



FrauenHeilKunde – INFO

Newsletter Perinatalmedizin

Ausgabe: November 2021

Editorial



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit diesem Newsletter möchten wir Sie über die Neuigkeiten aus dem Bereich der Perinatalmedizin informieren, so zum Beispiel zu Möglichkeiten des Präeklampsiescreenings und dem Umgang mit Schilddrüsenerkrankungen in der Schwangerschaft.

Wir möchten Sie außerdem auf die S3 Leitlinie „vaginale Geburt am Termin“ hinweisen und Sie hier ins-

besondere über die neuen Definitionen informieren.

Des Weiteren geben wir Ihnen in diesem Newsletter einen Auszug über unsere aktuellen und geplanten Studien im Bereich Geburtshilfe.

In der Hoffnung, Sie mit diesem Newsletter in Ihrer täglichen Arbeit zu unterstützen, verbleibe ich mit besten Wünschen für ein ruhiges Weihnachtsfest und für ein insbesondere gesundes Jahr 2022

Prof. Dr. Matthias W. Beckmann

Schilddrüsenerkrankungen und Schwangerschaft

Schilddrüsenerkrankungen kommen bei ca. 12-17 % der schwangeren Frauen vor. Unbehandelt gehen sowohl eine manifeste Hyper- wie auch Hypothyreose mit Risiken für das heranwachsende Kind einher.

Eine Hypothyreose, am häufigsten verursacht durch Hashimoto-Thyreoiditis, kann ohne adäquate Therapie das Risiko insbesondere für Fehl- und Frühgeburten erhöhen. Nach aktuellen Empfehlungen der ATA (American Thyroid Association) sollten Patientinnen mit subklinischer Hypothyreose und der Kombination aus TSH-Werten über 4,0 mU/L bei gleichzeitigem Vorliegen von TPO-Antikörpern ebenso wie Patientinnen mit manifester Hypothyreose mit L-Thyroxin (LT4) substituiert werden. Ziel ist ein TSH-Wert in der unteren Hälfte des trimenon-spezifischen Referenzbereichs – oder, wenn dieser nicht vorliegt, unter 2,5 mU/L. Die Erstinitiation einer Therapie in der Schwangerschaft kann mit 50µg LT4 täglich erfolgen. Bei bereits vor der Schwangerschaft bestehender Therapie muss die präkonzeptionelle Dosis mit Eintreten der Schwangerschaft um 25-30 % erhöht werden. In beiden Fällen sind regelmäßige TSH-Kontrollen durchzuführen (in der ersten Schwangerschaftshälfte alle vier Wochen, anschließend mindestens einmal mit 30 SSW), um die LT4-Dosis ggf. anpassen zu können. Postpartal sollte eine Reduktion auf die präkonzeptionelle Dosis und eine TSH-Kontrolle nach sechs Wochen erfolgen.

Die häufigste Form der manifesten Hyperthyreose in der Schwangerschaft ist die transiente Gestationshyperthyreose, die in ca. 1-3 % der Schwangerschaften auftritt und Folge der agonistischen Wirkung von hCG auf den TSH-Rezeptor ist. Eine thyreostatische Therapie ist nach Ausschluss von anderen Ursachen einer Hyperthyreose (z. B. M. Basedow, autonome Schilddrüsenknoten) nicht indiziert, da die Gestationshyperthyreose im 2. Trimenon mit sinkenden hCG-Spiegeln selbstlimitierend ist. Bei ausgeprägten Symptomen (z. B. maternaler Tachykardie) kann eine vorübergehende Therapie mit β -Blockern erfolgen.

Bei Patientinnen mit M. Basedow sollte in der Schwangerschaft neben der regelmäßigen Kontrolle und medikamentösen Einstellung der maternalen Schilddrüsenfunktion auch die Möglichkeit fetaler Schilddrüsendysfunktionen berücksichtigt werden. Die Thyreostatika Thiamazol/ Carbimazol gelten als schwache Teratogene und sollten vor einer Schwangerschaft auf Propylthiouracil (PTU) umgestellt werden. Da auch für PTU aktuell eine leicht erhöhte Fehlbildungsrate nicht ausgeschlossen werden kann, sollte allen Frauen mit Thyreostatikabehandlung in der Schwangerschaft ein Organscreening angeboten werden.

Sowohl Thyreostatika wie auch die bei M. Basedow typischen TSH-Rezeptor-Antikörper (TRAK) sind plazentagängig und können die fetale Schilddrüsenfunktion be-

FrauenHeilKunde-INFO

Fortsetzung des Artikels von Seite 1

einflussen, bis hin zur Entwicklung einer hypo- bzw. hyperthyreoten Struma (selbst bei euthyreoter Mutter). Die TRAK-induzierte fetale und neonatale Hyperthyreose geht dabei mit einer Mortalität von bis zu 25 % einher. Internationale Leitlinien empfehlen daher in der Schwangerschaft bei Patientinnen mit M. Basedow auf Zeichen einer fetalen Schilddrüsendiffunktion zu achten (z. B.

fetale Struma oder persistierende Tachykardie). Über eine transplazentare oder intraamniotische medikamentöse Therapie muss bei Auffälligkeiten im Einzelfall an Zentren mit entsprechender Expertise entschieden werden. Die Geburt soll bei vermuteter fetaler Schilddrüsendiffunktion in einem Perinatalzentrum Level I erfolgen.

Möglichkeiten des Präeklampsiescreenings

Die Präeklampsie ist ein Hauptgrund für maternale Morbidität und Mortalität in der Schwangerschaft. In Europa sind mehr als 90 % der maternalen Todesfälle durch eine Präeklampsie bzw. Eklampsie bedingt. Pathophysiologisch geht man von einer zweistufigen Erkrankung aus. Während in der ersten Schwangerschaftshälfte eine unzureichende Plazentation ursächlich zu sein scheint, kommt es in der zweiten Hälfte durch vermehrten oxidativen Stress zur Schädigung der Plazenta.

Zur medikamentösen Prophylaxe der Präeklampsie mit Aspirin (ASS) 150 mg hat die Veröffentlichung der ASPRE-Studie im Jahr 2017 eine Datengrundlage geschaffen. Mittels ASS-Prophylaxe konnten in der ASPRE-Studie 82 % der Präeklampsien vor 34 SSW und 62 % der Präeklampsien vor 37 SSW bei Patientinnen mit einem hohen Risiko (Präeklampsie-Screening nach Algorithmus

der Fetal Medicine Foundation, FMF) für eine Präeklampsie vermieden werden. Der Algorithmus ähnelt dem Aneuploidie-Screening: mittels der Kombination aus anamnestischen maternalen Faktoren als a-Priori-Risiko, dem mittleren arteriellen Blutdruck, Widerstandswerten der uterinen Arterien (UtA-PI) und der Konzentration des Placental Growth Factors (PIGF) im mütterlichen Blut kann das individuelle Risiko für die Entwicklung einer Präeklampsie bereits im ersten Trimenon errechnet werden.

Aufgrund der Datenlage zum Präeklampsiescreening und der Risikoreduktion durch ASS in der Hochrisiko-Gruppe sollte aus unserer Sicht den Patientinnen ein Präeklampsiescreening angeboten werden, bei denen nicht aufgrund einer anamnestischen Risikokonstellation bereits eine Indikation zur ASS-Prophylaxe vor 16 SSW besteht (Abbildung 1).

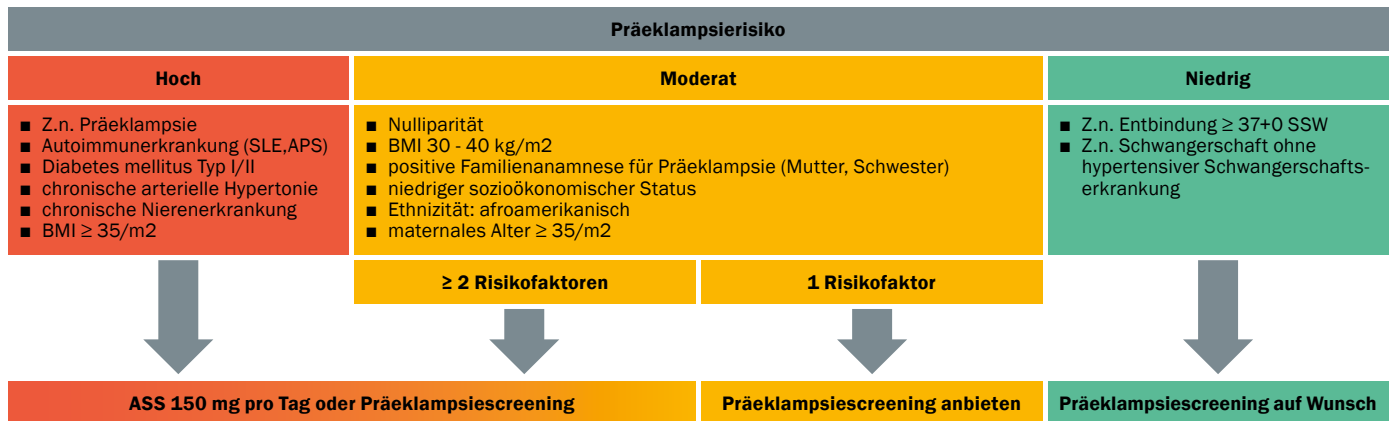


Abbildung 1: Möglicher Algorithmus für Praxis und Klinik zur Durchführung eines Präeklampsiescreenings SLE systemischer Lupus erythematosides; APS Antiphospholipidsyndrom; BMI Body Mass Index; ASS Aspirin

Angusta® - zugelassenes orales Misoprostol-Präparat

Die negative Berichterstattung über die Verwendung von Cytotec® zur Geburtseinleitung im Februar 2020 hat dazu geführt, dass nach einer eigenen Umfrage 17 % der fragten Geburtskliniken auf die weitere Gabe von Misoprostol verzichten. Hauptgrund hierfür war die unklare forensische Situation. Eine Lösung dieses Problems zeichnete sich jedoch ab. Bereits im Herbst 2020 wurde das orale Misoprostol-Präparat zugelassen – war aber noch nicht auf dem Markt erhältlich. Seit dem 01.09.2021 ist Angusta® auf dem deutschen Markt er-

hältlich. Das orale Misoprostol-Präparat der Firma Norgine ist für die Gabe von 25 µg alle 2 Stunden und 50 µg alle 4 Stunden zugelassen worden. Als Maximaldosis pro 24 Stunden wurde eine Gesamtdosis von 200 µg festgelegt.

In der Frauenklinik des Perinatalzentrums Franken des Universitätsklinikums Erlangen nutzen wir seit September 2021 Angusta®. Neben den anderen effektiven Methoden zur Geburtseinleitung (z. B. Ballonkatheter, Dinoproston, Oxytocin) kann somit Misoprostol im Label-Use verwendet werden.

S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ mit neuer Definition der Geburtsphasen

In der im Dezember 2020 publizierten S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ wurden evidenz- und konsensbasierte Empfehlungen und Stellungnahmen zur Geburt am Termin (außerklinisch und klinisch) veröffentlicht. Es wurden unter anderem die Geburtsphasen (neu) definiert.

Insbesondere die neue Bewertung der Austrittsphase hat einen Einfluss auf das geburts- hilffiche Vorgehen. So wird eine protrahierte Austrittsphase diagnostiziert, wenn die Geburt in der aktiven Phase bezüglich der Rotation und/oder Tiefertreten bei einer Erstgebärenden über 2 Stunden und bei einer Mehrgebärenden über 1 Stunde inadäquate Fortschritte aufweist. Ein Geburtsstillstand in der Austrittsphase wird erst dann diagnostiziert, wenn die aktive Phase der Austrittsphase bei einer Erstgebärenden 3 Stunden und bei einer Mehrgebärenden 2 Stunden überschreitet.

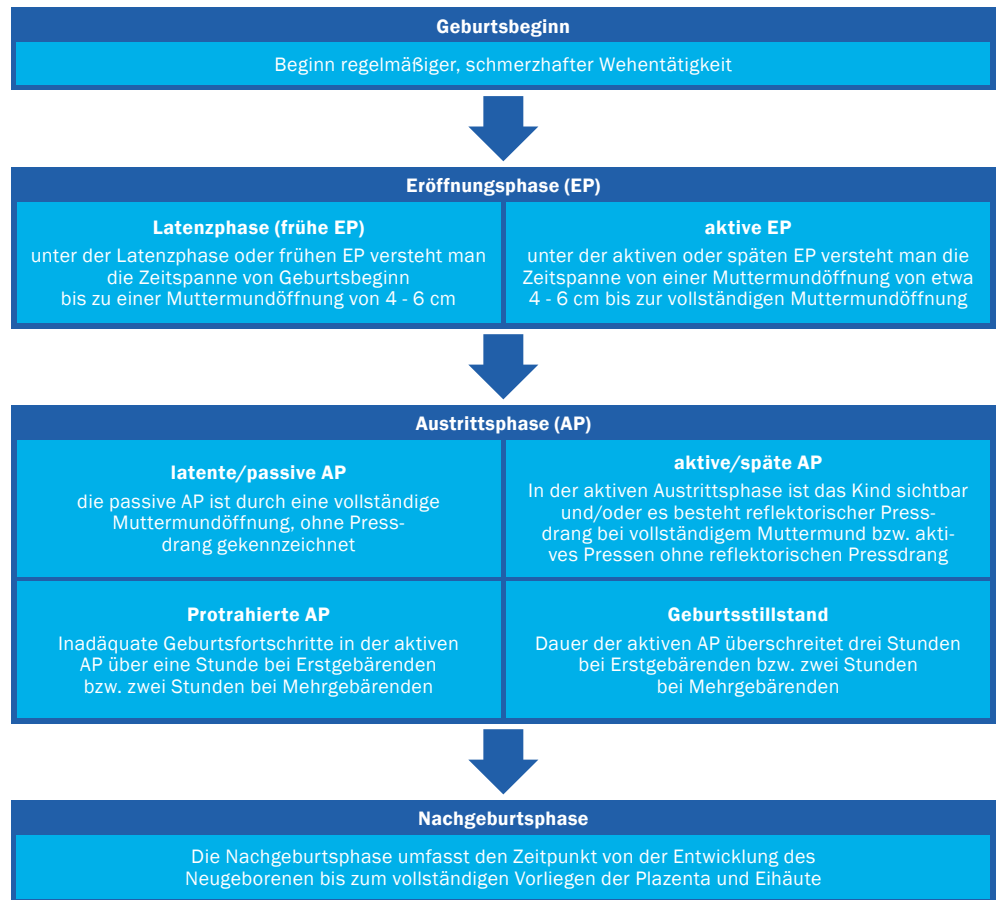


Abbildung 2: Übersicht über die Definitionen der Geburtsphasen (in Anlehnung an die S3 Leitlinie vaginale Geburt am Termin, Seite 25)

Aktuelle Studien in der Geburtshilfe

MINDFUL/PMI-Studie – Eine Studie zur Stressreduktion in der Schwangerschaft

Anfang 2020 wurde in der Universitäts-Frauenklinik in Kooperation mit der Psychiatrischen Klinik und der Kinder- und Jugendpsychologie Erlangen ein innovatives Projekt in der Geburtsmedizin initiiert. Die MINDFUL/PMI-Studie beschäftigt sich mit den Auswirkungen von Stress auf die Schwangerschaft und die frühkindliche Entwicklung. Bisher wurden über 140 Teilnehmerinnen mit intakter Einlingsschwangerschaft im ersten Trimenon eingeschlossen. Über eine Handy-App erhalten sie entweder Zugang zu einem 15-wöchigen Schwangerschaftsinformations- oder einem Stressreduktionsprogramm bestehend aus Achtsamkeits-, Yoga-, Atem- und Meditationsübungen. Die Fragestellung dieser Studie ist, ob achtsamkeitsbasierte Übungen das Stresslevel, sowohl von bewusstem als auch unbewusstem Stress, reduzieren können und ob dadurch eine positive Auswirkung auf den Schwangerschaftsverlauf, die Geburt und die frühkindliche Entwicklung erzielt werden kann. Die Studie ist Teilprojekt des Forschungsverbundes IMAC-Mind, das

Möglichkeiten einer achtsamkeitsbasierten Suchtprävention und Suchttherapie im Kindes- und Jugendalter erforscht. Eine Teilnahme ist zwischen 8+0 bis 14+0 SSW möglich. Zum Studieneinschluss kann ein Termin in der Schwangerenambulanz unter 09131 85-34915 vereinbart werden. Nähere Informationen können unter fk-schwangerschaftsgesundheit@uk-erlangen.de angefordert werden.

Voraussichtliches Rekrutierungsende: Q4/2021

SMART Start – Smarte Sensorik in der Schwangerschaft

Die Verbesserung und Vereinfachung der Vorsorge und Versorgung schwangerer Frauen steht im Fokus von SMART Start. Sensorische Anwendungen wie Fitness-Tracker und Smartwatches finden heute vielfach Einzug in den Alltag. Das Projekt untersucht, wie diese Techniken sowie daraus gewonnene Daten im Rahmen der regulären Schwangerschaftsvorsorge verwendet werden können. Künstliche Intelligenz und maschinelles Lernen kommen zum Einsatz, so dass Daten der smarten Geräte wie digitale Blutdruckman-

Fortsetzung des Artikels von Seite 3

schetten, Waagen oder Schlafmatten, die den Teilnehmerinnen zur Verfügung gestellt werden, direkt in einen eigens für die Studie entworfenen App-basierten Mutterpass übertragen werden können. Dieser könnte eine neue Vision eines elektronischen Mutterpasses darstellen. Die Digitalisierung hierbei könnte den Informationsfluss der Behandler beschleunigen, Untersuchungsergebnisse für die Schwangere plastischer darstellen und auch das medizinische Versorgungssystem verbessern. Das interdisziplinäre Forschungsprojekt wird gemeinsam von Experten aus Medizin, Informatik, Ethik, Psychologie und Gesundheitsökonomie durchgeführt. Im Fokus stehen darüber hinaus die klinische Handhabbarkeit, gesellschaftliche Akzeptanz, Compliance der betroffenen Akteure sowie die Weiterentwicklung sensorischer Techniken sowie damit einhergehende ethische, medizinrechtliche und ökonomische Fragen. Aktuelle Informationen und Neuigkeiten finden Sie in naher Zukunft unter www.smartstart.fau.de.
Voraussichtlicher Rekrutierungsstart: Q1/2022

CASABLANCA – Erfolgsrate bei der Eigenanwendung mobiler Ultraschallgeräte durch schwangere Frauen

Ultraschalluntersuchungen sind ein zentraler Bestandteil der gesetzlich geregelten Schwangerschaftsvorsorge. Mittlerweile wurden verschiedene Ultraschallsonden entwickelt, die per Smartphone oder Tablet bedient werden können und somit auch im häuslichen Bereich der Schwangeren einsetzbar wären. Ziel dieser Studie ist die Bestimmung der Akzeptanz, Handhabbarkeit und Ergebnisqualität der mobilen Ultraschallsonden durch die Patientin, aber auch durch den betreuenden Arzt/der betreuenden Ärztin. Die bisherigen Auswertungen zeigten eine hohe Akzeptanz durch die Teilnehmerinnen und eine gute Ergebnisqualität der erzeugten Aufnahmen. In einer aktuell geplanten Erweiterung der CASABLANCA-Studie soll untersucht werden, ob die Patientinnen im Rahmen einer Videosprechstunde in der Eigenanwendung der mobilen Ultraschalluntersuchungen im häuslichen Bereich unterstützt werden können und somit die Akzeptanz, Handhabbarkeit und Ergebnisqualität der Untersuchungen weiter gesteigert werden kann.

Personalia

Neue Mitarbeitende:



Daniel Anetsberger,
seit 08/2021



Milena Beierlein,
seit 09/2021



Lena Brückner,
seit 09/2021



Louisa Hofbeck,
seit 08/2021



Annika Krückel,
seit 08/2021

Veranstaltungen

Gyn-Onko-Update 2021

8. Dezember 2021, www.uker.de/fk-gyn-onko-2021

Update Mammakarzinom 2022

vsl. 16. März 2022, weitere Infos folgen

Impressum

Herausgeber:

Universitätsklinikum Erlangen
Frauenklinik

Universitätsstr. 21/23
91054 Erlangen

Tel.: 09131 85-33553

Fax: 09131 85-33456

fk-direktion@uk-erlangen.de

www.frauenklinik.uk-erlangen.de

V.i.S.d.P.:

Prof. Dr. Matthias W. Beckmann

Gesamtherstellung:

Universitätsklinikum Erlangen, Kommunikation,
91012 Erlangen

Wenn Sie zukünftig keine Zusendung des Newsletters wünschen, dann bitten wir um eine kurze Rückmeldung an fk-direktion@uk-erlangen.de.