

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

in der ersten Ausgabe unseres Newsletters in diesem Jahr möchten wir über aktuelle, neue Entwicklungen aus den Bereichen Gynäkologie und Geburtshilfe berichten. Wir freuen uns auch ganz besonders, Sie zu unseren Fortbildungsveranstaltungen in die Frauenklinik einladen zu dürfen und uns persönlich zu treffen.

Ich freue mich, Ihnen als kommissarischer Ärztlicher Direktor jederzeit persönlich und natürlich gemeinsam mit unserem gesamten Team als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen.

Wir informieren Sie über das Update 2022 zum operativen Management des Mammakarzinoms und stellen Ihnen einen Case Report zu einer Patientin mit einem Leiomyom der vorderen Vaginalwand vor.

Zudem erhalten Sie eine Übersicht über neue Standards bei Adipositas und Schwangerschaft, sowie

über die neue S2-Leitlinie bezüglich Nierenerkrankung und Schwangerschaft und wir geben ein Update zur Hyperemesis gravidarum.

Zum Schluss informieren wir Sie über Neuigkeiten aus der UFK.

Wir freuen uns auch im neuen Jahr auf die weitere hervorragende und persönliche Zusammenarbeit und Ihre Rückmeldungen.

Mit freundlichen Grüßen



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

INHALT

- › Operatives Management des Mammakarzinoms – Update 2022
- › Case Report: Leiomyom der vorderen Vaginalwand bei einer 45-jährigen Patientin
- › Adipositas und Schwangerschaft
- › Neue S2k-Leitlinie „Nierenerkrankungen und Schwangerschaft“
- › Psychosomatisch-geburtshilfliche Basics: ein Update zu Hyperemesis
- › Neues aus der UFK

OPERATIVES MANAGEMENT DES MAMMAKARZINOMS – UPDATE 2022

*Dr. B. Schäfer, Dr. F. Riedel,
Prof. Dr. A. Hennigs, Prof. Dr. J. Heil*

Die Erfolge in der Behandlung des frühen Mammakarzinoms, die zu einer Gesamt-5-Jahresüberlebensrate der Patientinnen von über 90% über alle Stadien hinweg geführt haben, gehen auf immer stärker personalisierte, an der Tumorbiologie orientierende Therapieoptionen und die Behandlungsplanung in einem multidisziplinären Setting zurück. Dabei kommt der operativen Therapie der Brust und Axilla nach wie vor eine Schlüsselrolle zu. In der Praxis bedeutet dies, dass mit der geringstmöglichen Invasivität operiert werden sollte, die eine onkologisch sichere Resektion des Tumors erlaubt. Beispiele für die angestrebte geringere Invasivität des operativen Prozederes sind der Primat der brusterhaltenden OP-Verfahren, die Resektion in neuen Grenzen nach neoadjuvanter Chemotherapie (NACT) sowie die Durchführung von möglichst gezielten, fokussierten axillären Eingriffen zur Lymphknotenresektion.

Eine sorgfältige lokale Ausbreitungsdiagnostik ist der Grundstein einer erfolgreichen operativen Therapie. Hierzu gehören neben der klinischen Untersuchung die Mammasonographie und die Mammographie. Zusätzlich sollte auch eine Tomosynthese in zumindest einer Ebene durchgeführt werden. Eine präoperative Mamma-MRT-Untersuchung sollte mit entsprechender Indikation bei diagnostischer Unsicherheit nach Durchführung von Mammographie bzw. Sonographie eingesetzt werden;

eine Reduktion der Nachresektionsrate oder Verbesserung des Gesamtüberlebens ließ sich bisher nicht zeigen. Bildgebend suspekte Befunde müssen durch eine sonographisch-geführte oder stereotaktische Biopsie abgeklärt werden. Eine Clipmarkierung des gesicherten Befundes sollte insbesondere dann erfolgen, wenn eine NACT folgt oder der Befund schwer abgrenzbar ist (z. B. auch bei kleinen Tumoren).

OPERATIVES MANAGEMENT DER AXILLA

Die Axilla muss prätherapeutisch gründlich klinisch und bildgebend (Axilla-Sonographie, Mammographie mit Abdeckung der Axilla v.a. in MLO) untersucht werden, um Sensitivität und Spezifität der Methode zu optimieren. Suspekter Lymphknoten müssen prätherapeutisch stanzbiopsisch gesichert werden, eine Clipmarkierung nach Biopsie sollte ebenso erfolgen.

Mittel der Wahl des axillären Stagings bei sonographisch unauffälligen Lymphknoten und primärem, invasivem Mamma-CA (außer beim inflammatorischen Mamma-CA) ist weiterhin die Sentinel-Lymphknoten-Dissektion (SLND).

Wird bei einer Patientin eine NACT indiziert, ist für das operative Prozedere in der Axilla der klinisch/bildgebende LK-Status vor bzw. des Response nach der NACT

entscheidend. Bei initial und post-NACT klinisch unauffälliger Axilla (cNo → ycNo) ist die SLND die Therapie der Wahl. Ist der SLND befallen (ypN₁(sn)) sollte eine komplettierende axilläre Lymphknoten-Dissektion (ALND) durchgeführt werden. Zeigen sich im SLNE isolierte Tumorzellen (ypNo (i+)) kann im Einzelfall auf eine ALND verzichtet werden und eine alleinige Radiatio durchgeführt werden, bei Mikrometastasen (ypN_{1mic}(sn)) sollte eher die ALNE erfolgen.

Wenn ein initial auffälliger, histologisch als Metastase gesicherter LK (cN+, pN+CNB) unter NACT zu einem klinisch unauffälligen LK konvertiert (ycNo), wurde viele Jahre standardmäßig die ALNE nach NACT durchgeführt. Laut aktueller Studienlage ist in dieser Situation nun auch die Durchführung einer sog. „Targeted Axillary Dissection“ (TAD) eine Option: Dies bedeutet, dass zusätzlich zur SLND auch der initial auffällige LK (und im Rahmen der initialen histologischen Sicherung clipmarkierte Lymphknoten) entfernt werden. Zeigen sich im SLN oder Target Lymphknoten jedoch weiterhin Tumorzellen (ypN+), sollte eine sekundäre ALND erfolgen. Sofern ein initial auffälliger, histologisch als Metastase gesicherter LK (cN+, pN+ in der axill. Stanzbiopsie) nach NACT weiterhin klinisch auffällig ist (ycN+), ist weiterhin die Durchführung einer ALND indiziert.

brusterhaltender Operation (BEO) und adjuvanter Bestrahlung zusammensetzt. Die Überlebensraten nach BET und modifizierter, radikaler Mastektomie (MRM) sind äquivalent. Eine BET sollte

OPERATIVES MANAGEMENT DER BRUST

Grundsätzlich sollte, wenn möglich, eine brusterhaltende Therapie (BET) angestrebt werden, die sich aus

auch bei multizentrischen/multifokalen Karzinomen erwogen werden, sofern eine Ro-Resektion bei adäquatem ästhetischem Ergebnis möglich erscheint. Kontraindikationen für eine BET sind hingegen u.a. inflammatorisches Mamma-CA sowie das Nicht-Erreichen einer Ro-Situation im Z.n. nach mehreren Nachresektionen.

Standardmäßig sollte im Rahmen einer BET eine bildgebend gestützte Markierung (i. d. R. Drahtmarkierung) erfolgen. Alternativ ist auch eine intraoperative sonographische Lokalisation des Tumors möglich, sofern der Operateur über ausreichende Sonographiekenntnisse verfügt und den Befund prä- und intraoperativ zweifelsfrei in seiner Gesamtausdehnung darstellen kann.

Bei Durchführung einer Mastektomie sind die Lokalrezidivraten nach „skinsparing mastectomy“ (SSM) und MRM äquivalent. Auch die Erhaltung des Mamillen-Areola-Komplexes (MAK) ist bei Ro-Resektion onkologisch sicher.

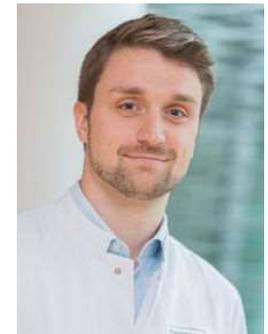
Eine entscheidende Rolle für eine onkologisch sichere Resektion spielt die genaue Beurteilung der Randstatus. Bei invasivem Mamma-CA wird aktuell als Ziel der Resektion „no ink on tumor“ angestrebt, also dass der Tumor nicht den getuschten Rand infiltrieren darf (was $<1\text{mm}$ Abstand sein kann). Dies gilt auch, wenn ein begleitendes DCIS vorliegt. Liegt jedoch ausschließlich ein Carcinoma in Situ vor, sollte der Sicherheitsabstand aufgrund der möglicherweise erhöhten Lokalrezidivrate 2mm betragen. Im Z.n. NACT ist eine Resektion „in neuen Grenzen“ möglich, d.h. dass sich das Ausmaß der Resektion an der Tumorausdehnung nach NACT orientiert und nicht das ganze initiale

Ausbreitungsgebiet des Tumors reseziert werden muss. Bei Vorliegen von Mikrokalk sollte dieser vollständig entfernt werden.

Zur Senkung der Rate an R1-Situationen und sekundären Nachresektionen sollte eine intraoperative Präparateradiographie oder -sonographie mit ggf. intraoperativen, gezielten Nachresektionen erfolgen. Eine sekundäre Nachresektion ist indiziert, wenn dennoch eine R1-Situation, bezogen auf das Hauptresektat und die Nachresektate, vorliegt.

FAZIT

Die onkologische Therapie beim frühen Mammakarzinom muss interdisziplinär, mit ausreichender Expertise und unter Berücksichtigung der individuellen Präferenzen der betroffenen Patientin erfolgen. Eine zunehmende Reduzierung der Invasivität, vor allem beim operativen axillären Management, erscheint bei gleichbleibender onkologischer Sicherheit erstrebenswert und möglich.



AUTOREN:

Dr. med. Benedikt Schäfergen
Dr. med. Fabian Riedel

E-MAIL:

Benedikt.Schaefergen@med.uni-heidelberg.de
Fabian.Riedel@med.uni-heidelberg.de

CASE-REPORT: LEIOMYOM DER VORDEREN VAGINALWAND BEI EINER 45-JÄHRIGEN PATIENTIN

Dr. K. Haßdenteufel, Dr. L. Matthies, Dr.N. Rippinger
 Dr. C. Kölsche, Prof. Dr. C. Sohn, Prof. Dr. M. Wallwiener

Eine bis dato von gynäkologischer Seite gesunde, 45-jährige Patientin stellte sich wiederholt mit größenprogredienter selbst getasteter Raumforderung der vorderen Vaginalwand in unserer allgemeinen Ambulanz vor. In der gynäkologischen Untersuchung zeigte sich erbsengroßer, gegen die Vaginalwand verschieblicher Tumor im proximalen Vaginaldrittel bei 1 Uhr. Sonographisch zeigte sich ein 11 x 6mm messender, glatt begrenzter, homogener echoarmer Befund, der im Randbereich perfundiert war. Die weitere gynäkologische Untersuchung war unauffällig.

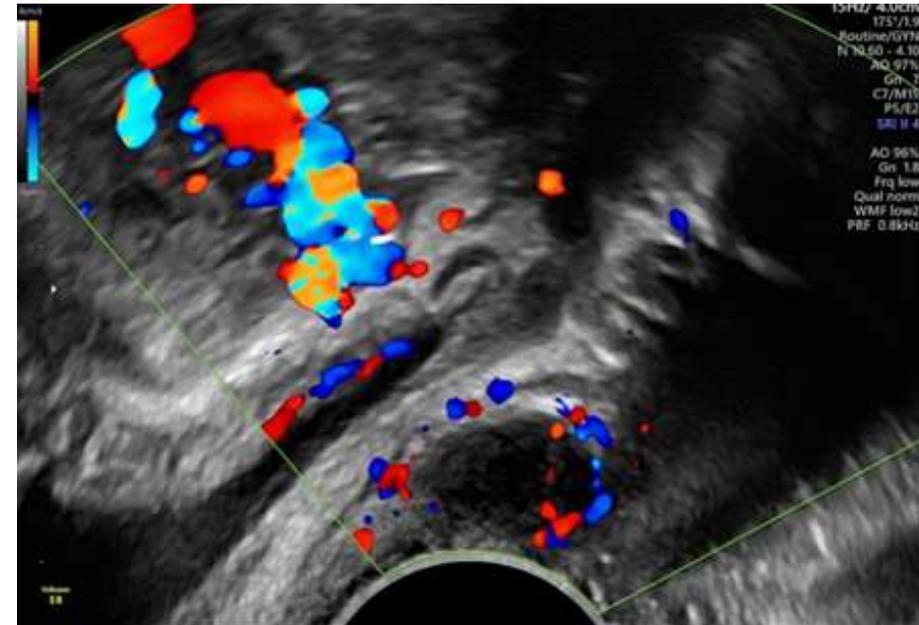
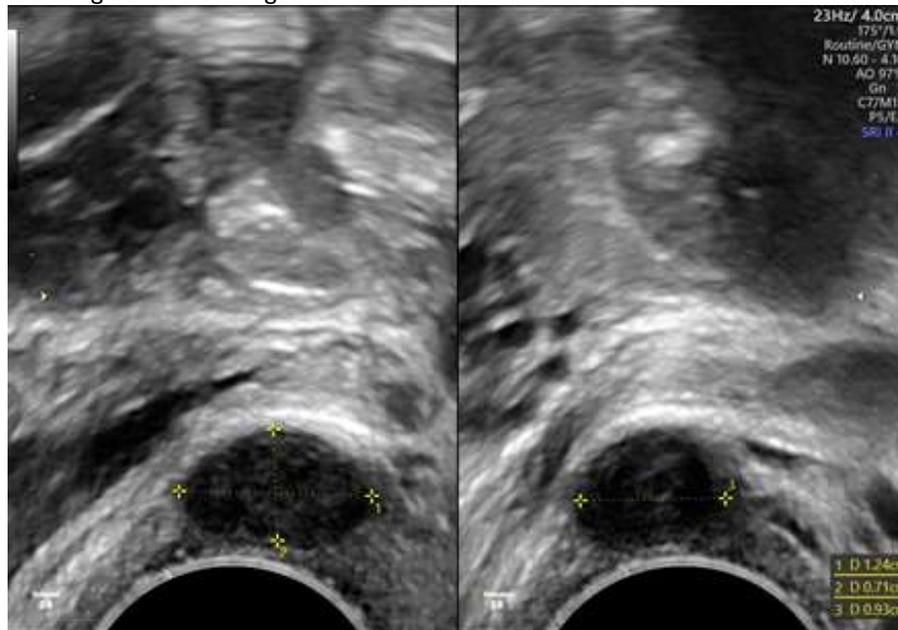


Abb. 1+2: sonographischer Befund der Raumforderung der vorderen Vaginalwand (mit und ohne Color-Window)

Aufgrund der von der Patientin berichteten Größenprogredienz des Befundes wurde die Indikation zur Befundexzision gestellt. Die im ambulanten Setting durchgeführte Operation verlief komplikationslos, die Raumforderung an der vorderen Vaginalwand ließ sich in toto enukleieren.

Die histologische Untersuchung ergab ein Leiomyom ohne Anhalt für Malignität. Vaginale Leiomyome stellen mit bislang nur etwa 300 in der Literatur beschriebenen Fällen eine Seltenheit dar und können sich je nach Größe und Lokalisation klinisch sehr variabel präsentieren. In etwa 4,5% liegt einem soliden vaginalen Tumor ein Leiomyom zugrunde.¹ Ziel ist auch hier die Ro-Resektion zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken.

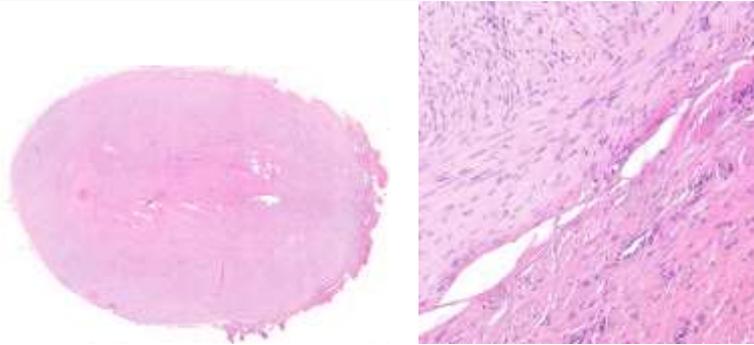


Abb. 3+4: Histologisches Präparat des vaginalen Leiomyoms: homogene, faserige Schnittfläche mit scharfer Berandung



AUTORINNEN:

Dr. med. Kathrin Haßdenteufel
Prof. Dr. med. Markus Wallwiener

E-MAIL:

Kathrin.Hassdenteufel@med.uni-heidelberg.de

Markus.Wallwiener@med.uni-heidelberg.de

ADIPOSITAS UND SCHWANGERSCHAFT

Dr. L. Bodenbeck

Die S3-Leitlinie „Adipositas und Schwangerschaft“ der AWMF behandelt die Besonderheiten in der Betreuung von adipösen Patientinnen mit Kinderwunsch sowie adipösen Schwangeren insgesamt. Adipositas (definiert als Body-Mass-Index von $\geq 30 \text{ kg/m}^2$) erhöht das Risiko für eine Vielzahl von Begleiterkrankungen, daher ist ein adäquates Management insbesondere in der Geburtshilfe von besonderer Wichtigkeit. Die Einordnung in die jeweiligen Gewichtskategorien bezieht sich auf den bestehenden BMI vor Eintreten einer Schwangerschaft. In diesem Beitrag sollen vier Aspekte der o. g. Leitlinie hervorgehoben werden.

PRÄEKLAMPSIE

Adipositas bewirkt bekanntermaßen eine Risikoerhöhung für Präeklampsie um den Faktor 3-5. Die frühzeitige Einnahme von ASS 150 mg/Tag (beginnend vor der 16. SSW) kann die Wahrscheinlichkeit einer Präeklampsie signifikant senken. Es sollte daher übergewichtigen Schwangeren ($\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) stets eine individuelle Risikokalkulation zwischen 11+0 und 13+6 SSW angeboten werden. Bei einem individuellen Risiko von $> 1:100$ sollte konsekutiv die Einnahme von ASS 150 mg/Tag erfolgen. Ab einem $\text{BMI} > 35 \text{ kg/m}^2$ (Evidenzgrad 4, Konsensusstärke ++) sollte auch ohne Vorliegen der individuellen Risikokonstellation ab 11+0 SSW mit der Einnahme von ASS 150 mg/Tag begonnen werden.

FOLSÄURE

Die Folsäuresupplementierung sollte analog den Empfehlungen normalgewichtiger Patientinnen mit 400 $\mu\text{g/Tag}$ (beginnend mind. 4 Wochen vor Konzeption bis zum Ende des 1. Trimenons) durchgeführt werden. Nach einer bariatrischen Operation sollte die Dosis auf 800 $\mu\text{g/Tag}$ gesteigert werden.

GESTATIONS-DIABETES

Aufgrund des erhöhten Risikos für Glukosestoffwechselstörungen (insbesondere Gestationsdiabetes und Typ-2-Diabetes) bei adipösen Patientinnen, wird eine Abklärung dieser bereits im 1. Trimenon empfohlen. Allgemein wird eine

Lebensstilintervention empfohlen, da durch eine Steigerung der körperlichen Aktivität und/oder durch eine Ernährungsumstellung das Auftreten von Gestationsdiabetes deutlich reduziert werden konnte.

WAHL DER GEBURTSKLINIK

Auch die Auswahl des passenden Geburtsorts thematisiert die S3-Leitlinie. Adipositas geht mit einer signifikanten Erhöhung des neonatalen Mortalitätsrisiko einher. Eine erhöhte Inzidenz für Frühgeburtlichkeit, maternale Komorbiditäten und Komplikationen sub partu (u. a. Dystokien und Hämorrhagien), stellen oftmals besondere Anforderungen an die jeweilige Entbindungsklinik. Ebenso zeigen sich nach Geburt signifikant häufiger präpartal unbekannt fetale Anomalien (bei oft eingeschränkter Aussagekraft der präpartalen Sonografie). Adipöse Schwangere mit einem $\text{BMI} > 35 \text{ kg/m}^2$ oder Schwangere mit vorangegangener Sectio bei einem $\text{BMI} > 30 \text{ kg/m}^2$ wird daher die Entbindung in einem Perinatalzentrum empfohlen. In der Gruppe der Schwangeren mit einem BMI von 30 – 35 kg/m^2 sollte eine individuelle Risikoabwägung erfolgen.



AUTORIN:
Dr. med. Laura Bodenbeck

E-MAIL:
Laura.Bodenbeck@med.uni-heidelberg.de

NEUE S2K-LEITLINIE „NIERENERKRANKUNGEN UND SCHWANGERSCHAFT“

Dr. F. Riedel, Prof. Dr. St. Wallwiener

In entwickelten Ländern liegt die Prävalenz von chronischen Nierenerkrankungen bei Frauen im gebärfähigen Alter bei ca. 3 %. Dieses Patientenkollektiv stellt betreuende Gynäkologinnen und Gynäkologen in Abhängigkeit von der klinischen Komplexität in der Routineversorgung unter Umständen vor größere Herausforderungen.

Um die vorliegende Evidenz zur Betreuung von Patientinnen mit Nierenerkrankungen vor, während und nach der Schwangerschaft zusammenzutragen, wurde eine entsprechende Leitlinie auf S2k-Niveau konsentiert und unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe im Oktober 2021 erstmalig publiziert (AWFM-Registernummer: 015-090). Diese Leitlinie ergänzt damit inhaltlich die bereits vorliegende „Interdisziplinäre S3 Leitlinie: Epidemiologie, Diagnostik, Therapie, Prävention und Management unkomplizierter, bakterieller, ambulant erworbener Harnwegsinfektionen bei erwachsenen Patienten“ (AWMF-Registernummer: 043-044), welche auch umfangreiche Kapitel zur Betreuung von Schwangeren beinhaltet.

Neben der konzeptionellen Beratung von Frauen mit Nierenerkrankungen umfasst die Leitlinie auch Empfehlungen für Patientinnen in speziellen Situationen, wie z.B. im Z.n. Nierentransplantation bzw. bei Dialysepflichtigkeit. Aber auch Empfehlungen zum Management von klinisch häufigeren Situationen, wie z.B. der höhergradigen Hydronephrose, werden in der Leitlinie behandelt. Ebenso finden sich Hinweise zu thematisch und differentialdiagnostisch überlappenden Konstellationen, wie z.B. den Hochdruckerkrankungen in der Schwangerschaft.

Grundsätzlich sind Frauen mit chronischen Nierenerkrankungen in jedem Fall potenzielle Risikoschwangerschaften, welche mit einem (teils stark) erhöhten Risiko für Aborte, Frühgeburtslichkeit, Präeklampsie, fetaler Wachstumsrestriktion, vorzeitiger Plazentalösung und intrauterinem Fruchttod assoziiert sind. Auch eine Verschlechterung der Nierenfunktion durch das Eintreten bzw. Fortschreiten der Schwangerschaft selbst ist möglich. Eine besondere Rolle kommt daher bereits der präkonzeptionellen Einstellung von Risikofaktoren zu, z.B. Gewichtsreduktion und Langzeit-Blutzucker-Einstellung (HbA_{1c}-Einstellung < 7,0 %), sowie Blutdruckkontrolle (hier sind Kalziumantagonisten wie Nifedipin die erste Wahl). Unter Umständen ist bei chronischer Nierenerkrankung (definiert als eGFR < 60 ml/min bzw. Albuminurie > 300 mg/g) auch eine prophylaktische Thromboseprophylaxe während der Schwangerschaft und im Wochenbett erforderlich.

Unabhängig von der konkreten Grunderkrankung empfiehlt die Leitlinie die niederschwellige und frühzeitig in der Schwangerschaft beginnende interdisziplinäre, gynäkologisch-nephrologische Betreuung dieser Patientinnen. Hier sind die Fragen nach Abstimmung/Anpassung oder Umstellung entsprechender Medikation unumgänglich, z.B. hinsichtlich geeigneter Antihypertensiva bzw. Immunsuppressiva bei Nierentransplantation. Auch die Frage nach einer möglichen genetischen Komponente kann für die pränataldiagnostische Betreuung von Bedeutung sein, z.B. bei vererblichen (poly)zystischen Nierenerkrankungen.

Während der Schwangerschaft sollte grundsätzlich jede Serum-Kreatinin-Erhöhung $\geq 0,87$ mg/dl nephrologisch abgeklärt werden, falls im Vorfeld keine (chronische) Nierenerkrankung bekannt ist. Darüber

hinaus betont die Leitlinie die diagnostische Bedeutung einer Proteinurie, welche bei einer Protein-Kreatinin-Ratio > 30 mg/mmol (bzw. über 300 mg im 24-h-Urin) bei vorbekannter Nierenerkrankung stets nephrologisch mitbeurteilt werden sollte. Ansonsten sind die Diagnosekriterien für Gestoserkrankungen, insbesondere der Präeklampsie, zu beachten.

Ein häufiges Phänomen in der Schwangerschaft stellt die obstruktive Uro-/Nephropathie dar, entweder schwangerschaftsbedingt beziehungsweise mechanisch-idiopathisch, oder durch einen Nierenstein verursacht (= Nephrolithiasis). Hier betont die Leitlinie den Primat der konservativen Therapie, inkl. adäquater Schmerztherapie. Die Einlage von Ureterstents sollte nur dem Ausnahmefall, d.h. zur

Behandlung einer symptomatischen Harnstauungsnier nach Ausschöpfen aller konservativen Maßnahmen, vorbehalten bleiben. Objektive Kriterien

sind dabei die sonographisch gemessene, progrediente Dilatation des Nierenbeckens auf über 2 cm oder das Auftreten zervixwirksamer, vorzeitiger Wehentätigkeit.

Darüber hinaus wird in der Leitlinie auch die Notwendigkeit der Behandlung (und Entbindung) von nephrologischen Risikoschwangerschaften an Perinatalzentren der Level 1 oder 2 betont. Dies umfasst regelhaft alle Patientinnen mit dialysepflichtiger Grunderkrankung, Patientinnen im Z.n. Nierentransplantation und bei insgesamt kritischer Gesamtsituation (Level 1), aber auch Patientinnen mit nephrologisch relevanten Begleiterkrankungen bzw. Risikofaktoren wie einer hypertensiven Schwangerschaftserkrankung oder einem insulinpflichtigen

Gestationsdiabetes (mind. Level 2). In diesen Fällen wird auf die Empfehlungen der entsprechenden AWMF-Leitlinien verwiesen. Eine chronische Nierenerkrankung per se definiert nicht einen bestimmten Geburtszeitpunkt- oder -modus (z.B. eine medikamentöse Geburtseinleitung am errechneten Termin). Für diese Entscheidungen sind die entsprechenden geburtshilflichen Kriterien füend (allerdings stets im interdisziplinären Austausch).

An der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg erfolgt im Sinne der Leitlinie die Betreuung von Patientinnen mit akuten und chronischen Nierenerkrankungen daher regelhaft im engen interkollegialen Austausch mit den nephrologischen Kolleginnen und Kollegen aus dem Nierenzentrum Heidelberg. Das Nierenzentrum befindet sich in unmittelbarer

räumlicher Nähe zur Universitäts-Frauenklinik im Neuenheimer Feld 162, so dass auch eine

entsprechende engmaschige und, falls erforderlich, zeitnahe Behandlung (z.B. 24h-Möglichkeit zur Dialyse) jederzeit möglich ist.

Link zur Leitlinie: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/015-090.html>

PSYCHOSOMATISCH-GEBURTSHILFLICHE BASICS: EIN UP-DATE ZU HYPEREMESIS

Prof. Dr. St. Wallwiener, Dr. K. Haßdenteufel, M. Zacher

Die weltweite Inzidenz des Symptomenkomplexes der Hyperemesis gravidarum wird auf 1-2% geschätzt. In etwa 20% persistieren die Symptome

sogar über die gesamte Schwangerschaft. Die größte Wahrscheinlichkeit für das Auftreten liegt im Zeitraum ab der 2.-4. Schwangerschaftswoche

(SSW) p.c. bis zur 16. SSW. Wichtig ist hierbei die Differenzierung zwischen der Nausea gravidarum, die reine Schwangerschaftsübelkeit, welche 80%



AUTOR:
Dr. med. Fabian Riedel

E-MAIL:
Fabian.Riedel@med.uni-heidelberg.de

aller Schwangeren betrifft, der Emesis gravidarum, die Übelkeit mit gelegentlichem Erbrechen, welche ebenfalls in 30% auftritt, und der im Folgenden fokussierten Hyperemesis gravidarum, welche die häufigste Indikation für eine stationäre Behandlung in der Frühschwangerschaft darstellt und in extremer Ausprägung zu einer potenziell lebensbedrohlichen Gefährdung der mütterlichen Gesundheit werden kann. Die Aufnahme erfolgt in der Regel sowohl bei subjektiv als auch objektiv stark gemindertem Ernährungs- und Allgemeinzustand der Schwangeren. Definitionsgemäß umfasst die HG eine Emesis mit einer Mindestfrequenz von 5x täglichem Erbrechen, einer Gewichtsabnahme von > 5% des Körpergewichts und eine Ketonurie.

Folgende Schweregrade werden unterschieden:

Grad I: ohne Stoffwechsellage

Grad II: Stoffwechsel- und Elektrolytentgleisung, Dehydratation

ÄTIOLOGIE

Eine abschließende Darstellung eines ätiologischen Modells der HG ist bis dato nicht möglich und trotz zahlreicher Studien werden bisweilen werden verschiedene Theorien diskutiert. Mutmaßlich handelt es sich um ein multifaktorielles Krankheitsbild mit einem besonderen Fokus auf psychosozialen Faktoren. Anamnestisch ist eine Hyperemesis insbesondere bei jungen Nulliparae, im Z.n. Hyperemesis in einer vorausgegangenen Schwangerschaft, bei einer vorliegenden Essstörung (Anorexia nervosa oder Bulimie) und bei Frauen mit Migrationshintergrund zu beobachten. Studien zeigten, dass auch Töchter von Müttern mit Z.n. HG ein erhöhtes Risiko für das Auftreten einer ebensolchen haben, sodass genetische Ursachen ebenfalls angenommen werden müssen. In laborchemischen Untersuchungen zeigten sich Hinweise, dass ein Polymorphismus in der

Untergruppe des HTR_{3C}-Gens des Serotoninrezeptors eine Rolle spielen könnte. Auffallend ist ebenfalls eine Assoziation mit Mehrlingsschwangerschaften oder Trophoblastentumoren, was wiederum auf einen Zusammenhang mit erhöhten HCG-Spiegeln hindeutet. Weitere Gemeinsamkeiten bei betroffenen Frauen im Rahmen klinischer Studien umfassen das gehäufte Auftreten von weiblichen Fetten und das Vorliegen einer maternalen Adipositas sowie einer Helicobacter-pylori-Infektion. Auch wurden Assoziationen mit einer transienten Hypothyreose aufgefunden, welche mutmaßlich durch eine Kreuzreaktion des HCG mit dem TSH-Rezeptor auftritt.

PSYCHOLOGISCH-PSYCHOSOMATISCH ORIENTIERTE KONZEPTE

Hinsichtlich zugrundeliegender psychosomatischer ätiologischer Aspekte gibt es bereits zahlreiche Studien, bislang jedoch noch keinen erwiesenen kausalen Zusammenhang. Der Gedanke eines psychologisch-psychosomatisch orientierten Ursachenmodells wurde in der Literatur erstmals ausführlich 1890 vom deutschen Mediziner Kaltenbach beschrieben, der in einem rezidivierend auftretenden Erbrechen die Möglichkeit einer zugrundeliegenden Neurose sah.

Unumstritten ist, dass der Eintritt einer Schwangerschaft – egal ob geplant oder ungeplant – ein einschneidendes Ereignis im Leben einer Frau darstellt. Insbesondere in den ersten Wochen, in denen der heranreifende Fetus zwar ohne apparative Diagnostik noch nicht sichtbar ist, sich aber bereits durch körperliche Veränderungen bemerkbar macht, ist eine Auseinandersetzung mit der beginnenden neuen Lebenssituation in den meisten Fällen unumgänglich. Bereits 1974 hat Molinski umfassend die Problematik werdender Mütter angesichts ihrer neuen Lebenssituation beschrieben. Seiner Auffassung nach sind die durch die Schwangerschaft aktivierten oralen und aggressiven Impulse, die

unterbewusst auf kompetitiver Ebene zum fetalen Wachstum verlaufen, ursächlich für das Eintreten einer HG. Als unterstützend für Molinskis Theorie kann die Tatsache gesehen werden, dass häufig bereits mit

stationärer Aufnahme der Patientin eine deutliche Beschwerdelinderung zu beobachten ist.

In aktuelleren Studien bis dato publizierte psychische Risikofaktoren umfassen:

- Ablehnung der eigenen Weiblichkeit
- Ambivalentes Verhältnis gegenüber der Schwangerschaft
- Verlustangst
- sehr enge Mutterbindung
- häufig infantiler oder hysterischer Persönlichkeitstyp
- Wunschneurose: Wunsch nach Befreiung von der Schwangerschaft
- Angstneurose: Angst vor Geburtsschmerz sowie der sozialen Zukunft

NEU: PSYCHOLOGISCHE SPRECHSTUNDE FÜR SCHWANGERE AN DER UFK

Insgesamt stellt die Peripartalzeit für viele Frauen einen Risikofaktor für die Entstehung von Ängsten und psychischer Belastung dar. Studien zu Folge entwickeln ca. 10% aller Frauen während der Schwangerschaft und in der Zeit nach der Geburt eine Depression oder eine Angststörung – noch viel mehr Frauen leiden unter subklinischen Ängsten sowie Geburtsängsten. Unbehandelte psychische Erkrankungen in der Peripartalzeit führen dabei nicht nur zu einem beachtlichen Leid bei den Betroffenen selbst und gehen mit einer höheren Sektiorate und Geburtskomplikationen einher, sondern können sich negativ auf die Mutter-Kind-Bindung nach der Geburt auswirken.

Aus diesem Grund bieten wir seit Anfang 2022 wöchentlich eine psychologische Sprechstunde

In Zusammenarbeit mit dem Institut für Medizinische Psychologie der Uniklinik Heidelberg speziell für Schwangere an. Diese findet regulär immer dienstags in der Schwangerenambulanz statt.

TERMINIERUNG

Bei Interesse können die Betroffenen einen zeitnahen Termin für ein Beratungsgespräch bei unserer Psychologin, Frau Magdalena Zacher, (GynPsych.PMED@med.uni-heidelberg.de) per E-Mail vereinbaren oder einfach über unser Termintelefon: 06221 56-7896

Sprechstundenzeiten: dienstags, 13 – 16 Uhr



AUTORIN:

Prof. Dr. med. Stephanie Wallwiener

E-MAIL:

Stephanie.Wallwiener@med.uni-heidelberg.de

UNSERE NEUEN OBERÄRZTLICHEN ANSPRECHPARTNER UND ANPRECHPARTNERINNEN STELLEN SICH VOR

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Wir freuen uns, Ihnen Ihre neuen oberärztlichen Ansprechpartner an der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg für die operative Gynäkologie, die allgemeine gynäkologische Ambulanz inkl. der gynäkoonkologischen Organsprechstunde, die Urogynäkologie sowie die Dysplasiesprechstunde vorstellen zu dürfen.

Herr Dr. med. Fabian Riedel verstärkt ab sofort das Oberarzt-Team der Frauenklinik in den ersten vier genannten Bereichen. Frau Dr. med. Lisa Nees bringt ihre in den vergangenen Jahren gewonnene Expertise in der Dysplasiesprechstunde als neue stellvertretende Leitung der Dysplasiesprechstunde ein.

Herr Dr. med. Dirk Pollmann, welcher unser Team im Bereich der operativen Gynäkologie seit verganginem Jahr unterstützt, ist ein langjährig erfahrener und versierter gynäkologisch-onkologischer Operateur und steht bei Rückfragen ebenfalls zur Verfügung. Herr Dr. med. Stefan Weinschenk betreut seit diesem Jahr mit seiner TLA Expertise (TLA – Therapie mit Lokalanästhetika) chronische Schmerzpatientinnen in seiner Spezialsprechstunde. Hier können Patientinnen mit diversen chronischen gynäkologischen Beschwerden eine TLA als IGEL Leistung erhalten (Zielkollektiv: chronische Unterbauchschmerzen ab 6 Monaten, chronische Vaginal/Vulva Beschwerden ab 6 Monaten, chronische Schmerzen bei bekannter Endometriose, chronische postpartale Narbenschmerzen nach Sectio oder nach Episiotomie).

Bei Rückfragen oder bei Fragen der Ein- und Überweisung bzw. Mitbehandlung von Patientinnen kann eine direkte Kontaktaufnahme mit unseren ärztlichen Kolleginnen und Kollegen über das Privatsekretariat erfolgen. Dort werden Sie mit dem verantwortlichen Ansprechpartner verbunden. Auch können darüber Befunde angefordert werden. Das Sekretariat erreichen Sie telefonisch unter 06221/56-7901 oder 06221/56-36956.

Wir freuen uns auf eine enge und intensive Zusammenarbeit im Sinne unserer gemeinsamen Patientinnen und hoffen, Sie auch bei einer der nächsten Fortbildungen an der Universitäts-Frauenklinik persönlich begrüßen zu dürfen!

ANSPRECHPARTNER*INNEN:



OA Dr. med. F. Riedel

Fabian.Riedel@med.uni-heidelberg.de



FOÄ Dr. med. L. Nees

LisaKatharina.Nees@med.uni-heidelberg.de



OA Dr. med. D. Pollmann

Dirk.pollmann@med.uni-heidelberg.de

NEU: GYNÄKOLOGISCHE SCHMERZSPRECHSTUNDE

Dr. Stefan Weinschenk

Für Ihre **Patientin mit chronischem Schmerz** im Genitalbereich haben Sie zukünftig eine Adresse: Seit April 2022 bietet die Universitätsfrauenklinik eine Sprechstunde für Gynäkologische Schmerzerkrankungen an.

Neuer Leiter der Sprechstunde ist **Dr. Stefan Weinschenk**. Er verfügt über langjährige Expertise in der Behandlung von gynäkologischen Schmerzerkrankungen, insbesondere in interventioneller Schmerztherapie.

Dr. Weinschenk war seit vielen Jahren in einer großen Frauenarztpraxis in Karlsruhe leitend tätig und hat dort umfangreiche Erfahrung in multimodaler Schmerztherapie bei gynäkologischen Beschwerden gesammelt. Er wird seine Erfahrung und Kenntnisse nun in unsere Ambulanz einbringen.

Die Universitätsfrauenklinik wird damit gleichzeitig **Interdisziplinäres Koordinationszentrum** für die Erforschung der Therapie mit Lokalanästhetika (TLA / Neuraltherapie).

Die Universität Heidelberg ist seit Jahren international führend in Lehre und Forschung zu den Grundlagen der Lokalanästhetika und ihrer therapeutischen Anwendung. Meilensteine dieser Forschung sind beispielsweise die Entdeckung der **anti-entzündlichen Wirkung der Lokalanästhetika**, die wesentlich zum Verständnis der Therapie-Effekte beigetragen hat,

Die Universität richtet jährlich einen internationalen Kongress zur TLA aus. Wenn Sie Interesse haben, diese Methoden zu lernen und in Ihrer Praxis anzuwenden,

besuchen Sie den **Gyn-Kurs** unter der Leitung von Dr. Weinschenk am 09.07.2022 (www.neuraltherapie-heidelberg.de).

Forschung: Im Rahmen des TLA-Koordinationszentrums sind Projekte zu den molekularen Wirkungen der Lokalanästhetika (Membranforschung) und klinische Studien zum Gynäkologischen Schmerztherapie in Vorbereitung.

Kooperationen: Eine seit Jahren enge Zusammenarbeit mit der Abteilung für Endokrinologie und Fertilitätsstörungen (Leiter Prof. Strowitzki) und die enge Verzahnung mit der Schmerzambulanz der Abteilung für Anästhesiologie (Leiter PD Dr. J. Kessler) runden das Angebot der Gynäkologischen Schmerzsprechstunde ab.

Für die **Erstvorstellung** benötigt Ihre Patientin einen Überweisungsschein von Ihnen. Wir klären im Erstgespräch die Indikation zur Therapie, mögliche Therapieoptionen und ggf. erforderliche weitere diagnostische Maßnahmen, und beraten Ihre Patientin, welche Leistungen über die privaten und gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden können.

Bei den **folgenden Erkrankungen** können dauerhaft gute Ergebnisse erzielt werden:

- Chronischer **Unterbauchschmerz**,
- **Vulvodynie** (chronischer Schmerz und Pruritus des Genitales),
- therapieresistenter **Endometrioseschmerz** (Schmerzen trotz optimaler Einstellung und/oder nach Operation)
- **Narbenschmerzen** nach gynäkologischen /geburtshilflichen Eingriffen.

Patientinnen mit diesen Beschwerden können Sie anmelden über die Ambulanz der Frauenklinik:

06221/56-7934

Frauenklinik.Ambulanz.Allgemeine@med.uni-heidelberg.de



ANSPRECHPARTNER:

Dr. med. Stefan Weinschenk

Prof. Dr. med. Markus Wallwiener

E-MAIL:

stefan.weinschenk@med.uni-heidelberg.de

Markus.Wallwiener@med.uni-heidelberg.de

NEUES AUS DER GEBURTSHILFE

Das geburtshilfliche Team der Universitätsfrauenklinik steht Ihnen wie gewohnt zur Seite.

Frau Prof. Dr. Stephanie Wallwiener hat zum Juli 2021 die Sektionsleitung der Geburtshilfe an unserer Universität übernommen. Ihre klinischen Schwerpunkte sind die Risikogeburtshilfe sowie die Pränataldiagnostik (DEGUM II). Ihre

wissenschaftlichen Schwerpunkte widmen sich der Versorgungsforschung sowie innovativen Behandlungsmodellen. Sie wird im Team unterstützt von Frau Dr. Alexandra von Au und Frau Dr. Julia Spratte.

Aktuelles an der Geburtshilfe

Seit Februar dürfen Schwangere und Entbundene wieder täglich besucht werden (hierfür verweisen wir auf die aktuelle Besucherregelung auf unserer Homepage).

Seit März bieten wir allen Paaren wieder die Möglichkeit eines Familienzimmers an.

Wir freuen uns besonders, am Elterninfoabend (jeden 2. Und 4. Montag im Monat) Eltern jetzt gemeinsam mit der Neonatologie zu informieren und mit den Eltern gemeinsam Kreissaalbesichtigungen durchzuführen.

Unser Team für Geburtshilfe und Perinatalmedizin für unsere Patientinnen:



Prof. Dr. med. Stephanie Wallwiener
Sektionsleitung Geburtshilfe
Stephanie.Wallwiener@med.uni-heidelberg.de
06221 56 37551



Dr. med. Alexandra von Au
Oberärztin Geburtshilfe
Alexandra.Au@med.uni-heidelberg.de



Dr. med. Michael Elsässer
Sektionsleitung Pränataldiagnostik
Michael.Elsaesser@med.uni-heidelberg.de



Dr. med. Dr. med. Julia Spratte
Oberärztin Geburtshilfe und
Pränataldiagnostik
Julia.Spratte@med.uni-heidelberg.de



UNSERE VERANSTALTUNGEN FÜR SIE

<p>Fortbildung Geburtshilfe am 22.06.2022</p> <p>Programm:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Begrüßung2. Update Pränataldiagnostik: NIPT, Sono-quiz (Dr. Elsässer)3. Corona in der Schwangerschaft – was gibt es zu beachten? (Prof. Wallwiener)4. Familienzentriertes Konzept in der Neonatologie (Prof. Gille)	<p>Fortbildung Endokrinologie und Urogynäkologie am 21.09.2022</p> <p>Programm:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Neues aus der Reproduktionsmedizin (Prof. Strowitzki)2. Behandlung der Hyperprolaktinämie (Prof. Germeyer)3. Neuigkeiten in der medikamentösen Therapie bei Myomen (Prof. Hennigs)4. Beckenbodenzentrum, neue Entwicklungen in der Urogynäkologie (Dr. Keß)	<p>Heidelberger Symposium Gynäkologie am 26.11.2022</p> <p>Best of Gynäko-Onkologie, Mammakarzinom und Geburtshilfe und Perinatalmedizin</p>
---	--	---

SO ERREICHEN SIE UNS

Sekretariat Prof. Dr. M. Wallwiener



Markus.wallwiener@med.uni-heidelberg.de
06221/56-7901
Direkte Durchwahl: 06221-5636956

Termine Privatsprechstunden

06221/56-7901, 56-7906
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:
Dr. 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



Ansprechpartner:
Dr. S. Weinschenk
stefan.weinschenk@med.uni-heidelberg.de

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

Gynäkologische Schmerzsprechstunde

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