



UniversitätsKlinikum Heidelberg

NEWSLETTER

Universitäts-Frauenklinik

Sehr geehrte, liebe Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

nicht nur die Geburtenzahlen sind im letzten Jahr deutlich angestiegen, auch die Anzahl der Patientinnen, die sich bei uns operieren lassen möchten, nimmt, Dank der hervorragenden Zusammenarbeit mit Ihnen, kontinuierlich zu. Um dem Anspruch der Patientinnen an kurze Wartezeiten auf Operationstermine gerecht zu werden, wurde nun bereits Ende letzten Jahres mit dem Bau eines neuen Eingriffsraumes begonnen. Es freut mich sehr, Ihnen mitteilen zu können, dass dieser nun Anfang März in Betrieb genommen werden konnte und damit die OP-Kapazität deutlich gesteigert werden kann. Weitere Informationen hierzu finden Sie nachfolgend in dieser Ausgabe des Newsletters.

Ebenso noch vor Ostern konnten wir, nach Lieferung zweier hochmoderner neuer Ultraschallgeräte, mit der Rekrutierung der großen, internationalen Elastographie-Studie in der Mammadiagnostik unter Heidelberger Federführung beginnen. Neben der Universitätsfrauenklinik Heidelberg, die die Koordinierungs- und Leitungsfunktion der Studie innehat, sind noch 10 weitere Zentren beteiligt (u.a. in den USA, Japan, Frankreich, Portugal, den Niederlanden sowie weitere Zentren in Deutschland). Insgesamt sollen zur Evaluation der Elastographietechnik „VTIQ“ 1000 Patientinnen mit BI-RADS® 3 und 4 Läsionen rekrutiert werden. Der Hauptfokus liegt hierbei auf Patientinnen mit BI-RADS® 3 und 4a Befunden. Um die Fallzahl an der Universitätsfrauenklinik Heidelberg zu erhöhen, laden wir Sie herzlich ein, entsprechende Patientinnen zum Einschluss in die Studie in die Brustsprechstunde zu senden. Auch hierzu finden Sie weiterführende Informationen nachfolgend.

Den seltenen Fall eines 12jährigen Mädchens mit Adenokarzinom der Cervix uteri wollen wir Ihnen ebenso wenig vorenthalten wie die Informationen zum viel diskutierten Thema des „Zika-Virus“ und der neusten Studienlage hinsichtlich Einleitung bei fetaler Makrosomie.

Ich wünsche Ihnen allen schöne und frühlingshafte Ostertage,

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. C. Sohn

Neuer Eingriffsraum in der UFHK

J. Rom

In den letzten Jahren konnte die Zahl der operativen Eingriffe in der Frauenklinik kontinuierlich gesteigert werden. Dies hatte zur Folge, dass die Wartezeiten, vor allem für elektive Eingriffe bei benignen Erkrankungen, sehr lange waren und damit bei Patientinnen und Zuweisern zu Unzufriedenheit geführt haben.

Diese Anforderungen haben dazu geführt, dass wir einen sehr wenig frequentierten Raum im OP-Bereich zu einem Eingriffsraum umfunktioniert haben. Die baulichen Maßnahmen waren Ende Februar 2016 beendet und der Eingriffsraum konnte am 01.03.2016 in Betrieb genommen werden. In diesem Raum können kleine, überwiegend ambulante, Eingriffe durchgeführt werden. Diese Eingriffe entlasten die OP-Säle, was wiederum OP-Kapazität

21. März 2016

AUSGABE II/2016

Inhalt/ Themen

- Neuer Eingriffsraum
- Start: Elastographie-Studie
- Klarzelliges Adenokarzinom der Cervix uteri bei 12 jährigem Mädchen
- Fakten: Zika-Virus
- Einleitung bei Makrosomie
- Termine

generiert. Wir werden so die Wartezeiten für Ihre Patientinnen reduzieren können. Momentan können wir den Eingriffsraum täglich von 08:00-12:00 Uhr nutzen.

Der gesamte Komplex Universitäts-Frauen-Haut- und Kinderklinik verfügt jetzt im OP-Bereich über einen Sectio-Saal, drei gynäkologische, einen Kinder-Herz- und einen dermatologischen Saal, sowie den neuen Eingriffsraum. Zusätzlich werden an festen Tagen in diesem Bereich Operationen durch die Kinder-Neurologie durchgeführt.

Zukünftig werden wir die OP-Kapazität weiter ausweiten, um so die Wartezeiten zu reduzieren.

Kontakt: Joachim.Rom@med.uni-heidelberg.de

Start der Rekrutierung der großen, internationalen Elastographie-Studie in der Mammadiagnostik unter Heidelberger Federführung J.Nees; M.Golatta

Am 10. Februar 2016 wurde der Startschuss in Heidelberg gegeben: nach Lieferung zweier hochmoderner neuer Ultraschallgeräte (Siemens ACUSON S2000 HELX Evolution) und Schulung aller Mitarbeiter begann die Rekrutierung für die internationale Multicenter Elastographie Studie.

Die Shear-Wave-Elastographie ist seit 2014 in die AGO Leitlinie (1) zur Früherkennung und Diagnostik von Mammakarzinomen aufgenommen und auch Teil des neuen BI-RADS® Lexikons (2). Nachdem Pilotstudien erste vielversprechende Ergebnisse geliefert haben (3-6), soll jetzt im Rahmen dieser Studie evaluiert werden, ob mithilfe der Elastographietechnik „VTIQ“ gut zwischen benignen und malignen Läsionen differenziert werden kann, um langfristig die Anzahl der durchzuführenden Biopsien reduzieren zu können. Hierzu soll ein einziger Messwert, der die „Steifigkeit“ (ähnlich wie Härte) des Befundes quantifiziert, ausreichend sein. Bei der Shear-Wave-Elastographie wird mittels der gemessenen Ausbreitungsgeschwindigkeit der Scherwellen die Steifigkeit des Brustgewebes abgebildet, um so die Wahrscheinlichkeit für einen malignen Befund zu eruieren. Maligne Läsionen haben in der Regel eine deutlich höhere Steifigkeit, die sich durch eine höhere Ausbreitungsgeschwindigkeit der Scherwellen bemerkbar macht.

Neben der Universität Heidelberg, die die Koordinierungs- und Leitungsfunktion der Studie innehat, sind noch 10 weitere Zentren

beteiligt (u.a. in den USA, Japan, Frankreich, Portugal, den Niederlanden sowie weitere Zentren in Deutschland). Insgesamt sollen 1000 Patientinnen mit BI-RADS® 3 und 4 Läsionen rekrutiert werden. Der Hauptfokus liegt hierbei auf Patientinnen mit BI-RADS® 3

und 4a Befunden. Bei diesen Patientinnen wird vor einer Biopsie zusätzlich zum Routine-Ultraschall eine Shear-Wave Elastographie durchgeführt. Im Anschluss werden die Ergebnisse von Histologie, Ultraschall und Shear-Wave Elastografie korreliert.

Um die Fallzahl an der Universitätsfrauenklinik Heidelberg zu erhöhen, sind auch alle niedergelassenen Kollegen der Umgebung herzlich eingeladen entsprechende Patientinnen zum Einschluss in die Studie in die Brustsprechstunde zu senden. Hierfür bedanken wir uns im Voraus.

Literatur:

- 1) *Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, AWMF-Register-Nummer: 032 – 045OL*
- 2) Mendelson, E., M. Böhm-Vélez, and W. Berg, *ACR BI-RADS® Ultrasound: ACR BI-RADS® Atlas, Breast Imaging Reporting and Data System*. Reston, VA, American College of Radiology, 2013.
- 3) Golatta, M., et al., *Evaluation of virtual touch tissue imaging quantification, a new shear wave velocity imaging method, for breast lesion assessment by ultrasound*. *Biomed Res Int*, 2014. 2014: p. 960262
- 4) Golatta, M., et al., *Normal breast tissue stiffness measured by a new ultrasound technique: virtual touch tissue imaging quantification (VTIQ)*. *Eur J Radiol*, 2013. 82(11): p. e676-9.
- 5) Tozaki, M., et al., *Shear Wave Velocity Measurements for Differential Diagnosis of Solid Breast Masses: A Comparison between Virtual Touch Quantification and Virtual Touch IQ*. *Ultrasound Med Biol*, 2013
- 6) Ianculescu, V., et al., *Added value of Virtual Touch IQ shear wave elastography in the ultrasound assessment of breast lesions*. *Eur J Radiol*, 2014. 83(5): p. 773-7

Ansprechpartner:

PD Dr. Michael Golatta; Dr. Aba Harcos, Casemanagement (Tel. 06221-567559)
Sektion Senologie
Im Neuenheimer Feld 440 69120 Heidelberg

Kontakt: Michael.Golatta@med.uni-heidelberg.de

Der interessante Fall aus der Klinik – 12-jähriges Mädchen mit klarzelligem Adenokarzinom der Cervix uteri C.Mayer

Am 19.01.2016 wurde über die Kinderklinik eine 12-jährige Patientin aus Saudi-Arabien mit einer blutenden Raumforderung der Cervix uteri/ Vagina vorgestellt. Sie litt zu diesem Zeitpunkt bereits seit über einem Jahr an rezidivierenden transfusionspflichtigen vaginalen

Blutungen. Eine Narkoseuntersuchung zeigte einen über tennisballgroßen Tumor von der Portio kommend, die Vagina schien nicht infiltriert, der Tumor war gut abgrenzbar und mäßig mobil. Histologisch ergab sich aus den Portio-PEs ein partiell klarzelliges Adenokarzinom.

Der Fall wurde in der Tumorkonferenz am 09.02.2016 besprochen und die Indikation zur radikalen Hysterektomie und Salpingektomie mit pelviner Lymphonodektomie gestellt, die bereits zwei Tage später laparoskopisch durchgeführt wurde.

In der endgültigen Histologie zeigte sich ein gering differenziertes klarzelliges Adenokarzinom der Cervix uteri mit einer maximalen Ausdehnung von 8,5cm, die entfernten pelvinen Lymphknoten waren erfreulicherweise ebenso wie der vaginale Absetzungsrand tumorfrei (pT1b, pN0 (0/20) R0 G3).

Es könnte sich hierbei aufgrund des Tumortyps und der Lokalisation um ein Diethylstilbestrol (DES) -assoziertes Karzinom handeln, ein synthetisches Östrogen, das seit den 40er Jahren verwendet wurde, um Fehlgeburten vorzubeugen. Allerdings wurde 1971 eine Arbeit im New England Journal of Medicine publiziert, die einen Zusammenhang zwischen dem Auftreten von klarzelligen Vaginalkarzinomen bei jungen Mädchen und der Einnahme von DES der Mütter in der Schwangerschaft zeigte. Danach wurde die Anwendung von DES zur Vermeidung von Frühgeburten verboten. In unserem Fall jedoch verneint die Mutter der Patientin die Einnahme von DES.

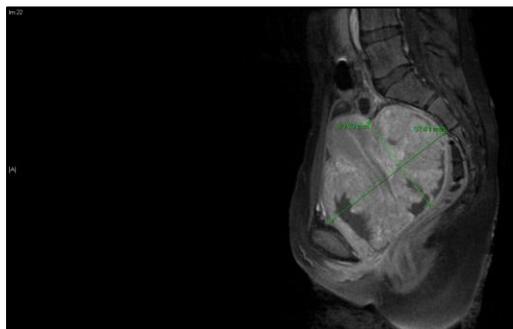


Abb. 1: MRT des Beckens. Es lässt sich die deutlich aufgetriebene Vagina mit dem großen Tumor, welcher von der Portio ausgeht, darstellen.

Patientinnen mit V.a. ein gynäkologische Malignom können nach wie vor täglich in unserer Sprechstunde vorgestellt werden.

Kontakt:

Eine Terminvereinbarung ist unter Tel. 06221-56-7934 möglich. In dringenden Fällen bemühen wir

uns um eine Vorstellung noch am gleichen oder nächsten Tag.

Kontakt: Christine.Mayer@med.uni-heidelberg.de

Facts: Das Zikavirus: Symptome, Behandlung und Prävention S. Weichert

Das Zikavirus, ein einzelsträngiges RNA-Virus, gehört neben dem Gelb- und Dengue-Fieber zur Gattung Flavivirus der Familie Flaviviridae und wurde erstmals 1947 aus einem Rhesusaffen im Zika Forest in Uganda, isoliert. Das Virus kommt in Afrika, Südostasien und Südamerika vor und wird hauptsächlich durch Stechmücken der Art Aedes übertragen. Auch eine sexuelle Übertragung wird in Einzelfällen beschrieben.

Die Symptome sind Hautausschlag, Kopf-, Gelenk- und Muskelschmerzen, Konjunktivitis und Fieber. Bereits nach wenigen Tagen klingen diese ab. Selten kann es zum Guillain-Barré-Syndrom kommen. Eine stationäre Behandlung ist nur vereinzelt notwendig. Behandlung erfolgt symptomatisch:

analgetische und antiphlogistische Therapie
körperliche Schonung
ausreichende Flüssigkeitszufuhr

Das Virus steht aktuell im Verdacht, bei pränatalen Infektionen Hirnfehlbildungen, wie Mikrozephalie zu verursachen. Es werden zurzeit mehr als 5000 Fälle in Südamerika beschrieben. Impfprophylaxen werden erforscht.

Am Mittwoch den 17.02.2016 fand im Rahmen einer Fortbildungsrunde eine Vorstellung der aktuelle Datenlage statt (Dr. Jänisch Tropenmedizin). Interdisziplinär (Tropenmedizin, Virologie, Reproduktionsmedizin, Neonatologie und Geburtsmedizin) einigte man sich auf folgendes Vorgehen, gemäß der aktuellen WHO Leitlinien.

Prävention in der Schwangerschaft:

- Reisen in Zikavirus-Ausbruchsgebiete vermeiden, bei unvermeidbaren Reisen konsequenter Mückenschutz
- Schutz vor Körperflüssigkeiten bei Sexualkontakten

Eine Laboruntersuchung ist bei Symptomen und einer passenden Reiseanamnese sinnvoll. Untersuchungen richten sich nach dem Symptombeginn:

- bis zum 7. Tag nach Symptombeginn: PCR aus Serum o. Plasma (1 Röhrchen) und Urin (min. 20 ml)
- vom 8. – 27. Tag: Serologie aus Serum (IgM-

und IgG-Nachweis) sowie PCR nur aus Urin nach mehr als 28 Tagen: Serologie aus Serum Bei positiven Testergebnis wird eine Ultraschalldiagnostik empfohlen, bei V.a. Mikrozephalie ggf. Amniozentese.

Bei V.a. Mikrozephalie ohne passende Reise- oder Infektanamnese ggf. Ausschluss anderer Ursachen (u.a. genetisch, CMV, Strahlung).

Literatur:

- 1) Emily E. Petersen, MD1; J. Erin Staples, MD, PhD2; Dana Meaney-Delman, MD3; Marc Fischer, MD2; Sascha R. Ellington, MSPH1; William M. Callaghan, MD1; Denise J. Jamieson, MD1 „Interim Guidelines for Pregnant Women During a Zika Virus Outbreak — United States, 2016” *Morbidity and Mortality Weekly Report*
- 2) Chang C1, Ortiz K2, Ansari A2, Gershwin ME3 “The Zika outbreak of the 21st century.” *J Autoimmun.* 2016 Feb 26. pii: S0896-8411(16)30008-7. doi: 10.1016/j.jaut.2016.02.006. [Epub ahead of print]
- 3) Zicavirus PCR-Standard des Robert Koch Instituts vom 17.02.2016, https://www.rki.de/DE/Content/Institut/OrgEinheiten/ZBSZ/BS1/Zika_PCR_standard.pdf?__blob=publicationFile

Kontakt: Sylwia.wejchert@med.uni-heidelberg.de

Geburtseinleitung bei fetaler Makrosomie? - eine aktuelle Studie N. Rippinger, H. Fluhr

Der Begriff der fetalen Makrosomie ist nicht einheitlich definiert - einige Autoren sehen diesen mit einem Geburtsgewicht von gleich oder mehr als 4000 g, andere von gleich oder mehr als 4500g. Unter Geburtshelfern ist es wohl bekannt, dass das fetale Gewicht intrapartal zu diversen fetalen sowie maternalen Komplikationen führen kann. So sind zum Beispiel bei der Mutter die Rate an höhergradigen Dammrissen sowie die Rate von vaginal operativen Entbindungen sowie die Zahl von sekundären Sectiones erhöht. Bei makrosomen Kindern liegt zum Beispiel ein erhöhtes Risiko für eine Schulterdystokie vor. Laut der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie ist das Geburtsgewicht einer der wichtigsten Risikofaktoren für eine Schulterdystokie: Bei einem Geburtsgewicht von 4000 g liegt die Inzidenz für eine Schulterdystokie bei 2%. Bei 4500 g steigt diese Inzidenz bereits auf 10% an und bei einem Geburtsgewicht von 5000 g sogar bis auf ungefähr 40%. Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie postuliert in ihrem Schreiben von 2008 zu Ihren Empfehlungen zum geburts-
helflichen Management bei Schulterdystokie, dass bei Verdacht auf Makrosomie eine vorzeitige Geburtseinleitung ab der 37+0 SSW erwogen werden kann, dies jedoch immer eine Einzelfallentscheidung in Bezug auf die indivi-

duellen Risikofaktoren wäre. Sie beziehen sich hier auf eine Kohortenstudie von Lurie et al. aus dem Jahr 1996. In dieser Studie wurden 96 Patientinnen mit insulinpflichtigem Diabetes

Mellitus zwischen der 38. und 39. SSW medikamentös eingeleitet. Hierbei zeigte sich in der Gruppe der medikamentösen Einleitungen eine geringere Rate an Schulterdystokien als in der Gruppe wo ein Geburtsbeginn spontan abgewartet worden ist (1,4% vs. 10,2%).

Eine neuere und sehr interessante Studie von Boulvain und Kollegen vom April 2015 beschäftigt sich mit den möglichen Vorteilen einer medikamentösen Geburtseinleitung zwischen der 37+0 SSW und 38+6 SSW bei makrosomen Feten. Durchgeführt wurde eine multizentrische randomisierte Kontrollstudie. Als Einschlusskriterium galt ein fetales Schätzwert oberhalb der 95. Perzentile. Untersucht wurden auf der einen Seite 407 Patientinnen bei denen eine vorzeitige medikamentöse Geburtseinleitung bei fetaler Makrosomie zwischen der 37+0 SSW und der 38+6 SSW durchgeführt wurde. Als Kontrollgruppe galten 411 Patientinnen bei denen ein Geburtsbeginn spontan abgewartet worden ist. Der Fokus der Studie lag auf der Möglichkeit eines Spontanpartus sowie der Rate an möglichen Komplikationen wie Schulterdystokie, Claviculafrakturen, Läsionen des Plexus brachialis, intrakranielle Blutungen sowie Kindstod. Das durchschnittliche fetale Geburtsgewicht in der Gruppe der medikamentösen Einleitung lag bei 3831 g. In der Gruppe mit abwartendem Verhalten bei 4118 g. In der Gruppe der medikamentösen Einleitung war die Rate an Schulterdystokien deutlich geringer als in der Kontrollgruppe (n=8 vs n=25, relatives Risiko: 0.36, 95% Konfidenzintervall: 0.15-0.71; p=0.004). In der Einleitungsgruppe wurden keine Plexusläsionen, keine intrakraniellen Blutungen und kein Kindstod registriert. Die Wahrscheinlichkeit eines möglichen vaginalen Spontanpartus war in dieser Gruppe ebenfalls höher als in der Gruppe mit abwartendem Verhalten. Die Rate an Entbindungen per Sectio caesarea und die neonatale Morbidität unterschieden sich nicht signifikant in beiden Gruppen. Insgesamt kann man aus den vorliegenden Daten also schliessen, dass eine vorzeitige medikamentöse Geburtseinleitung die Rate an Kaiserschnitten nicht erhöht, sondern die Wahrscheinlichkeit einer möglichen vaginalgeburt verbessert und die Schulterdystokiezahl signifikant senkt.

Die Ergebnisse dieser Studie von Boulvain et

al. sollten bei der Beratung von Schwangeren mit dem Verdacht auf fetale Makrosomie beachtet werden, da sie eine neue Sichtweise auf die Geburtseinleitung bei fetaler Makrosomie erlauben. Unseres Erachtens nach soll der Zeitpunkt der medikamentösen Geburtseinleitung dennoch zunächst ein individueller Entscheidungsfaktor bleiben, der nicht pauschalisiert werden kann. Zusatzfaktoren wie Multiparität vs. Uniparität sowie mütterliche Beckenverhältnisse und andere Risikofaktoren wie Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie und andere Nebenerkrankungen müssen ebenfalls mit in die Einschätzung einfließen. Eine Geburtseinleitung ab 37+0 SSW bei fetaler Makrosomie und bei maternalem Spontanpartuswunsch ist jedoch nach aktueller Studienlage zu erwägen. Hierbei stellen eine ausführliche präpartale Beratung zusammen mit einer sorgfältigen klinischen und sonografischen Evaluation die entscheidende Grundlage dar.

Literatur:

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V., Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen, Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht (AG MedR), Empfehlungen zur Schulterdystokie: Erkennung, Prävention und Management AWMF 015/024 (S1)

Weiterbildung Gynäkologie und Geburtshilfe, Dimpfl/Janni/Kreienberg/Maass/Ortmann/Strowitzki/Vetter/Zimmermann, Springer Verlag, Januar 2013-Juni 2014

Lurie S, Insler V, Hagay ZJ. Induction of labor at the 38 to 39 weeks of gestation reduces the incidence of shoulder dystocia in gestational diabetic patients class A2. *Am J Perinatol* 1996; 13 (5): 293–296

Boulbain M., Rozenberg P, Groupe de Recherche en Obstétrique et Gynécologie (GROG), Induction of labour versus expectant management for large-for-date fetuses: a randomised controlled trial, *Lancet*. 2015 Jun 27;385(9987):2600-5. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61904-8. Epub 2015 Apr 8.

Kontakt: Herbert.Fluhr@med.uni-heidelberg.de

TERMINE 2016

Schwangeren-Informationsabend

Jeden 2. und 4. Montag im Monat
Hörsaal der Universitäts-Frauenklinik
Beginn 18:30 Uhr

Mittwochabendfortbildungen

Fetal Board

Teilnahme ohne Anmeldung möglich
jeweils 17:00 Uhr bis ca. 19:00 Uhr
20.04.2016
22.06.2016
21.09.2016
16.11.2016

Hands-on-Kurs am Schwein (offene Chirurgie)

Anmeldung erforderlich
22.06.2016
05.10.2016
30.11.2016

Laparoskopie am Schwein

Anmeldung erforderlich
13.04.2016
29.06.2016
16.11.2016

Ultraschall-Kurs Geburtshilfe

Anmeldung erforderlich

Doppler-Sonographie (Geburtshilfe):

05.11.-06.11.2016 Abschlusskurs

Fehlbildungs-Ultraschall

15.10. - 16.10.2016

Ultraschall-Kurs Mamma

Anmeldung erforderlich
07.05. - 08.05.2016 Aufbaukurs
12.11. - 13.11.2016 Abschlusskurs

Bibliotheksabende

Die genauen Termine werden Ihnen noch mitgeteilt

Ansprechpartner für den Newsletter:

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

PD Dr. med. Joachim Rom

E-Mail: joachim.rom@med.uni-heidelberg.de

Dr. med. Anne Doster

E-Mail: anne.doster@med.uni-heidelberg.de