



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG



NEWSLETTER

UNIVERSITÄTS-FRAUENKLINIK | AUSGABE 03 | AUGUST 2020

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

in dieser dritten Ausgabe des Newsletters für das Jahr 2020 möchten wir wieder über aktuelle, neue Entwicklungen aus den Bereichen Geburtshilfe, Gynäkologie und Onkologie berichten.

Das operative axilläre Vorgehen beim Mammakarzinom ist stetigen Neuerungen unterlegen. In dieser aktuellen Newsletterausgabe informieren wir über das aktuelle, operative axilläre Management beim primären oder lokal rezidierten Mammakarzinom. Des Weiteren stellen wir Ihnen ein Projekt zur Evaluation eines *Decision Coaching Programms* zur strukturierten Entscheidungsunterstützung bei präferenzsensiblen Entscheidungen im Rahmen der risikoadaptierten Prävention bei BRCA_{1/2} Mutationsträgerinnen („EDCP-BRCA“) vor.

Sie erhalten einen kurzen Überblick über eine Metaanalyse zur totalen versus partiellen Salpingektomie im Rahmen der Sterilisation bei Sectio caesarea. Zudem informieren wir Sie über das Childhood-Haus Heidelberg, ein kinderfreundliches, interdisziplinäres und behördenübergreifendes Zentrum für Kinder, die Opfer und Zeugen von Gewalt wurden. Abschließend enthalten ist ein Beitrag über die „vertrauliche Geburt“, ein Angebot für schwangere Frauen mit Anonymitätswunsch medizinisch sicher und vertraulich zu entbinden.

Ich freue mich auf eine weitere gute Zusammenarbeit in 2020.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. C. Sohn
Ärztlicher Direktor

Prof. Dr. med. M. Wallwiener
Stellvertretender Ärztlicher Direktor

INHALT/THEMEN

› Operatives axilläres Management beim primären oder lokal rezidierten Mammakarzinom

› Studienbeginn des Projekts der Evaluation eines Decision Coaching Programms zur strukturierten Entscheidungsunterstützung bei präferenzsensiblen Entscheidungen im Rahmen der risikoadaptierten Prävention bei BRCA_{1/2} Mutationsträgerinnen („EDCP-BRCA“)

› Totale versus partielle Salpingektomie im Rahmen der Sterilisation bei Sectio caesarea

› Das Childhood-Haus Heidelberg

› Die vertrauliche Geburt

Im Neuenheimer Feld 440
69120 Heidelberg
Tel: +49 6221 56-7901
Fax: +49 6221 56-
www.klinikum.uni-heidelberg.de

OPERATIVES AXILLÄRES MANAGEMENT BEIM PRIMÄREN ODER LOKAL REZIDIERTEN MAMMAKARZINOM

S. Jauch, Dr. S. Hug, PD Dr. A. Hennigs, Prof. Dr. M. Golatta, Prof. Dr. J. Heil

Das operative axilläre Vorgehen beim Mammakarzinom ist stetigen Neuerungen unterlegen (siehe auch Newsletter IV/2019). Bei initial klinisch und sonographisch unauffälligen axillären Lymphknoten (cNo) ist die Sentinellymphonodektomie (SLNE) Standard. Verglichen mit der axillären Lymphonodektomie (ALNE) ist diese mit einer deutlich geringeren Morbidität wie Lymphödem und Bewegungseinschränkungen des Armes etc. assoziiert (Galimberti et al., 2013).

Gemäß Leitlinienempfehlung erfolgt bei Mikrometastasen im Sentinellymphknoten sowohl im Z.n. brusterhaltender Therapie (BET) als auch nach Mastektomie keine sekundäre ALNE. Nach aktueller Studienlage besteht hier kein erhöhtes regionäres Lokalrezidivrisiko (Galimberti et al., 2013). Ausgenommen sind Patientinnen nach neoadjuvanter Therapie, bei denen weiterhin die sekundäre ALNE empfohlen wird. Bei pT₁-pT₂ Tumoren nach BET und 1-2 positiven Sentinellymphknoten wird analog der ACOSOG Z0011 Daten auf eine komplettierende ALNE verzichtet, da diese keinen signifikanten Einfluss auf das Gesamtüberleben oder Rezidivrisiko zeigen konnte (Giuliano et al., 2010; Giuliano et al. 2011; Giuliano et al. 2017). Nach durchgeführter Mastektomie im weiterhin identischen Kontext ist die Datenlage noch unzureichend. Daher wird hier der individuelle Fall gemeinsam mit den Kollegen der gynäkologischen Onkologie am NCT diskutiert. Eine sekundäre ALNE wird in domo dann empfohlen, sofern diese für das adjuvante Therapiemanagement relevant ist. Alternativ erfolgt eine Radiatio von Axilla und Lymphabflusswegen. Darüber hinaus - also ab pT₃ Tumoren oder 3 positiven Sentinellymphknoten - wird die komplettierende ALNE empfohlen.

Sonographisch suspekten axillären Lymphknoten (bis einschließlich cN₂) werden in unserem Brustzentrum zunächst prätherapeutisch histologisch abgeklärt und clipmarkiert, wobei der auffälligste zugängliche Lymphknoten biopsiert wird. Das Vorgehen bei klinisch suspekten aber histologisch unauffälligen Lymphknoten entspricht dem bei initial unauffälligen Lymphknoten. Patientinnen ohne neoadjuvante Therapie und mit histologisch tumorbehafteten Lymphknoten wird die ALNE inklusive des clipmarkierten Lymphknotens empfohlen und die Teilnahme an der TAXIS-Studie angeboten (siehe Newsletter III/2019). Diese randomisierte Phase III Studie (NCT03513614) soll die onkologische Sicherheit einer fokussierten Axillachirurgie ausgerichtet am Ausmaß des Lymphknotenbefalls evaluieren. Dabei wird

intraoperativ in ALNE versus „tailored axillary surgery“ (TAS) mit konsekutiver Axillabestrahlung - bei der additiv zur SLNE der clipmarkierte und weitere makroskopisch auffällige Lymphknoten entfernt werden - randomisiert. Ab cN₃ wird die ALNE ohne vorherige histologische Sicherung eines Lymphknotens empfohlen.

Dasselbe Procedere findet bei Auftreten eines intramammären Lokalrezidivs ohne vorherigen axillären Eingriff Anwendung. Im Z.n. SLNE oder ALNE und klinisch unauffälligen oder klinisch suspekten aber stanzbiologisch negativen Lymphknoten wird kein axillärer Eingriff vorgenommen. Stanzbiologisch tumorbehaftete Lymphknoten werden im Rahmen der dann empfohlenen (Re-) ALNE mitentfernt.

Bei klinisch axillärer Komplettremission nach neoadjuvanter Therapie (ycNo) wird in unserem Brustzentrum die „targeted axillary dissection“ (TAD), vergleichbar der TAS, angeboten (Caudle et al, 2016). Sollten sich dennoch histologisch Lymphknotenmetastasen zeigen, schließt sich sequenziell die ALNE an. Bei persistierend suspekten Lymphknoten wird eine ALNE durchgeführt bzw. die TAXIS-Studienteilnahme erneut vorgeschlagen. Nach erfolgter TAS und weiterhin positiven Lymphknoten im endgültigen Präparat wird hierbei sekundär in Axilla versus Axillabestrahlung randomisiert.

Das angepasste axilläre Management soll das operative Ausmaß und die Morbidität reduzieren und damit die Lebensqualität verbessern. Entscheidend ist in jedem Fall die ausführliche Aufklärung der Patientin - besonders auch hinsichtlich der teils eingeschränkten Datenlage.

Ansprechpartner:

S. Jauch

Sarah.Jauch@med.uni-heidelberg.de

STUDIENBEGINN DES PROJEKTS DER EVALUATION EINES DECISION COACHING PROGRAMMS ZUR STRUKTURIERTEN ENTSCHEIDUNGSUNTERSTÜTZUNG BEI PRÄFERENZSENSIBLEN ENTSCHEIDUNGEN IM

RAHMEN DER RISIKOADAPTIERTEN PRÄVENTION BEI BRCA1/2 MUTATIONSTRÄGERINNEN („EDCP-BRCA“)

Dr. med. G. Faigle-Krehl

Hintergrund: Pathogene BRCA1- oder BRCA2-Keimbahnvarianten sind am häufigsten bei familiärem Brust- und Eierstockkrebs nachweisbar. Für die betroffenen Frauen besteht ein deutlich erhöhtes kumulatives Risiko, an Brustkrebs und/oder Eierstockkrebs im Laufe ihres Lebens zu erkranken. Diese Frauen haben im Rahmen der risikoadaptierten Prävention verschiedene Handlungsalternativen (intensivierte Früherkennung, prophylaktische Entfernung des Brustdrüsengewebes, prophylaktische Entfernung beider Adnexen). Da in Bezug auf das Mammakarzinomrisiko keine der Handlungsalternativen einen klaren Vorteil bezüglich klinischer Endpunkte birgt und alle Handlungsalternativen Nutzen und Risiken haben, die von den ratsuchenden Frauen in Abhängigkeit ihrer Wertvorstellungen und individuellen Lebensumstände unterschiedlich beurteilt werden, stehen sie vor einer sogenannten präferenzsensiblen Entscheidung. Ein Großteil der Ratsuchenden bevorzugt in diesem Prozess eine aktive Rolle. Wird dieser Wunsch nicht berücksichtigt, kommt es oftmals zu Entscheidungskonflikten, die in Verzögerung von Therapieentscheidungen, Unzufriedenheit, Bedauern der getroffenen Entscheidung oder Schuldzuweisungen an die Therapeuten münden können. Übergeordnetes Ziel dieses Projekts ist die Adaption, Implementierung und Evaluation eines strukturierten, modularen und bedarfsadaptierten Entscheidungscoachings zur Verbesserung von Entscheidungskompetenz und Entscheidungsqualität im Sinne einer aktiven, informierten Rolle von Frauen mit pathogener BRCA1/2 Keimbahnvariante unter Einbeziehung spezialisierter Pflegekräfte in die klinische Routineversorgung.

Ablauf: Das Projekt wird deutschlandweit in 6 Zentren für familiären Brust- und Eierstockkrebs umgesetzt. Das im Rahmen des „EDCP-BRCA“ adaptierte Entscheidungscoaching für gesunde Frauen mit pathogener BRCA1/2 Keimbahnvariante wird in der Studiengruppe die bestehende Beratungsinfrastruktur durch eine Beratung von Pflegenden ergänzen. Die Kontrollgruppe erhält die Routineversorgung, welche aus einer umfassenden Risikoberatung mit dem behandelnden Arzt besteht. Die Rekrutierung von Ratsuchenden findet durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte im Rahmen des Gesprächs zur Genbefundmitteilung und Risikoberatung statt. Auch können Frauen direkt für diese Studie an das Zentrum verwiesen werden.

Eingeschlossen werden können Frauen

- mit diagnostizierten, eindeutig pathogener BRCA1/2 Keimbahnvariante
- zwischen 25 und 60 Jahren und
- ausreichenden Kenntnissen der deutschen Sprache,
- die noch nicht an Brustkrebs oder Eierstockkrebs erkrankt sind und bei denen noch keine prophylaktische OP terminiert ist.

Die Teilnahme an der Studie ist mit keinen Risiken verbunden. Der Mehraufwand der Studienteilnehmerinnen beschränkt sich auf das Ausfüllen der zugeschickten Fragebögen. Den betroffenen Frauen entsteht durch die Teilnahme kein Nachteil. Interessierte können sich direkt melden bei Michaela Glocker, Studienassistentin, Breast Care Nurse <michaela.glocker@med.uni-heidelberg.de>

Ansprechpartnerinnen:

Frauenklinik:

Prof. Dr. med. S. Schott

sarah.schott@med.uni-heidelberg.de

Dr. med. G. Faigle-Krehl

gesine.faigle-krehl@med.uni-heidelberg.de

Michaela Glocker, Studienassistentin

<michaela.glocker@med.uni-heidelberg.de>

Genetische Poliklinik:

Dr. med. N. Dikow

nicola.dikow@med.uni-heidelberg.de

Nadine Kempf, Patientenmanagement

<nadine.kempf@med.uni-heidelberg.de>

TOTALE VERSUS PARTIELLE SALPINGEKTOMIE IM RAHMEN DER STERILISATION BEI SECTIO CAESAREA

Dr. med. T. Hassel

In der vorliegenden Arbeit, „Salpingectomy at the Time of Cesarean Delivery: A Systematic Review and Meta-analysis“ von Roekner JT et al. aus dem Jahr 2020 wurden die Unterschiede zwischen der Operationszeit und dem operativen Outcome der Sterilisation bei abgeschlossener Familienplanung im Rahmen einer Sectio verglichen. Als Grundlage für die Arbeit

wurden die gängigen Datenbanken bis Juli 2019 herangezogen. Es wurden alle Studien berücksichtigt, die die Operationszeit und darüber hinaus mindestens ein weiteres Kriterium wie postoperative Infektionen, Transfusionen, Hämatokritveränderungen oder einen erhöhten intraoperativen Blutverlust anführten. Als Ergebnis wurden 11 Arbeiten (drei randomisiert, kontrollierte Studien und 78 retrospektive Kohortenstudien) identifiziert, die insgesamt Datensätze zu 320443 Frauen umfassten, die im Rahmen einer Sectio eine totale oder partielle Salpingektomie erhielten. Dabei zeigte sich, dass die Operationszeit bei der totalen Salpingektomie um 6,3 Minuten signifikant verlängert ist (95% CI 3.5–9.1, sieben Studien mit 7,303 Patientinnen). Jedoch zeigte sich innerhalb von 3 randomisierten, kontrollierten Studien die Datensätze zu 163 Frauen umfassten keine statistisch signifikante Verlängerung der Operationszeit (bei 8.1 Minuten, 95% CI –4.4 bis 20.7). Weiterhin fanden sich keine Unterschiede bezüglich Wundinfektionen, Transfusionen, Revisionsoperationen, Verletzungen benachbarter Organe, Blutverlust, Hämoglobinveränderungen und der Hospitalisationszeit. Daraus schlussfolgerten die Autoren, dass die totale Salpingektomie im Rahmen der Sectio die Operationszeit etwas verlängert, jedoch zu keinen vermehrten intra- oder postoperativen Komplikationen im Vergleich zur klassischen partiellen Salpingektomie führt. Daher sollte im Rahmen der Aufklärung zur Sterilisation im Rahmen der Sectio, gerade vor dem Hintergrund des vermutlich durch die komplette Salpingektomie reduzierten Risikos für Ovarial- und Tubenkarzinom, die komplette Salpingektomie mit der Patientin diskutiert werden.

Ansprechpartner:

Dr. med. Tim Hassel

Tim.Hassel@med.uni-heidelberg.de

DAS CHILDHOOD-HAUS HEIDELBERG

Dr. med. H. Zipser, Dr. med. J. Brucker

Im Jahr 2019 wurden über 15.000 Kinder in Deutschland polizeilich erfasst als Opfer sexuellen Missbrauchs [1]. Die Dunkelziffer ist weitaus höher. Laut Bundeskriminalamt wird geschätzt, dass nur jeder 15. bis 20. Fall angezeigt wird [2]. Studien haben gezeigt, dass sexueller Missbrauch häufig im nahen Umfeld des Kindes, familiärer Umgebung, Sportverein oder Betreuungseinrichtung, stattfindet [3,4]. Gerade deshalb ist es umso wichtiger, dass Kindern ein geschützter Rahmen geboten wird, in dem Untersuchungen und Gespräche zur Fallaufklärung stattfinden können, auch um weitere Traumatisierung zu vermeiden. Die medizinische Untersuchung der Kinder wird nicht nur

durch Pädiater und Rechtsmediziner, sondern auch durch Gynäkologen durchgeführt. Am Universitätsklinikum Heidelberg gibt es das interdisziplinäre Kinderschutzteam, von Seiten der Frauenklinik ist Oberärztin Dr. med. Janina Brucker der Frauenklinik als Kinder- und Jugendgynäkologin Ansprechpartnerin.

Sexueller Kindesmissbrauch ist eine Thematik, die interdisziplinäres Arbeiten erfordert: Justiz (Rechtsanwälte, Richter), Polizei, Psychologie, Jugendamt und Medizin (Pädiatrie, Rechtsmedizin, Gynäkologie) [5]. Seit September 2019 gibt es das Childhood-Haus Heidelberg, ein kinderfreundliches, interdisziplinäres und behördenübergreifendes Zentrum für Kinder, die Opfer und Zeugen von Gewalt wurden. Aufbauend auf dem skandinavischen Konzept des „Barnahus“ (wörtlich „Kinderhaus“) geht es hier im Ermittlungsverfahren nicht nur um die Wahrheitsfindung, sondern auch um das Wohlbefinden des betroffenen Kindes [6]. In kinderfreundlich gestalteten Räumen können die von sexuellem Missbrauch betroffenen Kinder alle Aussagen für ein späteres Ermittlungsverfahren treffen, es gibt die Möglichkeit derartige Interviews per Video in einen anderen Raum zu übertragen und digital per Tablets Fragen zu stellen, damit das Kind nur von einer einzigen vertrauensvollen Person befragt werden kann. Außerdem können die Gespräche aufgezeichnet werden, damit das Kind nicht vor Gericht erscheinen muss. Desweiteren gibt es Untersuchungsräume, in denen Rechtsmediziner, Pädiater und Gynäkologen die erforderlichen medizinischen Untersuchungen durchführen können. Sowohl für Kinder als auch deren Eltern gibt es Unterstützung und Beratung, auch bezüglich langfristiger Anbindungen.

Das Childhood-Haus Heidelberg, das unter der Trägerschaft des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Heidelberg gemeinsam mit der World Childhood Foundation und der Förderung durch die Klaus-Tschira-Stiftung entstand, ist das zweite seiner Art in Deutschland. Weitere Projekte in deutschen Städten sind geplant. Seit der Eröffnung September 2019 sind bereits 71 Fälle im Childhood-Haus behandelt worden (Stand Mai 2020).

Für niedergelassene Pädiater und Gynäkologen ist der Kontakt über eine Case Managerin eingerichtet. Sollten sich bei Ihnen in der Praxis Betroffene melden, kann über untenstehende Daten der vertrauensvolle Kontakt hergestellt werden. Weitere Informationen finden Sie auch auf der Homepage des Childhood-Haus Heidelberg (<https://www.childhood-haus.de>).

Kontakte:

Childhood-Haus Heidelberg

Voßstraße 2

69115 Heidelberg
Telefon: 06221-56 32430
Childhood-Haus@med.uni-heidelberg.de

Frauenklinik Heidelberg
Allgemeine Ambulanz
Telefon: 06221-567934

Kinderschutzteam Heidelberg
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Telefon: 06221-564002

DIE VERTRAULICHE GEBURT

Dr. med. E. Katagis, Dr. med. J. Spratte

Jede Frau, die ihre Schwangerschaft geheim halten möchte und sich in einer schwierigen psychosozialen Lebenssituation befindet, kann den Weg der vertraulichen Geburt wählen. Etwa 110 Frauen pro Jahr nutzen bundesweit diesen rechtssicheren Weg. Am 1. Mai 2014 trat das Gesetz zum Ausbau der Hilfen für Schwangere und zur Regelung der vertraulichen Geburt in Kraft, wodurch der rechtliche Rahmen für ein umfassendes Beratungsangebot geschaffen wurde. Die vertrauliche Geburt ist ein Angebot für schwangere Frauen mit Anonymitätswunsch und bietet diesen die Möglichkeit ihr Kind medizinisch sicher und vertraulich zu entbinden. Hierbei wird die Frau von einer Beraterin der Schwangerschaftsberatungsstelle, die an die gesetzliche Schweigepflicht gebunden ist, vor und auch nach der Geburt begleitet. Diese Schwangerschaftsberatungsstellen gelten als zentrale Anlaufstelle für die betroffenen Frauen. Sowohl die Beratung als auch die Kosten für die vertrauliche Geburt sowie Vor- und Nachsorge müssen von der Patientin nicht selbst getragen werden. Auch Männer, Familienangehörige, Bekannte oder Freunde haben die Möglichkeit einer kostenfreien Beratung. Eine medizinische Betreuung ist nicht nur im Krankenhaus möglich. Auch eine Hebamme kann die Patientin bei der Geburt in einem Geburtshaus oder zuhause begleiten.

Während des gesamten Verfahrens für die vertrauliche Geburt erhält die Schwangere ein Pseudonym. Die realen Personalien werden auf einem sogenannten Herkunftsnachweis vermerkt und beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) hinterlegt. Lediglich zu Beginn des Verfahrens muss sich die Patientin einmalig und nur gegenüber Ihrer Beraterin ausweisen. Die Klinik setzt sich mit der Beratungsstelle in Verbindung, die sich wiederum mit der Patientin in

Verbindung setzt und sich um alles Weitere kümmert. Auf diese Weise bleiben die Daten der Frau stets anonym. Ausschließlich das Kind der Patientin hat die Möglichkeit nach seinem 16. Geburtstag die hinterlegten persönlichen Daten einzusehen, um seine Herkunft zu erfahren. Sollte die Patientin auch nach 16 Jahren weiterhin ihre Identität schützen wollen, wird das Familiengericht die Interessen von Mutter und Kind sorgfältig abwägen und ggf. das Auskunftsverlangen zurückweisen.

Nach der Geburt nimmt das Jugendamt das Kind in Obhut und das Kind erhält einen vom Familiengericht bestellten Vormund. Das Standesamt trägt das Kind mit dem gewählten Namen ins Geburtenregister ein. Die gesetzlichen elterlichen Sorgfaltspflichten bestehen kraft Gesetz zunächst nicht. Das Adoptionsverfahren wird eingeleitet, sofern sich die Patientin gegen ein Leben mit ihrem Kind entscheidet. Bis das Adoptionsverfahren abgeschlossen ist – erfahrungsgemäß nach ca. einem Jahr – kann sich die Patientin auch umentscheiden. Hierzu muss die Patientin ihre Anonymität aufgeben und ihre Mutterschaft feststehen. Das Familiengericht entscheidet anschließend unter Berücksichtigung des Kindeswohles.

Auch nach der Geburt wird die Patientin weiterhin sowohl medizinisch als auch beratend unterstützt. Sollten Patientinnen nicht wissen wie es nach der Geburt weitergehen soll, können diese auf ein Netz an Beratungs- und Hilfsangeboten des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) hingewiesen werden. Auf der Homepage stellt das BMFSFJ zielgruppenspezifische und praxisorientierte Informationsmaterialien unter anderem in Form einer Broschüre zur Verfügung. Weitere aktuelle Informationen und Kontakt zu Beratungsstellen in der Nähe erhalten Sie bzw. Ihre Patientinnen zudem über das Hilfetelefon Schwangere in Not – anonym & sicher unter 0800 4040020 sowie unter www.geburt-vertraulich.de.

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

ANSPRECHPARTNER FÜR DEN NEWSLETTER:

Sollten Sie Themenwünsche oder Anregungen für unseren Newsletter haben, können Sie sich jederzeit an folgende Personen wenden:

Prof. Dr. med. Markus Wallwiener
E-Mail: Markus.Wallwiener@med.uni-heidelberg.de

Dr. med. Evi Katagis
E-Mail: Evi.Katagis@med.uni-heidelberg.de