher Diagnostik wird das ausgewählte OP-Verfahren auf die **individuellen Beschwerden**, Wünsche und die körperliche Fitness der einzelnen Patientin abgestimmt. Bei Defekten im vorderen Kompartiment werden vaginale Verfahren bevorzugt. Im mittleren Kompartiment und bei lateralem Defekt, sowie rotatorischem Deszensus eher die abdominalen Verfahren. Auch Kombinationen sind möglich.

Die vaginalen Verfahren können dabei ggf. auch die klassische vaginale Hysterektomie, sowie unterschiedliche Verfahren zur Rekonstruktion der Beckenbodenanatomie bis hin zu netzgestützten Verfahren und der

Kolposuspension nach Burch beinhalten. Von abdominal werden bevorzugt minimal invasive Verfahren zur Fixierung des Uterus, der Cervix oder der Vagina mit Netzinterponat am Os sacrum eingesetzt.

Auch die Hysterektomie kann von abdominal und dabei ggf. minimalinvasiv erfolgen. Zur Behandlung insbesondere der Belastungsinkontinenz können spannungsfreie Bänder (TVT) eingesetzt werden.

Und nicht zuletzt liegt uns zur optimalen Versorgung unserer gemeinsamen urogynäkologischen Patientinnen eine engere Vernetzung mit den Kolleginnen und Kollegen der ambulanten Versorgung sehr am Herzen. Gerade bei lange andauernden, konservativen Therapieregimen, aber auch bei der individuellen operativen Therapieplanung ist ein enger Austausch hier essentiell. Wir möchten Sie daher herzlich einladen mit den urogynäkologischen Ansprechpartnern der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg fallbezogen Kontakt aufzunehmen.

Um schließlich die zwei weiteren Kernaufgaben einer Universitätsklinik zu erfüllen, liegt uns neben der klinischen Versorgung auch die Forschungs- und Lehrtätigkeit sehr am Herzen: mit dem Ziel Behandlungsmöglichkeiten stetig zu erweitern und die Qualität unserer Arbeit zu evaluieren und zu dokumentieren. Über Fortbildungsmöglichkeiten und Vortragsveranstaltungen werden wir Sie über die üblichen Kanäle informieren.

Therapiespektrum

- Medikamentöse Behandlung
- Versorgung mit Hilfsmitteln (z.B. Pessare)
- Biofeedbacktraining
- Spannungsfreie Bänder (TVT)
- Kolposuspensionen
- Harnröhren-Unterspritzungen
- Botoxinjektionen
- Operative Behandlung von Senkungen über den abdominalen Zugangsweg (minimal-invasiv per Laparoskopie oder konventionell) und vaginal mit Eigen- und Fremdgewebe
- Sakrale Neuromodulation
- Revisionen bei Komplikationen nach Band- und Netzeinlagen
- Beratung bzgl. Prävention von Beckenbodenfunktionsstörungen

Ansprechpartner



Dr. med. Ursula Hurst
ursula.hurst@med.uni-heidelberg.de

Peter Keß
peter.kess@med.uni.heidelberg.de
06221 56 34270

SO ERREICHEN SIE UNS

Prof. Dr. M. Wallwiener



Markus.wallwiener@med.uni-heidelberg.de
Direkte Durchwahl: 06221-5636956

Sekretariat 06221/56-7901 oder 7906

Servicehotline 06221/56-38178

Mo-Do 08:00-15:30 und Fr 08:00-13:00

Ihre Servicenummer für Rückfragen

06221/56-7901, 56-7906

Mo-Do 08:00-15:30 und Fr 08:00-13:00

Patientenmanagement

06221/56-7938

Mo-Do 08.00-15.30 und Fr 08.00-13.00

Onkologische Ambulanz NCT

06221/56-7985

Mo-Do 07:30-16:00 und Fr 07:30-14:30

Onkologische Tagesklinik NCT

06221/56-7348

Brustsprechstunde

06221/56-7883

Mo-Do 07:30-16:00 und Fr 07:30-14:00

Schwangerenambulanz

06221/56-7896

Mo-Do 08:30-15:00 und Fr 08:30-14:30

Pränataldiagnostik

06221/56-7896

Mo-Do 08:30-15:00 und Fr 08:30-14:30

Kreißsaal

06221/56-7971

Allgemeine Ambulanz

06221/56-7934

Mo-Do 08:30-15:30 und Fr 08:30-13:00

Dysplasiesprechstunde



Ansprechpartnerin:

Dr. L. Nees

LisaKatharina.Nees@med.uni-heidelberg.de

06221/56-7934

Di+Do 08:00-15:30

Operative Endoskopie

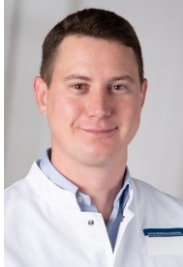


Ansprechpartner: Dr. Dirk Pollmann

Dirk.Pollmann@med.uni-heidelberg.de

06221/56-310542

Urogynäkologiesprechstunde

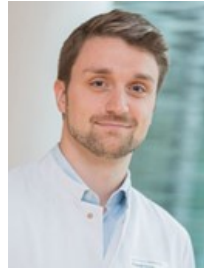


AnsprechpartnerInnen:
P. Keß
Dr. U. Hurst

Peter.Keß@med.uni-heidelberg.de

06221/56-7934
Mo 08:00-15:30

Organsprechstunde (Zentrum für gynäkologische Tumoren)



AnsprechpartnerInnen:
Dr. F. Riedel
J. Reutter (PCN)

Organ.Zentrum@med.uni-heidelberg.de
Jasmin.Reutter@med.uni-heidelberg.de

06221/56-7934
Mo-Do 15:00-15:30

Gynäkologische Schmerzsprechstunde



Ansprechpartner:
Dr. S. Weinschenk

stefan.weinschenk@med.uni-heidelberg.de

06221/56-7934
Frauenklinik.Ambulanz.Allgemeine@med.uni-heidelberg.de

WELCHE THEMEN WÜNSCHEN SIE SICH? WENDEN SIE SICH AN UNSER NEWSLETTER-TEAM:



Lea Sych
Lea.Sych@med.uni-heidelberg.de



Dr. Evi Katagis
Evi.Katagis@med.uni-heidelberg.de



Prof. Dr. M. Wallwiener
Markus.wallwiener@med.uni-heidelberg.de