



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG



NEWSLETTER

UNIVERSITÄTS-FRAUENKLINIK | AUSGABE 01 | MÄRZ 2021

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

in der ersten Ausgabe unseres Newsletters in diesem Jahr möchten wir wieder über aktuelle, neue Entwicklungen aus den Bereichen Geburtshilfe, Gynäkologie und Onkologie berichten.

Eingangs finden Sie einen Beitrag zur COVID-19-Impfung in der Schwangerschaft sowie die neue Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) zur Pertussis-Impfung in der Schwangerschaft. Des Weiteren stellen wir Ihnen als Neuerung der Mutterschaftsrichtlinie die gezielte Anti-D-Prophylaxe vor.

Sie erfahren mehr zur aktuellen Datenlage zur Prävention der Frühgeburt mittels Progesteron und finden einen Artikel zu Pyridoxin bei Hyperemesis gravidarum.

Abschließend informieren wir Sie über ENABLE – eine randomisierte, kontrollierte Pilotstudie zur App-basierten Erfassung der Lebensqualität und Stärkung der Versorgungsqualität von Brustkrebspatientinnen.

Wir freuen uns auf eine weitere gute Zusammenarbeit in 2021.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. C. Sohn
Ärztlicher Direktor

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

INHALT/THEMEN

› COVID-19-Impfung in der Schwangerschaft?

› Pertussis-Impfung in der Schwangerschaft – die neue Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO)

› Neuerung der Mutterschaftsrichtlinie: Gezielte Anti-D-Prophylaxe

› Aktuelle Datenlage zur Prävention der Frühgeburt mittels Progesteron

› Pyridoxin bei Hyperemesis gravidarum

› ENABLE – Eine randomisierte, kontrollierte Pilotstudie zur App-basierten Erfassung der Lebensqualität und Stärkung der Versorgungsqualität von Brustkrebspatientinnen

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

COVID-19-IMPfung IN DER SCHWANGERSCHAFT?

Hannah Arndt, Prof. Dr. med. Herbert Fluhr

Die mittlerweile verfügbaren Impfungen gegen COVID-19 sind ein zurzeit viel diskutiertes Thema. Viele Patienten wünschen und benötigen diesbezüglich ärztliche Beratung - auch Schwangere sind hier keine Ausnahme. Die STIKO empfiehlt jedoch derzeit keine generelle Impfung von Schwangeren (Epidemiologisches Bulletin 2/21). Bei Auftreten einer COVID-19-Infektion in der Schwangerschaft ist bereits eine erhöhte Rate an Frühgeburten beschrieben worden (Dubey et al., 2020). Zudem gibt es Hinweise, dass Corona-Infektionen bei Schwangeren schwerer verlaufen als bei gleichaltrigen, nicht-schwangeren Frauen (Zambrano et al., 2020), sodass es im Zuge der Beratung einer Schwangeren letztendlich auch um eine Abwägung der individuell vorliegenden Risiken geht.

Auf Grundlage der vorliegenden Impfstudien fällt es jedoch schwer einen Rat in Bezug auf eine prophylaktische Impfung bei Schwangeren auszusprechen. Es wurden bisher offiziell keine Schwangeren in die vorliegenden Phase-III-Studien der Impfstoffe eingeschlossen, direkte Aussagen in Bezug auf Sicherheit aber auch in Bezug auf Effektivität sind somit nicht möglich (Rasmussen et al., 2020). Erschwert wird die Einschätzung auch dadurch, dass es sich bei zumindest zweien der Impfstoffe um mRNA-Impfstoffe handelt, eine Technologie die zuvor so in Bezug auf Impfungen noch nicht angewandt wurde, sodass auch keine ähnlichen Studien zur Beurteilung herangezogen werden können (Rasmussen et al., 2020).

Der Moderna-Impfstoff wurde bereits im Tiermodell an schwangeren Ratten getestet und hier zeigten sich keine Veränderungen in Bezug auf Fruchtbarkeit oder fetale Entwicklung (Vaccines and Related Biological Products Advisory Committee Meeting, 2020). Nach allem was man bisher über mRNA-Impfstoffe sowie ihren zeitnahen Abbau im Körper weiß, wird es als unwahrscheinlich eingeschätzt, dass diese die Plazentaschranke überqueren können (Rasmussen et al., 2020). Bedenken bestehen auch aufgrund der bereits beschriebenen Nebenwirkungen der Impfstoffe wie zum Beispiel der Entwicklung von Fieber nach der Impfung. Es gibt Hinweise, dass das Auftreten von Fieber in der Schwangerschaft mit bestimmten Fehlbildungen korreliert (Graham 2020). Daher wird empfohlen, im Falle von Fieber nach der Impfung eine antipyretische Therapie durchzuführen (Rasmussen et al., 2020). Da jedoch auch eine eventuelle COVID-19-Infektion in der Schwangerschaft häufig mit Fieber einhergeht, ist dieser Aspekt kritisch zu betrachten und ebenfalls mit der Ratsuchenden zu diskutieren.

Insgesamt ist somit im Einzelfall einer Schwangeren eine Impfung unter Berücksichtigung des individuellen Risikos in Bezug auf Vorerkrankungen und Exposition

anzubieten. Klare Empfehlungen können auf Grundlage der aktuell vorliegenden Daten noch nicht ausgesprochen werden.

Möglicherweise liegen für die Beratung von Schwangeren schon bald mehr Daten vor, denn wie Pfizer am 18.02.21 bekanntgab, wird derzeit eine Studie zur COVID-Impfung von Schwangeren durchgeführt (<https://www.pfizer.com/news/press-release/press-release-detail/pfizer-and-biontech-commence-global-clinical-trial-evaluate>).

Ansprechpartnerin:

Hannah Arndt

Hannah.Arndt@med.uni-heidelberg.de

PERTUSSIS-IMPfung IN DER SCHWANGERSCHAFT – DIE NEUE EMPFEHLUNG DER STÄNDIGEN IMPFKOMMISSION (STIKO)

Dr. med. Antonella M. Tilk, Prof. Dr. med. Herbert Fluhr

Obwohl die Pertussis-Impfung bereits seit vielen Jahren fester Bestandteil der Grundimmunisierung im Kindesalter ist, zeigt sich nicht nur weltweit (1), sondern auch in Deutschland weiterhin eine hohe Krankheitslast (34).

Hierdurch entsteht vor allem ein Risiko für Neugeborene/Säuglinge, da diese im Alter von unter sechs Monaten besonders durch Komplikationen und damit einhergehender Hospitalisierung gefährdet sind. In den ersten zwei Lebensmonaten zeigen sich die meisten schweren und letalen Verläufe (3). Eine Infektion mit *Bordetella pertussis* kann neben schwerer Apnoe und Pneumonie, auch zu Otitiden, Enzephalopathien oder einer extremen Lymphozytose mit dadurch bedingter Hypoxämie und pulmonaler Hypertonie bis hin zum akuten Organversagen führen (2).

Bisher wurde zum Schutz der Neugeborenen/Säuglinge die „Kokon-Strategie“, also die Immunisierung möglichst vieler Kontaktpersonen, empfohlen. Hier hat sich jedoch gezeigt, dass diese meist aufgrund unzureichender Umsetzung nicht ausreichend eine Pertussis-Infektion verhindern (130). Eine Impfung der Neugeborenen/Säuglinge selbst wäre erst ab einem Alter von 2 Monaten möglich. Zudem werden mindestens zwei Impfdosen benötigt, um eine ausreichende Immunantwort bei der Mehrzahl zu erzielen. Bei einem Großteil der Schwangeren

aus den westlichen Nationen konnte lediglich eine geringe Konzentration Pertussis-spezifischer Antikörper nachgewiesen werden, sodass ein Netzschutz durch eine diaplazentare Übertragung sehr unwahrscheinlich ist (4-7).

Es stellte sich also die Frage, wie wir Neugeborene/Säuglinge besonders in den ersten zwei Lebensmonaten ausreichend schützen können, um Erkrankungen mit sowie die Hospitalisierung und Todesfälle durch Pertussis zu reduzieren.

Seit Ende März 2020 empfiehlt die STIKO aus diesem Grund die Impfung mit einem Tdap- oder Tdap-IPV-Kombinationsimpfstoff. Sowohl Covaxis, als auch Repevax haben eine Zulassungserweiterung für das 2. und 3. Trimenon erhalten. Boostrix und Boostrix-Polio können im 3. Trimenon verwendet werden.

Die Impfung sollte zu Beginn des 3. Trimenons (28. bis 32. SSW) und bei erhöhtem Risiko für Frühgeburtlichkeit bereits im 2. Trimenon erfolgen. Sollte dieser Zeitpunkt verpasst worden sein, kann die Impfung bis spätestens 2 Wochen vor Entbindung nachgeholt werden, da auch dann noch ein Schutz des Neugeborenen/Säuglings zu erwarten ist. Im Falle einer nicht erfolgten Impfung während der Schwangerschaft, ist die Impfung der Mutter in den ersten Tagen nach Entbindung empfohlen. Aufgrund der schnell wieder abfallenden Antikörperkonzentration ist eine Impfung in jeder Schwangerschaft nötig, unabhängig vom Zeitpunkt der letzten Pertussis-Impfung.

Die Effektivität lag beim Großteil der Studien für die Verhinderung von Erkrankungen, Hospitalisierung und Todesfällen bei Säuglingen im Alter von drei Monaten oder jünger bei über 90% unabhängig vom verwendeten Impfstoff (66,67).

Insgesamt zeigt die Studienlage, dass eine Tdap-Impfung in der Schwangerschaft als sicher zu bewerten ist. Es zeigte sich ein relativ erhöhtes Risiko für Fieber bei den geimpften Frauen. Jedoch ist dies eine bekannte Nebenwirkung der Tdap-Impfung, die in vergleichbarer Häufigkeit bei schwangeren und nicht-schwangeren Geimpften auftritt (44, 53, 68). Das in sechs Studien nach Impfung beschriebene „Amnioninfektsyndrom“ wird laut epidemiologischem Bulletin mit hoher Wahrscheinlichkeit keine klinische Bedeutung zugeschrieben, da in keiner dieser Studien AIS-assoziierte negative klinische Folgen für die Schwangerschaft und somit das Neugeborene erkennbar waren.

Als Referenz diente der Epidemiologische Bulletin vom 26. März 2020 (Ausgabe 13/2020) und die darin aufgeführten Referenzen. Diese wurden nach dem entsprechenden Literaturverzeichnis angegeben. Es wird die wissenschaftliche Begründung ausführlich erläutert.

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/13_20.pdf?__blob=publicationFile

Ansprechpartnerin:

Dr. med. Antonella M. Tilk

Antonella.M.Tilk@med.uni-heidelberg.de

NEUERUNG DER MUTTERSCHAFTSRICHTLINIE: GEZIELTE ANTI-D-PROPHYLAXE

Dr. med. Anna Scholz, Prof. Dr. med. Stephanie Wallwiener

Im August 2020 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den nicht-invasiven Pränataltest zur vorgeburtlichen Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors (NIPT-RhD) in die Mutterschaftsrichtlinien aufgenommen. Die Neuerung sieht vor, dass jeder rhesus-negativen Schwangeren ab der 11+0 Schwangerschaftswoche ein NIPT-RhD angeboten wird, um eine gezielte Anti-D-Prophylaxe für Schwangere, die ein RhD-positives Kind erwarten, zu ermöglichen und unnötige Gaben der Anti-D-Prophylaxe zu vermeiden.

Anti-D-Immunglobulin: Der Nutzen der Anti-D-Prophylaxe ist unumstritten. Ohne Prophylaxe ist bei 4-9% der Geburten mit einer Sensibilisierung zu rechnen. Unter der derzeitigen ungezielten präpartalen zusammen mit der postpartalen Anti-D-Prophylaxe werden lediglich 0,3% der Schwangeren sensibilisiert. Aktuell erhalten alle RhD-negativen Schwangeren die Prophylaxe, von denen 30-40% ein RhD-negatives Kind erwarten. Mithilfe der vorgeburtlichen Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors können unnötige Anti-D-Prophylaxen vermieden werden. Dies ist besonders im Hinblick auf die aufwendige Gewinnung von Anti-D-Immunglobulinen aus menschlichem Spenderblut relevant. Hierfür werden RhD-negative männliche Spender mit RhD-positiven Erythrozyten sensibilisiert. Weltweit ist die Produktion eingeschränkt und Deutschland muss die Anti-D-Immunglobuline importieren.

Testgütekriterien: Gemäß der Mu-RL wird von dem NIPT-RhD Verfahren eine Sensitivität >99% und Spezifität >98% gefordert. Der Test ist aktuell nur für Schwangere mit Einlingen zulässig, da bei einer Geminigravidität noch nicht klar ist, ob der Test hinreichend zuverlässig ist. Zusätzlich zum pränatalen Test wird weiterhin wie bisher bei jedem Kind einer RhD-negativen Mutter unmittelbar nach Geburt die Blutgruppe bestimmt, um seltene falsch-negative Testergebnisse zu identifizieren und somit eine Sensibilisierung zu vermeiden. Der Prä- und Postnataltest sind als gleichwertig hinsichtlich der Rate falsch-negativer Ergebnisse zu betrachten. Bei seltenen diskordanten Ergebnissen prä-/postpartal soll wie bei RhD-Positivität verfahren werden. Das IQWiG kommt zu dem Schluss, dass negative Auswirkungen durch fälschlicherweise nicht

gegebene Rhesus-Prophylaxen anhand des Pränataltests als „nicht messbar klein“ einzuschätzen sind.

Praktische Umsetzung: Für die Bestimmung ist eine Blutprobe der Schwangeren frühestens ab 11+0 SSW notwendig. Hieraus wird anhand zellfreier fetaler DNA das fetale Erbgut analysiert. Die Schwangere muss vor und nach Durchführung des NIPT-RhD nach Gendiagnostikgesetz beraten werden. Der Verzicht bzw. die Einwilligung in die Untersuchung sowie die Einwilligung zur Dokumentation des Ergebnisses im Mutterpass ist schriftlich zu dokumentieren. Hierfür hat der G-BA eine Versicherteninformation erstellt.

Auf die routinemäßige prä- oder postnatale Rhesusprophylaxe ist dann zu verzichten, wenn der Fet als RhD-negativ bestimmt wurde oder die RhD-negative Schwangere bereits Antikörper entwickelt hat. Bei unklarem oder positivem Rhesusfaktor des Feten soll die Anti-D-Prophylaxe mit der Standarddosis 300 µg erfolgen, ebenso wie nach Abort, Abruption, EUG oder jedem Ereignis, das zur Einschwemmung fetaler Erythrozyten in den mütterlichen Kreislauf führen kann.

Ansprechpartnerin:

Dr. med. Anna Scholz

Anna.Scholz@med.uni-heidelberg.de

AKTUELLE DATENLAGE ZUR PRÄVENTION DER FRÜHGEBURT MITTELS PROGESTERON

Sophia Scheubeck, Prof. Dr. med. Stephanie Wallwiener

Frühgeburten sind weltweit die Hauptursache für perinatale Morbidität und Mortalität, sodass ihre Prävention eine große Herausforderung der Geburtshilfe darstellt. Experimentelle Studien weisen darauf hin, dass Progesteron uterine Kontraktionen hemmt, die Cervix stabilisiert und immunmodulatorisch wirksam ist (1). In den letzten Jahren wurde zur Prävention der Frühgeburt durch Gestagene eine Vielzahl an klinischen Studien publiziert. Die Vergleichbarkeit dieser Daten sind durch unterschiedliche Einschlusskriterien, verschiedene Gestagene, Dosierungen und Applikationsmodi jedoch sehr schwierig.

In der klinischen Praxis wird natürliches Progesteron oral oder vaginal verabreicht, wodurch verschiedene Nebenwirkungen resultieren können. Für die orale Gabe ist eine erhöhte Rate an Kopfschmerzen, Schwindel und Müdigkeit beschrieben. Durch die vaginale Applikation von Progesteron wird die initiale Metabolisierung der Leber umgangen, was zu einer geringeren systemischen

bei zugleich erhöhten lokalen Bioverfügbarkeit führt (2). 2011 wurde die intramuskuläre Gabe von synthetischem 17-Hydroxyprogesteroncaproat zur Prävention einer Frühgeburt bei Einlingsschwangerschaften nach vorangegangener Frühgeburt von der FDA in den USA zugelassen, jedoch unter Forderung einer konfirmatorischen Studie. Diese wurde kürzlich publiziert (PROLONG-Studie) und zeigte keine signifikante Reduktion der Frühgeburtenrate in diesem Patientinnenkollektiv durch 17-Hydroxyprogesteroncaproat (3). Evidenzbasiert sind nach derzeitigem Wissensstand folgende Indikationen für die Gabe von Progesteron zur Prävention der Frühgeburt (2).

Bei Frauen mit Einlingsschwangerschaft und sonografisch verkürzter Zervixlänge ≤ 25 mm vor der 24+0 SSW führt die vaginale Gabe von Progesteron (200mg Kapsel oder 90 mg Gel/Tag) bis zur 36+6 SSW zu einer signifikanten Reduktion der Frühgeburtenrate und einer Verbesserung des neonatalen Outcomes. Dies gilt gleichermaßen für Schwangere mit und ohne vorangegangene Frühgeburten. Auch bei Zwillingschwangerschaft und sonografisch verkürzter Zervixlänge ≤ 25 mm vor der 24+0 SSW wird eine vaginale Gabe von Progesteron (200-400 mg Kapsel) bis zur 36+6 SSW empfohlen.

Ansprechpartnerin:

Sophia Scheubeck

Sophia.Scheubeck@med.uni-heidelberg.de

ENABLE- EINE RANDOMISIERTE, KONTROLLIERTE PILOTSTUDIE ZUR APP-BASIERTEN ERFASSUNG DER LEBENSQUALITÄT UND STÄRKUNG DER VERSORGUNGSQUALITÄT VON BRUSTKREBSPATIENTINNEN

Dr. med. Sabine Keß, Dr. med. Thomas Deutsch, Prof. Dr. med. Markus Wallwiener

Am Brustzentrum der Universitätsfrauenklinik und dem NCT Heidelberg sowie an den Universitätsfrauenkliniken Mannheim und Tübingen startet in den kommenden Wochen die Studie ENABLE. Diese verfolgt das Ziel die Patientenzufriedenheit, Lebensqualität und Nebenwirkungen von Patientinnen mit einer invasiven Mammakarzinom-Erkrankung mittels digitalen Fragebögen per Smartphone App systematisch zu erfassen.

Teilnehmen können alle Patientinnen vor Start der Therapie eines Mammakarzinoms (neoadjuvant, adjuvant, post-neoadjuvant und palliativ).

PYRIDOXIN BEI HYPEREMESIS GRAVIDARUM

Dr. med. Philine Birkendahl, Prof. Dr. med. Herbert Fluhr

Nach Studieneinschluss erfolgt eine 1:1 Randomisierung: In beiden Gruppen werden zu mindestens sechs festgelegten Zeitpunkten der Therapie die Lebensqualität mittels validierter Fragebögen abgefragt. Im Interventionsarm erfolgt zusätzlich die kurze wöchentliche Erfassung der aktuellen Lebensqualität durch die digitale Applikation mittels visueller Analogskala. Bei signifikanter Verschlechterung der aktuellen Lebensqualität im Interventionsarm werden therapieassoziierte Nebenwirkungen abgefragt und die Behandlungsteams informiert.

Des Weiteren werden für alle Studienteilnehmerinnen Informationen zu Versorgungsangeboten (Pflegerisches Nebenwirkungsmanagement, Ernährungsberatung, Sozialberatung, Sportangebot, etc.) und eine patientenzentrierte Edukation mit evidenzbasierten Informationen zur Verfügung gestellt. Durch die App können die Patientinnen außerdem Zugang zu online bereitgestellten Arztbriefen erhalten.

Bei der verwendeten Smartphone App handelt es sich somit um eine bidirektionale Kommunikationsplattform mit einem edukativen Ratgeber bzw. Therapieguiden, die der Patientenschulung und dem Patient-Empowerment auf der einen, sowie der Risikoerfassung, Therapiekontrolle und Datenaggregation auf der anderen Seite dienen soll. Die jeweiligen Fragebögen und Angebote werden individuell auf die Therapiesituationen und den jeweiligen Patientenbedarf angepasst. Insgesamt soll dadurch die Kommunikation zwischen Patientinnen und Behandlungsteam erleichtert werden. Ziel der Studie ist die Verbesserung der Therapie-Adhärenz, das Erkennen und das rechtzeitige Behandeln von kritischen Nebenwirkungen, sowie die Objektivierung der Lebensqualität im Rahmen unterschiedlicher Therapiestrategien. Die Studie soll dabei insgesamt den Nutzen und Mehrwert eines elektronischen Therapiebegleiters erproben und die Patientenzufriedenheit steigern.

Ansprechpartnerin:

Dr. med. Sabine Keß

Sabine.Keß@med.uni-heidelberg.de

Ungefähr 80% der Schwangeren leiden in der (Früh-) Schwangerschaft unter Übelkeit und/oder Erbrechen (1,2). Bei der Hälfte der Patientinnen sistieren die Beschwerden bis zum Ende des ersten Trimesters, jedoch zeigt sich bei circa 10% der betroffenen Schwangeren eine Beschwerdepersistenz bis nach der 22. Schwangerschaftswoche (2). In etwa 1% der Fälle handelt es sich um die schwere Form der Hyperemesis gravidarum (HG), die üblicherweise zu starker mentaler und physischer Beeinträchtigung führt (1,3). Für die Entwicklung dieses Krankheitsbildes sind verschiedene Risikofaktoren wie Neigung zu Nausea, Kinetose sowie Zustand nach HG in vorangegangener Schwangerschaft, Schilddrüsenerkrankungen und Mehrlingschwangerschaften beschrieben (4,5).

Die Betreuung betroffener Patientinnen beinhaltet regelmäßige klinische Verlaufskontrollen (Vitalparameter, Gewicht und Urin), gegebenenfalls auch laborchemische Bestimmungen sowie Sonographiekontrollen, um eine fetale und maternale Mangelversorgung zu vermeiden (6). Das therapeutische Management umfasst Lebensstilanpassungen und eine symptomatische Therapie, in schwereren Fällen kann auch eine stationäre Behandlung zur i.v. Flüssigkeits- und Elektrolytsubstitution erforderlich sein. Eine parenterale Ernährung ist nur in Einzelfällen notwendig (7). Zur antiemetischen Therapie wird üblicherweise Dimenhydrinat sowie Metoclopramid verwendet, zur Eskalation kommt z.B. Ondansetron zum Einsatz.

Des Weiteren kann Pyridoxin (Vitamin B6) als Mono- oder Additivtherapie verabreicht werden; die übliche Dosierung liegt bei 25mg/Tag (8). Die Studienergebnisse von Wibowo et al. (2012) belegen eine statistisch signifikante Verminderung des Pyridoxinspiegels bei Patientinnen, die während des ersten Schwangerschaftstrimesters Nausea- und/oder Emesisbeschwerden erfahren haben (9). Die Studie von Vutyavanich et al. (1995) untersuchte den Effekt von Pyridoxin 30mg täglich im Vergleich zum Placebo. Es wurden insgesamt 342 Probanden inkludiert und anschließend wurden diese randomisiert und doppelblind aufgeteilt. Das Ergebnis zeigte eine signifikante Reduktion von Nauseabeschwerden und zudem einen Trend in Richtung abnehmender Emesis; letzteres jedoch ohne statistische Signifikanz (10). Eine andere Studie von Sharifzadeh et al. (2018) beschreibt eine randomisierte, triblinde Studie mit 26 Probanden in der Interventionsgruppe, die Pyridoxin 80mg täglich für 4 Tage erhielten und n=23 waren in der Placebogruppe. Bei milder bis mäßiger Symptomatik konnten unter der Pyridoxingabe im Vergleich zum Placebo Übelkeit und Erbrechen statistisch signifikant reduziert werden (11).

Der antiemetische Effekt ist etwas geringer als der des weit verbreiteten Dimenhydrinat (12). Als Nebenwirkungen können Müdigkeit, Beeinträchtigung der Koordination oder Gleichgewichtsstörungen sowie bei hohen Dosierungen periphere sensorische Neuropathien vorkommen (8,13,14). Das Nebenwirkungsprofil ist dabei jedoch insgesamt günstiger als beim häufig eingesetzten Dimenhydrinat (12). Abschließend stellt Pyridoxin eine möglich effektive Therapieoption bei mildem Nebenwirkungsprofil bei HG dar, die bei schwereren Verläufen um andere antiemetische Medikamente erweitert werden kann. Seit 2019 ist zudem ein neues Kombinationspräparat bestehend aus einem Antihistaminikum (Doxylamin) und Pyridoxin bei Nausea/Emesis in der Schwangerschaft in Deutschland zugelassen worden, allerdings ist dieses Medikament bei HG aktuell noch unzureichend untersucht (15,16).

Ansprechpartnerin:

Philine Birkendahl

Philine.Birkendahl@med.uni-heidelberg.de

- Aktueller Zytologiebefund
- Dauer der Persistenz
- HPV- Status

Außerdem möchten wir Sie bereits jetzt ganz herzlich einladen, die Herausforderungen des neuen Screening-Algorithmus zu diskutieren, um Ihre Erfahrungen noch besser kennenzulernen (Termin Videokonferenz folgt).

Wir freuen uns auf eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit und stehen gerne für Rückfragen und Anmerkungen zur Verfügung.



Ansprechpartnerin:

Dr. Lina Matthies

Ambulanz und Dysplasiesprechstunde

lina.matthies@med.uni-heidelberg.de

DYSPLASIE-SPRECHSTUNDE DES ZENTRUMS FÜR GYNÄKO-ONKOLOGIE (ZGYNO) DER FRAUKLINIK

Dr. med. Lina Matthies, Prof. Dr. med. Markus Wallwiener

Gerne möchten wir die Gelegenheit nutzen, Ihnen Frau Dr. Lina Matthies vorzustellen, die seit November 2020 die Leitung der Dysplasiesprechstunde und der Allgemeinen Ambulanz der Universitätsfrauenklinik übernommen hat.

Neuerungen Terminierung Dysplasiesprechstunde

Aufgrund der zunehmenden Terminanfragen nach Umstellung des Zervixkarzinomscreenings haben wir aktuell leider wenig Kapazitäten für kurzfristige Vorstellungen.

Um eine rasche Anbindung von Patientinnen mit höhergradigen (zytologischen) Veränderungen gewährleisten zu können, können wir daher künftig nur noch solchen Patientinnen einen Termin anbieten, die gemäß der oKFRE- Richtlinie eine Indikation zur Differentialkolposkopie haben.

Um die Terminplanung zu optimieren, möchten wir Sie bitten, Ihren Patientinnen bereits für die Terminvereinbarung folgende Informationen mitzuteilen:

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