

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

Mit diesem Newsletter möchten wir über aktuelle,
neue Entwicklungen in unserer Klinik berichten.

Wir stellen Ihnen unser neues DaVinci-roboterassistierte
Operationssystem, sowie unseren neuen Ultraschallsimu-
lator vor.

Zudem informieren wir Sie über ein neu zugelassenes
Medikament bei metastasiertem Mammakarzinom und
geben ein Update zu hypertensiven Schwangerschafts-
erkrankungen, sowie zur Myomtherapie bei Kinder-
wunsch.

Desweiteren stellen wir Ihnen die Anwendung der SOUND-
Studie in unserem klinischen Alltag vor.

Bis zum nächsten Wiedersehen verbleiben wir mit
besten Grüßen aus der Klinik!



Prof. Dr. med. O. Zivanovic
Ärztlicher Direktor
Universitätsfrauenklinik Heidelberg



Dr. med. M. Elsässer
Komm. Leitung der Sektionen
Geburtshilfe und Pränataldiagnostik

INHALT

- › DAVINCI ROBOTER-ASSISTIERTE OPERATIONSSYSTEME – MODERNSTE OPERATIONSVERFAHREN AN DER FRAUENKLINIK
- › CAPIVASERTIB ALS NEUE ORALE THERAPIE BEIM METASTASIIERTEN HORMONREZEPTOR-POSITIVEN MAMMAKARZINOM
- › UPDATE – HYPERTENSIVE SCHWANGERSCHAFTSERKRANKUNGEN
- › MYOMTHERAPIE BEI KINDERWUNSCH
- › ANWENDUNG DER SOUND-STUDIE IN DER KLINISCHEN PRAXIS
- › STÄRKUNG DER KLINISCH-PRAKTISCHEN AUSBILDUNG DURCH NEUE ULTRASCHALLSIMULATOREN

DAVINCI ROBOTER-ASSISTIERTE OPERATIONSSYSTEME – MODERNSTE OPERATIONSVERFAHREN AN DER FRAUENKLINIK

Dr. med. C. Schmidt, Prof. Dr. med. A. Hennigs

Um besonders schonende und präzise Operationen durchzuführen, verfügt die Universitäts-Frauenklinik seit einem Jahr über ein DaVinci Xi roboter-assistierte Chirurgesystem.

Das DaVinci Xi ist das neuste und modernste System der Firma Intuitive. Genutzt wird der Roboter häufig für totale Hysterektomien beim Endometriumkarzinom mit ICG-gestütztem pelvinem Sentinel, aber auch für ausgedehnte Endometrioseanierungen oder andere benigne Befunde.

Dass wir eine von sehr wenigen gynäkologischen Kliniken in Deutschland sind, die täglich einen OP-Roboter zur Verfügung haben, ermöglicht eine OP-Terminierung mit kurzen Wartezeiten.

Bei der Durchführung der Operationen profitieren unsere Patientinnen von der hohen Expertise unseres ärztlichen Direktors Prof. Dr. Oliver Zivanovic. An seiner vorherigen Klinik, dem Memorial Sloan Kettering Cancer Center in New York, führte er in den letzten 10 Jahren mehr als 1200 Operationen mit dem DaVinci-System durch.

Einige unserer Patientinnen sind zunächst besorgt, wenn sie vom „OP-Roboter“ hören, da sie sich ein autonom operierendes System vorstellen. Deshalb ist es uns wichtig geworden, unseren Patientinnen genau zu erklären, dass jede Bewegung von dem operierenden Arzt ausgeht, der an einer Chirurgen-Konsole (siehe Bild) sitzt. Der Chirurg sitzt bei uns unmittelbar neben der Patientin.



Prof. Oliver Zivanovic, ärztlicher Direktor der Universitäts-Frauenklinik an der Chirurgen-Konsole des DaVinci Xi. Die Steuerung erfolgt sehr präzise durch Handgriff und überträgt direkt die Bewegungen der Hand.

Vorteil beim robotischen Eingriff im Vergleich zur konventionellen Laparoskopie sind u.a. die hohen Freiheitsgrade der Instrumente, die der menschlichen Hand nachempfunden sind. Dadurch werden eine deutlich präzisere Chirurgie und ein geringerer Blutverlust möglich.

Seit das Operieren mit dem DaVinci-System in unserer Klinik implementiert wurde, zeigt sich bereits eine positive Tendenz mit einer deutlichen Abnahme der Notwendigkeit der primär offenen Chirurgie insbesondere bei komplexen Eingriffen, aber auch die Rate an Konversionen zur offenen Chirurgie hat abgenommen.

Außerdem ist das Operieren an der Konsole für die operierende Person deutlich angenehmer, da eine entspannte Körperhaltung eingenommen wird. So ermüden die Operateure weniger schnell, wovon natürlich unsere Patientinnen profitieren.



Laparoskopischer Turm (Patientenwagen) des DaVinci für die Kamera und 3 Instrumente.

Bei Fragen oder Anmerkungen zu robotisch-assistierten Operationen wenden Sie sich gerne jederzeit an unser ärztliches Team. Eine Terminvereinbarung ist unter 06221 567934 möglich.

AnsprechpartnerInnen:



Dr. med. Ch. Schmidt
Christina.Schmidt@med.uni-heidelberg.de



Prof. Dr. med. A. Hennigs
Andre.Hennigs@med.uni-heidelberg.de

CAPIVASERTIB ALS NEUE ORALE THERAPIE BEIM METASTASIIERTEN HORMONREZEPTOR-POSITIVEN MAMMAKARZINOM

V. Garçon, Dr. med. Ch. Maurer

Seit November 2023 in den USA und seit Juni 2024 auch in Europa zugelassen, ist Capivasertib in Kombination mit Fulvestrant eine neue Therapieoption beim hormonrezeptor-positiven HER2-negativen metastasierten Mammakarzinom. Ab Oktober wird die innovative Therapie nun auch in Deutschland verfügbar sein.

Capivasertib hemmt die Aktivität der Seronin-Threonin-Kinasen (AKT) 1,2 und 3 ist zugelassen bei Vorliegen einer oder mehrerer Mutationen in den Genen PIK3CA, AKT und PTEN.

In der randomisiert kontrollierten, doppelblinden Phase-3-Studie CAPItello-291 konnte Capivasertib einen signifikanten Vorteil im progressionsfreien Überleben (PFS) zeigen. Das PFS betrug bei PIK3CA-, AKT1- oder PTEN-Alteration 7.3 Monate in der Capivasertib-Fulvestrant-Gruppe vs. 3.1 Monate in der Placebo-Fulvestrant-Gruppe (Hazard Ratio 0.50, 95%-Konfidenzintervall 0.38 bis 0.65). Bei Patientinnen ohne Alteration im PI3K-Signalweg konnte kein Benefit in Bezug auf das PFS gezeigt werden.

Capivasertib wird in Tablettenform zweimal täglich für vier aufeinanderfolgende Tage eingenommen, gefolgt von einer Pause von drei Tagen, bevor sich der Zyklus wiederholt.

Als häufigste Nebenwirkungen der Therapie mit Capivasertib wurden Durchfall, Hautausschlag, Übelkeit und Erbrechen, Fatigue, Stomatitis, Hyperglykämie, Kopfschmerzen und Inappetenz beobachtet.

Unter den häufigsten schweren Nebenwirkungen (mindestens Grad 3) fanden sich Hautausschlag (12,1 %), Durchfall (9,3 %) und Hyperglykämie (2 %). Hyperglykämien sind damit deutlich seltener berichtet als bei dem PI3K-Inhibitor Alpelisib.

In der Schweiz und Österreich ist die Therapie schon verfügbar. Auch am Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) in Heidelberg wird bereits die erste

Patientin mit der nach Kostenübernahme international bezogenen neu zugelassenen Therapie behandelt.

Mehr zu lesen unter:

Turner NC, Oliveira M, Howell SJ, Dalenc F, Cortes J, Gomez Moreno HL, Hu X, Jhaveri K, Krivorotko P, Loibl S, Morales Murillo S, Okera M, Park YH, Sohn J, Toi M, Tokunaga E, Yousef S, Zhukova L, de Bruin EC, Grinsted L, Schiavon G, Foxley A, Rugo HS; CAPItello-291 Study Group. Capivasertib in Hormone Receptor-Positive Advanced Breast Cancer. N Engl J Med. 2023 Jun 1;388(22):2058-2070. doi: 10.1056/NEJMoa2214131. PMID: 37256976; PMCID: PMC11335038.

<http://www.ema.europa.eu/medicines/human/EPAR/truqap>

AnsprechpartnerInnen:



V. Garçon
Vera.Garcon@med.uni-heidelberg.de



Dr. med. Ch. Maurer
Christian.Maurer@med.uni-heidelberg.de

UPDATE – HYPERTENSIVE SCHWANGERSCHAFTSERKRANKUNGEN

Dr. med. A. Jungk, Dr. med. A. von Au

Im Juli 2024 ist die neue S2k-Leitlinie zu hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen erschienen. Im Folgenden sind die wesentlichen Änderungen und wichtigsten Neuerungen zu den Themen Früherkennung/Diagnostik, Therapie und Überwachung von Schwangeren/Wöchnerinnen sowie eine interdisziplinäre Nachsorge zusammengefasst.

In Bezug auf die Diagnostik legt die neue Leitlinie verstärkten Wert auf engmaschige Kontrollen bei Patientinnen mit Risikofaktoren für hypertensive Schwangerschaftserkrankungen, wie chronische Hypertonie, Nierenerkrankungen oder familiärer Prädisposition.

Blutdruckmessungen sollten hier nicht nur im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen in der Praxis, sondern zusätzlich als Heimblutdruckmessung und bei uneindeutigen Werten ggf. als 24h-Messung erfolgen.

Bei erhöhten Werten sollte eine medikamentöse Therapie frühzeitig eingeleitet werden. Primär soll eine antihypertensive Therapie bei milder bis moderater Hypertonie ($>140/90$ mmHg und $<160/100$ mmHg) als Monotherapie begonnen werden. Medikamente der ersten Wahl sind α -Methyldopa, Metoprolol und Nifedipin. Reicht diese nicht, ist es sinnvoll eine Kombinationstherapie mit einer zweiten Substanzklasse zu beginnen, anstatt die Maximaldosis eines Medikaments auszureizen.

Nach gesicherter schwangerschaftsinduzierter Hypertonie sollten regelmäßige Proteinurie- und Hämolysekontrollen sowie Doppler-Sonografien zur Überwachung der uteroplazentaren Perfusion durchgeführt werden, um eine plazentare Dysfunktion frühzeitig zu erkennen.

Bei Verdacht auf Präeklampsie können im ambulanten Bereich nun auch erweiterte angiogene Laborparameter wie der sFlt-1/PlGF-Quotient zur besseren Risikostratifizierung eingesetzt werden. Dies kann helfen, gefährdete

Schwangere engmaschiger zu überwachen und rechtzeitig Maßnahmen einzuleiten.

Eine intrauterine Wachstumsrestriktion des Feten kann ein Symptom einer zugrundeliegenden Präeklampsie sein und sollte diesbezüglich abgeklärt werden. Bei schwerwiegenden Befunden ist eine Überweisung in eine Klinik erforderlich.

Bei anhaltender postpartaler Hypertonie sollte die Medikation entsprechend angepasst werden. Methyldopa bleibt eine Option, jedoch ist die Wirkung und das Nebenwirkungsprofil, insbesondere in Hinblick auf psychiatrische Wirkungen (z.B. Depressionen im Wochenbett) anderen Optionen unterlegen. Mittel der ersten Wahl postpartal sind daher ACE-Hemmer (z.B. Captopril) oder Calciumkanalblocker (z.B. Amlodipin).

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit, insbesondere eine engmaschige kardiologische und nephrologische Nachsorge gewinnt zunehmend an Bedeutung. Dies ist entscheidend, um langfristige gesundheitliche Risiken für die Frauen zu minimieren.

Frauen mit hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen sollten auch nach der Geburt regelmäßig auf Bluthochdruck und mögliche langfristige kardiovaskuläre Risikofaktoren überwacht werden.

Unsere beiden Kooperationen sind hierbei besonders wertvoll: Frauen mit kardiovaskulären Erkrankungen profitieren von der engen Zusammenarbeit mit unserem Pregnancy Heart Team. Die kardiologischen Kolleg*innen unterstützen uns bei der Diagnostik und Therapieanpassung von Herz-Kreislauf-Komplikationen während der Schwangerschaft. Außerdem können Hochrisiko-Schwangere oder -Frauen mit Kinderwunsch bereits vor oder während der frühen Schwangerschaft mitbetreut werden, um die Therapie möglichst früh anzupassen und Komplikationen schnell zu erkennen.

Kontakt: pregheart.med3@med.uni-heidelberg.de

Für Patientinnen mit hypertensiven Erkrankungen und Nierenbeteiligung bzw. primären Nierenerkrankungen arbeiten wir eng mit dem Nierenzentrum zusammen. Dies ermöglicht eine umfassende Betreuung und präzise Anpassung der Therapie prä- sowie postpartal, um Nierenschäden zu vermeiden und die Gesundheit der Mutter zu sichern.

Kontakt: Florian.Kaelble@med.uni-heidelberg.de; Nierenzentrum Heidelberg.

Für Rückfragen oder zur Überweisung von Hochrisikopatientinnen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung.

Ansprechpartnerinnen:



Dr. med. A. Jungk
Annika.Jungk@med.uni-heidelberg.de



Dr. med. A. von Au
Alexandra.Au@med.uni-heidelberg.de

MYOMTHERAPIE BEI KINDERWUNSCH

Dr. med. S. Scheubeck, Dr. med. A. Gerhardt

Myome sind hormonabhängige Tumoren des Uterus, deren Prävalenz bis zum Erreichen der Postmenopause ansteigt und anschließend wieder fällt. Durch immer sensitivere Ultraschallgeräte wird die Prävalenz von Myomen bei 50-jährigen Frauen bis zu 70% geschätzt.

Da der Altersdurchschnitt bei Frauen mit Kinderwunsch in Deutschland in den letzten Jahren stetig gestiegen ist, sind Myome zunehmend ein Thema bei Patientinnen mit Kinderwunsch. Die Auswirkungen von Uterusmyomen auf die Fruchtbarkeit sind umstritten. Es konnte jedoch gezeigt werden, dass die Größe und insbesondere die Lage der Uterusmyome einen Einfluss auf die Schwangerschaftsrate haben.

Eine Myomektomie zur Verbesserung der Schwangerschaftsraten bei asymptomatischen Frauen mit Myomen, die keinen Bezug zum Cavum haben, wird im Allgemeinen nicht empfohlen. Sie kann in Einzelfällen erwogen werden, z. B. bei schwerwiegenden Veränderungen der anatomischen Beckenverhältnisse, die den Zugang zu den Eierstöcken für die Eizellentnahme erschweren.

Submuköse Myome, die zu einer Deformierung des Uteruscavums führen (FIGO-Typen 0-2), können die Einnistung und die weitere Entwicklung des Embryos beeinträchtigen und zu einer Abnahme der Fertilität führen. Daher wird die Entfernung von Myomen in dieser Lokalisation bei Patientinnen mit Kinderwunsch gemäß internationalen Leitlinien (asrm guideline) empfohlen. Dies sollte vorzugsweise hysteroskopisch erfolgen.

Nach einer Myomenukleation wird vor einer Realisierung des Kinderwunsches ein Abwarten von mindestens 6 Monaten empfohlen. Bei Cavumöffnung oder ausgedehnten Operationen am Myometrium besteht in der nachfolgenden Schwangerschaft ein erhöhtes intrapartales Uterusrupturnisiko und somit die Empfehlung zur primären Sectio als Geburtsmodus.

Bei weiteren Fragen wenden Sie sich gerne an unsere Ansprechpartner der allgemeinen gyn. Ambulanz:

Dr. med. Axel Gerhardt
Dr. med. Walid Shaalan
Dr. med. Dirk Pollmann

Eine Terminvereinbarung in der allgemeinen Ambulanz ist möglich unter:
Tel.: 06221-56 7934

AnsprechpartnerInnen:



Dr. med. S. Scheubeck
Sophia.Scheubeck@med.uni-heidelberg.de



Dr. med. A. Gerhardt
Axel.Gerhardt@med.uni-heidelberg.de

ANWENDUNG DER SOUND-STUDIE IN DER KLINISCHEN PRAXIS

D. Batarseh, Dr. med. A. Lemke

Die SOUND Studie („Sentinel Node vs. Observation After Axillary Ultra-Sound“) wurde vor circa einem Jahr durch Gentilini et. al. im JAMA Oncology publiziert und findet seither auch in unserer Brustsprechstunde Anwendung.

Es handelt sich um eine multizentrische prospektive und randomisierte klinische Studie, in der die Nicht-Unterlegenheit einer alleinigen brusterhaltenden Operation ohne axillären Eingriff gegenüber einer brusterhaltenden Operation mit axillärer Sentinellymphonodektomie in einem bestimmten Patientinnenkollektiv geprüft worden ist. Eingeschlossen wurden Patientinnen aller Altersgruppen mit T1-Tumoren, positivem Östrogenrezeptor und unauffälliger präoperativer axillärer Sonographie. Im Anschluss an die Operation erfolgten in beiden Gruppen die üblichen strahlen- und systemtherapeutischen Maßnahmen. Bezüglich des 5-Jahres metastasensfreien Überlebens zeigte sich kein Nachteil in der Kohorte ohne axillären Eingriff. Zudem war kein relevanter Einfluss auf die adjuvante Therapieempfehlung durch den axillären Eingriff zu beobachten.

Mittlerweile spiegeln sich auch in der Empfehlung der AGO die Ergebnisse der SOUND-Studie wieder. Dort wird der Verzicht auf die Sentinellymphonodektomie nach Anwendung der SOUND-Kriterien mit einem einfachen Plus bewertet (LoE 1b) und somit empfohlen.

In der Praxis bedeutet dies in unserer Brustsprechstunde, dass Patientinnen mit einem Alter > 65 Jahren, einem T1-Tumor mit positivem Östrogenrezeptor und negativer HER2-Expression sowie NST und G1-2 mit Ki-67 $< 10\%$ bei geplanter brusterhaltender Operation der Verzicht auf eine Sentinellymphonodektomie angeboten wird. Eine Compliance seitens der Patientin bezüglich der weiteren Therapiemaßnahmen mit Strahlentherapie und endokriner Therapie ist bei dieser Entscheidung essenziell. Besonders bei multimorbiden Patientinnen ist die Anwendung der SOUND-Kriterien zur Reduktion perioperativer Risiken durch Reduktion der Narkosezeit und des OP-/Wundgebiets von Vorteil.

Ansprechpartnerinnen:



D. Batarseh
Dina.Batarseh@med.uni-heidelberg.de



Dr. med. A. Lemke
Andrea.Lemke@med.uni-heidelberg.de

STÄRKUNG DER KLINISCH-PRAKTISCHEN AUSBILDUNG DURCH NEUE ULTRASCHALLSIMULATOREN

PD Dr. med. B. Schäfer

Ein besonderes Ziel unserer Lehre im Rahmen von HEICUMED ist es, besonders praxisnahen und anschaulichen Studierendenunterricht anzubieten.

Viele fachspezifische Inhalte der Gynäkologie und Geburtshilfe können jedoch von den Studierenden weder im Rahmen der regulären curricularen Lehrveranstaltungen, noch im Praktischen Jahr in ausreichendem Maße allein im Klinikalltag praktisch gelernt und trainiert werden und bleiben somit vielen Studierenden verschlossen. Die Gründe liegen in den entsprechenden Untersuchungssettings, welche für die Patientinnen oft schambehaftet sind und daher nur begrenzt für den Studierendenunterricht geeignet sind.

Ganz konkret geht es in diesem Zusammenhang beispielsweise um das Üben der transvaginalen Sonographie, welche einen elementaren Bestandteil und ein Alleinstellungsmerkmal der gynäkologischen Diagnostik von Pathologien im weiblichen Becken darstellt.



Um diese wichtige Untersuchungstechnik vermitteln zu können, verfügt die Frauenklinik über den transvaginalen Ultraschallsimulator „ScanTrainer OBGYN“ der Firma Skills Med Deutschland.

Wir freuen uns sehr, dass der weitere Ausbau unseres Ultraschallsimulationstrainings in der aktuellen Vergaberunde der Qualitätssicherungsmittel der Fachschaft Medizin (QSM) als besonders förderungswürdiges Projekt ausgezeichnet wurde und uns zusätzlich von der Medizinischen Fakultät Heidelberg eine großzügige finanzielle Förderung zugesprochen wurde. Die QSM-Mittel erlauben uns die Ergänzung unseres bestehenden Ultraschallsimulators um eine Transabdominalsonde, sodass in Zukunft beispielsweise auch pränataldiagnostische Ultraschalluntersuchungen simuliert werden können.

Durch die Förderungsmittel der medizinischen Fakultät konnte in Kooperation mit den Kolleginnen der Inneren Medizin außerdem ein weiterer Ultraschallsimulator bestellt werden, der neben gynäkologischer Sonographie auch für interdisziplinäre, leitsymptombasierte Ultraschallkurse genutzt werden wird.

Wir freuen uns, dass wir hiermit die klinisch-praktische Ausbildung unserer Studierenden um diese wichtigen Aspekte ergänzen können.

Ansprechpartner:

PD Dr. med. B. Schäfer
Benedikt.Schaefer@med.uni-heidelberg.de

