

FrauenHeilKunde-INFO

Gynäkologische Endokrinologie

November 2023



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit dem vierten Newsletter in diesem Jahr möchten wir Sie über Neuigkeiten aus dem Bereich der Gynäkologische Endokrinologie informieren...

Darüber hinaus möchten wir Sie erneut auf unsere PHOEBE-Studie aufmerksam machen und an das LutrePulse®-System zur Behandlung der hypothalamischen Ovarialsuffizienz erinnern.

Nicht zuletzt soll außerdem unser Universitäts-Perinatalzentrum Franken Thema dieses Newsletter sein. In der Hoffnung, Sie mit diesem Newsletter in Ihrer täglichen Arbeit zu unterstützen...

Ihr

[Handwritten signature]

Prof. Dr. Matthias W. Beckmann

Medikamentöse Therapie der Endometriose - Aktueller Stand

Endometriose als chronische Erkrankung kann die Lebensqualität der betroffenen Frauen durch das Leitsymptom Schmerz stark beeinträchtigen. Die medikamentöse hormonelle Therapie als konservative Therapieansatz kann in vielen Fällen erfolgreich eingesetzt werden...

Endometriose ist eine hormonabhängige Erkrankung, das heißt, dass sich Endometriosezellen durch Östrogene unkontrolliert teilen und sich neue Blutgefäße an Stellen bilden, an denen keine sein sollten.

Das Prinzip einer effektiven hormonellen Therapie besteht daher in der Induktion einer therapeutischen Amenorrhoe. Als Erstliniensubstanz einer medikamentösen symptomatischen Therapie sollte ein geeignetes Gestagen (z. B. Dienogest) eingesetzt werden.

In der Zweitlinientherapie wirken GnRH-Analoga über eine Blockade der GnRH-Rezeptoren im Bereich des Hypophysenvorderlappens und sollen aufgrund des Nebenwirkungsprofils (klimakterische Beschwerden, Abnahme der Knochenmasse) nicht als Erstlinientherapie zum Einsatz kommen.

Im Falle einer Adenomyosis uteri können alle etablierten Formen der Hormontherapie (Kombinierte orale Kontrazeptiva, Gestagene, geeignetes Gestagen-IUD, GnRH-Analoga) als äquivalente Therapieformen eingesetzt werden.

Zur Wirksamkeit der oralen Kombinationstherapie GnRH-Antagonist + add-back Therapie (Relugolix-CT, Ryeqo®) existieren zwei Phase 3 Studien, welche eine Verbesserung der Dysmenorrhoe gezeigt haben.

Der Einsatz von Analgetika wie nicht-steroidaler Antirheumatika ist indiziert beispielsweise bei Kontraindikationen oder Unverträglichkeit einer Hormontherapie oder um bei vorhandenem Kinderwunsch die zeitlich begrenzte Situation ohne Hormontherapie zu überbrücken.

Zusammenfassend empfehlen wir die folgenden medikamentösen Therapieoptionen der Endometriose:

Table with 4 columns: Gruppe, Wirkstoff, Zulassung/Off-Label-Use, Kommentar. Rows include Endometriose (I), Zweitlinientherapie (I), Gestagen-Gestagen-Kombinationen, and Aromatasehemmer.

IUD intrauterine device, KOK kombinierte orale Kontrazeptiva, CT Kombinationstherapie

Gudice LC, As-Sanie S, Arjona Ferrera JC, Becker CM, Abrao MS, Lessey BA, Brown E, Dnyowski K, Wik K, Li Y, Mather V, Warsi QA, Wagman RB, Johnson NP. Once daily oral relugolix combination therapy versus placebo in patients with endometriosis-associated pain: two replicate phase 3, randomized, double-blind, studies (DPRRT 1 and 2). Lancet. 2022 Jun 18;399(10343):2227-2239.

Überweisung an das Universitäts-Endometriosezentrum Franken

Patientinnen mit (Verdacht auf) Endometriose können in unsere Sprechstunde für Endometriose (donnerstags 8.00 – 16.00 Uhr) oder in die Oberärztliche Privatsprechstunde (freitags 8.00 – 14.00 Uhr) überwiesen werden.

Anbei erhalten sie einen Begleitschein, mit dem Sie per Fax oder telefonisch einen Termin vereinbaren können. Die Fragen auf dem Begleitschein helfen uns, die Termine besser zu koordinieren.

Zur Unterstützung der konservativen Therapie bei (Verdacht auf) Endometriose haben wir in diesem Newsletter unsere Empfehlungen für die medikamentöse, hormonelle Therapie dargestellt.

Kontroll-Algorithmus für die Behandlung bei Transsexualität

Wie kann/sollte nach Einleitung der Behandlung in unserer Spezialsprechstunde die jährliche Kontrolle in der Praxis aussehen?

Die jahrzehntelange Erfahrung der Ärztinnen und Ärzte in der Spezialsprechstunde für Transsexualität an der Frauenklinik des Uniklinikums Erlangen weist auf eine in den letzten Jahren zunehmende Frequenzierung dieser Sprechstunde hin...

Die Aufklärung zur Hormonbehandlung in domo umfasst Ihre Effekte, Nebenwirkungen und Risiken, Optionen zur Fertilitätsberhalt, den Off-Label-Use sowie die Notwendigkeit regelmäßiger ärztlicher Kontrollen.

Nach Einleitung und Anpassung der Hormonbehandlung im Laufe der ersten 12 Monate in unserer Spezialsprechstunde können die ärztlichen Kontrollen grundsätzlich nach den Prinzipien einer Hormonersatztherapie auch in der ärztlichen Praxis erfolgen.

Medikamentöse Behandlung bei Missed abortion: Etwa 12 % aller klinischen Schwangerschaften enden in einem Frühabort (bis 12+0 SSW).

Bis zum 63. Tag post menstruationem kann sowohl das medikamentöse als auch chirurgische Vorgehen gewählt werden, ab spätestens 14+0 SSW ist die medikamentöse Therapie indiziert.

Die Gabe von Misoprostol stellt trotz fehlender Zulassung das Mittel der ersten 12 Monate in unserer Spezialsprechstunde dar.

Es existieren verschiedene Dosierungsschemata für Misoprostol. Die WHO empfiehlt die Gabe von 800 µg Misoprostol (vaginal, bukkal oder sublingual) 40 bis 48 Stunden, nachdem 200 µg Mifepriston verabreicht wurden.

Die Blutung setzt in der Regel bei zwei bis vier Stunden nach Medikamentengabe ein und geht mit dem Abgang von Koagula und Schwangerschaftsmaterial für etwa zwei Stunden einher.

Ab 9+0 Schwangerschaftswochen ist das medikamentöse Vorgehen weniger effektiv. Die Abortrate liegt bei 94,6 % versus 97,9 % beim operativen Vorgehen.

1. Maak, T. J. Grimm, and I. Juhász-Bóka. Treatment options after a diagnosis of early miscarriage: expectant, medical, and surgical. Dtsch Arztebl Int. 2021; 118: p. 789-94.

2. Uhl, B. Abortus inceptus, in Gynäkologie und Geburtshilfe compact, B. Uhl, Editor. 2023, Georg Thieme Verlag KG.

3. AWMF. Induction of labour. Guideline of the German Society of Gynecology and Obstetrics. 2020. AWMF Registri Nr. 015-028; p. 69-73.

4. Jain, J.K., et al., A prospective randomized, double-blinded, placebo-controlled trial comparing mifepristone and vaginal misoprostol to vaginal misoprostol alone for elective termination of early pregnancy. Human Reproduction, 2002; 17(6): p. 1477-1482.

5. Pang, M.W., T.S. Lee, and T.K.H. Chung, Incomplete miscarriage: a randomized controlled trial comparing oral with vaginal misoprostol for medical evacuation. Human Reproduction, 2001; 16(11): p. 2283-2287.

6. WHO. Clinical practice handbook for safe abortion. World Health Organization, 2014.



Rekonstruktive und ästhetische Operationen des weiblichen Genitales

Leitlinie der DGGG, DGPRÄC, OEGGG und SGGG (S2k-Level, AWMF-Registernummer 009/019, Mai 2022)

Das Ziel dieser offiziellen Leitlinie, die von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und der Deutschen Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie (DGPRÄC), sowie der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG) und der Schweizer Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) publiziert und koordiniert wurde...

Diese S2k-Leitlinie wurde durch einen strukturierten Konsens von repräsentativen Mitgliedern verschiedener Professionen im Auftrag der Leitlinienkommission der DGGG, DGPRÄC, OEGGG und SGGG entwickelt.

Phoebe Studie: Polycystic ovarian syndrome (PCOS) in Human adolescent and young adult Females - Biomarker Evaluation study. Includes description of PCOS, who can participate, and contact information.

Erinnerung an LutrePulse® bei hypothalamisch-hypophysärer Ovarialsuffizienz

Die hypothalamische Ovarialsuffizienz stellt eine Beeinträchtigung der Ovarialfunktion dar, welche unter anderem auch eine ungewollte Kinderlosigkeit verursachen kann.

Das LutrePulse®-System wird zur Behandlung des endogenen GnRH-Mangels angewendet. Ziel der Therapie ist die physiologische pulsatile Stimulation der GnRH-Sekretion.

Es besteht aus einem POD mit einem Manager. Der Pod wird subkutan angebracht und gibt über drei Tage GnRH pulsatil ab.

In der Sprechstunde für Gynäkologische Endokrinologie an der Erlanger Frauenklinik wird eine Therapieeinstellung, eine fachgerechte Einweisung der Patientinnen und eine weiterführende Betreuung angeboten.

Falls keine weiteren fertilitätsmindernden Gründe festgestellt werden, sollten die Schwangerschaftsraten jenen gesunder Frauen entsprechen und nach sechs Zyklen bei unter 35-jährigen eine kumulative Schwangerschaftsrate von ca. 90 % erreicht werden.



Hier finden Sie die Telefonnummern für Terminvereinbarungen in der Frauenklinik

Personalia

Habilitationen: PD Dr. Michael Schneider, Antrittsvorlesung 30.11.2022

PD Dr. Fredrik Stübs, Antrittsvorlesung 03.05.2023

PD Dr. Julius Emmons, Antrittsvorlesung 24.05.2023

PD Dr. Hanna Hübner, Antrittsvorlesung 12.06.2023

PD Dr. Paul Gaß, Antrittsvorlesung 05.07.2023

Schwerpunkte: PD Dr. Carolin C. Hack, Schwerpunkt Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin

Dr. Sophia Antoniadis, Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

Zusatzbezeichnung MHBA - Master of Health Business Administration: PD Dr. Carolin C. Hack

PD Dr. Stefanie Burghaus

Dr. Felix Heindl

Dr. Patrik Pöschke

Veranstaltungen

Fotoausstellung „ANSICHTSSACHE“ - Wissen und Entscheiden bei familiären Brust- und Eierstockkrebs

6. November - 5. Dezember 2023, https://www.uker.de/ccp-freke-ausstellung

Zertifizierung in der gynäkologischen Onkologie 2008-2023

15 Jahre Praxisrelevantes aus Leitlinien zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge

13. Dezember 2023, www.uker.de/fk-gynkono-jubiläum-2023

Impressum

Herausgeber: Uniklinikum Erlangen

Frauenklinik, Universitätsstr. 21/23, 91054 Erlangen

Tel.: 09131 85-33553, Fax: 09131 85-33456

V.i.S.d.P.: Prof. Dr. Matthias W. Beckmann

Gesamterstellung: Uniklinikum Erlangen, Kommunikation, 91012 Erlangen

Falls Sie Ihre Abonnements verwalten oder abbestellen möchten, klicken Sie HIER

fk-direktion@uk-erlangen.de, www.frauenklinik.uk-erlangen.de